

**PROPOSTA TÉCNICA E ECONÔMICA PARA GESTÃO PLENA DO  
GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DE ATIVIDADES E SERVIÇOS DE  
NO HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL**



**MAIRIPORÃ**

**EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 007/22**

## Sumário

<b>1. SOBRE O INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE .....</b>	<b>7</b>
1.1. Competência Técnica .....	9
1.1.1. Atestados de Capacidade Técnica .....	9
1.1.2. Diretrizes Institucionais .....	9
1.2. Parcerias .....	23
1.2.1. Urgência e Emergência - Cubatão - (Desde 2016) .....	24
1.2.2. Urgência e Emergência - Mongaguá - (Desde Abril 2020) .....	27
1.2.3. Urgência e Emergência - Poá (Desde Janeiro 2022) .....	31
1.2.4. UBS/PSF - Laranjal Paulista - (2018 2022) .....	32
1.2.5. Saúde Mental/SRT .....	35
1.2.6. Projeto Social - Praia Grande .....	37
1.3. Estrutura Administrativa da Entidade .....	39
1.3.1. <i>Curriculum Vitae</i> Diretor Técnico .....	40
<b>2. OBJETO DA PROPOSTA .....</b>	<b>42</b>
2.1. Objetivo Geral .....	43
<b>3. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>46</b>
<b>4. SOBRE O MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ .....</b>	<b>47</b>
4.1. Histórico .....	47
4.2. Território .....	50
4.3. População .....	52
4.4. Economia .....	53
4.5. IDHM .....	54
4.6. Trabalho e rendimento .....	55
4.7. Educação .....	56
4.8. Indicadores de Saúde .....	58
4.8.1. Nascidos Vivos .....	58
4.8.2. Mortalidade Infantil .....	59
4.8.3. Mortalidade Geral .....	61
4.8.4. Morbidade - Por Local de Internação .....	63
4.8.5. Equipamentos Municipais de Saúde Mairiporã .....	65



4.8.6. Conclusão .....	66
<b>5. ASSISTENCIA HOSPITALAR - SUS .....</b>	<b>69</b>
5.1. A Urgência e Emergência .....	74
5.2. Hospital de Clínicas Anjo Gabriel.....	81
5.2.1. Localização e abrangência de atendimento do Hospital de Clínicas .....	81
5.2.2. Estrutura física da Unidade.....	81
5.2.3. A assistência de Serviços na Unidade.....	86
5.3. Princípios do atendimento.....	92
<b>6. RELATORIO DE VISITA TECNICA .....</b>	<b>93</b>
<b>7. FLUXOS E PROCEDIMENTOS .....</b>	<b>110</b>
7.1. Organização dos serviços administrativos .....	110
7.1.1. Gestão.....	111
7.1.2. Procedimentos e fluxograma da recepção.....	121
7.1.3. Procedimentos e fluxograma de protocolos e arquivos.....	123
7.1.4. Procedimentos e fluxograma para prontuários médicos.....	124
7.1.5. Procedimentos para faturamento.....	124
7.2. Organização dos serviços assistenciais.....	129
7.2.1. Fluxograma do Paciente.....	130
7.2.2. Acolhimento.....	131
7.2.2.1. Da relação com os pacientes e seus acompanhantes .....	132
7.2.2.2. Da organização das diferentes atividades assistenciais.....	133
7.2.2.3. Da humanização na política pública de saúde .....	134
7.2.2.4. Do impacto da humanização no atendimento ao usuário SUS.....	139
7.2.2.5. Acolhimento nas áreas diversas .....	140
7.2.2.6. Da qualidade subjetiva do acolhimento .....	141
7.2.2.7. Acolhimento com Avaliação de Risco dos usuários na unidade.....	144
7.2.2.8. Da metodologia de Atendimento para pessoas com necessidades especiais	150
7.2.2.9. Do Treinamento e Orientação da equipe no acolhimento.....	150
7.2.3. Procedimentos e fluxo nos ambientes internos.....	151
7.2.3.1. Recepção.....	151



7.2.3.2.	Sala de classificação de risco .....	152
7.2.3.3.	Consultório médico .....	155
7.2.3.4.	Atendimento Gineco-obstetrícia .....	155
7.2.3.5.	Sala de inalação .....	156
7.2.3.6.	Sala de curativo .....	157
7.2.3.7.	Observação e Internação .....	159
7.2.3.8.	Sala de administração de medicamentos/hidratação .....	160
7.2.3.9.	Sala de urgência / sala vermelha .....	161
7.2.3.10.	Isolamento .....	162
7.2.3.11.	Farmácia .....	164
7.2.3.12.	Almoxarifado .....	166
7.2.3.13.	Sala expurgo / esterilização .....	170
7.3.	Referência e Contrarreferência dos Serviços .....	176
7.3.1.	Núcleo Interno de Regulação - NIR .....	178
7.3.2.	Serviço de Remoção .....	181
7.4.	Exames Complementares .....	183
7.4.1.	Exames de raio-x .....	184
7.4.2.	Tomografia .....	185
7.4.3.	Ultrassonografia .....	186
7.4.4.	Exames eletrocardiograma .....	188
7.4.5.	Exames laboratoriais .....	190
7.5.	Serviço social .....	193
7.6.	Serviço de nutrição e dietética .....	194
7.7.	Manutenção de equipamentos .....	200
7.8.	Manutenção predial .....	202
7.9.	Lavanderia .....	206
7.10.	Segurança Patrimonial .....	209
7.11.	Gerenciamento de Resíduos .....	210
<b>8.</b>	<b>MODELO GERENCIAL .....</b>	<b>218</b>
8.1.	Diretrizes para a execução .....	221
8.2.	Tecnologia da informação .....	222



8.3.	Implantação do serviço de tecnologia da informação.....	223
8.4.	Cronograma de implantação do sistema.....	224
<b>9.</b>	<b>ATIVIDADES VOLTADAS A QUALIDADE.....</b>	<b>225</b>
9.1.	Comissões.....	225
9.1.1.	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários.....	227
9.1.2.	Comissão de Revisão de Óbito.....	232
9.1.3.	Comissão de Ética Médica.....	237
9.1.4.	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH.....	251
9.1.5.	Comissão de Ética de Enfermagem - CEE.....	270
9.1.6.	Comissão de Farmácia.....	295
9.1.7.	Comissão de Humanização.....	298
9.1.8.	Comissão de qualidade e Segurança no cuidado ao paciente.....	300
9.2.	Brigada de Incêndio.....	312
9.3.	Atendimento ao Usuário.....	314
9.3.1.	Informações aos usuários e familiares.....	315
9.3.2.	Proposta de Pesquisa de Satisfação do Usuário.....	317
9.3.3.	Proposta de Processo Contínuo de Satisfação do Colaborador.....	322
<b>10.</b>	<b>PROTOCOLOS.....</b>	<b>325</b>
10.1.	Protocolo Clínicos.....	325
10.2.	Procedimento Operacional Padrão – POP de Enfermagem.....	325
<b>11.</b>	<b>METAS E INDICADORES.....</b>	<b>326</b>
<b>12.</b>	<b>PLANO DE CONTINGÊNCIA.....</b>	<b>328</b>
<b>13.</b>	<b>CALENDÁRIO DA SAÚDE.....</b>	<b>333</b>
<b>14.</b>	<b>POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.....</b>	<b>336</b>
14.1.	Introdução.....	336
14.2.	Parâmetros para a Política de Recursos Humanos.....	337
14.3.	Formação Profissional.....	338
14.4.	Avaliação do Desenvolvimento e Planos de Desenvolvimento.....	339
14.5.	Concorrência para os Eventos.....	345
14.6.	Manual Institucional.....	349
14.7.	Segurança do Trabalho.....	371



14.8.	O E-Social e a Segurança do Trabalho .....	375
14.9.	Condições Ambientais do Trabalho — Agentes nocivos .....	377
14.10.	A Lei Geral De Proteção De Dados – LGPD.....	392
14.11.	Pesquisa de Clima Organizacional e Uso das Informações.....	399
14.12.	Registro e controle de ponto.....	405
14.13.	Férias.....	407
14.14.	Regulamento de Contratação.....	409
14.15.	Salários .....	418
14.16.	Administração de Pessoal.....	419
14.17.	Educação Permanente em Saúde/Capacitação.....	441
14.17.1.	Cronograma.....	443
14.17.2.	Quadro de Cargos e Salários .....	448
14.18.	Descrição dos cargos.....	449
14.19.	Organograma da Unidade.....	465
<b>15.</b>	<b>REGIMENTO INTERNO DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>468</b>
<b>16.</b>	<b>REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO .....</b>	<b>486</b>
<b>17.</b>	<b>AQUISIÇÕES DE BENS E SERVIÇOS.....</b>	<b>494</b>
17.1.	Modelo de Regulamento de compras e contratações .....	494
<b>18.</b>	<b>CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS .....</b>	<b>511</b>
<b>19.</b>	<b>PROPOSTA FINANCEIRA .....</b>	<b>512</b>
<b>20.</b>	<b>ANEXOS .....</b>	<b>515</b>

*[Handwritten signatures and initials]*

## 1. SOBRE O INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

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 e
- 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 e
- 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 - C.J. 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.

## **1.1. Competência Técnica**

### **1.1.1. Atestados de Capacidade Técnica**

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

### **1.1.2. 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 - Ministras 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

Página 22

técnica juntamente com a gerência administrativa.

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

## 1.2. 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: HOSPITAIS, 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:

### 1.2.1. 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.

*Antes*



*Depois*



- 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.

### **1.2.2. 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 decompressão 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.

### 1.2.3. Urgência e Emergência – Poá (Desde Janeiro 2022)

O Instituto Alpha desenvolve através de Contrato de Gestão em parceria público privado com a Prefeitura da Estância Hidromineral de Poá no Pronto Atendimento Guido Guida, executando ações e serviços de urgência e emergência, SADT - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, para usuários do Sistema Único de Saúde, por demanda espontânea e referenciada (SAMU), localizado na Rua Barão de Juparanã, 43 – Jardim Medina, Poá.



A Unidade conta com atendimento de porta, estabilização em sala de choque, leitos de emergência, remoção para unidades referenciais, leitos de observação Clínica Médica e atendimento em área exclusiva de pacientes com síndrome respiratória.

Contamos com:

- Serviço de acolhimento e classificação de risco;
- Capacitação e treinamento da equipe;
- Equipe de Manutenção e suporte do sistema de atendimento;
- Gestão e acompanhamento pela equipe administrativa "in loco";
- Sistema eletrônico em tempo real – "on-line";
- Controle assíduo e constante no atendimento aos usuários;
- Quantidade de atendimento por especialidade;
- Solicitações diagnósticas (exames solicitados).

#### 1.2.4. UBS/PSF - Laranjal Paulista - (2018 2022)

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.



*Palestra sobre obesidade infantil em Unidades*



*Evento Outubro Rosa em 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.

### 1.2.5. Saúde Mental/SRT

**Franco da Rocha (2017), Francisco Morato (2018-2021) e Osasco (2018-2019 e 2022)**

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



*Empreza Seguradora*



*Hóspedes no Ar Livre*

✓ Participação na Luta antimanicomial



✓ Oficinas



*Conte de sabões*



*Oficina de Costura*







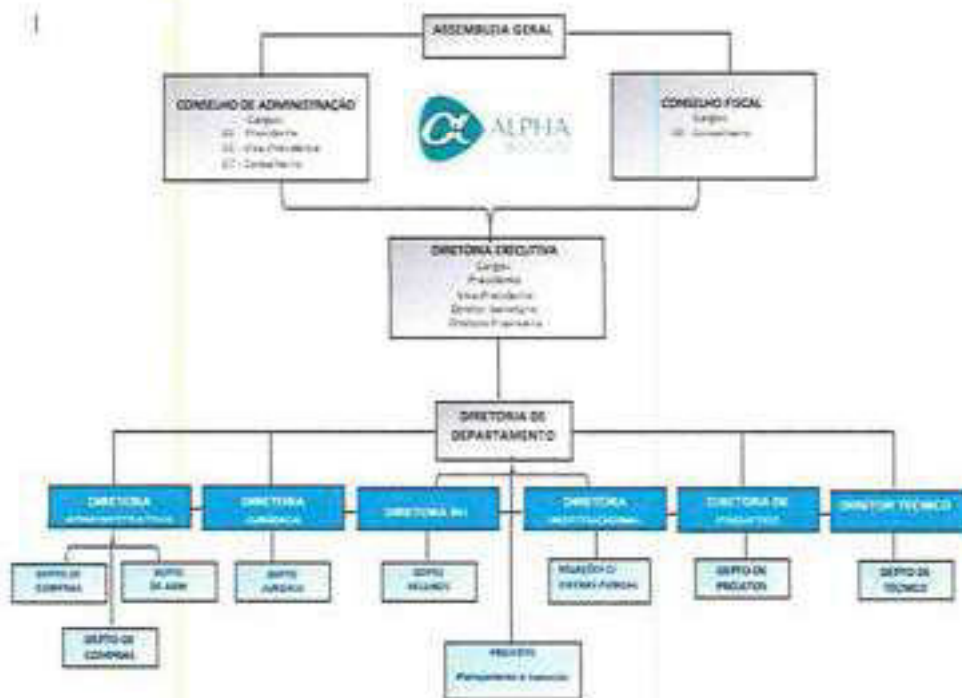
**ALPHA**  
INSTITUTO

Centro de Diagnóstico e Tratamento



### 1.3. 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.



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.



### **1.3.1. Curriculum Vitae Diretor Técnico**

Apresentamos a seguir a qualificação do Diretor Técnico do Instituto. Seguem documentos comprobatórios no anexo III desta proposta.

#### **HÉLIO DA COSTA MARQUES**

Av. Eng. Saturnino de Brito, 242 Apto. 307 – Pq. Prainha

CEP 11.325-010 São Vicente/SP

#### **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.

**2. OBJETO DA PROPOSTA**

Contratação de empresa especializada para a gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde por 12 (doze) meses, podendo ser renovado, havendo concordância de ambas as partes, por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses. Atendendo especificações, quantitativos, regulamentação do



gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde em 01 hospital de clínicas com unidade de pronto atendimento munido de classificação de risco para atendimento geral composto por sala de estabilização/emergência, unidade para atendimentos com média de 450 usuários/dia, setor de internação para 35 leitos municipais para tratamento de baixa e média complexidade (leitos de cuidados intermediários) e setor diagnóstico com exames radiológicos convencionais, tomográficos e ultrassonográficos (de acordo com o exposto nas cláusulas subsequentes), com funcionamento 24 horas.

## 2.1. Objetivo Geral

Atendimento no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel no Município de Mairiporã – SP, para a prestação de serviços de Saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, com Unidade de Pronto Atendimento munido de classificação de risco para atendimento geral oferecendo assistência hospitalar de qualidade em Ortopedia, Clínica Médica, e internação atendendo o sistema público local na referência e contra referência no que consiste ao atendimento hospitalar dentro da linha de cuidados clínicos e demais responsabilidades, conforme segue:

- Prestação gratuita e universal dos serviços de atenção à saúde aos usuários, no âmbito do SUS e conforme esse Termo de Referência;
- Garantia de aquisição, fornecimento, gestão e logística de suprimentos farmacêuticos, insumos hospitalares apropriados à rotina hospitalar, insumos da rede de gases (mangueiras, conexões, adaptadores) e administrativos/gerais para pronto atendimento com unidade de estabilização e internação visando ao atendimento da população adulta;
- Gestão, guarda, manutenção preventiva e corretiva de pequenos reparos e equipamentos e conservação do prédio e dos bens cedidos e inventariados pelo município, incluindo os mobiliários e os equipamentos médico-



hospitalares e gerais;

- Contratação e gestão de profissionais de todas as áreas concernentes à operação da referida Unidade de Saúde;
- Execução direta ou subcontratação e gestão, em qualquer caso, dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da Unidade Hospitalar, tais como lavanderia e rouparia, alimentação de usuários e funcionários, esterilização de materiais, higienização, laboratório clínico, transfusão sanguínea e hemoderivados, unidade de gases medicinais, segurança privada, zeladoria do prédio e terreno, manejo interno de resíduos hospitalares, serviço de raio X (sendo 01 aparelho fixo instalado e 01 aparelho portátil) e tomografia computadorizada com mínimo de 16 canais e capacidade de 70 exames/dia (instalação completa e RH para funcionamento 24h), serviço de ultrassonografia (a ser instalado de forma progressiva) conforme estabelecido no Termo de Referência.
- Operacionalizar o atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar dos usuários do Hospital de Clínicas Anjo Gabriel, Mairiporã, seguindo as recomendações e fluxos municipais da Secretaria Municipal de Saúde.
- Administrar a gestão de leitos e dos serviços acessórios necessários ao funcionamento da unidade de demanda espontânea e hospitalar, hotelaria e de conforto ambiental, engenharia clínica, conforme estabelecido neste Termo de Referência, no Contrato e nos respectivos eventuais anexos.
- Fornecer o serviço com instalação, equipamentos e RH para todos os serviços ofertados ininterruptamente 24 por dia/7 dias por semana ou de acordo com o protocolo municipal;
- Ofertar exames laboratoriais associados à terapêutica protocolada visando a manutenção da rotina hospitalar apropriada à complexidade, garantindo



- assistência contínua e abrangente;
- Para efeitos de suporte laboratorial o provimento dos exames atendendo à demanda deverá corresponder às necessidades previstas no contrato correspondente sendo que, por motivos de variação epidemiológica poderá sofrer ajustes quantitativos e/ou qualitativos sem a interrupção da prestação de serviços e desde que devidamente autorizados previamente junto à área técnica da Secretaria Municipal de Saúde;
  - Garantir equipe completa para atendimento dos usuários do SUS conforme Termo de Referência;
  - Garantir implantação do NIR (Núcleo Interno de Regulação) cuja atuação esteja diretamente integrada com a coordenação de Regulação Municipal e garantir implantação e atuação do Núcleo de Segurança do Paciente de comum acordo com a Política de Gestão da SMS;
  - Garantir cumprimento da Política Nacional de Humanização (PNH);
  - Garantir o pleno funcionamento de serviço próprio ou contratado de lavanderia/rouparia de toda a unidade hospitalar dentro das normas preconizadas pela Vigilância Sanitária de forma a prover de forma suficiente e necessária para a atividade diária da unidade hospitalar (consideradas aqui as necessidades próprias de pronto atendimento, serviços diagnósticos, internação e salas cirúrgicas);
  - Garantir higienização completa do prédio com equipe treinada e capacitada com controle e monitoramento de biossegurança, uso adequado de EPIs (como exemplos: bota, avental, máscara, óculos de proteção e luvas adequadas), utilização de produtos autorizados com liberação da ANVISA, seguindo as RDC existentes e normativas da Vigilância Sanitária;
  - Compreendem-se nesses serviços e normas o Controle de Pragas e Vetores

Urbanos e higienização de reservatório de água, e os cuidados de zeladoria com o entorno da unidade delimitada pelas dimensões de seu terreno;

### 3. JUSTIFICATIVA

A assistência à saúde é garantida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e para isto toda a linha de cuidado deve ser efetiva e eficaz, desde a atenção básica até os procedimentos de alta complexidade, de forma organizada e hierarquizada, com foco na qualidade dos serviços prestados, segundo o grau de complexidade de assistência requerida. A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos e oferecendo, segundo o grau de complexidade de assistência requerida e sua capacidade operacional, os serviços de saúde adequados. A execução destes serviços deve ser frequentemente avaliada para melhor atendimento aos usuários, bem como a otimização dos recursos empregados neste tipo de assistência. Muitas vezes faz-se necessária a readequação dos objetivos iniciais em face da realidade e necessidades encontradas. Com a transição dos serviços ora prestados por unidade hospitalar contratada, a equipe municipal desenha o novo projeto que transforma o equipamento hospitalar anteriormente dedicado à Covid-19 em hospital geral de portas abertas, trazendo para sua gestão toda a internação de leitos municipais, de forma a otimizar recursos e ampliando os recursos diagnósticos dedicados ao regime de urgência. Após todos esses meses de pandemia, a região continua com escassez de recursos e da oferta de serviços que deem vazão às necessidades regionais de casos regulados em regime de urgência/emergência, assim como de rotina que atendam os cinco municípios da RRAS-03. Com o avançar da pandemia e o retorno dos hábitos sociais, os casos atribuídos a outras patologias, voltaram a aumentar. Estima-se que na totalidade o município requeira o atendimento em regime de pronto atendimento de 14.000 casos/mês distribuídos entre a unidade de pronto atendimento de Terra Preta e a unidade hospitalar ora em questão.

## 4. SOBRE O MUNICÍPIO DE MAIRIPORÃ

### 4.1. Histórico

Na segunda metade do século XVI, era difícil a penetração para o norte do núcleo urbano surgido em torno do Colégio de São Paulo de Piratininga (atual Pátio do Colégio), conhecido como São Paulo de Piratininga, por causa de dois obstáculos: os rios Tamanduateí e Tietê e a Serra da Cantareira, a qual se apresentava como uma sólida parede ao norte do pequeno núcleo urbano.

No início do século XVII (provavelmente na primeira década deste século), Antonio de Souza Del Mundo ergue uma capela em louvor a Nossa Senhora do Desterro, em torno da qual surge o povoado de Juqueri (palavra tupi que designa uma planta leguminosa, conhecida também como dormideira), dotado de interessante traçado e capacidade de adaptação ao sítio pouco favorável de sua implantação. Este povoado era essencialmente rural e servia de proteção à vila de São Paulo de Piratininga e ponto de apoio às rotas de ligação com o interior.

Em 1610, Salvador Pires de Medeiros recebeu doação de uma sesmaria de Gaspar Conqueiro. Essa sesmaria ia da margem direita do Rio Tietê, subindo a Serra da Cantareira, até as margens do Rio Juqueri.

O povoado de Juqueri foi elevado à condição de freguesia, com o mesmo topônimo, provavelmente em 1640.

Em 1696, a freguesia de Juqueri foi elevada à categoria de Vila, com o topônimo de Nossa Senhora do Desterro de Juqueri.

A Vila de Juqueri adentrou o século XVIII como fonte de produtos agrícolas para São Paulo, chegando a produzir algodão e vinho para exportação. Não prosperou como outras localidades inseridas nas regiões das lavras de ouro e pedras preciosas, caracterizando-se como pouso de tropeiros que faziam o abastecimento de Minas Gerais.

Em 1769, a Câmara de São Paulo determinou a abertura de uma estrada entre Juqueri e São Paulo. O "Caminho de Juqueri" transformou-se, mais tarde, na

Estrada Velha de Bragança. No ano de 1783, Juqueri passou a ser paróquia; a capela transformou-se em igreja e passou por diversas modificações (1841, Década de 1940 e 1982). A última reforma descaracterizou o antigo templo, conservando apenas a torre.

Antes distrito de São Paulo (até 1880), Juqueri passa a ser freguesia de Nossa Senhora da Conceição de Guarulhos (1880-1889),<sup>[15]</sup> Juqueri passou a ser município por meio da Lei Provincial nº 67, de 27 de março de 1889. Um ano antes da emancipação, a São Paulo Railway (Estrada de Ferro Santos-Jundiaí) construiu a Estação do Juqueri (hoje a antiga Estação Franco da Rocha). Em 1898, o Governo do Estado inaugurou o Hospital Psiquiátrico do Juqueri (hoje pertencente ao município de Franco da Rocha) para doentes mentais, dirigido pelo psiquiatra Francisco Franco da Rocha, cujo nome denomina a cidade em que hoje fica o hospital.



Pensionato Japonês de Mairiporã

Dez famílias de imigrantes japoneses chegaram em Juqueri em 1913, lideradas por Akimura, natural de Kumano. A colônia japonesa de Mairiporã é uma das mais antigas do Brasil, juntamente com as colônias de Cerqueira César e Iguape. Estas famílias deram novo impulso a cidade, principalmente pelo trabalho na agricultura. Em outubro de 1913, Chōju Akimura e outras nove famílias teriam adquirido lotes de terra em Juqueri. Anos mais tarde, foi estabelecida a Cooperativa Agrícola do Juqueri, que no pós-guerra transformar-se-ia no principal reduto da imponente Cooperativa Agrícola Sul-Brasil. Nos anos seguintes, centenas de outras famílias japonesas chegaram a Juqueri.



Em 1944, Juqueri sofre a sua primeira perda territorial, quando os distritos de Franco da Rocha e Caieiras são desmembrados para compor o novo município de Franco da Rocha.

A associação do nome da cidade de Juqueri ao hospital psiquiátrico, causando confusão na entrega de correspondências e desconforto entre os moradores locais, criou um movimento para mudar o nome do município. O nome Juqueri era dado como sinônimo de "loucura". Em 1948, o prefeito Bento de Oliveira solicitou à Assembleia Legislativa autorização para a mudança. Na ocasião, o deputado Ulysses Guimarães apoiou o pedido e pronunciou a célebre frase: "Juqueri, terra de loucos. Loucos por cidadania".

No dia 24 de dezembro de 1948, foi aprovada a Lei Estadual nº 233, permitindo a mudança do nome do município. O nome Mairiporã foi sugerido pelo jornalista e poeta Araújo Jorge, significando, em tupi-guarani, "cidade bonita". Por isso, a cidade é conhecida como "Aldeia Pitoresca".

Na década de 1950, Mairiporã foi marcada pela vinda da Companhia Cinematográfica Multifilmes S.A., dirigida pelo cineasta Mário Civelli. Até pouco tempo <sup>[quando?]</sup>, ainda existiam os barracões da companhia, aonde foi rodado o primeiro filme colorido no Brasil, destruídos para a construção do pedágio pela Arteris.

Com a implantação da Rodovia Fernão Dias, ligação de São Paulo para Minas Gerais, houve uma redescoberta e valorização intensa de Mairiporã, em razão dos atributos naturais da região para abrigar residências secundárias de alto padrão (lazer/recreio) e posteriormente para moradia fixa. O boom imobiliário ocorreu a partir do final da década de 1970 e década de 1980. A esse movimento, contrapôs-se a Lei de Proteção dos Mananciais (leis estaduais 898/75 e 1 172/76), para preservação dos recursos hídricos responsáveis pelo abastecimento de grande parte da população da Região Metropolitana de São Paulo. Em 1992, a região da Serra da Cantareira foi reconhecida como Patrimônio da Humanidade pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.

Vale destacar o potencial que a cidade possui para a fixação de residências secundárias desde os anos 1960 e 1970. Em Mairiporã, há diversos condomínios e

sítios, servindo tanto para moradia fixa como para veraneio. Devido a essa característica de cidade-dormitório tranquila e arborizada e a proximidade com a cidade de São Paulo.



Área urbana de Mairiporã vista do Cruzeiro. Avistam-se a [Rodovia Fernão Dias](#) no lado esquerdo e a [SP-23](#) com a [Represa Paiva Castro](#) no lado direito

## 4.2. Território

Mairiporã é um município da Região Metropolitana de São Paulo, no estado de São Paulo, no Brasil.



Localização de MAIRIPORÃ em São Paulo

Mairiporã está localizado na Zona Norte da Grande São Paulo, em conformidade com a lei estadual nº 1.139, de 16 de junho de 2011 e, conseqüentemente, com o Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado da Região Metropolitana de São Paulo (PDU).

Apresenta 67.4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 67.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 27.3% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 568 de 645, 557 de 645 e 271 de 645, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1490 de 5570, 3275 de 5570 e 1374 de 5570, respectivamente.



Acesso rodoviário à Mairiporã: Rodovia Fernão Dias (BR-381), ao sul para São Paulo e Guarulhos e ao norte para Atibaia, Bragança Paulista e Sul de Minas Gerais; SP-23 para Franco da Rocha; Estrada do Rio Acima para Nazaré Paulista; Estrada da Roseira, Estrada de Santa Inês e Estrada Velha São Paulo-Bragança (SP-8) para São Paulo.

Fonte: IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/mairipora.html>

### 4.3. População

População no último censo [2010]

**80.956** pessoas

Comparando a outros municípios

No país  
5570<sup>º</sup>

1<sup>º</sup>

No Estado  
645<sup>º</sup>

1<sup>º</sup>

Na região geográfica imediata  
39<sup>º</sup>

1<sup>º</sup>

[Ver ranking de todos os municípios](#)

Densidade demográfica [2010]

**252,44** hab./km<sup>2</sup>

População no último censo



Legenda

até 5.152 pessoas	até 12.799 pessoas	até 38.695 pessoas	mais que 38.695 pessoas
-------------------	--------------------	--------------------	-------------------------

Dado inexistente para este município

Local selecionado

A população estimada em 2020 é de 101.937 habitantes e a área é de 320,697 km<sup>2</sup>. De acordo com o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil lançado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no ano de 2013, Mairiporã aparece entre as 100 cidades do país com melhor Índice de Desenvolvimento Humano ocupando a 76<sup>ª</sup> posição no ranking nacional, a 40<sup>ª</sup> posição estadual e a 6<sup>ª</sup> dentre as 39 cidades da Região Metropolitana de São Paulo.

Fonte: IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/mairipora.htm>

### Pirâmide Etária - 2010

100 ou mais

95 a 99

90 a 94

85 a 89

80 a 84

75 a 79

70 a 74

65 a 69

60 a 64

55 a 59

50 a 54

45 a 49

40 a 44

35 a 39

30 a 34

25 a 29

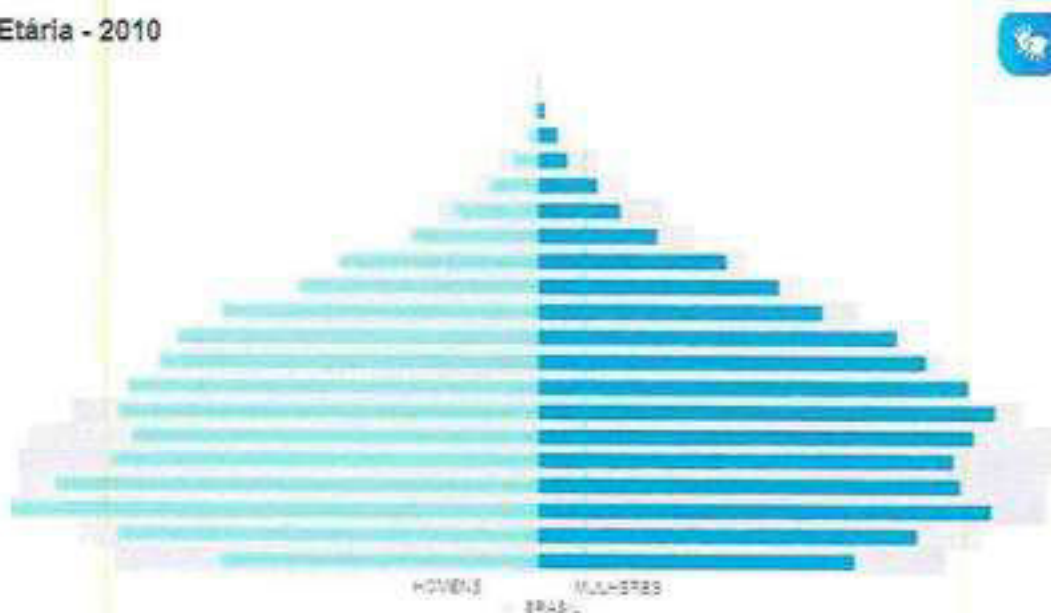
20 a 24

15 a 19

10 a 14

5 a 9

0 a 4



#### 4.4. Economia

Os valores da renda per capita mensal registrados, em 2010 e 2019, evidenciam que houve crescimento da renda no município - Mairiporã - entre os anos mencionados.

PIB per capita [2019]

**18.456,83 R\$**

PIB per capita

Comparando a outros municípios

No país

5570\*

1\*

No Estado

645\*

1\*

Na região geográfica imediata

39\*

1\*

[Acessar página de ranking](#)



Legenda

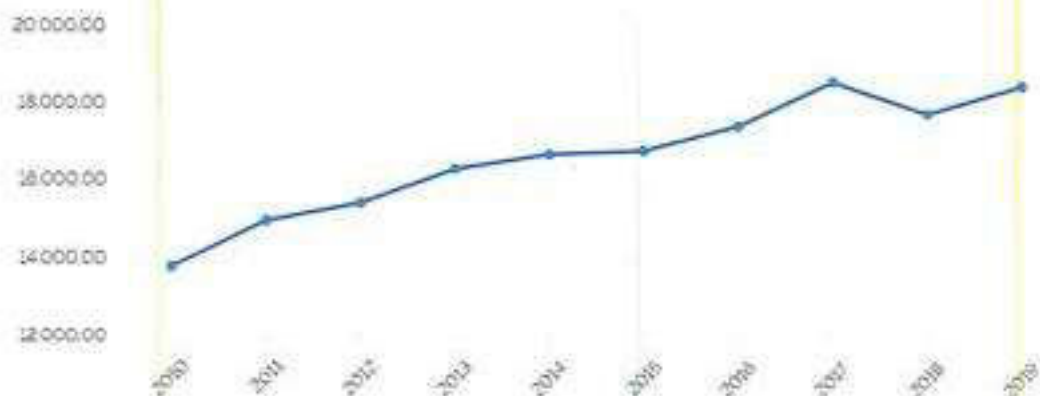
até 19.449,94 R\$    até 25.467,09 R\$    até 37.107,07 R\$    mais que 37.107,07 R\$

Dado inexistente para este município



**PIB per capita**

18.456,83 R\$



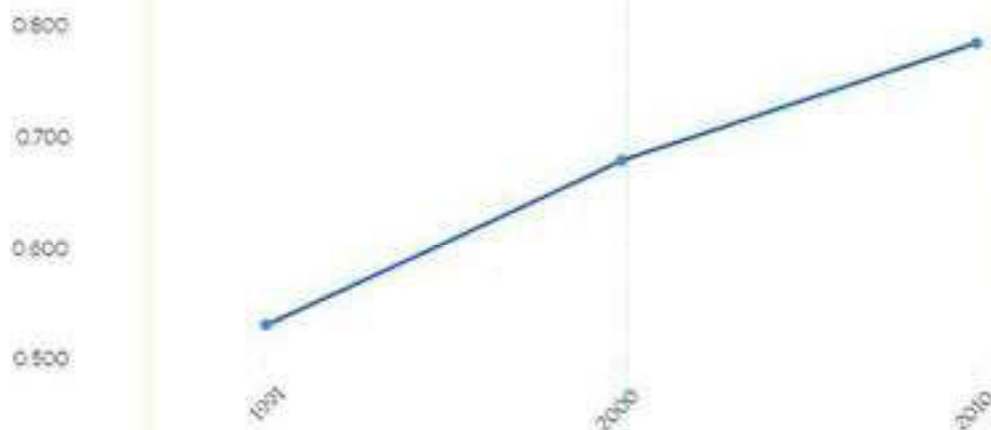
Fonte: IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/mairipora.html>

#### 4.5. IDHM



**IDHM** Índice de desenvolvimento humano municipal.

0,788



Fonte: IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/mairipora.html>

Como evidenciado anteriormente, o IDHM do município - Mairiporã - apresentou aumento entre os anos de 1991 e 2010.

#### 4.6. Trabalho e rendimento

Em 2020, o salário médio mensal era de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 16.6%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 347 de 645 e 419 de 645, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1571 de 5570 e 1912 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 36.3% da população nessas condições, o que o colocava na posição 100 de 645 dentre as cidades do estado e na posição 3293 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

Salário médio mensal dos trabalhadores formais [2020]

**2,1** salários mínimos

Comparando a outros municípios

No país  
5570<sup>o</sup>

1<sup>o</sup>

1571

No Estado  
645<sup>o</sup>

1<sup>o</sup>

347

Na região geográfica imediata  
39<sup>o</sup>

1<sup>o</sup>

100

[Acessar página de ranking](#)

Salário médio mensal dos trabalhadores formais



Legenda

até 2 salários mínimos	até 2,2 salários mínimos	até 2,5 salários mínimos	mais que 2,5 salários mínimos
------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

 Dado inexistente para este município



## 4.7. Educação

Taxa de escolarização  
de 6 a 14 anos de idade  
[2010]

98,1 %

IDEB - Anos finais do ensino fundamental  
(Rede pública)

IDEB - Anos iniciais do  
ensino  
fundamental (Rede  
pública) [2021]

6,2

IDEB - Anos finais  
do ensino  
fundamental (Rede  
pública) [2021]

5,2



Legenda

até 5,1

até 5,30

até 5,6

mais que 5,6

### Comparando a outros municípios

No país

5570º

1º

1327º

No Estado

645º

1º

365º

Na região geográfica  
imediate

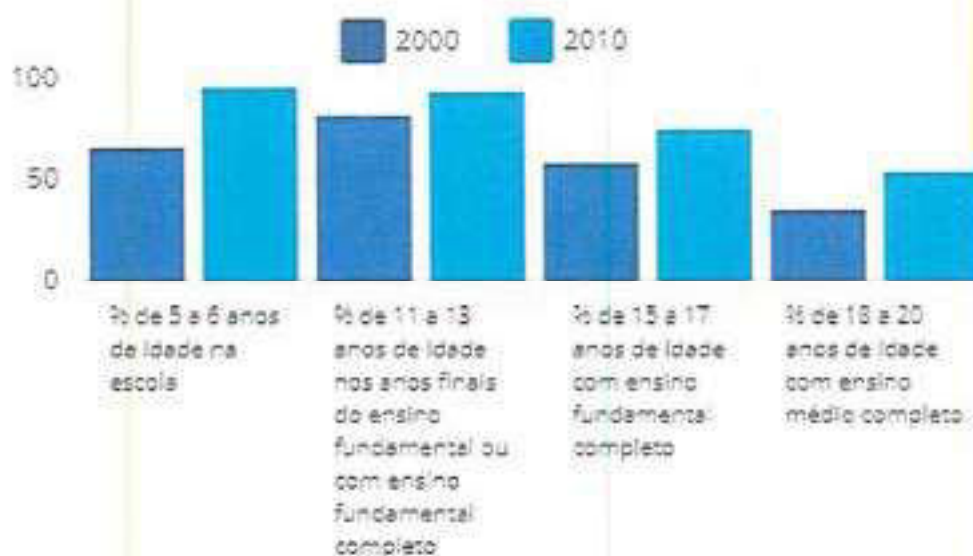
39º

1º

20º



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



### Fluxo escolar de crianças e jovens

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.

#### ADEQUAÇÃO IDADE-SÉRIE EM 2010

5 e 6 anos	11 a 13 anos	15 a 17 anos	18 e 20 anos
<b>94,10%</b>	<b>91,89%</b>	<b>73,27%</b>	<b>52,06%</b>

No município, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 94,10%, em 2010. No mesmo ano, a proporção de crianças de 11 a 13 anos, frequentando os anos finais do ensino fundamental, era de 91,89%. A proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 73,27%; e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era de 52,06%.

## 4.8. Indicadores de Saúde

### 4.8.1. 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 desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos do Ministério da Saúde (SINASC) reúne dados sobre os nascidos vivos e suas características mais importantes, relativas ao parto, ao recém-nascido e à mãe.

A Declaração de Nascido Vivo (DNV) é o documento padrão do Ministério da Saúde, fonte de dados para o SINASC e é preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas. As informações contidas na DNV oferecem importantes de saúde, fonte de dados para o SINASC e é preenchido nas maternidades para todas as crianças que nascem vivas. As informações contidas na DNV oferecem importantes subsídios para a vigilância dos recém-nascidos na prevenção da morbimortalidade infantil.

**2018**

3 - NACIDOS VIVOS - SÃO PAULO

Razão previdenciária por área de nascimento segundo Município  
Ano: 2018  
Revisão: 2018

	2018	2017	2016
TOTAL	1.124	1.124	1.124
2018 (revisão)	1.124		

## 2019

### § SAÚDE VIVAS - MORTES

Nascidos vivos e óbitos por Ano de Nascimento segundo Município  
Município: 33230 Santos  
Período: 2019

Município	2019	2018
TOTAL	1.000	1.250
33230 Santos	1.000	1.000

## 2020

### § SAÚDE VIVAS - MORTES

Nascidos vivos e óbitos por Ano de Nascimento segundo Município  
Município: 33230 Santos  
Período: 2020

Município	2020	2019
TOTAL	1.000	1.250
33230 Santos	1.000	1.000

### 4.8.2. Mortalidade Infantil

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9,5 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,3 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 280 de 645 e 332 de 645, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2888 de 5570 e 3907 de 5570, respectivamente.



### Mortalidade Infantil [2020]

**9,5** óbitos por mil  
nascidos vivos

### Comparando a outros municípios

No país  
5570<sup>o</sup>

1<sup>o</sup>

No Estado  
645<sup>o</sup>

1<sup>o</sup>

Na região geográfica  
imediate  
39<sup>o</sup>

1<sup>o</sup>

[Acessar página de  
rankings](#)

### Mortalidade infantil



#### Legenda

até 7,94 óbitos por mil nascidos vivos	até 10,93 óbitos por mil nascidos vivos	até 16,53 óbitos por mil nascidos vivos	mais que 16,53 óbitos por mil nascidos vivos
---	--	--	--

Dado inexistente para este município



### Mortalidade infantil

9,5 óbitos por mil nascidos vivos



Fonte: IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/mairipora.html>

### 4.8.3. Mortalidade Geral

A taxa de mortalidade é a variável característica das comunidades de seres vivos; refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença.

Morbidade é um conceito importante na abordagem da pesquisa epidemiológica que cada vez mais se mostra fundamental para a compreensão do processo saúde/doença. O estudo da Morbidade lida com o conjunto de indivíduos que adquirem doenças num dado intervalo de tempo em uma determinada população ao mostrar o comportamento das doenças e os agravos à saúde. Os dados estatísticos sobre morbidade são frequentes para representar as condições de saúde de uma população com muito mais sensibilidade que as taxas de óbitos. Dessa forma, revelam a incidência e a prevalência da doença de um grupo de indivíduos, resume-se na tradução da vitalidade de determinado grupo populacional.

A Morbidade Hospitalar refere-se aos indivíduos doentes tratados em hospital, levados a internação. Para definição de tal referência vale a análise de notificação compulsória de doenças, estatísticas hospitalares, registros especiais de doenças, registros de óbitos, inquéritos domiciliares e outras fontes, tais como censo populacional e seguro social de saúde. Todas essas fontes são consideradas estudos importantes para embasar o conceito da morbidade em contexto hospitalar, como também são fundamentais para a construção dos dados estatísticos. A apresentação desses dados revela quantas pessoas sofrem de determinadas doenças, qual a letalidade das diferenças doenças, em que extensão as doenças estão concentradas em grupos específicos da população (de acordo com idade, sexo e município de residência) e qual o efeito da atenção primária médica sobre o controle da incidência da doença.

Diante desse contexto, ganha particular relevância a análise do perfil das internações sensíveis a atenção primária, visto que demonstra o desempenho e



**2021:**

5 MORBIDADE HOSPITALAR DE CID-10 POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SÃO PAULO

Taxa de morbidade por Capítulo CID-10 segundo município  
Município: 35260 Mairiporã  
Período: 2021

Município	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença
TOTAL	21,34	32,24	11,23	1,95	1,02	11,74	4,70	2,21	1,01	0,90	4,30	0,29	10,83	
35260 Mairiporã	21,34	32,24	11,23	1,95	1,02	11,74	4,70	2,21	1,01	0,90	4,40	0,29	10,83	

**2022:**

5 MORBIDADE HOSPITALAR DE CID-10 POR LOCAL DE INTERNAÇÃO - SÃO PAULO

Taxa de morbidade por Capítulo CID-10 segundo município  
Município: 35260 Mairiporã  
Período: jan-ago/2022

Município	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença	Capítulo	Doença
TOTAL	21,24	32,32	12,00	4,32	7,14	12,00	7,00	3,00	1,17	1,22	0,30	7,11		
35260 Mairiporã	21,24	32,32	12,00	4,32	7,14	12,00	7,00	3,00	1,17	1,22	0,30	7,11		

**4.8.4. Morbidade – Por Local de Internação**

A morbidade consiste na taxa de indivíduos portadores de determinada doença dentro de um grupo específico, a partir de certo período de análise.

Em relação ao Município de Mairiporã, foram realizadas pesquisas de morbidades pelo capítulo CID 10, cujo finalidade é criar uma padronização de diagnósticos que facilite a organização e a identificação de possíveis problemas de saúde com alcance mundial.

A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde é um dos instrumentos mais utilizados por profissionais da área.

Com importante base epidemiológica, a ferramenta organiza informações sobre doenças, sinais, sintomas, achados anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas. A CID-10, décima versão do documento, foi aprovada em 1989. Dois anos mais tarde, começou a ser utilizada no Brasil.



Capítulo	Descrição	Códigos de CID-10
I	Alguns doenças infecciosas e parasitárias	000-109
II	Neoplasias (tumores)	200-249
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunológicos	250-289
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	290-309
V	Transtornos mentais e comportamentais	310-399
VI	Doenças do sistema nervoso	300-359
VII	Doenças do olho e ouvido	360-409
VIII	Doenças do nariz e da aparelho bucal	460-509
IX	Doenças do aparelho circulatório	410-519
X	Doenças do aparelho respiratório	420-529
XI	Doenças do aparelho digestivo	530-579
XII	Doenças do pele e do tecido subcutâneo	600-699
XIII	Doenças do sistema urinário e do tecido conjuntivo	580-699
XIV	Doenças do sistema genitório	600-699
XV	Gravidez, parto e puerpério	640-699
XVI	Alguns afecções originadas no período perinatal	690-709
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	700-799
XVIII	Doenças, sinais e achados anormais de exames raios-X e de laboratório, não classificados em outra parte	800-899
XIX	Lesões, intoxicações e efeitos adversos subsequentes de causas externas	900-909
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	910-959
XXI	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	960-999
**	CID-10* revisada não disponível em sua versão atual ou em uso	1000, sem código de índice

Fonte: CID-10  
Nota:  
As letras e abreviações (capítulo XII) adotadas nessa classificação, pela ausência de índice (código 500-599) ou pela falta de sistema (códigos 600-699). Para morbidade, adote-se o uso por ordem de classificação. O ICD-10M, em sua regulamentação, indica a use do capítulo XII como diagnóstico primário e o capítulo IX como diagnóstico secundário, quando possível.  
Devido ao primeiro mês de implementação da CID-10, foi adotado o uso do código 999 - CID-10\* revisada não disponível, por dificuldades no tratamento e distribuição de material, assim, nesse período, deve ser considerada a ausência de informação caso diagnóstico não identificado.

Pesquisamos os dados do Município de Mariporã nos períodos de 2020 a 2022 e apresentamos os seguintes dados:

Por capítulo CID 10

2020

↳ HOSPÍCIO HOSPITALAR DO SUS - RUA LOCAL DE INTERAÇÃO - MARIPORÃ

Informações por Capítulo CID-10 segundo Município  
Município: 25230 Mariporã  
Período: 2020

Município	C01-02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38	C39	C40	C41	C42	C43	C44	C45	C46	C47	C48	C49	C50	C51	C52	C53	C54	C55	C56	C57	C58	C59	C60	C61	C62	C63	C64	C65	C66	C67	C68	C69	C70	C71	C72	C73	C74	C75	C76	C77	C78	C79	C80	C81	C82	C83	C84	C85	C86	C87	C88	C89	C90	C91	C92	C93	C94	C95	C96	C97	C98	C99	C00	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38	C39	C40	C41	C42	C43	C44	C45	C46	C47	C48	C49	C50	C51	C52	C53	C54	C55	C56	C57	C58	C59	C60	C61	C62	C63	C64	C65	C66	C67	C68	C69	C70	C71	C72	C73	C74	C75	C76	C77	C78	C79	C80	C81	C82	C83	C84	C85	C86	C87	C88	C89	C90	C91	C92	C93	C94	C95	C96	C97	C98	C99
TOTAL	512	21	28	32	34	19	1	274	250	194	112	7	124	122	5	19	212	15	2.620																																																																																																																																																																																			
25230 Mariporã	512	21	28	32	34	19	1	274	250	194	112	7	124	122	5	19	212	15	2.620																																																																																																																																																																																			

2021

↳ HOSPÍCIO HOSPITALAR DO SUS - RUA LOCAL DE INTERAÇÃO - MARIPORÃ

Informações por Capítulo CID-10 segundo Município  
Município: 25230 Mariporã  
Período: 2021

Município	C01-02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38	C39	C40	C41	C42	C43	C44	C45	C46	C47	C48	C49	C50	C51	C52	C53	C54	C55	C56	C57	C58	C59	C60	C61	C62	C63	C64	C65	C66	C67	C68	C69	C70	C71	C72	C73	C74	C75	C76	C77	C78	C79	C80	C81	C82	C83	C84	C85	C86	C87	C88	C89	C90	C91	C92	C93	C94	C95	C96	C97	C98	C99	C00	C01	C02	C03	C04	C05	C06	C07	C08	C09	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25	C26	C27	C28	C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37	C38	C39	C40	C41	C42	C43	C44	C45	C46	C47	C48	C49	C50	C51	C52	C53	C54	C55	C56	C57	C58	C59	C60	C61	C62	C63	C64	C65	C66	C67	C68	C69	C70	C71	C72	C73	C74	C75	C76	C77	C78	C79	C80	C81	C82	C83	C84	C85	C86	C87	C88	C89	C90	C91	C92	C93	C94	C95	C96	C97	C98	C99
TOTAL	794	21	40	25	22	27	1	322	258	134	99	12	115	3	2	1	42	242	1	2.424																																																																																																																																																																																		
25230 Mariporã	794	21	40	25	22	27	1	322	258	134	99	12	115	3	2	1	42	242	1	2.424																																																																																																																																																																																		





845450	EMAD DE MAIRIPORA	MUNICIPIO DE MAIRIPORA
2849097	NUCLEO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA DE MAIRIPORA	MUNICIPIO DE MAIRIPORA
2921103	CAPS II MAYRA DE JESUS ALVES SILVA	MUNICIPIO DE MAIRIPORA
3022293	UBS ESF SAO VICENTE	PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORA
TOTAL		30

Fonte: cnes2.datasus

#### 4.8.6. Conclusão

Todos os trabalhadores e gestores de saúde têm a necessidade de conhecer seu público, território, suas interrelações nesse meio ambiente e características sociais para planejar ações que sejam efetivas na mudança de uma dada realidade.

Definimos os Indicadores de Saúde como instrumentos utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações de saúde, e se as ações planejadas devem ser aprimoradas e alteradas e determinam o nível de conformidade dessas ações com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os indicadores de saúde são medidas ou sinalizadores que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como, de maneira geral, do desempenho do sistema de saúde de maneira ampla. A interpretação conjunta dos indicadores ajuda os gestores a refletirem sobre a situação sanitária de uma população ou comunidade, e serve para subsidiar a criação de políticas públicas, de maneira a aperfeiçoar o sistema de saúde.

Para o SUS a utilização de indicadores é imprescindível, pois contém informações relevantes sobre os cenários, contribuem para a criação de novas políticas públicas e ajuste de prioridades, são ferramentas de monitoramento e avaliação dos serviços e intervenções de saúde e, mais do que nunca, seus resultados subsidiam o aporte financeiro para a manutenção dos serviços de saúde. Mas não podemos esquecer que a qualificação do processo, desde a captação do dado até os relatórios finais é indispensável, pois a confiança no indicador está relacionada à segurança de

que a informação obtida reflete uma realidade e não mera percepção não fundamentada.

Para o presente projeto, analisamos os índices de nascidos vivos, mortalidade e morbidade hospitalar em Mariporã.

Sobre os indicadores de saúde apresentados, notamos que no município de Mariporã houve uma pequena queda no número de nascidos vivos nos anos de 2019 e 2020, neste último foram 71 crianças a menos que em 2018.

Estudo da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade) com base em informações das estatísticas do Registro Civil, mostra que houve decréscimo no número de nascidos vivos em 2020 no estado de São Paulo. Em 2020, nasceram no estado cerca de 550 mil crianças, 31 mil a menos que no ano anterior.

Como consequência, a fecundidade também se reduziu na última década no estado, passando de 1,7 filho por mulher para 1,6, entre 2010 e 2020, com reflexos na estrutura etária da população, em especial na parcela mais jovem, a tendência se repete em Mariporã quando analisamos a redução do número de nascidos vivos nos último anos.

As estatísticas vitais sobre os nascimentos são essenciais para o reconhecimento do perfil epidemiológico, o planejamento e a avaliação das ações de saúde materna e infantil. Possibilitam a avaliação de diversos indicadores, como o cálculo do coeficiente de mortalidade infantil e o percentual de recém-nascidos de baixo peso, dentre outros.

Quanto à mortalidade infantil, o município já enfrentou índices alarmantes, como em 2009, quando apresentava 18,7 óbitos por nascidos vivos. Durante os anos seguintes o índice reduziu, chegando a 8,8 óbitos por nascidos vivos em 2017. Depois de novamente subir em 2019, voltamos a observar queda e em 2020 o índice foi de 9.5 óbitos por nascidos vivos<sup>1</sup>, abaixo do índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que é de 10 mortes para cada mil nascimentos.

<sup>1</sup> <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/maripora.html>. Acessado em 18 de outubro de 2022.

**Morbidade** é uma variável característica das comunidades de seres vivos e refere-se ao conjunto de indivíduos, dentro da mesma população, que adquirem doenças (ou uma doença específica) num dado intervalo de tempo. A **morbidade** serve para mostrar o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população.

Em Mairiporã, a principal causa de internações nos anos de 2020 (533 internações) e 2021 (766 internações) foram "Algumas doenças infecciosas e parasitárias", que são doenças causadas por microrganismos como vírus, bactérias, protozoários ou fungos, que podem estar presentes no organismo sem causar qualquer dano ao organismo. Ressalte-se que no ano de 2020 foi a segunda causa de óbitos no município – 106 óbitos (doenças do aparelho circulatório – 183 óbitos)<sup>2</sup>. No ano de 2022 notamos uma tendência à queda desses números, vez que, até agosto de 2022 foram 115 internações, no mesmo período de anos anteriores esse número já ultrapassava 200 internações.

As doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório seguem como subsequentes principais causas de internações no município.

As doenças do aparelho circulatório também foram a primeira causa dos óbitos no município nos anos de 2019 e 2020 -183 e 186 óbitos respectivamente. São doenças que afetam o sistema circulatório, ou seja, o coração e os vasos sanguíneos (artérias, veias e vasos capilares). Possuem várias DCV e as mais preocupantes são as que afetam as artérias coronárias (do coração) e as artérias do cérebro. Normalmente essas doenças são causadas por aterosclerose (depósito de placas de gordura e cálcio que dificultam a circulação sanguínea). Quando a aterosclerose aparece nas artérias do coração, pode causar sintomas e doenças como dor no peito ou até mesmo enfarte. Quando acontecem no cérebro, os sintomas são a perda de memória, tonturas e a chance de causar um acidente vascular cerebral (AVC). Muitos são os fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), mas pessoas obesas têm mais chances de desenvolver que indivíduos com gordura corporal normal.

<sup>2</sup> <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/mairipora/pesquisa/17/15752?ano=2020> Acessado em 18 de outubro de 2022.



Já as **doenças respiratórias** estão associadas às principais causas de morte ao redor do mundo. Em Mairiporã, está entre as 4 principais causas dos óbitos. O número de internações por doenças no aparelho respiratório vem apresentando aumento significativo no município desde 2019, e em 2022 até o mês de agosto, foram 367 internações, número que supera o total de internações no ano de 2021. **As infecções das vias respiratórias podem afetar os seios da face, a garganta, as vias aéreas ou os pulmões.** A maioria melhora sem tratamento, mas, em alguns casos, é necessário consultar um médico. Existem tipos diferentes de infecções e elas são divididas entre infecções respiratórias superiores (seios nasais e gargantas) como resfriado comum, sinusite, amigdalite, laringite; e infecções respiratórias inferiores (vias aéreas e pulmões) como bronquite, bronquiolite e pneumonia, que tendem a durar mais tempo e podem ser mais graves.

As informações apresentadas são de extrema relevância para que esta Organização atue de forma efetiva no município de Mairiporã, junto à Secretaria de Saúde, na promoção de **programas de saúde específicos para melhorar a qualidade de vida e a assistência.**

## **5. ASSISTENCIA HOSPITALAR - 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 do SUS



O SUS pode ser entendido como um núcleo comum (único), que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos.

### 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, 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.

*[Handwritten signatures and marks]*



Nos mais de trinta anos de existência formal do Sistema Único de Saúde, vários desafios têm-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.

A assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) é organizada a partir das necessidades da população, a fim de garantir o atendimento aos usuários, com apoio de uma equipe multiprofissional, que atua no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declara o hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde que deve prestar à comunidade e às famílias completa assistência preventiva e curativa, podendo também constituir em um centro de pesquisas biossociais e de formação aos profissionais da área da saúde.

O hospital é um ponto de atenção de um sistema de saúde, parte integrante e indispensável da estruturação médico-social e sanitária, cuja função básica consiste em proporcionar assistência médica integral, constituindo-se, também, em centro de educação, capacitação de pessoal e pesquisa, garantindo retaguarda no atendimento de média a alta complexidade, ofertando procedimentos diagnósticos, leitos clínicos de retaguarda, leitos de Cuidados Prolongados e Leitos de UTI. Reforçando a garantia do cuidado **hospitalar**.

A integração ativa das funções exercidas pelos hospitais viabilizam a estruturação do sistema de saúde e a concretização dos programas assistenciais e a integralidade do cuidado das pessoas.

A forma de gestão e atenção hospitalar no Sistema Único de Saúde foi reformulada pela nova Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Conforme o Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, a PNHOSP "define e classifica os estabelecimentos e os mecanismos de articulação entre os hospitais e os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS)".

Existem 6 eixos estratégicos na PNHOSP;

- Assistência Hospitalar;
- Gestão Hospitalar;
- Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho;
- Financiamento;
- Contratualização;
- Responsabilidades das Esferas de Gestão.

A Atenção Hospitalar dispõe, por exemplo, no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que foi instituído pela Portaria GM/MS n 529, de 2013. Este programa tem o objetivo de otimizar a qualificação do cuidado em saúde em todas as unidades de saúde do Brasil, já que os incidentes que ocorrem em pacientes apresentam alta morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

Este programa deve se associar com a Política Nacional de Humanização (PNH) para que juntos possam atender ao usuário com uma assistência segura e satisfatória.

Foram aprovados, através das Portarias número 1.377 e número 2.095, de 2013, os protocolos básicos de segurança do paciente o que iremos apresentar nesta proposta.

### **5.1. A Urgência e Emergência**

A Urgência e Emergência se constituem em um importante componente da assistência à saúde, com crescente demanda por serviços nos últimos anos. O crescimento do número de acidentes e da violência urbana e a insuficiente estruturação da rede têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população, transformando esta área em uma das mais problemáticas do Sistema de Saúde.

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e sobre o conjunto da sociedade. Na assistência esse impacto pode ser medido

Página 74

diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e na alta taxa de permanência hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violências nos últimos anos, enquanto que por causas naturais esse dado encontra-se em queda.

A Assistência às Urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos serviços que funcionam exclusivamente para esse fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, esses serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes que não conseguem atendimento na atenção primária e na especializada, além das urgências sociais.

Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Essa realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais desses serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes.

As portas de urgência constituem-se em importante observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde. É nelas onde primeiro se mostram os agravos inusitados à saúde da população, sendo, portanto, importante fonte de informação em tempo real para as ações de vigilância em saúde. Assim, é observada uma alta incidência de atropelamentos ocorridos numa mesma região, elevado número de casos de trabalho de parto prematuro, pacientes com insuficiência renal crônica, com quadros de diabetes mellitus descompensada, crises asmáticas de repetição, ferimentos em crianças e tantos outros, sem que quaisquer atitudes sejam efetivamente tomadas em relação a esses eventos. A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no âmbito do SUS prevê a ampliação e qualificação das Portas de



Entrada Hospitalares de Urgência; das enfermarias clínicas de retaguarda; das enfermarias de retaguarda de longa permanência e dos leitos de terapia intensiva e a adoção das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia, cardiovascular e cerebrovascular e tem como diretrizes:

- Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências;
- Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso;
- Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

Sua organização obedece aos seguintes critérios:

- Utilização de protocolo único de Classificação de Risco;
- Fluxos de encaminhamento, após a classificação dos riscos, desenhados e pactuados internamente para cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se corresponsabilizam pelos serviços dessa rede;
- Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores do serviço, de todos os níveis de atenção, compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte da pessoa usuária, se necessário, até o destino pactuado;
- Compartilhamento das regras com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se corresponsabilizam pelos resultados;

- Informatização dos processos.

Desde 2011, a RUE é uma das quatro redes temáticas priorizadas pelo MS. De acordo com a Portaria nº 1.600/11 (Brasil, 2011), esta rede tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde: os serviços de promoção, os de prevenção e os de vigilância à saúde; a atenção básica; o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica de Urgências; as Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; a assistência hospitalar e a atenção domiciliar (Brasil, 2011), com o objetivo de 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.

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.

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 obter o melhor resultado possível nas "verdadeiras urgências".



• As urgências mais frequentes no nosso meio (traumas, Sepse, 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 preparados 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.

A Unidade de Urgência e Emergência 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.

Devido às características do paciente, do atendimento, dos profissionais e do ambiente físico da Unidade, 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 do Hospital 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 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 Atendimento 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 Atendimento. 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 Atendimento 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 na Unidade e devem estar disponibilizados para uso em perfeitas condições de manutenção.

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

O 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.

O dimensionamento desta Proposta, estando de acordo com Edital, prevê assistência para Atendimento de triagem e pronto atendimento com capacidade para até 600 consultas/dia

As consultas de Pronto Atendimento são limitadas por idade sendo direcionadas a cidadãos acima de 16 anos, no entanto devendo acolher urgências de todas as idades e, quando for o caso, direcionar pacientes menores de 16 anos para a unidade pediátrica somente após devidamente estabilizados;

Os leitos de estabilização e emergência (não divididos por sexo ou idade) deverão ter o apoio de médico emergencista 24h por dia.

## **5.2. Hospital de Clínicas Anjo Gabriel**

### **5.2.1. Localização e abrangência de atendimento do Hospital de Clínicas**

O Hospital de Clínicas Anjo Gabriel situa-se à rua São Judas Tadeu, nº 200, Bairro Capoavinha, nesse município.

### **5.2.2. Estrutura física da Unidade**

**Sua estrutura compreenderá:**

- Central de recepção de pacientes dotada de sistema de informática e telefonia interna e externa, responsável pelo acolhimento e orientação de fluxo e destino dos usuários e visitantes;
- Sala de espera, dotada de mobiliário para acomodação de pessoas sentadas



- e munida de instalações de suportes contendo antisséptico e espaçamento entre cadeiras;
- Esta área se subdivide entre atendimento adulto;
  - Sala de acolhimento para atuação de Assistência Social;
  - Sala de emergência e estabilização com a devida separação entre os leitos;
  - Esta sala deverá ter acesso direto a área de embarque e desembarque de ambulâncias (fornecidas pelo Município);
  - Sala de observação adulto;
  - Sala de medicação separada por gênero para pacientes adultos;
  - Sala de coleta de exames (pode ser compartilhada com medicação);
  - Sala de inalação (podendo ser compartilhada com a sala de medicação);
  - Sala de curativos, suturas e outras pequenas intervenções;
  - Sala de gesso e redução de fraturas;
  - Consultório de classificação de risco;
  - Área de ambientes de apoio:
  - Sala de enfermagem para controle administrativo;
  - Sala de farmácia satélite;
  - Consultórios médicos que contemplem:
  - Sala de atendimento em ortopedia em todos os períodos diurnos
  - Sala de atendimento clínico em, no mínimo, dois consultórios de uso simultâneo;
  - Sala de atendimento gineco-obstétrico exclusivo, nos períodos diurnos dos dias úteis;
  - Sala de atendimento a acidentes escorpiônicos e outros animais peçonhentos;
  - Sala de equipamentos
  - Morgue
  - Expurgo
  - DML
  - Sala de eletrocardiografia (podendo ser compartilhada)



**Atenção em regime de internação hospitalar subdivididos em:**

35 (trinta e cinco) leitos destinados a pacientes acima de 16 anos para cuidados básicos e intermediários, estando sob regulação da SMS de Mairiporã

01 (um) aposento que comporta até 02 (dois) leitos de isolamento (quando pertinente)

02 (dois) leitos clínicos compatíveis com eventual assistência psiquiátrica;

Observa-se que havendo pacientes com idade entre 16 e 18 anos internados estes deverão ser acomodados em leitos que não compartilhem aposentos com pacientes maiores de 18 anos (denominado "quarto para adolescentes", sendo estrutura existente de acordo com a demanda);

Cumprе destacar que o Hospital de Clínicas Anjo Gabriel possui condições estruturais para ampliar a oferta de leitos. Entretanto, este projeto prevê o atendimento ao quantitativo disposto em Edital.

**Não obstante as determinações da RDC nº 50, os aposentos deverão comportar:**

Aposentos adultos deverão observar no máximo 3 (três) pacientes por aposento, divididos por sexo, guarnecidos por um banheiro com chuveiro cada;

Rede de gases disponível para todos os leitos de todos os aposentos destinados a internação;

Sistema de campanha individual (por leito de internação) para chamados de enfermagem;

O bloco de internação deverá ser guarnecido com posto de enfermagem, DML, estoque de rouparia, expurgo, área de prescrição médica;

O setor de internação deverá contar com médico internista (rotineiro) para seguimento dos pacientes adultos internados por, no mínimo 6h diárias;

As funções do médico internista adulto não se confundem com as funções de



pronto atendimento;

Cabe aos médicos internistas (adulto e/ou pediatra) o exame diário, com evolução, prescrição individualizada para cada paciente assim como o contato, acolhimento e esclarecimentos a familiares de pessoas internadas sob seus cuidados diretos;

Suporte médico em gineco-obstetrícia para pacientes em regime de urgência por 12h por dia em dias úteis;

Suporte médico em ortopedia traumatologia com as seguintes características:

Médico ortopedista presencial em plantão diurno diário (07:00h às 19:00h);

Suporte médico ortopedista a médico plantonista adulto diário em regime de telemedicina no período das 19:00h às 22:00h);

O médico ortopedista presencial será o responsável pelas pequenas suturas de ferimentos no decorrer de seu plantão presencial e por eventuais seguimentos a pacientes ortopédicos que se encontrem internados;

O bloco de internação deverá receber doses unitarizadas de medicamentos providas da farmácia de controle hospitalar;

As doses unitarizadas deverão ter sistema de controle individual de dispensação possibilitando o registro e rastreamento do profissional prescriptor, do preparador e do dispensador;

Alta hospitalar qualificada incluindo-se os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou complementar o diagnóstico (atenção esta realizada via pactuação CROSS - estadual);

#### **Ala de suporte diagnóstico por imagem:**

A unidade de diagnóstico por imagem está dimensionada para suporte diagnóstico destinado a atendimentos de pronto atendimento e unidade de internação;

A unidade de diagnóstico por imagem ficará sediada nas dependências do Hospital de Clínicas e deverá comportar serviço ininterrupto de fornecimento de exames de imagem nas áreas de:

Radiologia convencional fixa (serviço disponibilizado 24h por dia);

radiologia móvel executada por aparelho removível até as dependências da unidade de internação (sendo este deslocável para atendimento ao pé do leito de pacientes internados ou em observação impossibilitados de deslocamento), disponibilizado 24h por dia;

tomografia, executada por equipamento fixo com mínimo de 16 canais e capacidade para até 50 exames ao dia (serviço disponibilizado 24h por dia) e capacidade mínima para atendimento a pacientes até 150kg;

o equipamento de tomografia deverá ter a capacidade para realização de exames tomográficos contrastados sob supervisão de médico radiologista (exames estes programados de acordo com regras da Regulação municipal);

ultrassonografia (com recurso color doppler) executada em sala própria, mas com possibilidade de deslocamento até beira do leito se necessário, com capacidade para atendimento 8h/dia de segunda a sexta-feira e por 4h em sábados, domingos e feriados;

A ultrassonografia será destinada a exames de urgência originados na própria unidade ou nas demais unidades próprias de atenção à saúde municipais (estimativa de 120 exames/mês) e também rotina de exames ultrassonográficos a serem agendados pelo setor de regulação municipal previsto para 500 exames/mês)

A ultrassonografia terá capacidade instalada para exames de medicina interna, obstétrica, órgãos isolados, ecocardiografia e doppler vascular periférico;

A previsão de exame de suporte diagnóstico por imagem que compreenda exames destinados a pacientes da unidade hospitalar, mas que, de acordo com a demanda e eventual ociosidade, poderão ser otimizados com exames originados na regulação municipal sob controle e gestão da SMS, atendendo a protocolos municipais;

Todos os resultados de exames deverão ser disponibilizados em pasta ou envelope, individualizados por evento, acompanhados de imagens suficientes para a boa conclusão e interpretação do laudo médico, identificados com o nome do usuário, data e hora da realização e nome da unidade hospitalar;

Os resultados de exames de radiologia convencional serão fornecidos com

imagem; exames tomográficos com imagens e laudo; exames de ultrassonografia com imagens e laudo.

Os laudos impressos de exames realizados em pacientes internados (e respectivas imagens impressas) deverão ser entregues aos pacientes por ocasião da alta;

Os laudos de exames de pacientes de pronto atendimento ou provenientes da regulação municipal (e respectivas imagens impressas) deverão ser entregues aos pacientes por ocasião do desfecho do atendimento;

Aceita-se que os laudos de exames tomográficos que demandem maior tempo para a obtenção dos laudos (desde que não excedam 04 [quatro] horas) sejam enviados eletronicamente por e-mail para a unidade solicitante assim como cópia para o endereço eletrônico indicado pelo usuário e para a unidade solicitante;

Volume de serviços de apoio diagnóstico de imagem (raio-x e tomografia computadorizada):

Raio X (fixo e portátil)	400 exames/mês
Ultrassonografia	120 exames de urgência/mês
	500 exames de rotina/mês
Tomografia Computadorizada	450 exames convencionais/mês
	50 exames contrastados/mês

### 5.2.3. A assistência de Serviços na Unidade

#### Atenção de acolhimento e regime de pronto atendimento;

A assistência a urgências ocorrerá dedicada de acordo com as normas vigentes, atendendo ao preconizado na RDC nº50 de 2002 do Ministério da Saúde e outras normas pertinentes subdividido em pacientes adultos (clínicos e cirúrgicos), ortopédicos e gineco-obstétricas;

O desenho operacional será fundamentado na Política de Atenção às Urgências, Portaria GM/MS n. 2.048 de 2002 e Portaria GM/MS n. 1.600 de 2011, como diretriz para a formulação de seus quadros, conforme preconiza a legislação vigente de cada conselho de classe.

A unidade de pronto atendimento prevê o atendimento integral e respectivo suporte para urgências e emergências clínicas, cirúrgicas, ortopédicas e obstétricas (acolhimento e atenção até devido encaminhamento).

O Hospital de Clínicas Anjo Gabriel irá integrar a Grade de Referência para Urgência e Emergência do Município de Mairiporã, atendendo todos os princípios e diretrizes que ordenam o atendimento às urgências e emergências.

Em decorrência da execução do objeto prevê garantir à população um acolhimento e uma assistência eficiente e segura, agilizando o atendimento dos casos graves.

Serão considerados atendimentos de urgência e emergência aqueles não programados que sejam disponibilizados pelo Serviço de Urgência do Hospital a pessoas encaminhadas de forma espontânea ou referenciada pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). O serviço será mantido nas 24 horas do dia, todos os dias da semana.

A Porta Hospitalar de Urgência estará em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização do SUS, e utilizará o modelo de Acolhimento e Classificação de Risco 24 horas por dia.

Em relação a assistência à saúde, prestada em regime de hospitalização, compreenderá o conjunto de atendimentos oferecidos ao usuário desde sua admissão até sua alta hospitalar, pela patologia atendida, incluindo-se aí todos os atendimentos e procedimentos necessários para obter ou completar o diagnóstico e as terapêuticas necessárias para o tratamento no âmbito hospitalar do perfil da Unidade, e referenciado para as Unidades via CROSS de acordo com a patologia e agravo do paciente.

## Sistema



Suporte de sistema de informática (software) para controle de Internações em enfermaria e pronto atendimento (as informações referentes ao pronto atendimento deverão ser disponibilizadas para integração do sistema de prontuário eletrônico ambulatorial da rede municipal);

O sistema de informática irá respeitar todas as normas pertinentes ao sigilo médico e às determinações da LGPD e integrar-se ao sistema utilizado na rede municipal;

O sistema de informatização do prontuário funcionará 24h/7 dias por semana, e irá contemplar, de forma cronologicamente disposta, possibilitando o rastreamento do profissional executor e atendendo às determinações do Conselho Federal de Medicina:

Permitirá a evolução médica diária e a cada nova intervenção, evolução de enfermagem diária e a cada nova intervenção, evolução de fisioterapia (quando pertinente), evolução de nutrição, evolução de assistente social (quando pertinente), evolução de psicologia (quando pertinente), evolução de profissional farmacêutico (quando pertinente), e:

Prescrição médica diária e a cada nova intervenção, prescrição de enfermagem diária e a cada nova intervenção, prescrição de nutrição de entrada e a cada intervenção pertinente;

Anotações organizadas por profissional de enfermagem técnico e auxiliar de enfermagem;

Anotações administrativas de controle de cadastro com suas referidas atualizações, contatos de familiares, eventuais registros de visitas que se façam necessários;

O Sistema a ser implantado no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel permitirá acesso de qualquer local com acesso à Internet, e as informações poderão ser acessadas em tempo real.

**A "porta de entrada" da unidade hospitalar ocorrerá** Por regulação municipal através do NIR para pacientes provenientes;





- do pronto atendimento da própria unidade hospitalar;
- da unidade municipal PA Masuo Osato (regulação via NIR) ou correspondente;
- das unidades municipais de Atenção Básica (regulação via NIR);
- de outras unidades de pronto atendimento que venha a ser pactuadas com a Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã (regulação via NIR e/ou CROSS);

O protocolo de internação será definido pela SMS e incorpora as normativas de conduta previstas no Termo de Referência (o que inclui as futuras atualizações do que for definido pelo Município).

**O dimensionamento da assistência previsto é para:**

- Atendimento de triagem e pronto atendimento com capacidade para até 600 consultas/dia;
- As consultas de Pronto Atendimento são limitadas por idade sendo direcionadas a cidadãos acima de 16 anos, no entanto devendo acolher urgências de todas as idades e, quando for o caso, direcionar pacientes menores de 16 anos para a unidade pediátrica somente após devidamente estabilizados;
- Os leitos de estabilização e emergência (não divididos por sexo ou idade) deverão ter o apoio de médico emergencista 24h por dia;
- Internação para leitos de baixa e média complexidade mediante protocolo para enfermaria de 35 leitos;
- Acomodação de pacientes segundo características individuais destinando-se leitos clínicos subdivididos em leitos gerais para adultos (divididos por sexo, leitos para tratamento clínico, suporte cirúrgico e ortopédico);
- Equipe para realização de coleta e análise de exames laboratoriais;



- A prescrição realizada pelos profissionais da unidade quando da alta e consequente seguimento ambulatorial deverá estar delimitada a medicamentos e insumos destinados ao usuário pelas listas padronizadas pelo SUS (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, RENAME e programas estaduais) e a protocolos clínicos preconizados pelo Ministério da Saúde.
- Ainda nas prescrições em que os medicamentos extrapolem a REMUME, o fornecimento do medicamento ao usuário ocorre por conta da CONTRATADA pelo prazo necessário até que o paciente seja reinserido nos protocolos da rede municipal;
- Mediante protocolos científicos, em havendo reconhecida vantagem para o usuário, a CONTRATADA poderá propor inclusão de eventuais itens não compreendidos pela REMUME junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica da SMS;
- Os exames em radiologia convencional (raio-X) e tomografia computadorizada deverão funcionar 24h por dia, 7 dias por semana, para atendimento a casos do pronto atendimento assim como para os casos da ala de enfermaria.
- Na eventual ociosidade de equipamentos e recursos humanos, observado o princípio da economicidade, o município otimizará seu uso para exames eletivos, observadas as normativas vigentes de regulação;
- As imagens e laudos dos exames deverão ser digitalizadas e, para o momento da alta, encontrarem-se impressos para serem retirados pelos usuários e/ou seus familiares, sempre que solicitados, sem ônus para a CONTRATANTE.
- Deverá possuir equipe multiprofissional para acompanhamento e suporte dos casos e seus respectivos familiares para a atenção necessária;
- Inclui-se nessa equipe necessariamente a presença de profissional assistente social para suporte durante toda a fase de internação, em regime de 8h de 2ª a 6ª feira e 4h aos sábados;
- Inclui-se nessa equipe suporte profissional em fisioterapia em regime de

- escala diária, de forma a abranger assistência durante a internação 18 horas diárias, 7 dias por semana;
- Inclui-se nessa equipe profissional nutricionista, de forma a abranger assistência dietética durante as diárias de internação em regime de 8 horas diárias de 2ª a 6ª feira;
  - Inclui-se nessa equipe profissional psicólogo, de forma a abranger assistência psicológica durante as diárias a pacientes internados (e quando necessário a seus familiares);

Será ofertado pelo Município o prédio hospitalar mobiliado (patrimônio), conforme diretrizes da SMS, sendo de responsabilidade do Instituto a implantação e execução de software dedicado a controle dos processos de internação e pronto atendimento (este integrado à rede municipal).

#### **Alguns Serviços de Apoio**

Em nossa proposta financeira, estão inclusos os custos com os diversos serviços de apoio que serão contratados:

- Serviços Administrativos e Financeiros;
- Serviços de Dedetização, Desratização e Eliminação de Pragas Urbanas;
- Serviços de Engenharia Clínica;
- Serviços de Gestão Logística de Farmácia Clínica e Almoxarifado;
- Serviços de Lavanderia e Manutenção de Enxoval;
- Serviços de Limpeza e Higienização,
- Serviços de Limpeza e Manutenção de Caixas d'Água;
- Serviços de Manutenção e Higienização de Climatizadores de Ar (PMOC);
- Serviços de Manutenção Predial e de Mobiliários;
- Serviços de Nutrição e Dietética (SND);

Serviços de Roçagem e Jardinagem; e, - Serviços de Tecnologia de Informação (hardware e software).

Serviços de auditoria e contabilidade

Serviços jurídicos

Demais serviços de apoio constants nesta proposta;

### 5.3. Princípios do atendimento

Os serviços serão regulados de acordo com o estabelecido pela SMS de Mairiporã e integrará à Rede Municipal de Saúde e as Centrais de Regulação, quando couber. Os serviços assistenciais serão prestados no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel, que dispõe de 35 leitos para internação e 02 de isolamento e 02 psiquiátricos.

Na condição de serviço público, o Hospital de Clínicas Anjo Gabriel está vinculado técnica e administrativamente à Secretaria Municipal da Saúde de Mairiporã.

Os serviços de saúde deverão ser prestados nesta Unidade nos exatos termos da legislação pertinente ao SUS, especialmente o disposto na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e legislação aplicável à espécie, com observância dos seguintes princípios:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde; Gratuidade de assistência, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores a usuários ou seus representantes, responsabilizando-se a Organização Social Contratada por cobrança indevida feita por seu empregado ou preposto;
- Fornecimento gratuito de medicamentos aos usuários em atendimento e para tratamento domiciliar inicial, quando da sua alta até o primeiro dia útil seguinte, mediante prescrição do profissional médico responsável pelo atendimento em questão;

- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Direito de informação sobre a saúde das pessoas assistidas, conforme Normas Legais vigentes;
- Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- Prestação dos serviços com qualidade e eficiência, utilizando-se dos equipamentos de modo adequado e eficaz.

O conjunto dos serviços ofertados deverá estar em conformidade com a realidade institucional, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde-CNES, demonstrando estrutura tecnológica e capacidade instalada, necessárias para a efetivação de metas fixadas.

Objetiva-se que, em consonância com a Política Municipal de Saúde, o Hospital, em todas as áreas de assistência, busque consolidar os melhores resultados com o melhor atendimento à população, implantando as normatizações e padronizações que melhor atendam às necessidades de assistência da população, em função das propostas programáticas e do trabalho em rede da SMS DE Mairiporã. A avaliação da qualidade das atividades propostas será, também, foco permanente de análise pelo gestor municipal.

## 6. RELATORIO DE VISITA TECNICA



## VISITA TÉCNICA HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL COM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO.



O Hospital de Clínicas Anjo Gabriel com Unidade de Pronto Atendimento encontra-se instalado na Rua São Judas Tadeu, nº 200, Bairro Capoavinha, Mairiporã/SP, conforme a seguir:

A Unidade possui capacidade para 02 leitos de emergência adulto, 01 leito de estabilização, 08 leitos de observação, 04 leitos (poltrona) de oxigenoterapia, 05 leitos de semi-intensiva adulto, 48 leitos de repouso adulto, 06 leitos de isolamento adulto (sendo 1 quarto sem banheiro/ revertido para expurgo).

O Hospital Clínicas Anjo Gabriel e Pronto Atendimento possui apenas 1 andar, com 2 acessos pela rua principal, sendo um para emergência, mais 3 acessos laterais para



saída técnica, havendo comunicação para manutenção, lixo séptico e quadro de força e saída de emergência.

Todas as áreas pensadas, preparadas, mas não climatizadas para a instalação de um Hospital e Pronto Atendimento. Está, em sua maioria, em perfeito estado pronto para utilização.

### RECEPÇÃO:

Baias para atendimento: 04.



Sala para Classificação de Risco: 02



Banheiros para atendimento ao público e Banheiro Acessível: masculino e feminino



**Painel de Controles: 01**



**Sala atendimento: 02**



**Consultório: 04**





Estacionamento interno: para funcionários



Estacionamento externo: revitalizando para população



**ALPHA**  
INSTITUTO

Centro Integrado de Diagnóstico e Tratamento



Saída e Entrada: frente

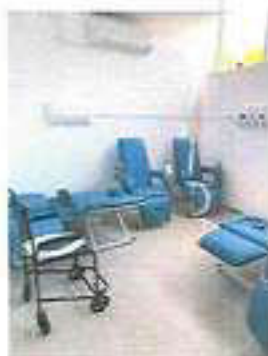


### PRONTO ATENDIMENTO:

Emergência: 02 leitos (com banheiro)



Medicação: 04 leitos (poltronas)



Estabilização: 01 leito (com banheiro)



Posto Enfermagem: 02



Farmácia Satélite



Raio x: sala sem equipamento (parede baritada SIC)



Tomografia: Equipamento de serviço terceirizado em funcionamento



Sala inalação: 01



Procedimento: 01



Morgue: 01



Conforto com beliche: 01



DML: 01

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*



Leitos Observação



Leitos Internação



**ADMINISTRATIVO:**

Consultório: 04



Almoxarifado: 02



Sala reunião: 01



Banheiro com vestiário: masculino e feminino





Deposito: 01



DML: 01



Saida Lateral: 02



**ALPHA**  
INSTITUTO

Atua em gestão e administração



Copa: 01



Cozinha: 01



**HOSPITAL:**

- DML: 01
- Vestiário feminino e masculino: 01
- Copa: 01
- Semi-intensiva: 05 leitos (contato com farmácia satélite)
- Isolamento (qtd 2) – Isolamento adulto separado por uma anti câmara e wc privativo.
- Observação: 4 salas, 8 leitos (sem banheiro). São salas cirúrgicas adaptadas, mantendo ainda o foco. E para utilizar as duas reguas precisa ser relocadas, pois estão em uma posição desfavorável para dois leitos.

1. Gerador 1 – existe a casa de máquinas, porém não tivemos acesso para verificação se existe o equipamento.
2. Depósito de lixo orgânico 0

3. Depósito de lixo reciclável 0
4. Depósito de lixo séptico 0
5. Sala de compressor 0
6. Espaço para rede de Gas: (espaço para tanque de oxigênio, distante do edifício)



6. Sala de Bomba à vácuo 1
7. Sala de Manutenção 1
9. Sala de Depósito 1
10. DML: 4
11. Sala de Roupa Limpa 1
12. Sala de Roupa Suja 1
13. Sala de Expedição de roupa suja 1
14. Sala de Preparo, recepção e limpeza 1
15. Recepção 1 – tres baias
16. Sala de Espera 2



17. Sala de Classificação de Risco 1



18. Consultórios Médicos (03 - Clínica Médica, 02 - Pediatria, 01 - Ortopedia) 6



## 7. FLUXOS E PROCEDIMENTOS

### 7.1. Organização dos serviços administrativos

O Instituto Alpha fará o gerenciamento administrativo e operacional dos serviços de saúde do Hospital objetivando a transparência financeira e fiscal e buscando sempre o cumprimento da legislação brasileira, em especial a observância do estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo Ministério da Saúde-MS e pelo Ministério do Trabalho e Emprego - MTE, assim como pelas Resoluções dos Conselhos Profissionais.

Estabelecerá normas, regras, e procedimentos administrativos visando aplicar as boas práticas de governança, assegurando uma gestão coerente, oferecendo orientação, processos e tomada de decisões para cada área de responsabilidade, queira se concretizar assegurando a capacitação do pessoal encarregado e provendo o aparato necessário aos serviços de gerenciamento administrativo.

O atendimento às urgências e emergências deve ser planejado, programado e operacionalizado para atender os princípios do SUS. Culturalmente estes serviços acabam constituindo-se em porta de entrada dos hospitais, representando, para o usuário, possibilidade de acesso à atenção de maior complexidade e resolubilidade. Para a utilização adequada dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde é necessário estabelecer fluxo regionalizado, atendendo às necessidades dos usuários de maneira organizada. Fluxos inexistentes ou inadequados, a duplicidade de serviços para o mesmo fim e o acesso facilitado nos níveis de maior complexidade geram distorções que comprometem a integralidade, a universalidade, a equidade e racionalidade de gastos.

O instituto irá planejar, implantar todos os fluxos necessários cumprindo as leis e otimizando a qualidade do atendimento na unidade de saúde gerida.



### 7.1.1. 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 Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã.



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.

### **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 Módulo 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 da 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.

### 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**



2020

TOTAL DE FICHAS POR DIA CONSOLIDADO



EMISSÃO: 09/09/2020 DATA ATÉ: 09/09/2020



EMISSÃO: 09/09/2020 TERÇA FEIRA		
ESPECIALIDADE	FICHAS	RETORNOS TOTAL
CLÍNICA GERAL (CEN) - 01	140	50
CLÍNICA GERAL (CEN) - 02	20	2
CLÍNICA GERAL (CEN) - 03	20	2
<b>Total EMISSÃO: 09/09/2020 TERÇA FEIRA</b>	<b>175</b>	<b>44</b>
<b>Total Geral</b>	<b>175</b>	<b>44</b>

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 Municipios vizinhos**

2020

TOTAL DE FICHAS POR DIA CONSOLIDADO (CIDADES)



EMISSÃO: 09/09/2020 DATA ATÉ: 09/09/2020



CIDADE / MUNICÍPIO (UF)	QUANTIDADE
SANTOS - SÃO PAULO - SP	140
CLÍNICA GERAL (CEN) - 01	140
CLÍNICA GERAL (CEN) - 02	20
CLÍNICA GERAL (CEN) - 03	20
CLÍNICA GERAL (CEN) - 04	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 05	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 06	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 07	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 08	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 09	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 10	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 11	0
CLÍNICA GERAL (CEN) - 12	0
<b>Total Geral</b>	<b>175</b>

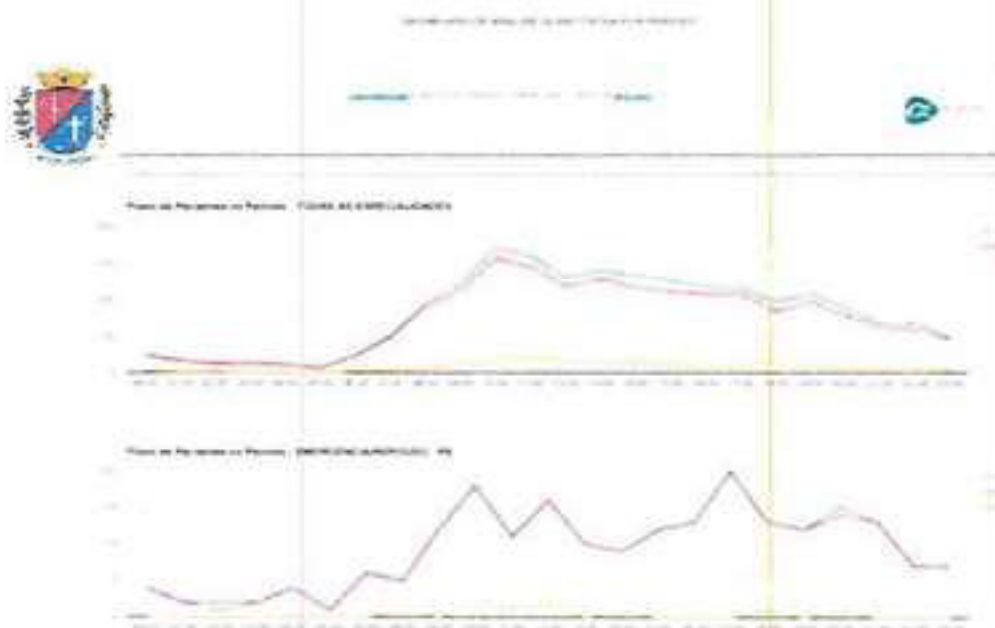
Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

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:

- Logo of the Municipality of Santos on the left.
- Logo of Alpha Instituto on the right.
- Table title: **PACIENTES MAIS DEMANDANTES**
- Table columns (from left to right):
  - Nome do Paciente
  - Sexo
  - Data de Nascimento
  - Endereço
  - Telefone
  - CPF
  - RG
  - Outros dados
- Table content: A list of patient names and their corresponding data points.

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 uma 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**

**UNIDADE:** [SELECIONE]      **DATA:** [SELECIONE]

**ESPECIALIDADE:** [SELECIONE]

ESPECIALIDADE	QUANTIDADE DE PACIENTES ATENDIDOS	QUANTIDADE DE CONSULTAS REALIZADAS	TEMPO MÉDIO DE ESPERA (EM HORAS)	TEMPO MÉDIO DE ESPERA (EM DIAS)	TEMPO MÉDIO DE ESPERA (EM DIAS)	TEMPO MÉDIO DE ESPERA (EM DIAS)
CLÍNICA GERAL	10	10	0,5	0,5	0,5	0,5
...	...	...	...	...	...	...
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>

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



**FILA ELETRÔNICA DE CHAMADA PARA ATENDIMENTO**

AGUARDANDO CONSULTA	RETORNO CONSULTA	CHAMADA NÃO ATENDIDA
<b>POTU PACIENTE(S) - TOTAL 22</b>	<b>POTU PACIENTE(S) - TOTAL 0</b>	<b>POTU PACIENTE(S) - TOTAL 24</b>
1. [Paciente]		1. [Paciente]
2. [Paciente]		2. [Paciente]
3. [Paciente]		3. [Paciente]
4. [Paciente]		4. [Paciente]
5. [Paciente]		5. [Paciente]
6. [Paciente]		6. [Paciente]
7. [Paciente]		7. [Paciente]
8. [Paciente]		8. [Paciente]
9. [Paciente]		9. [Paciente]
10. [Paciente]		10. [Paciente]
11. [Paciente]		11. [Paciente]
12. [Paciente]		12. [Paciente]
13. [Paciente]		13. [Paciente]
14. [Paciente]		14. [Paciente]
15. [Paciente]		15. [Paciente]
16. [Paciente]		16. [Paciente]
17. [Paciente]		17. [Paciente]
18. [Paciente]		18. [Paciente]
19. [Paciente]		19. [Paciente]
20. [Paciente]		20. [Paciente]
21. [Paciente]		21. [Paciente]
22. [Paciente]		22. [Paciente]

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 distancia, com apenas um clic através do celular ou computador.



Figura: Tela de pacientes em fila eletrônica.



### 7.1.2. Procedimentos e fluxograma da recepção

Ao chegar no Hospital, o usuário é encaminhado ao acolhimento e à classificação de risco; a partir do acolhimento, deverá ser providenciado o registro do nome do usuário no sistema informatizado, o usuário é encaminhado à área da recepção onde aguardará a chamada para finalizar o registro.

A recepção do serviço de saúde é praticamente uma adaptação da recepção hoteleira. A recepção é a porta de entrada do serviço de saúde 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 ao funcionamento de processos internos do serviço.

TARABOULSI (2006), ressalta que a busca por profissionais com iniciativa e atitude é obrigação das instituições de saúde. Os serviços médico-hospitalares exigem na linha de frente pessoas com atitude, que possibilitam que as promessas de qualidade sejam cumpridas. Há, portanto, a necessidade de um treinamento, desde o atendimento telefônico, atendimento humanizado, organização, até cursos específicos, que possam facilitar o atendimento em situações de tensão.

Trabalhar em contato constante com outras pessoas requer uma preparação maior, principalmente quando se trata de pessoas que estão doentes e passando por um momento de fragilidade, assim como seus familiares e amigos. Essas situações podem causar estados emocionais alterados e tudo isso necessita de atenção, dedicação e carinho pelo trabalho que está sendo realizado. O simples contato do recepcionista ou telefonista com o público já é um processo que pode facilitar ou dificultar o relacionamento do público com os profissionais da instituição.

O recepcionista de serviço de saúde é o profissional que desenvolve, sob a orientação do seu gerente ou supervisor direto, ações de atendimento ao paciente nas diferentes situações e ambientes, devendo apresentar algumas de suas atividades gerais:

- Planejar as atividades pertinentes a sua atuação profissional;

- Recepcionar pessoas prestando as informações desejadas.
- Demonstrar as qualidades do serviço a ser oferecido.
- Identificar e aplicar os princípios de registro e arquivo manuseando adequadamente os documentos do Hospital e do Pronto Atendimento.
- Contribuir para o controle de entrada e saída de pessoas na instituição, segundo as normas.
- Proceder ao atendimento telefônico dentro de padrões estabelecidos.
- Utilizar a aparência como forma de expressão de identidade.
- Estabelecer relações adequadas com o outro em situações de vida especialmente no trabalho.
- Agir de forma autônoma e pró-ativa.
- Construir e acionar esquemas próprios de aprendizagem.
- Relacionar-se de forma ética e adequada com os diversos tipos de pacientes.
- Receber, interpretar e responder as mensagens verbais e sinais, como a linguagem corporal, de pessoas de todas as formações.

A qualificação em relação à importância da qualidade no atendimento, ampliação de conhecimentos dos recepcionistas em relação ao atendimento a pacientes, inclusive no contato com novas formas de lidar com os diferentes tipos de pacientes é fundamental. A equipe de recepcionistas do Hospital e Pronto Atendimento atuarão 24 horas por dia e todos os dias da semana.

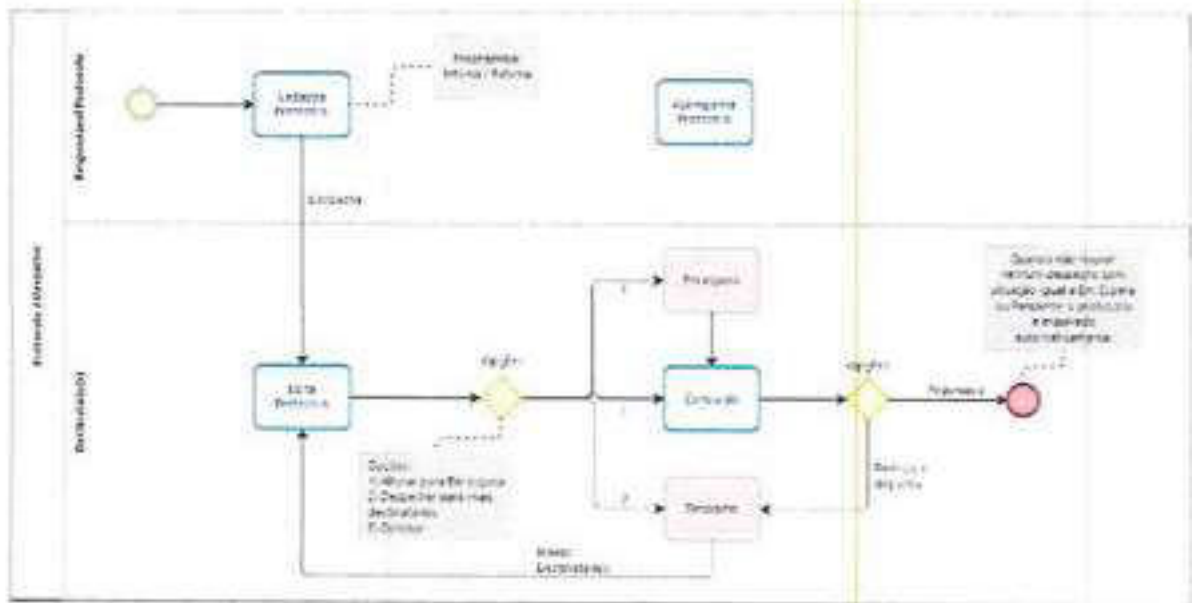
### 7.1.3. Procedimentos e fluxograma de protocolos e arquivos

As atividades de recebimento de documentos, registro, controle de tramitação e expedição de correspondências constituem os serviços de protocolo. E as atividades de arquivamento e empréstimo de documentos são os serviços de arquivo. Então, não podemos separar os serviços.

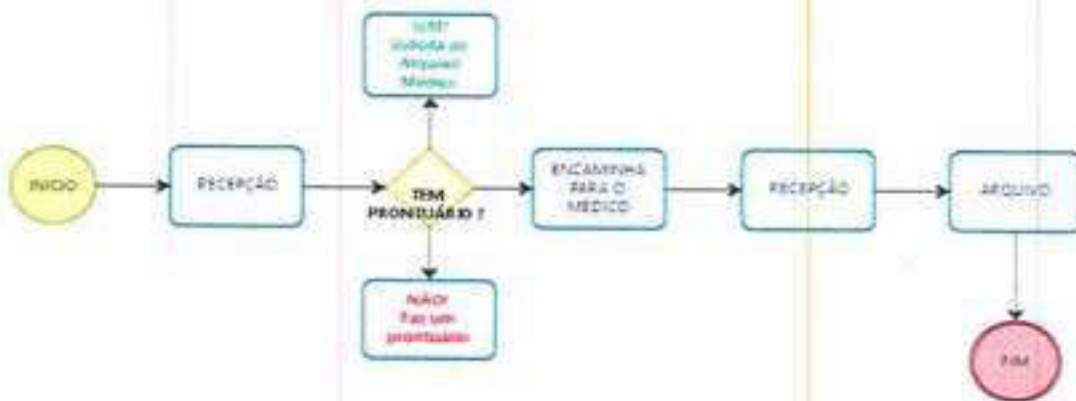
Etapas do protocolo são:

- Recebimento;
- Registro;
- Autuação;
- Classificação;
- Distribuição;
- Expedição;
- Controle.

#### Fluxograma



#### 7.1.4. Procedimentos e fluxograma para prontuários médicos



A descrição detalhada do serviço segue no item de comissão de Prontuário apresentado nesta Proposta.

#### 7.1.5. Procedimentos para faturamento

O Serviço de Faturamento tem como objetivo principal a cobrança dos procedimentos realizados por meio ambulatorial, hospitalar e internação. O controle das contas poderá proporcionar um atendimento de qualidade, o que é fundamental. O setor da saúde exige uma administração eficaz, principalmente quando se trata do faturamento.

O faturamento hospitalar é o processamento para cobrança de todos os procedimentos realizados na instituição, sejam eles em caráter ambulatorial ou hospitalar (em internação), dentro dos prazos pré-estabelecidos e dos parâmetros legais e vigentes.

O processo de faturamento hospitalar envolve três registros básicos, a saber:

- Autorização de Internação Hospitalar
- AIH (para procedimentos que geram internação hospitalar);

- Boletim de Produção Ambulatorial – BPA (para procedimentos realizados em caráter ambulatorial);
- Autorização de Procedimento de Alto Custo/Complexidade
- APAC (para procedimentos realizados em caráter ambulatorial que envolvem alto custo ou alta complexidade).

Os ganhos financeiros dependem de diversos setores da instituição como, por exemplo: enfermagem; farmácia; diagnóstico; laboratório; nutrição, e outros. Por este motivo, é necessária uma atenção redobrada para que não ocorram erros ou inconformidades nas informações.

Todos os setores devem cumprir eficientemente uma sequência de atividades para que o setor de faturamento hospitalar execute plenamente suas funções.

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.

O setor de faturamento irá atuar com carga horária de 40hs semanais e o horário de trabalho será de segunda a sexta em dias úteis, das 08h as 17h, podendo os horários serem ajustados de acordo com a necessidade do PS.

O serviço de faturamento hospitalar tem como objetivos:

- expedir as faturas de cobrança dos serviços prestados (guias às operadoras);
- emitir relatórios de controle das faturas emitidas e pendentes;
- manter um sistema de controle que emita informações que permitam obter os dados necessários ao processamento dos relatórios de faturamento;
- analisar os relatórios de faturas recebidas;
- verificar as ocorrências de glosas e identificar suas causas;



- providenciar as correções das glosas e localizar documentos comprobatórios;
- preparar os recursos de glosas às operadoras para correção e pagamento das mesmas;
- manter atualizados e organizados, pelo período de no mínimo cinco anos, os comprovantes dos serviços prestados, para atender às auditorias.

## **ETAPAS**

### 1ª Etapa

1.1 Toda a produção hospitalar ambulatorial é encaminhada para o setor através dos prontuários dos pacientes após atendimento e as internações após terem alta.

1.2 Todos os prontuários que são encaminhados ao setor são recebidos e posteriormente organizados pelos bolsistas com o intuito de agilizarmos a regulação e posterior faturamento.

### 2ª Etapa

2.1 Na regulação é verificado se o procedimento solicitado está de acordo com o realizado, providenciadas as notas fiscais dos materiais passíveis de cobrança e agilizada a AIH:

2.1.1 Quando o procedimento solicitado não está de acordo com o realizado, o prontuário fica aguardando os médicos da comissão de regulação efetuarem a mudança de procedimento;

2.1.2 As AIH's dos procedimentos realizados são emitidas via sistema, com exceção dos procedimentos relacionados ao Transplante e à Captação de Órgãos, que são emitidas manualmente pela Secretaria Estadual de Saúde;

2.1.3 Se houver necessidade de autorização pela Secretaria Estadual de Saúde, elabora-se um ofício de protocolo em duas vias, contendo a lista de procedimentos, documentos ou formulários, que servirá de comprovante de entrega à Secretaria de Saúde.

2.2 Após a regulação do prontuário, o mesmo é encaminhado para a Finanças efetuar o devido faturamento da conta hospitalar;

2.2.1 O faturamento hospitalar é realizado através da digitação ou importação do conteúdo no software adequado.

2.2.2 O faturamento ambulatorial é realizado da digitação ou importação do sistema do Ministério da Saúde.

2.3 Concluído o faturamento, o prontuário é encaminhado para o setor de Arquivo.

### 3ª Etapa

3.1. Fechamento da produção hospitalar é gerado o arquivo de exportação para os sistemas distintos ao faturamento ambulatorial e hospitalar;

3.2 Fechamento da produção e geração do arquivo nos sistemas distintos;

3.3 Encaminhar produção para a Secretaria Municipal de Saúde.

### 4ª Etapa

4.1. Verificação e acerto das contas rejeitadas: A SMS disponibiliza por meio físico ou e-mail a "prévia" da apresentação, para viabilizar os acertos e correções necessárias para evitar as glosas.

4.2. Acessar: Controle, Avaliação e Auditoria > Processamentos

4.3. Rotina de reapresentação das contas glosadas - As contas glosadas, mencionadas no relatório "final" da apresentação, podem ser corrigidas e reapresentadas, desde que estejam no limite de quatro competências, ou seja, a atual e as três competências anteriores.

## RESPONSABILIDADES

O setor de controle e análise do fluxo do ciclo de despesas tem a responsabilidade de:

- Organizar, conferir e preservar prontuários;
- Controlar e organizar assinaturas e carimbo do corpo médico;
- Acompanhar regras baseadas em formulários e indicadores padrão;
- Verificar a justificativa e a prescrição dos serviços;
- Evitar, identificar e analisar glosas e suas causas;



## FLUXOS – Faturamento Ambulatorial

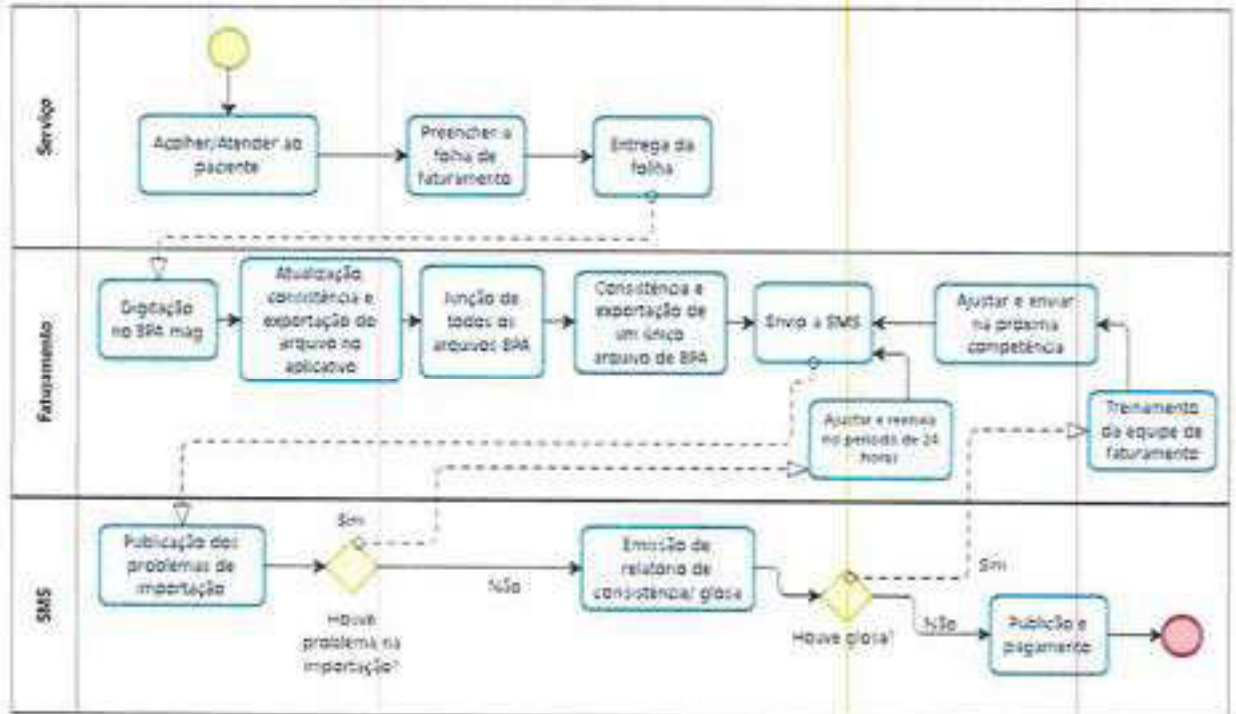
O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi implantado na década de 1990 no Brasil, com a finalidade de registrar os atendimentos realizados no âmbito ambulatorial, por meio do Boletim de Produção. Em 2007 a portaria N° 709 estabelece o Boletim de Produção Ambulatorial- BPA magnético constituído de duas formas de entrada de dados de produção, BPA consolidado e BPA individualizado.

1. No setor acolhimento e atendimento ao paciente;
2. Preenchimento da folha de faturamento;
3. Entrega da folha de produção ambulatorial ao faturamento;
4. No faturamento digitação dos procedimentos no aplicativo de captação do BPA mag.;
5. Atualização do aplicativo, consistência e exportação do arquivo de BPA; 6. Junção de todos os arquivos de BPA;
6. Consistência e exportação de um único arquivo;
7. Envio até o 3º dia útil do mês via e-mail o arquivo de produção ambulatorial à Coordenadoria Geral de Controle e Avaliação (CGCA) da Secretaria Municipal de Saúde.
8. Houve problema de importação?
9. Caso sim, faturamento ajusta e reenvia no prazo de 24 horas;
10. Caso não, acompanhar a partir da última semana do mês do relatório de glosas no site da Secretaria Municipal de Saúde;
11. Houve glosa?
12. Caso sim, treinamento da equipe de faturamento baseado no relatório de glosas. Ajuste e reapresentação da produção glosada na próxima competência;
13. Caso não, publicação e pagamento





### Fluxograma para faturamento

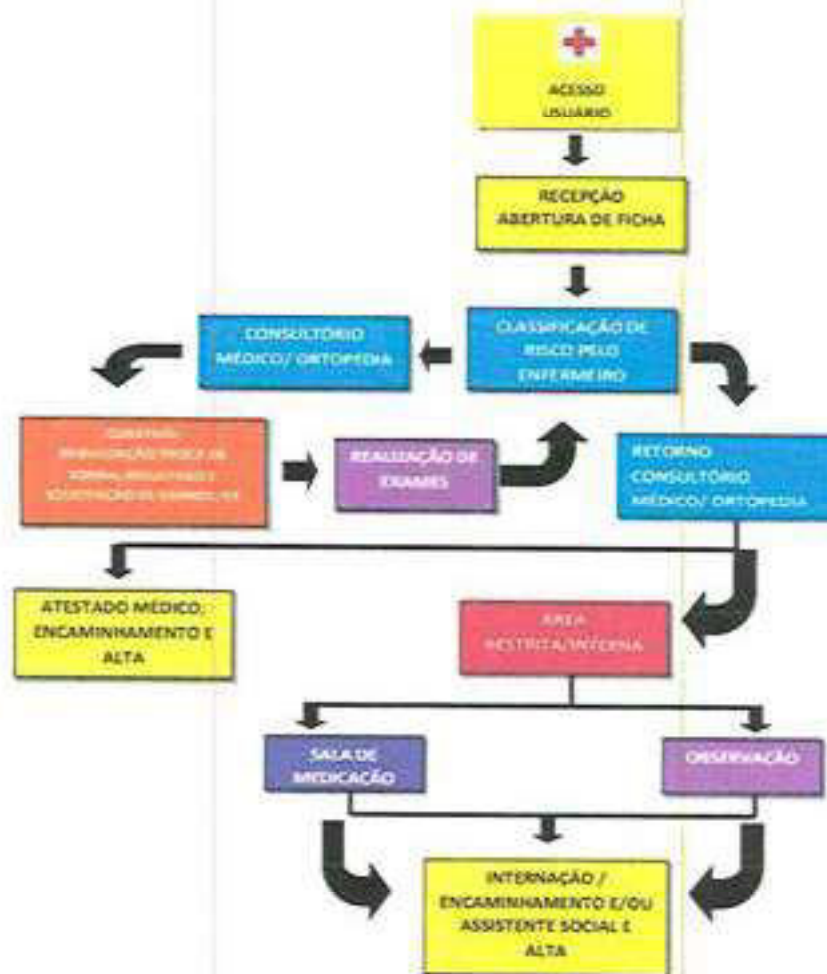


### 7.2. Organização dos serviços assistenciais:



### 7.2.1. Fluxograma do Paciente

#### FLUXOGRAMA OPERACIONAL DE CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITAS, INTERNA E EXTERNAS



## 7.2.2. Acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuramos serviços de saúde.

Um ambiente de trabalho humanizado permite ao profissional entender a sua importância no processo de produção de saúde e ser reconhecido e considerado como sujeito. Já para o usuário, um espaço humanizado proporciona o diálogo e a expressão dos seus sentimentos. Isso caracteriza a humanização das relações interpessoais, pois envolve profissionais, usuários, família e instituição.

Acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (ACOLHIMENTO, 2014).

Humanizar significa reconhecer o usuário como sujeito de direito, ofertando um atendimento de qualidade articulando avanços tecnológicos com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Sendo assim, a humanização não é um ato isolado, mas uma construção coletiva caracterizada por princípios e diretrizes que se transformam em ações de saúde nas mais variadas esferas deste sistema, constituindo a humanização como uma vertente orgânica do SUS.



A implantação do Acolhimento passa pela articulação dos seguintes movimentos de mudanças:

- Ampliação da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e efetivação dos vínculos de confiança;
- Aperfeiçoamento do trabalho em equipe, com a integração e complementaridade das atividades exercidas pelas categorias profissionais que atuam nos serviços;
- Atendimento médico, do enfermeiro obstetra, em tempo oportuno, fazendo com que o usuário seja assistido de acordo com a sua gravidade clínica, abandonando a lógica do atendimento por ordem de chegada;
- Otimização dos espaços para agilizar o atendimento, seguindo-se os referenciais da ambiência;
- Informação aos pacientes e aos familiares/acompanhantes dos tempos de espera previstos para atendimento.

#### **7.2.2.1. Da relação com os pacientes e seus acompanhantes**

A finalidade "Equipamento de Saúde" é realizar um atendimento humanizado, com qualidade, respeito e profissionalismo. Desta forma, os profissionais que nela atuam, devem se identificar com seus valores e aplicá-los no seu cotidiano.

Nas relações com os pacientes e seus acompanhantes não serão aceitos:

- A omissão em atendê-los devidamente, uma vez que, aqueles que fazem a opção de trabalhar em um hospital, não têm o direito de, sob qualquer pretexto, omitir-se e abandonar o atendimento;
- a negligência ou imprudência na execução das atividades ou serviços que coloquem em risco a segurança dos atendidos;
- opiniões infundadas ou de caráter pessoal sobre as condições de saúde do paciente, bem como comentários, dentro ou fora do Hospital com pessoas

que não estejam envolvidas no respectivo caso clínico.

#### **7.2.2.2. Da organização das diferentes atividades assistenciais**

O fluxo será realizado a partir do primeiro atendimento do usuário, para identificação do nível de complexidade a partir do estado clínico, com a utilização do Acolhimento com Classificação de Risco para tal ação, classificação esta realizada pelo profissional enfermeiro. Esse processo garante a qualidade de assistência aos pacientes de procura espontânea de alta, média e baixa complexidade, com atendimento de especialistas e equipe multidisciplinar capacitada, através da avaliação do sistema de classificação de risco por gravidade, por cores: vermelho, amarelo, verde e azul excluindo definitivamente a forma burocrática de entrada por fila se ordem de chegada.

O processo de Acolhimento permite a humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários no que se refere à forma de escutar este usuário em seus problemas e demandas, com abordagem integral a partir dos parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

O conceito de humanização das práticas e da atenção à Saúde está na pauta de discussões mundo a fora há várias décadas e, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica nacional, principalmente nas publicações ligadas à saúde coletiva.

Durante os séculos XIX e XX, muitos avanços tecnológicos passaram a ser aplicados na área da Saúde, em todos os níveis de atenção, seja na prevenção, no controle das comorbidades (progresso da doença) ou na reabilitação.

Associado ao desenvolvimento tecnológico que experimentamos neste período, a doença vem sendo comumente interpretada pela concepção biomédica como um desvio de variáveis biológicas em relação à norma. Este modelo considera os fenômenos complexos como constituídos por princípios simples,

Isto é, relação de causa-efeito, distinção cartesiana entre mente e corpo, análise do corpo como máquina, minimizando os aspectos sociais, psicológicos e comportamentais.

Por outro lado, há diversas discussões acerca das possibilidades de acesso dos cidadãos a essas tecnologias, o alto custo para o sistema de saúde e a impossibilidade de que o progresso tecnológico elimine as demandas decorrentes da necessidade de contato direto entre pacientes e profissionais da área da saúde. Essas últimas, necessariamente passando pelo estabelecimento de relações de confiança, respeito e reciprocidade são reflexos que devem permear as práticas de atenção à saúde.

Não há como minimizar, ou mesmo desprezar, as importantes contribuições dos avanços tecnológicos baseados nestes princípios. Porém, cada vez mais constata-se que a dimensão humana, vivencial, Psicológica e cultural da doença, assim como os padrões e as variabilidades na comunicação verbal e não verbal, precisa ser considerada nas relações entre o profissional da saúde e os usuários dos serviços.

Este projeto se propõe a contribuir com subsídios para a reflexão da atuação clínica contemporânea sob a ótica da humanização da atenção à Saúde, assim como possibilidades de ampliação da discussão da necessidade de incorporar tais premissas nas diversas etapas do atendimento aos cidadãos.

### **7.2.2.3. Da humanização na política pública de saúde**

A crescente complexidade dos sistemas de saúde, os progressos da medicina e da ciência, além do fato da prática médica ter se tornado mais arriscada e, em muitos casos, mais impessoal e desumanizada, geralmente envolvendo grande burocracia, mostrou a importância de se reconhecer o direito do indivíduo à auto determinação de assegurar garantias de outros direitos dos pacientes.

Os direitos sociais e direitos individuais dos pacientes são coisas distintas. Enquanto os primeiros são coletivos e dependem de escolhas e decisões políticas em cada sociedade, os direitos individuais podem ser mais facilmente expressos em termos absolutos e operacionalizados em função de pacientes adotados individualmente.

A Saúde, como um direito humano fundamental, passou a ser preconizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial de Saúde (OMS) após a II Guerra Mundial. Em 1946, a ONU proclamou sua constituição, mencionando em nível internacional, pela primeira vez, a saúde com o direito humano, corroborado posteriormente a partir da proclamação da Declaração dos Direitos Humanos em 1948.

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um bem ao qual todo cidadão tem direito, havendo determinação de que os serviços de saúde devem promover o acesso à informação sobre a saúde e potencial de atendimento e resolutividade, bem como preservar a autonomia das pessoas.

As reivindicações e a legislação de direitos do paciente, além de expressar em também transformações comuns a outros contextos da sociedade brasileira, são partes do processo de construção da democracia e da cidadania, tanto em relação ao papel do Estado quanto da sociedade, através de suas organizações e associações. Associado a esses movimentos, artigos de todas as décadas mostram a necessidade de investir no profissional da saúde, para a construção de uma assistência humana, considerando, inclusive, as condições adversas de trabalho apontadas como fatores "desumanizantes", tais como baixos salários, número insuficiente de pessoal, sobrecarga de atividades e jornadas duplas ou triplas de trabalho.

A temática ligada à humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante no contexto atual, uma vez que a atenção e o atendimento no setor saúde, calçado sem princípios como a integralidade da assistência, a equidade e a participação social do usuário, dentre outros, demandam a revisão das práticas cotidianas com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do profissional e do usuário.

O conceito de humanização tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar sua maior integralidade, efetividade e acesso. Embora muito já tenha sido feito em termos da discussão e da reestruturação das tecnologias e do planejamento dos serviços, há

comparativamente, escassos trabalhos sobre as bases teóricas e filosóficas para as mudanças propostas.

Os conceitos de integralidade e de humanização devem ser discutidos e contextualizados sempre que forem adotados, pois são passíveis de interpretações variadas. Alguns autores ainda fazem referência às políticas econômicas contemporâneas, destacando que estas têm sido avaliadas de acordo com sua capacidade de produzir crescimento ou estabilidade monetária e não necessariamente de melhorar as condições de vida dos profissionais e dos usuários. Descrevem, ainda, que a organização do espaço urbano há muito deixou de lado a preocupação como bem estar das pessoas e que, em saúde, é comum a redução de profissionais a objetos a serem executados pela clínica ou pela saúde pública.

Diante dos inúmeros obstáculos que hoje se apresentam para a assistência à saúde no país, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, coloca-se em pauta o fundamental debate sobre qualidade da atenção prestada. Qualidade esta que diz respeito, de maneira indissociável, ao emprego de tecnologias, saberes, recursos considerados adequados e disponibilizados num contexto singular: o do encontro entre quem sofre, sejam indivíduos ou populações, e aqueles que se dedicam a mitigar este sofrimento, sejam, profissionais de saúde, gestores ou técnicos.

Se a humanização não pode ser tomada como um princípio, mas se propõe como política é porque sua efetividade não se faz enquanto proposta geral e abstrata. No entanto, não basta defender o caráter específico e concreto das práticas de humanização, pois tomá-la sem sua especificidade pode incorrer no risco de repetir a tendência da compartimentalização e isolamento das ações como, por exemplo, a separação entre a humanização do parto e a humanização das emergências. Colocamos a difícil questão em relação à proposição de uma política de humanização que não se confunda com um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), o que tornaria ampla e genérica; nem abstrata, porque se estivesse fora das singularidades da experiência, também poderia contribuir com a compartimentalização.

Outra questão levantada diz respeito aos profissionais da saúde. Há de refletir se estes se encontram em condições de garantir um atendimento humanizado, tendo em



vista que, quase sempre, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados que os limitam na possibilidade de se transformar em pessoas mais críticas e sensíveis, bem como se encontram fragilizados no conviver contínuo com a dor, o sofrimento, a morte e a miséria.

Em relação à proposição da humanização como política de saúde, também há de considerara formação, desde a graduação, dos profissionais que fazem funcionar cotidianamente os serviços de saúde. É necessário que se pense (e aja!) de forma a contemplar sistematicamente a humanização das ações, desde a concepção e planejamento das ações, programas ou atividades e rotinas dos serviços de saúde, até as políticas e propostas ligadas à macro gestão do sistema e serviços de saúde.

Deve-se averiguar e planejar sobre o modelo de atenção humanizada que se deseja. Defendemos que os diversos atores (e setores) devem ser envolvidos nas discussões sobre essa questão.

Em 2004, foi publicada a Política Nacional e Humanização, a qual defende como "marcas" a serem atingidas um atendimento resolutivo e acolhedor, combatendo a despersonalização a que são submetidos os usuários dos serviços, garantindo-lhes seus direitos instituídos em "códigos dos usuários", além de garantir educação continuada aos profissionais bem como a participação nos modelos de gestão.

À medida que o movimento pela humanização se eleva da predicação moral para uma preocupação operativa do direito à saúde, com a reorganização dos serviços e das práticas em saúde, ele incorpora de maneira simbiótica a categoria da satisfação dos usuários.

Destacamos que a proposta de humanização (ou satisfação radical) da equipe do Instituto Alpha é a possibilidade de abrir a organização para o cidadão, indo além da mensuração de graus quantitativos de satisfação, incorporando a opinião e reivindicações da população neste processo de mudanças e contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos de novas finalidades e projetos comuns para a saúde.

A humanização, esvazia desses conteúdos, restringe os sentidos e as consequências da sua ação operacional ao limite da metodologia da "Qualidade Total"



com sua preocupação restrita, focada internamente na organização, nos seus processos e no exercício da modulação organizacional, segundo as necessidades "necessárias", de tal forma que o movimento da humanização fica restrito, focado na organização, exaltando conhecimentos, técnicas e habilidades interacionais dos profissionais. Nesse caso, de alguma diferença vernácula, se tal preocupação não encontrar um fundamento mais amplo e aberto, poderá limitar-se ao mesmo horizonte do movimento da qualidade.

Como estratégia de atenção à saúde, na qualidade de política, é necessário que a humanização seja implementada como uma política transversal, que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços.

A humanização como política transversal supõe, necessariamente, ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS.

O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processo se dão, devem confluir na construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar.

É no coletivo da rede SUS que novas subjetividades emergem engajadas em práticas de saúde construídas e pactuadas coletivamente, reinventando os modelos de atenção e de gestão.

Para que todo o sistema funcione de modo a considerar a diversidade de aspectos envolvidos para que se garanta a intenção integral e humanizada à saúde, todos os níveis e esferas de gestão e implementação das ações, bem como a sociedade usuária do serviço de saúde, devem estar atentos e constantemente os envolvidos devem ser lembrados, cobrados e/ou solicitados a atuar de forma a contemplar essa proposta de atuação, prestação de serviço e trabalho no setor saúde, dependendo do ponto que se atua ou utiliza o serviço de saúde.

Ao assumir essa posição, a equipe multiprofissional da unidade tem como objetivo difundir e liderar a cultura e o processo de Humanização na instituição. Promover comprometimento desta com a Política Nacional de Humanização e uma participação ativa dos profissionais em sua disseminação e prezar pela qualidade do atendimento ao usuário e a qualidade de vida dos colaboradores no trabalho.

A equipe é composta por representantes das várias categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos do quadro de colaboradores da unidade de saúde e a sociedade, sendo esta última, um dos principais desafios na medida em que irá inserir o usuário em suas discussões, possibilitando futuramente, esta participação em outros fóruns coletivos da instituição. Os caminhos operacionais da equipe são delineados pela sua coordenação, selecionando ações definidas por meio de um consenso compartilhado entre seus membros.

Com a integração da Humanização, Gestão da Qualidade e Gestão de Pessoas, a proposta é oferecer cooperação e agilidade nas ações que se inter-relacionam, visando o desenvolvimento Institucional da Humanização, elegendo prioridades e possibilidades de implantação de novas ações humanizadoras, definindo competências e responsabilidade de cada área. Atuar em conjunto com Serviço de Atendimento ao Usuário, é também outra prerrogativa da mesma, para que a demanda da população se imponha como determinante maior do direcionamento e qualidade dos serviços.

#### **7.2.2.4. Do impacto da humanização no atendimento ao usuário SUS**

Abordagem dos profissionais de enfermagem – deve buscar constante equilíbrio, agilidade e qualidade no atendimento, resultando em menores índices de sequelas, comorbidades e possíveis doenças oportunistas.

Programas de Humanização – Humaniza SUS. Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, colaboradores e gestores. Os valores que orientam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

Precisamos de um atendimento SUS humanizado. Percebemos que essa tarefa nos convida a todos: gestores, colaboradores e usuários.

É necessário entendermos a Humanização como uma forma de estabelecer vínculos solidário se de participação coletiva no processo de gestão.

O Humaniza SUS é uma orientação que abraçamos e colocamos em prática para nortear as ações de melhoria contínua no acolhimento da população usuária das unidades de saúde administradas pelo Instituto Alpha

Haverá a implantação e implementação de protocolos para as patologias de maior prevalência e mortalidade, obtendo assim melhor resolutividade destas.

Cabe ressaltar que toda a Equipe de Trabalho sob a responsabilidade do Instituto Alpha, estará adequadamente identificada, com o uso de uniforme, e de equipamento de uso pessoal (estetoscópio), devendo estabelecer uma linguagem uniforme e integrada com uma postura acolhedora aos usuários que buscam a Assistência.

O instituto Alpha manterá cadastro atualizado dos profissionais disponibilizados pela mesma. Estes registros serão colocados à disposição da SMS quando do início das atividades e atualizados mensalmente e/ou quando houver qualquer alteração no quadro.

O Instituto Alpha fornecerá, quadros que informem ao usuário, de forma clara e objetiva o nome de todos os médicos em exercício na Unidade naquele dia, sua especialidade e horário de início e término do plantão. Este quadro informará também que o registro de frequência dos médicos estará disponível para consulta de qualquer cidadão.

#### **7.2.2.5. Acolhimento nas áreas diversas**

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde, destacam-se o relativo " à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral ", bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade. Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento

populacional, adota o conceito fixado por leis, decretos e normas, que considera "pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função Psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano".

As pessoas com necessidades especiais têm a sua dificuldade agravada pelas barreiras que encontram no processo de inclusão social. Por falta de informação, nem todos sabem exatamente como se relacionar com elas, muito menos entendem a importância da diversidade. Acabam, por isso, criando verdadeiros obstáculos para um efetivo relacionamento interpessoal. Porém elas precisam, e querem, levar uma vida normal.

É necessário que a sociedade crie condições adequadas para isso, que as respeite e as entenda.

A seguir se encontram enumerados os procedimentos e instruções com Indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio Psicossocial aos usuários e familiares.

#### **7.2.2.6. Da qualidade subjetiva do acolhimento**

O processo de Acolhimento é uma ação de caráter interdisciplinar e envolve diferentes profissionais, com as seguintes atribuições: acolher o paciente com uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

#### **Profissionais da Recepção/Portaria/Segurança:**

- Acolher na porta a todas as usuárias que procuram a recepção, orientando-as e direcionando-as para o seu atendimento;
- Preencher corretamente e completamente a ficha de atendimento<sup>1</sup> com



- agilidade e clareza nos dados;
- Registrar os atendimentos, altas e encaminhamentos realizados na unidade.
- Organizar e arquivar, conforme rotina do serviço, a ficha de atendimento;
- Zelar pela reposição de impressos nos diversos setores do acolhimento;
- Realizar passagem de plantão regularmente; não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário.

#### **Técnico/Auxiliar de Enfermagem**

- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Acomodar e/ou posicionar o usuário adequadamente para que possa ser chamado;
- Aferir sinais vitais do paciente;
- Encaminhar a usuária para atendimento;
- Encaminhar/orientar usuária quanto ao local de realização de exames;
- Estar alerta se houver algum imprevisto
- Encaminhar usuário para Serviço Social e Psicologia quando for o -caso;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma.

#### **Enfermeiro:**

- Receber as fichas de atendimento, avaliando de forma ágil e responsável;
- Chamar o paciente pelo nome;
- Acolher o paciente e acompanhante de forma cordial e responsável;
- Registrar dados da classificação na ficha de atendimento;
- Registrar classificação no mapa do A&CR;



- Orientar o paciente de forma clara quanto à situação e quanto ao tempo de esperado atendimento;
- Entregar a ficha de atendimento ao técnico para que seja colocada nos consultórios;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional, buscando melhor resolutividade quanto aos problemas do usuário;
- Supervisionar o trabalho do técnico/auxiliar de enfermagem e estagiário, orientando corretamente quando necessário;
- Realizar passagem de plantão regularmente, não é permitido abandonar o plantão sem que outro funcionário o assuma;
- Registrarem livro próprio as ocorrências do setor.

#### **Serviço Social:**

- Prestar apoio matricial a todos os casos solicitados pela equipe multiprofissional;
- Atualizar informação sobre a rede SUS local regional, bem como a de proteção social existente para efetivação de encaminhamentos necessários;
- Acolhimento de pacientes e familiares.

#### **Serviço de Vigilância:**

- Zelar pela segurança dos profissionais que trabalham no acolhimento;
- Zelar pela segurança do patrimônio;
- Estar integrado com a equipe multiprofissional da unidade;

#### **Coordenação Médica e de Enfermagem:**

- Organizar os processos de trabalho de sua unidade, objetivando a integração da equipe, a atuação multiprofissional e a gestão central das necessidades do paciente e família;
- Apoiar a equipes em pré se necessário e quando for solicitado por ela;
- Administrar problemas e conflitos inerentes ao cotidiano do trabalho em equipe;
- Responsabilizar-se pelas ações de educação permanente e educação em serviço.

**Para toda a equipe:**

- Ter representantes nos colegiados das unidades e da maternidade, para as discussões dos processos de trabalho.

**7.2.2.7. Acolhimento com Avaliação de Risco dos usuários na unidade.**

O acolhimento humanizado requer uma recepção técnica com escuta qualificada por enfermeiro especialista, para atender a demanda espontânea e programada que chega à unidade, com o objetivo de identificar as necessidades de saúde do usuário/família e, dessa forma, orientar, priorizar e decidir sobre os encaminhamentos necessários para a resolução dos problemas detectados. Dessa maneira, após o conhecimento das necessidades dos usuários, alguns serão direcionados aos serviços especializados.

Todos os profissionais envolvidos neste processo deverão ser capacitados para realizar o acolhimento, responsabilizando-se pelo usuário mesmo quando encaminhado para outros serviços no Hospital. A capacitação dos profissionais deverá ser contínua para acompanhar as possíveis mudanças no protocolo, visto que ele é um instrumento dinâmico podendo ser alterado caso haja necessidade.





Acolhimento significa pensar também na cogestão dos processos de trabalho, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes "internas", "externas", multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

#### **Caberá a toda equipe de saúde**

- Procurar manter a calma nos casos aparentemente de urgência/emergência (se acaso tiver algum caso) obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
- Preocupar-se em primeiro lugar em acolher, acomodar, a paciente que chega em sofrimento agudo.
- Um acompanhante ou paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional perto da equipe. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. Muitos pacientes que chegam agressivos e ofendendo os funcionários querem "plateia", querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade, ou ainda acionar a Assistente Social.
- Responsabilizar-se pelo paciente mesmo quando encaminhado a outros serviços do PS.

#### **Caberá ao auxiliar e/ou técnico de enfermagem**

- Realizar a escutado motivo da procura ao serviço;
- Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas em nível de sua qualificação;



- Realizar os Procedimentos Operacionais padrão de sua área;
- Comunicar ao enfermeiro quando o motivo da procura for queixa, sinal ou sintoma, para que, junto com a equipe responsável, o atendimento seja direcionado no sentido de responder as necessidades humanas básicas afetadas.

#### **Caberá ao enfermeiro**

- Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
- Realizar os Procedimentos Operacionais padrão de sua competência;
- Receber as pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários.

#### **Caberá ao médico**

- Atender as pacientes encaminhadas para consulta médica em seu período de trabalho;
- Realizar os Procedimento Operacionais padrão de sua área;
- Encaminhar os casos que necessitarem de atendimento em outros serviços.

O protocolo adotado e que será implantado na Unidade de Atendimento as Urgências e Emergências contempla quatro cores, que classifica o paciente em uma das quatro categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo alvo de observação.

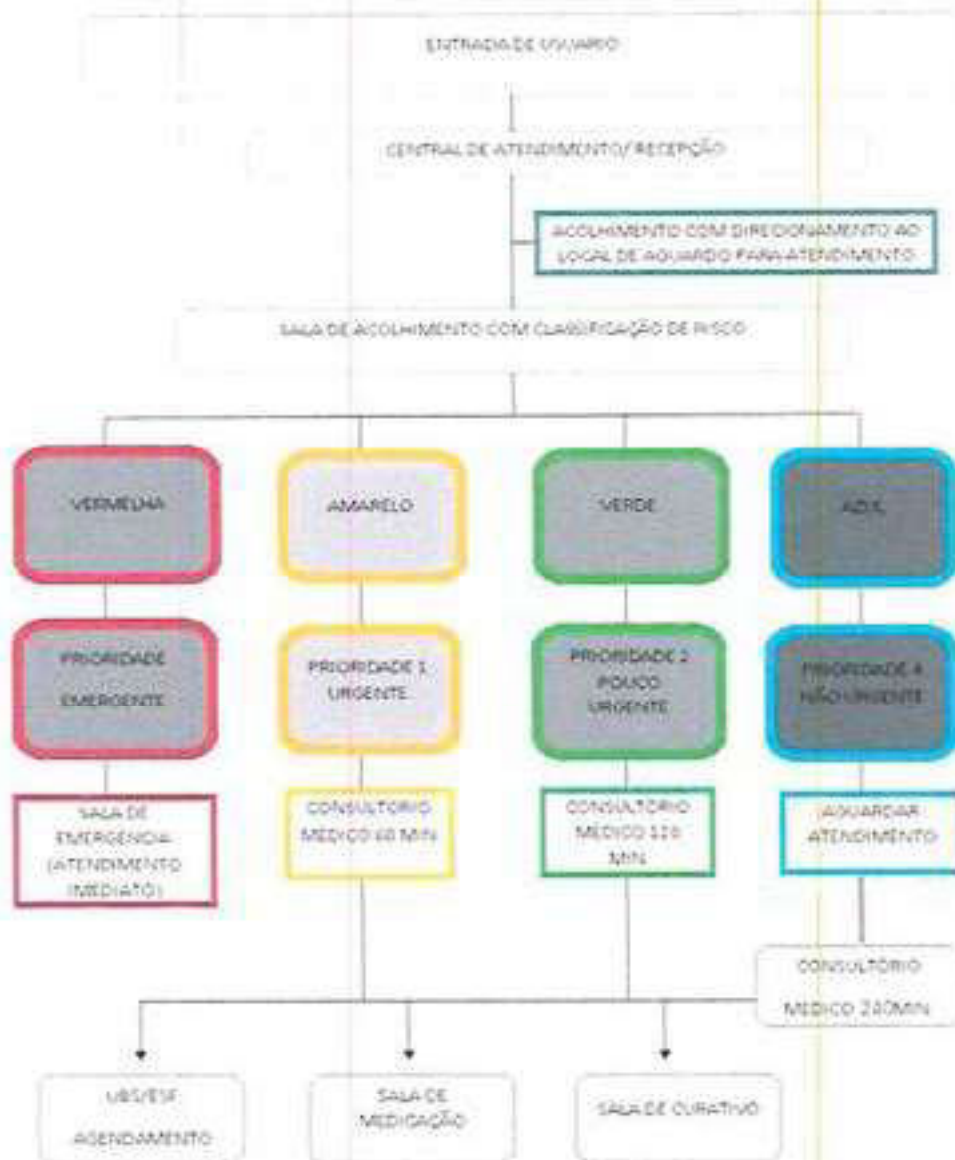
Tipo	Classificação de Risco	Prioridade	Tempo alvo
1	<b>Imediato</b>	<b>Vermelho</b>	0 min
2	<b>Procurar e monitorar</b>	<b>Amarelo</b>	Atendimento realizado em até 15 a 30 minutos durante 24 horas
3	Atendimento no dia (risco <b>baixo</b> ou ausência de risco com vulnerabilidade importante). Situação aguda ou crônica agudizada	<b>Verde</b>	Atendimento no dia
4	Programático conforme agenda. <b>Situação não aguda</b>	<b>Azul</b>	Conforme agenda da Unidade e avaliação da situação

O instituto Alpha executará o acolhimento com o respeito preconizado na humanização do SUS e Classificação de Risco em 100% da demanda a ser implantado de acordo com a normatização do Município sendo:



EMERGÊNCIA	URGÊNCIA MAIOR	URGÊNCIA RELATIVA	AMBULATÓRIO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Politraumatismo; TCE</li><li>• Queimaduras grandes;</li><li>• Coma ou alteração de consciência;</li><li>• Lesão de coluna vertebral;</li><li>• Desconforto respiratório grave;</li><li>• Dor no peito + falta de ar + cianose;</li><li>• Vômito + perda de consciência ou dor torácica por mais de 30 minutos;</li><li>• Perfuração no peito, abdome ou cabeça;</li><li>• Crise convulsiva;</li><li>• Intoxicações exógenas ou tentativa de suicídio;</li><li>• Anafilaxia ou reações alérgicas + falta de ar;</li><li>• Hiper ou hipoglicemia (diagnosticadas);</li><li>• Parada cardiopulmonar;</li><li>• Alterações de SSVV + sintomas (diagnosticados);</li><li>• Hemorragias não controláveis;</li><li>• Fraturas; ferimentos (cortes).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cefaleia intensa de início súbito</li><li>• Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental, desmaios;</li><li>• História de convulsão;</li><li>• Dor torácica intensa;</li><li>• Crise asmática ou desconforto respiratório;</li><li>• Diabético + sudorese, alterações de estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipneia, taquicardia;</li><li>• Alteração de sinais vitais em pacientes sintomáticos;</li><li>• História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia;</li><li>• Epistaxe;</li><li>• Dor forte de qualquer natureza;</li><li>• Sangramento vaginal com dor abdominal;</li><li>• Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave;</li><li>• Febre alta (39/40°);</li><li>• Luxações, entorse + dor intensa</li><li>• Acidentes por animais peçonhentos;</li><li>• Broncoespasmo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade superior a 60 anos;</li><li>• Pacientes escotados;</li><li>• Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação;</li><li>• Alma fora de crise;</li><li>• Enxaqueca;</li><li>• Dor de ouvido moderada a grave;</li><li>• Dor abdominal sem alterações de sinais vitais;</li><li>• Sangramento vaginal sem dor abdominal;</li><li>• Vômito e diarreia sem sinais de desidratação;</li><li>• Abscessos;</li><li>• Distúrbios neurovegetativos;</li><li>• Lombalgia intensa;</li><li>• Intercorrências ortopédicas;</li><li>• Gastroenterite.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Queixas sem alterações agudas;</li><li>• Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas médicas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos;</li><li>• Demais situações não enquadradas anteriormente;</li><li>• Uso de benzilpenicilina.</li></ul>
<b>Sala Vermelha Emergência</b> Atendimento Médico Imediato	<b>Sala Amarela</b> Atendimento Médico	<b>Verde</b> Encaminhamento para especialidades	<b>Azul</b> Agendamento em UBS, PSF

## Fluxo da Classificação de Risco



O Instituto Alpha prima pela excelência no atendimento aos usuários das Unidades gerenciadas e no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel não será diferente. A equipe desde o momento de sua integração fará parte da Identidade Organizacional da Instituição, principalmente ao que tange ao atendimento humanizado. Diante disso,

segue abaixo descrita a metodologia do atendimento do Instituto Alpha na Unidade de saúde.

#### **7.2.2.8. Da metodologia de Atendimento para pessoas com necessidades especiais**

Atender prioritariamente – Não só porque existe uma lei determinando isso. É uma questão de respeito e educação. O alcance visual de uma pessoa em cadeira de rodas é diferente daquele das pessoas que estão em pé na fila. Para pessoas que utilizam muletas, bengalas ou andadores, pessoas idosas (com idade igual ou superior a 60 anos), gestantes, ou pessoas com criança de colo, ficar muito tempo em pé representa um grande esforço. Por isso, elas devem ser atendidas o mais rapidamente possível;

Adequar o espaço físico de acordo com as normas de acessibilidade considerando todos os portadores de necessidades especiais.

#### **7.2.2.9. Do Treinamento e Orientação da equipe no acolhimento**

- Conscientizando cada profissional da equipe para que este possa se tornar um promotor de acessibilidade, verificando se a equipe e a unidade pode otimizar a prestação de serviços. Lembrando que não existe um perfil que defina todas as "pessoas com necessidades especiais", pois, entre elas, encontramos toda a diversidade humana;
- Evitar perguntas indiscretas e constrangedoras, como: "O que aconteceu para você ficar assim?" Ou comentários do tipo "Deve ser difícil não poder andar";
- Oferecer liberdade de escolha – Pergunte gentilmente o que querem e como desejam fazê-lo. Respeite a liberdade de escolha;

- Quando quiser alguma informação de uma pessoa com necessidade especial, dirija-se diretamente a ela, e não ao acompanhante, se houver algum;
- Ajudar só quando for necessário - Quando quiser ajudar, se ofereça. Mas espere sua oferta ser aceita. Se a pessoa aceitar, procure perguntar qual a forma mais adequada para auxiliá-la.

### **7.2.3. Procedimentos e fluxo nos ambientes internos**

#### **7.2.3.1. Recepção**

A recepção é a porta de entrada do Hospital de Clínicas Anjo Gabriel 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







tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos a saúde ou grau de sofrimento.

**Objetivos:**

- Identificar e avaliar os usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento;
- Humanizar atendimento mediante uma escuta qualificada do usuário que busca os serviços de urgência/emergência .
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência , visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Acolher o usuário e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência com efetividade;
- Construir fluxos de atendimento de ordenação e orientaçãoda assistência, considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Promover ampla informação sobre o serviço aos usuários

**Funcionamento da Sala de Classificação de Risco:**

- Avaliar o usuário logo na sua chegada na unidade de saúde e prestando atendimento humanizando ao usuário;
- Reduzir o tempo para o atendimento médico, fazendo com que o usuário seja visto precocemente de acordo com a sua gravidade;
- Determinar a área de atendimento primário, devendo o usuário



- ser encaminhado diretamente às especialidades conforme protocolo;
- Acolher com resolutividade as pessoas que procuram a unidade de saúde;
  - O profissional deve escutar a queixa, identificar riscos e vulnerabilidade (escuta qualificada) e se responsabilizar para dar uma resposta ao problema;
  - Direcionar e organizar o fluxo através da identificação das diversas demandas do usuário;
  - Determinar às áreas de atendimento em nível primário (ortopedia, suturas, consultas);
  - Acolher os usuários e familiares nas demandas de informações do processo de atendimento, tempo e motivo de espera;
  - Realizar a Classificação de Risco baseada no Protocolo;
  - Direcionar e organizar o fluxo.

A Classificação de Risco é Feita Baseada nos Seguintes Dados:

- Situação/Queixa/ Duração;
- Breve Histórico(relatadas pelo próprio paciente, familiar ou testemunhas);
- Uso de Medicamentos;
- Verificação de Sinais Vitais;
- Exame físico sumário buscando sinais objetivos; • Verificação da glicemia eletrocardiograma se necessário.

### 7.2.3.3. Consultório médico

Sala destinada às consultas médicas.

Objetivos:

Proporcionar assistência e à prevenção da saúde, tratamento e recuperação de mediante atendimento médico, de acordo com sua disponibilidade e capacidade resolutive.

Funcionamento do Consultório Médico:

- Esta sala é destinada a atender consulta médica dos usuários da unidade de saúde.
- O usuário adentra ao consultório médico através do chamado eletrônico no painel;
- Inicia o processo de a consulta médica e logo após o usuário será orientado pelo médico plantonista a procurar o posto de Enfermagem para maiores informações da sua consulta;
- Lembrando que o usuário para retornar ao consultório médico para reavaliação após algum procedimento, soroterapia ou algum exame de imagem.

O atendimento médico deverá estar disponível durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Estarão compreendidos no atendimento médico, além da consulta e observação clínica, os exames de diagnóstico e terapia previstos no edital, realizados nos pacientes durante o período de assistência.

### 7.2.3.4. Atendimento Gineco-obstetria

Acolhimento é, antes de tudo, uma diretriz política e operacional do SUS. É postura ética, uma atitude em relação à garantia de acesso aos serviços de saúde, à qualidade e integralidade da atenção. Traduz-se em recepção do usuário nos serviços

de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário. (MS/PNH, 2006).

A equipe do Instituto será capaz de acolher a mulher no ciclo gravídico puerperal e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência na Unidade Hospitalar, que terá suporte médico em gineco-obstetrícia para pacientes em regime de urgência por 12h por dia em dias úteis.

Os protocolos para atendimento a ginecologia estão apresentados anexo a este Projeto.

#### **7.2.3.5. Sala de inalação**

Esta sala destina-se a administração de pequenas partículas de água em oxigênio ou ar comprimido, com ou sem medicação nas vias aéreas superiores.

É de responsabilidade do profissional da sala de inalação:

- Organizar a sala;
- Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- Checar o funcionamento do compressor, chamando a manutenção se necessário e comunicando o enfermeiro; proceder a sangria do sistema ao final de cada dia;
- Preparar material necessário para o plantão, trocar o soro fisiológico utilizado no procedimento a cada 24 horas;



- Executar os procedimentos conforme prescrição médica e/ ou do enfermeiro, anotando no verso na própria receita com letra legível a data, horário, nome e COREN, preenchendo boletim de produção;
- Lavar criteriosamente os inaladores logo após o uso com água e sabão os materiais, retirando os resíduos, em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo;
- Secar o material com pano limpo;
- Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de reposição;
- Colocar o material seco em imersão no hipoclorito à 1% - em caixa fechada - por 30 minutos, registrando em formulário o horário de início do processo;
- Enxaguar o material em água corrente, secar e armazenar em local fechado e limpo;
- Manter a sala limpa, organizada e abastecida, verificando diariamente a validade dos medicamentos;
- Ao final do expediente retirar os extensores e proceder a limpeza e desinfecção conforme rotina das mascaras de inalação, desprezar o hipoclorito de sódio e lavar a caixa;
- Anotar a validade do hipoclorito.

#### 7.2.3.6. Sala de curativo

Curativo séptico definição: destina-se a realização de curativo, feridas e procedimentos contaminados.

Curativo asséptico definição: destinada a realização de curativo com condições assépticas sem microorganismos. É um meio que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida, quando necessário, com finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir contaminação e infecção.

**Objetivos:**

- Oferecer condições adequadas para realização de curativos por meio de conjuntos de ações necessárias para um ambiente seguro;
- Facilitar o processo de trabalho assegurando atendimento humanizado e qualidade de assistência ao usuário.

**Finalidades:**

- Remover corpos estranhos;
- Realizar a limpeza da lesão;
- Promover hemostasia;
- Impedir a propagação de infecções nas feridas sépticas;
- Fazer desbridamento mecânico e remover tecido necrótico;
- Absorver exsudato, secreções e facilitar a drenagem;
- Manter a umidade da superfície da ferida;
- Proteger e isolar a ferida do meio externo e contra trauma mecânico;
- Favorecer a cicatrização da ferida;
- Limitar a movimentação dos tecidos em torno da ferida;
- Proporcionar maior conforto físico e psicológico aos usuários;
- Diminuir a intensidade da dor

**Funcionamento Organizacional da Sala de Curativo:**

- Realizar limpeza, desinfecção e reorganização dos materiais permanentes da sala;
- Controle de recursos materiais para reorganizar e oferecer a assistência de qualidade ao usuário;
- Preparação das avaliações teórico-práticas de acordo com o protocolo de curativo;

- Capacitação teórica por meio de cursos e treinamentos oferecidos pelo Núcleo de Educação Permanente;
- Limpeza concorrente de superfícies na sala de curativo, conforme a escala de atribuição do serviço de higiene e limpeza

#### 7.2.3.7. Observação e Internação

Área de repouso e observação clínica dos usuários.

Objetivos:

- Tem como finalidade, a acomodação e atendimento dos usuários que necessitam permanecer em observação por um maior tempo;
- O usuário deverá ficar o tempo necessário para ser medicado ou observado;
- É recomendado que os usuários permaneçam em observação até, no máximo, 48 horas, a partir daí, deverão ser transferidos para a unidade de internação hospitalar (com regulação via SAMU), ou liberados, após atendimento completo.

O protocolo de internação é definido pela SMS e incorpora as normativas de conduta previstas por este Termo de Referência (o que inclui as futuras atualizações do que for definido pelo Município)

Esta Proposta prevê cobertura para Internação para leitos de baixa e média complexidade mediante protocolo para enfermaria de 35 leitos

Acomodação de pacientes segundo características individuais destinando-se leitos clínicos subdivididos em leitos gerais para adultos (divididos por sexo, leitos para tratamento clínico, suporte cirúrgico e ortopédico);

A Equipe de enfermagem realizará a coleta de material para os exames

laboratoriais.

#### Dinâmica do Atendimento

- **Condição 01:** usuário dá entrada na sala proveniente do consultório médico, é imediatamente acolhido pela Equipe de Enfermagem escalada na sala no dia e a conduta médica será feita de forma efetiva e responsável. Aguarda no leito até segunda ordem, ou alta médica;
- **Condição 02:** usuário dá entrada na sala trazido pelo Corpo de Bombeiros, Ambulância Municipal. Usuário é imediatamente acolhido pelo Enfermeiro (a) responsável e a Classificação de Risco é realizada. Aguarda consulta e conduta médica em repouso no leito;
- **Condição 03:** usuário dá entrada na sala trazido de alta da Sala de Emergência (VERMELHA). Usuário é imediatamente acolhido na sala pela Equipe de Enfermagem, onde é informada do diagnóstico e conduta. E segue, de forma responsável e eficaz, a conduta médica. Aguarda em repouso no leito até nova avaliação médica, conduta, alta ou transferência para área hospitalar, se for o caso.

#### **7.2.3.8. Sala de administração de medicamentos/hidratação**

Local destinado a administração de medicações injetáveis, hidratação ou soroterapia conforme prescrição médica.

Objetivos:

- Realizar a administração de medicação com efetividade e segurança;
- Garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito;





- Manter a privacidade do usuário durante o atendimento.

Funcionamento da Sala de Administração de Medicação:

- Ambiente arejado;
- Boa iluminação;
- Importante à lavagem das mãos a fim de evitar infecções cruzadas;
- Lavá-las sempre que for preparar medicação após a administração e entre a manipulação de usuário;
- Observar na prescrição médica o nome do paciente, data nome do medicamento;
- Em relação ao medicamento, observar aspecto (se não existe alteração de coloração, presença de depósitos ou turvação) e validade das drogas;
- A organização adequada do setor de medicação visa a realização dos procedimentos com efetividade e segurança, de forma a garantir a qualidade e a continuidade do tratamento prescrito

#### 7.2.3.9. Sala de urgência / sala vermelha

Esta sala destina-se ao atendimento de urgência e emergência.

Objetivos:

- Fornecer atendimento sistematizado ao usuário em emergências;
- Aplicar o protocolo de atendimento a emergência clínica pelo ACLS (Advanced Cardiac Life Support);
- Contribuir para que, através da padronização dos procedimentos, todos os usuários da Unidade de saúde tenham o acolhimento adequado aos padrões de qualidade e humanização.



**Capacidade:**

02 leitos de emergência

01 leito de estabilização

**Funcionamento da Sala de Urgência:**

- Estabelecer rotinas de organização e funcionamento das salas de urgência e emergência;
- Solicitar a Auxiliar de Higiene e Limpeza que realize limpeza terminal sempre que houver atendimento de urgência;
- Após o término do atendimento de urgência, encaminhar para Central de Material Esterilização os materiais contaminados e repor os materiais utilizados;
- Checar funcionamento dos equipamentos a cada plantão: aspirador, monitor ventilador mecânico, desfibrilador, oxigênio e eletrocardiógrafo, entre outros, chamando a manutenção se necessário;
- Checar a cada plantão medicações e material de urgência, conforme padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- É muito importante a conferência do carro de emergência em cada plantão e caixa de procedimentos específicos;
- Somente utilize esses materiais em casos de emergência;
- Manter a sala limpa, organizada e abastecida.

**7.2.3.10. Isolamento**

Esta área está destinada aos usuários com suspeitas de doenças infecto contagiosas transmissíveis por vias aéreas, por gotículas ou contato.

**Objetivos:**



- Prevenir o risco de transmissão de micro-organismos patogênicos e o risco de contaminação ambiental, visando à promoção da saúde e qualidade no atendimento;
- Oferecer segurança aos colaboradores, evitando e minimizando os riscos à saúde, uma vez que o histórico médico pode não identificar com total confiabilidade todos os usuários portadores de doenças Infecciosas transmissíveis, seja por patógenos de transmissão ou por via respiratória (tuberculose, sarampo, entre outros);
- Portanto, precauções baseadas na forma de transmissão devem ser tomadas para **TODOS** os usuários no contato com **SANGUE E SECREÇÕES CORPÓREAS**.

Funcionamento as Sala de Isolamento:

Precaução Padrão São Aplicáveis:

- Sangue;
- Líquidos corporais, secreções, excreções (exceto o suor), independente se eles estão ou não contaminados por sangue;
- Pele não íntegra;
- Membranas mucosas.

Para o Atendimento de Todos os Usuários:

A - Higienização das Mãos Sempre:

- Antes de manusear o usuário;

- Após tocar sangue, fluidos, secreções, excreções corpóreas e artigos contaminados, usando ou não luvas;
- Após a retirada das luvas;
- Entre contato com usuários; Entre tarefas e procedimentos em um mesmo paciente, para impedimento de contaminação cruzada de diferentes sítios.

#### B- Luvas – Usar

Quando tocar sangue, fluidos, secreções, excreções corpóreas e artigos contaminados; Quando tocar membranas mucosas e pele não íntegra;

#### Observações:

Realizar a troca das luvas entre tarefas e procedimentos no mesmo usuário após contato com material que possa conter alta concentração de micro-organismos;

As luvas devem ser removidas imediatamente após o uso, antes de tocar artigos e superfícies do ambiente;

Após o uso das luvas, lavar as mãos imediatamente.

#### 7.2.3.11. Farmácia

É uma unidade clínica, administrativa e econômica, gerida por farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção da Unidade e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência aos usuários.

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.

Será Garantido o fornecimento de medicamentos em todo processo de assistência ao usuário, insumos, acessórios dos equipamentos da UTI e equipamentos de proteção individual (EPI's) para todos os funcionários, atendendo às variações de seus respectivos graus de exposição, conforme protocolos do MS, bem como o tratamento medicamentoso que seja requerido durante o processo de Pronto Atendimento, internação e na primeira semana pós-alta, se necessário

O bloco de internação receberá doses unitarizadas de medicamentos providas da farmácia de controle hospitalar. As doses unitarizadas deverão ter sistema de controle individual de dispensação possibilitando o registro e rastreamento do profissional prescritor, do preparador e do dispensador.

A prescrição realizada pelos profissionais da unidade quando da alta e consequente seguimento ambulatorial deverá estar delimitada a medicamentos e insumos destinados ao usuário pelas listas padronizadas pelo SUS (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – REMUME, RENAME e programas estaduais) e a protocolos clínicos preconizados pelo Ministério da Saúde. Mediante protocolos científicos, em havendo reconhecida vantagem para o usuário, a CONTRATADA poderá propor inclusão de eventuais itens não compreendidos pela REMUME junto à Comissão de Farmácia e Terapêutica da SMS.

O instituto Alpha atuará para a implantação de um sistema racional de armazenamento, distribuição e dispensação, de forma a buscar processos que promovam maior segurança para o paciente.

As prescrições médicas serão analisadas tecnicamente pelo farmacêutico antes da dispensação dos medicamentos, sanando as dúvidas, registrando as intervenções e decisões tomadas.

A análise deve ocorrer também, quando possível, em situações de emergência ou falha do sistema. Serão analisados pelos farmacêuticos, minimamente: presença da assinatura e identificação do prescritor, legibilidade, nome do medicamento, dose, modo de preparo e utilização (diluição, concentração, tempo de infusão, adaptações de formas farmacêuticas), via de administração (observando o tipo de acesso venoso), posologia, incompatibilidades e interações medicamentosas.

A conferência do medicamento distribuído/dispensado deverá obedecer no mínimo à dupla checagem, contribuindo com a segurança do processo.

O serviço irá funcionar 24 horas por dia ininterruptamente incluindo sábados, domingos e feriados em esquema de plantões.

#### **7.2.3.12. Almojarifado**

Ambiente específico que controla e armazena determinados materiais da Unidade de Pronto Atendimento. Pode ser definido como local destinado a recepção, guarda, controle e distribuição ordenada dos materiais de consumo necessários ao funcionamento da Unidade de saúde.

É de responsabilidade do profissional da farmácia:

- Organizar a sala;
- Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início de cada plantão;
- Elaborar o Boletim Estoque de Consumo (BEC), com avaliação do responsável (coordenador), seguindo o cronograma previsto;
- Receber o BEC, conferindo todos os itens, comunicando imediatamente alguma intercorrência;

- Armazenar todos os medicamentos e materiais de enfermagem/ odontológico de acordo com as boas práticas de armazenamento (Anexo); 6. Realizar controle rigoroso dos medicamentos psicotrópicos (mantê-los em armário com chave) e manter o livro atualizado semanalmente (Port. 344 de 12 de maio de 1998);
- Realizar controle de estoque/ validade de medicamentos, materiais de enfermagem e odontológico;
- Manter o Sistema de Informação de Gerenciamento de Medicamentos e Materiais atualizado, inclusive com cadastro dos setores para dispensação;
- Realizar o pedido eventual encaminhando-o ao almoxarifado da saúde, (quando o estoque chegar em 30%), respeitando sempre os itens que não podem ser zerados;
- Abastecer os setores, conforme rotina da Unidade, através de requisição interna;
- Elaborar, quinzenalmente, grade de medicamentos fitoterápicos e encaminhar ao Distrito;
- Para pacientes com necessidades específicas cadastrá-los em impressos próprios, encaminhar para o Departamento de Saúde, aos cuidados da Coordenadoria da Assistência a Saúde para avaliação e liberação;
- Logo após o recebimento do BEC separar os materiais/ medicamentos necessários a estes pacientes cadastrados;
- Realizar controle de entrada e saída de todos os receituários.

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.

### **Dispensação de medicamentos, insumos e material médico-hospitalar**

A dispensação consiste no fornecimento de um ou mais medicamentos e insumos às unidades hospitalares, por técnicos de farmácia, em resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Este processo segue as seguintes etapas:

- Atendimento e recebimento da prescrição Análise da prescrição seguindo legislação vigente
- Separação dos medicamentos ou insumos seguindo a ordem da prescrição
- Validação da prescrição (carimbo da unidade e identificação do profissional)
- Conferência da receita com os medicamentos dispensados
- Envio dos medicamentos às unidades hospitalares
- Arquivamento da prescrição por ordem cronológica por tempo compatível com a legislação vigente

Os medicamentos dispensados devem estar de acordo com a grade de medicamentos padronizada pela Secretaria Municipal da Saúde e nos protocolos clínicos preconizados e atualizados periodicamente. Conforme apresentado em Edital.

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.

### **7.2.3.13. Sala expurgo / esterilização**

#### **Esterilização**

Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem da sala de esterilização:

- Organizar a sala;
- Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;



- Verificar o funcionamento do equipamento (autoclave). Solicitar manutenção e reparo, quando necessário e comunicar ao enfermeiro, registrando em planilha o motivo e o conserto realizado
- Prover a sala de materiais necessários;
- Montar as caixas (curativo, DIU, sutura, biópsia, retirada de pontos, etc) conforme kit de material em anexo, verificando condições de uso dos mesmos e se necessário, comunicar ao enfermeiro responsável a necessidade de troca;
- Identificar todos os pacotes a serem esterilizados e identificar data de esterilização/ nome de quem preparou;
- Colocar os materiais para serem esterilizados em autoclave de acordo com suas especificidades;
- Esterilizar: - a autoclave deve ser ligada conforme a especificação do fabricante;  
- Retirar o material da autoclave e colocá-los sobre superfície protegida por um campo limpo. É de extrema importância observar a coloração da fita de autoclave que deverá estar com listras marrons;
- Guardar o material esterilizado depois de frio em armário/ local fechado;
- Reesterilizar todo o material que perder a integridade (campo danificado, caixa entreaberta, papel rasgado) ou sete dias após a data de esterilização;
- Realizar limpeza semanal em autoclave;
- Realizar teste biológico conforme rotina da instituição;
- Registrar número de ciclos diários realizados (conforme planilha em anexo);
- Esgotar a água da autoclave 2 vezes por semana.

### **Expurgo**

- Descrição do Processo: É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo;
- Organizar a sala;



- Realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
- Solicitar ao zelador que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- Abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo: água e detergente, para as salas de ginecologia e procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação. Os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
- Lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (Luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo; 6. Secar o material com pano limpo;
- Observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro necessidade de conserto e/ ou reposição;
- Manter a sala limpa, organizada e abastecida;
- Realizar lavagem das caixas térmicas de coleta de material, no mesmo dia que retornar do laboratório;
- Realizar contagem/pesagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia.

### **Fluxo unidirecional para materiais esterilizados**

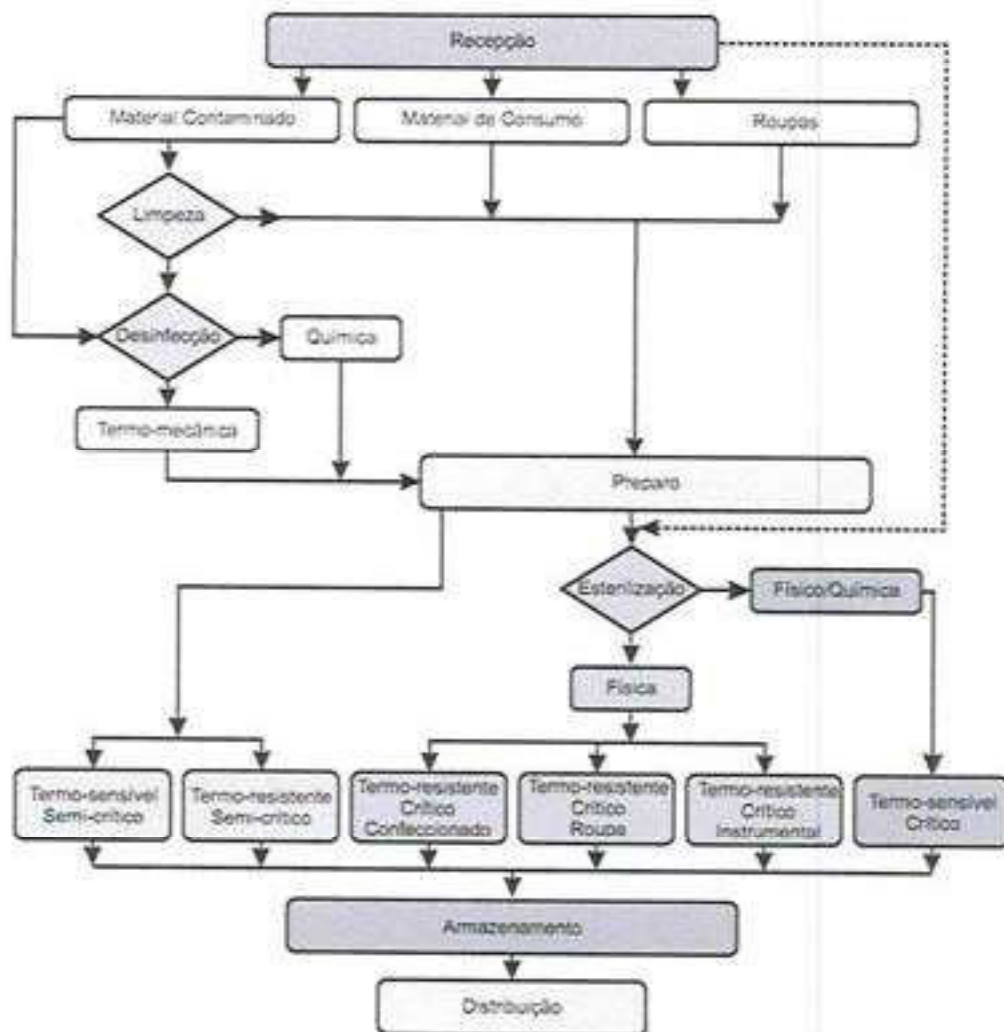
O setor de esterilização de material e equipamentos destaca-se no contexto da organização da unidade de saúde, de uma forma bastante peculiar, por caracterizar-se com uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnóstico que necessitem de artigos médico-hospitalares para a prestação de assistência aos seus clientes.

**Esterilização** – processo físico ou químico que destrói todos os tipos de microrganismos, inclusive esporos.

Esterilização de materiais e equipamentos é na verdade a tendência de eliminação de todas as bactérias ou redução da população de uma colônia, pois mesmo depois da esterilização o material supostamente estéril ainda possui uma porção mínima de bactérias, portanto depois de estéril estes materiais são colocados com uma data de validade e armazenado em uma sala com temperatura controlada, isto é, se não forem usados neste período os materiais deverão ser esterilizados novamente.

O setor de esterilização será equipado e organizado de acordo com as normas técnicas vigentes.

Para o dimensionamento da CME é importante considerar a demanda diária de material, que está baseada no número e na especificidade de leitos da unidade, no número de salas cirúrgicas (se aplicável), na média diária de procedimentos, na adoção ou não de material de uso único, e até mesmo na forma de estocagem e distribuição dos artigos esterilizados às unidades consumidoras.



A Portaria nº 1884, de 11 de novembro de 1994, estabeleceu novos parâmetros para a aprovação de projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais à Saúde, revogando a Portaria nº 400. Em relação a CME prevê as seguintes áreas e dimensões mínimas:

Devem possuir no mínimo 1º grau completo, compreender a importância do procedimento e executá-los corretamente.

A equipe deve ter:

- ✓ Competência técnica
- ✓ Inspirar confiança e credibilidade
- ✓ Planejar e organizar
- ✓ Ser atento
- ✓ Ter postura profissional
- ✓ Ter espírito de trabalho em equipe
- ✓ Possuir responsabilidade profissional
- ✓ Estar atenta as regras básicas de assepsia e antisepsia
- ✓ Estar envolvido em processo de educação continuada

### **Processamento Limpeza**

Todo processo de desinfecção ou esterilização deve ser precedido de limpeza e secagem rigorosas dos artigos, devendo todo artigo sujo com sangue ou secreções ser considerado contaminado.

### **Produtos utilizados para limpeza**

Detergente enzimático

Detergente não enzimático (desencrostante)

### **Métodos de esterilização**

Considera-se um artigo estéril quando a probabilidade de sobrevivência dos microrganismos contaminantes é menor do

que 1:1000.000. A exposição de um artigo a um agente esterilizante, não garante a segurança do processo, uma vez que esta depende de limpeza eficaz.

### 7.3. Referência e Contrarreferência dos Serviços

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 contrarreferência 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)".

O SUS hierarquiza o sistema público de saúde em três níveis: baixa (unidades básicas de saúde), média (hospitais secundários e ambulatoriais de especialidades) e alta complexidade (hospitais terciários). Em respeito as diretrizes do Sistema Único de Saúde, todo atendimento de saúde envolvendo os equipamentos já citados deverão respeitar o modelo SUS de hierarquização do sistema e de referência e contra referência. O paciente será atendido nas unidades de saúde de um ou outro nível, conforme a necessidade e a complexidade de seu quadro clínico. Assim, pacientes de alta complexidade atendidos, por exemplo, em unidades básicas de saúde ou em hospitais secundários, podem ser encaminhados (referência) para hospitais de alta complexidade (hospitais terciários). Depois de ter sua necessidade atendida e seu quadro clínico estabilizado, o paciente será reencaminhado (contra referência) para uma unidade de menor complexidade, para dar seguimento ao tratamento

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

Na Unidade Hospitalar funcionará de modo ininterrupto nas 24 horas do dia, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, acolhendo os pacientes e seus familiares, sempre que buscarem atendimento de forma referenciada ou não.

Estaremos articulados com as Unidades Básicas de Saúde, Saúde da Família, Serviço 192, Unidades Hospitalares, Unidades de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do Município de Mairiporã, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência, ordenando esses fluxos por meio da Regulação Interna, aos demais complexos reguladores instalados na região, através de equipe multiprofissional interdisciplinar, compatível com o porte instalado.

O Instituto Alpha prestará atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados, de natureza clínica e traumática, prestando o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma,

estabilizando os pacientes nos atendimentos de urgência e emergência, realizando investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade de internação, encaminhamento à serviços hospitalares de maior complexidade ou alta.

A Unidade será ainda referência de retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica, funcionando como local de estabilização de pacientes atendidos e encaminhados pelo Serviço 192. Realizará consultas médicas em regime de Pronto Atendimento em Clínica Médica e atendimento ambulatorial de ginecologia, além de atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados para todos os casos demandados ao Hospital de Clinicas Anjo Gabriel.

Haverá apoio diagnóstico (ECG, Laboratório Clínico, Raio X, Ultrassonografia e Tomografia) e terapêutico ininterrupto, e os pacientes poderão ficar em observação, estabilização clínica, ou internados até que tenham suas queixas resolvidas ou encaminhados via Sistema CROSS para Unidades referenciadas na Região.

Assim proveremos atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a partir da complexidade clínica, cirúrgica e/ou traumática do paciente, contra referenciando para os demais serviços de atenção integrantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, proporcionando continuidade ao tratamento, com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletiva, utilizando-se da retaguarda municipal, sempre que a gravidade/complexidade dos casos, ultrapassarem a capacidade instalada do Hospital de Clinicas ANjo Gabriel, garantindo assim apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

### **7.3.1. Nucleo Interno de Reguação - NIR**

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais, de

forma a realizar a interface com as Centrais de Regulação, delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS, bem como permitir o acesso de forma organizada e por meio do estabelecimento de critérios de gravidade e disponibilizar o acesso ambulatorial, hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além de critérios pré-estabelecidos, como protocolos que deverão ser instituídos em conjunto pelo NIR e a gestão da Regulação, além de permitir a busca por vagas de internação e apoio diagnóstico/ terapêutico fora do próprio estabelecimento para os pacientes que requeiram serviços não disponíveis, sempre que necessário, conforme pactuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Núcleo Interno de Regulação – NIR é um serviço que possibilita o monitoramento do paciente desde a sua chegada à instituição, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar. Atua na disponibilização de consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e leitos de internação e estabilização para atendimento de urgência e emergência. O NIR segue critérios pré-estabelecidos para o atendimento de pacientes e tem relações intra-hospitares (para casos de disponibilidade no próprio hospital) e extra-hospitalares para casos externos, envolvendo o contrarreferenciamento de pacientes. Tem como função realizar a gestão da oferta de leitos, consultas, serviço de apoio diagnóstico terapêutico e cirurgias, bem como apoiar a gestão do cuidado assistencial por intermédio de ações que buscam ordenar e facilitar o acesso às ações e serviços definidos pela Unidade.

O Instituto irá manter estrutura responsável pela interlocução com a SMS, realizando a notificação diária da quantidade de leitos disponíveis nas unidades de enfermaria e estabilização, incluídos aí aqueles que aguardam remoção para unidades de igual ou diferente complexidade;

O NIR é composto por, pelo menos, um médico e um enfermeiro;

O NIR municipal integrar-se-á com a rede municipal atendendo às determinações e protocolos da Coordenação de Regulação Municipal;

O NIR controla:

- A análise e aceite dos casos destinados à internação na unidade hospitalar (oriundos de unidades básicas, pronto atendimento municipal, serviços externos pactuados pela SMS);
- O aceite, a realização, e o suporte para exames de diagnóstico de imagem (tomografia e ultrassonografia) de origem externa à unidade, assim como o envio do respectivo laudo à unidade solicitante;
- O monitoramento da demanda do sistema CROSS de regulação estadual para as solicitações de recursos externos em caráter de urgência/emergência;

O NIR será instrumento de qualidade e eficiência na prestação da atividade hospitalar de modo que não se admitem retardos de execução e respostas a demandas que extrapolem 3 horas corridas;

A implantação e/ou implementação do NIR deve ser entendida como projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico da unidade hospitalar, tendo em vista que o hospital é uma instituição complexa e com rotinas e culturas organizacionais que necessitam ser aprimoradas para melhorar qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

Em relação à gestão de leitos realizada pelo NIR em conjunto com as demais equipes da unidade hospitalar, a viabilização das ações propostas para a diminuição das médias de permanência, aumento da rotatividade e diminuição da superlotação, tanto no setor de Urgência e Emergência, quanto nos outros setores do hospital, será auxiliado pela "ferramenta tecnológica" a ser implantada pelo Instituto.

### 7.3.2. Serviço de Remoção

Se a atenção prestada no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel 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  
RG nº \_\_\_\_\_ 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 Hospital de Clínicas Anjo Gabriel 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 disponibilizar verba para a finalidade.

#### 7.4. Exames Complementares

Serão realizados exames radiológicos simples sem contraste, exames laboratoriais e eletrocardiogramas, 24 horas por dia. Os exames dos pacientes são

solicitados pelos médicos da Unidade. Em situações excepcionais, como em epidemias, exames complementares específicos poderão ser solicitados por enfermeiros, de acordo com plano de contingência e protocolos exarados pela Secretaria Municipal da Saúde.

#### 7.4.1. Exames de raio-x

A radiologia corresponde a área da medicina que utiliza raios-x, isótopos radioativos e radiações ionizantes para realização de diagnósticos, prevenção e tratamento de doenças.

O volume de atendimento de é em torno de 400 exames/mês para equipamento fixo e móve.

#### Objetivos

- Realizar procedimentos radiológicos com ênfase na qualidade das imagens para investigar fraturas ósseas e demais patologias;
- Identificar corpos estranhos que estejam internos no corpo.

#### Funcionamento da sala de RX:

- Os RX são realizados nas 24 horas da unidade Hospitalar;
- Usuário se desloca a sala de exames munido do pedido de RX, aciona a campainha sonora e é recebido elo técnico em radiologia que efetua o procedimento radiológico;
- A redução do tempo de exposição ao mínimo necessário, para uma determinada técnica de exames, é a maneira mais pratica para reduzir



a exposição á radiação ionizante e quanto mais distante da fonte de radiação, menor a intensidade do feixe;

- Utilizar sempre os princípios ALARA de proteção radiológica durante os procedimentos radiológicos;
- O técnico em radiologia deverá sempre utilizar seu dosímetro individual durante a jornada de trabalho;
- Sempre posicionar-se atrás do biombo ou na cabine de comando durante a realização do procedimento;
- Sempre utilizar acessórios plumbíferos nos acompanhantes, quando for necessário fazer a contenção do usuário;
- A porta de acesso deve ser mantida fechada e a luz de segurança acesa durante os procedimentos radiológicos.

#### 7.4.2. Tomografia

Exame que tem a finalidade de explorar através de imagens de alta resolução várias partes do corpo. Ele auxilia no diagnóstico de doenças, como: acidentes vasculares cerebrais (AVC), embolia pulmonar, pneumonia, aneurismas, edema cerebral, derrame pleural, fraturas, hemorragias e entre outros. Devido ao grande poder de detalhamento, são capazes de detectar nódulos ainda pequenos que, mais tarde, podem se tornar tumores.

##### **Procedimento:**

Deita-se o paciente na mesa do aparelho, em posição adequada a parte do corpo a ser escaneada. Em alguns casos é necessário administrar contraste iodado, podendo ser infundido por via oral, sonda ou acesso venoso do paciente. Pra quem não é

alérgico a substância é segura, porém pode gerar efeitos colaterais.

#### **Capacidade**

Será mantido equipamento de tomografia computadorizada com mínimo de 16 canais e capacidade de até 70 exames/dia e capacidade mínima para atendimento a pacientes até 150kg.

Volume:

Exame	qtd /mês
Tomografia computadorizada	450 exames convencionais
	50 exames contrastados

O equipamento de tomografia deverá ter a capacidade para realização de exames tomográficos contrastados sob supervisão de médico radiologista (exames estes programados de acordo com regras da Regulação municipal).

#### **7.4.3. Ultrassonografia**

A ultrassonografia, é um exame de imagem diagnóstico que serve para visualizar em tempo real qualquer órgão ou tecido do corpo. Quando o exame é realizado com Doppler, o médico consegue observar o fluxo sanguíneo dessa região.

#### **Procedimento**

Posiciona o paciente deitado na posição adequada para visualizar do órgão objetivo.

O profissional aplica um gel condutor na região a ser avaliada, com isso o transdutor emite e capta ondas sonoras por meio do contato com o corpo humano. Com

base nessa avaliação, imagens são formadas e investigadas por um médico.

Será instalado de forma gradativa (conforme previsto em Edital), serviço de ultrassonografia (com recurso color doppler) executada em sala própria, mas com possibilidade de deslocamento até beira do leito se necessário, com capacidade para atendimento 8h/dia de segunda a sexta-feira e por 4h em sábados, domingos e feriados.

### Capacidade

A ultrassonografia será destinada a exames de urgência originados na própria unidade ou nas demais unidades próprias de atenção à saúde municipais (estimativa de 120 exames/mês) e também rotina de exames ultrassonográficos a serem agendados pelo setor de regulação municipal previsto para 500 exames/mês).

Exame	qtd /mês
Ultrassonografia	120 exames de urgência
	500 exames de rotina

A ultrassonografia terá capacidade instalada para exames de medicina interna, obstétrica, órgãos isolados, ecocardiografia e doppler vascular periférico.

A previsão de exame de suporte diagnóstico por imagem que compreenda exames destinados a pacientes da unidade hospitalar, mas que, de acordo com a demanda e eventual ociosidade, poderão ser otimizados com exames originados na regulação municipal sob controle e gestão da SMS, atendendo a protocolos municipais.

Todos os resultados de exames deverão ser disponibilizados em pasta ou envelope, individualizados por evento, acompanhados de imagens suficientes para a boa conclusão e interpretação do laudo médico, identificados com o nome do usuário, data e hora da realização e nome da unidade hospitalar.



#### 7.4.4. Exames eletrocardiograma

Esta sala destina-se a realização de eletrocardiograma.

Eletrocardiografia: É a transmissão de impulsos cardíacos a uma representação gráfica, que registra a atividade elétrica do coração e identifica alterações.

Objetivos:

- Exame utilizado para avaliar os efeitos de uma doença ou lesão sobre a função cardíaca;
- Avaliar a função do marcapasso;
- Avaliar a resposta a medicações (antiarrítmicos);
- Obter um registro basal antes de um procedimento médico;
- Acompanhar a dinâmica e evolução;
- Atender casos específicos, como urgência.

Funcionamento da Sala de Eletrocardiograma:

- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Checar a presença e integridade do cabo de força;
- Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante;
- Solicitar ao usuário que expor o tórax, punhos e tornozelos;
- Cobrir o usuário para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o usuário a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos;



- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool a 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos;
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado;
- Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se e vestir-se;
- Realizar cópia do ECG caso necessário;
- Registrar as derivações nos seguimentos, na seguinte ordem: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 e V6;
- Anexar a folha do eletrocardiograma à Ficha de Atendimento.
- Lavar as mãos;
- Checar a realização do exame no verso da prescrição, anotando data, horário, nome e registro do profissional que executou o exame;
- Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar;
- Todo plantão noturno lavar os eletrodos utilizando-se água e sabão neutro com uma escova;
- Quando necessário, os cabos poderão ser limpos com água e sabão neutro, tomando-se sempre o cuidado de não molhar os conectores;
- Manter a sala em ordem.

#### 7.4.5. Exames laboratoriais

Toda coleta, processamento de material biológico e liberação dos resultados são da responsabilidade do Instituto Alpha e será executada por funcionários técnicos treinados e habilitados, sendo que os resultados dos exames deverão ser liberados no prazo máximo de 03 (três) horas para os exames de emergência. Este prazo se inicia no ato da entrega da amostra.

Este serviço ocorrerá de forma ininterrupta cumprindo as normas da Portaria GM/MS n.º 2.472 de 31 de agosto de 2010, sobre as doenças de notificação compulsória para SVS, Secretaria Municipal de Saúde e Resolução ANTT N.º 420 de 12 de fevereiro de 2004 e na Portaria N.º 472 de 09 de março de 2009 - Resolução GMC N.º 50/08 – Transporte de Substâncias Infecciosas e Amostras Biológicas.

O fluxo será estabelecido partindo do princípio de comunicar ao médico casos de resultados que se enquadrem nos parâmetros estabelecidos como de emergência ou de gravidade (exames de alerta).

Os exames laboratoriais de urgência e emergência que deverão, minimamente, ser realizados quando solicitados no consultório médico, estão listados abaixo. Outros exames necessários, incluindo culturas, podem ser solicitados aos pacientes em observação ou internação.

Descrição*	Quantidade mensal**
ACIDO FÓLICO	< 1
ACIDO ÚRICO	300
ALBUMINA	< 1
ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	< 1
AMILASE	300
ANATOMO PATOLÓGICO	5
ANTI-HBV	5
ANTI-HCV	5
ANTIBIOGRAMA (associado a respectiva cultura)	35
ANTI-HIV1 e ANTI-HIV2	< 1
ASLO - (ANTIESTREPTOLISINA O)	40

BAAR por AMOSTRA – TUBERCULOSE	10
BACTERIOSCOPIA DIRETA	5
BETA - HCG (QUANTITATIVO)	5
BETA GONADOTROFINA CORIONICA (QUALITATIVO)	40
BILIRRUBINAS TOTAIS e FRAÇÕES	300
CÁLCIO	20
CITOLOGIA DIRETA	5
CITOMEGALOVÍRUS IGG	< 1
CLORO	10
COLESTEROL TOTAL	5
COLESTEROL HDL	5
COOMBS DIRETO	5
CPK – CREATINOFOSFOQUINASE	200
CPKMB	200
CREATININA	800
CULTURA (exceto hemocultura e urocultura)	15
DENGUE NS1	10
DESIDROGENASE LÁTICA	150
DÍMERO D	20***
FAN (FATOR ANTI NUCLEAR)	5
FATOR REUMATOIDE (LÁTEX)	50
FATOR RH + DU	20
FERRITINA	17***
FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	< 1
FOSFATASE ALCALINA	80
FÓSFORO	5
FUNGOS. PESQUISA por AMOSTRA	< 1
GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	100
GASOMETRIA ARTERIAL ou VENOSA	50****
GLICOSE	250
GRUPO SANGUÍNEO	15
HBSAG TESTE RÁPIDO	20
HCV TESTE RÁPIDO	20
HEMOCULTURA	5
HEMOGLOBINA GLICADA	10
HEMOGRAMA COMPLETO	1500
HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)	600
HIV TESTE RÁPIDO	20
INSULINA BASAL	< 1
LEISHMANIA – PESQUISA	< 1

LEISHMANIA IGG	< 1
LIPASE	10
LÍQUIDO PLEURAL – ROTINA	< 1
LIQUOR – ROTINA	< 1
MAGNÉSIO (SANGUE)	10
POTÁSSIO (SANGUE)	450
PROTEÍNA C REATIVA	1200
PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	10
PROTEINÚRIA 24 HS	< 1
PSA TOTAL	5
PSA LIVRE	5
SANGUE OCULTO – PESQUISA	5
SÓDIO	500
SWAB NASAL PESQUISA ANTÍGENO COVID	50***
T4 TIROXINA TOTAL	5
TEMPO DE PROTROMBINA	150
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	150
TGO (ASPARTATO AMINOTRANSFERASE)	600
TGP (ALANINA AMINOTRANSFERASE)	600
TOXOPLASMOSE IGG	< 1
TOXOPLASMOSE IGM	< 1
TRANSFERRINA	< 1
TRIGLICÉRIDES	5
TROPONINA QUANTITATIVA	200
TSH	15
UREIA	800
URINA ROTINA	1200
UROCULTURA	20
VDRL	5

(\*): lista de exames estimados que pode ser alterada baseada em justificativas técnicas devendo qualquer alteração neste rol, no entanto, ser expressamente autorizada previamente pela equipe técnica da SMS; Exames não contemplados realizados sem autorização prévia não serão ressarcidos;

(\*\*): quantitativos estimados para um mês corrido de calendário para efeito de projeção de custos, podendo ser alterado de acordo com a evolução da epidemiologia hospitalar que, neste caso, deverá ser apresentada junto à prestação de contas para eventuais ajustes caso venha a ultrapassar em 30% do previsto;

(\*\*\*): exames que se tomaram mais frequentes com o advento da pandemia Covid-19;

(\*\*\*\*): delimita-se tempo de resposta para gasometrias em, no máximo, 60 minutos.



## 7.5. Serviço social

É um conjunto de ações que promove a mudança social, a resolução de problemas nas relações humanas e o reforço da emancipação das pessoas para a promoção do bem estar, intervindo nas situações em que as pessoas interagem com o seu meio.

Desenvolve uma praxis social e um conjunto de ações de natureza sócio educativo, que incidem na reprodução material e social da vida, em uma perspectiva de transformação social comprometida com a democracia e com o enfrentamento das desigualdades sociais.

Será prestado, quando necessário, ao usuário, nos dias úteis no período diurno, através de atividades relacionadas diretamente aos princípios que regem a profissão, segundo as normas emanadas por seu conselho de classe.

### Objetivos:

- Desenvolver atividades que visem à promoção, proteção e a recuperação da saúde dos usuários;
- Realizar notificações frente a situações constatadas pela equipe, referente a negligencia, violência física ou mental, violações de direitos, em todos os seguimentos sem distinção de faixa etária, sexo ou etnia;
- Viabilizar, orientar e encaminhar portadores de patologias crônicas que passam pelo setor de Classificação de Risco, e que descaracterizam atendimento de urgência e emergência;
- Participar de Campanhas preventivas, realizando atividades sócioeducativas.
- Realizar de Avaliação Social, quando solicitado pela equipe multidisciplinar.



- Realizar junto com o médico o atendimento á família em caso de óbito, cabendo ao assistente social prestar orientações referentes a sepultamento gratuito e outros auxílios previdenciários;
- Participar de projetos de Educação Permanente na instituição;
- Resgatar familiares de pacientes não identificados;
- Orientar os colaboradores sobre os Conselhos, leis e Estatuto existentes.

#### Funcionamento do Serviço Social

Acolher os usuários de forma humanizada;

Prestação de serviços concretos visando a solução de problemas imediatos, apresentados pela população usuária dentro dos recursos e créditos institucionais e/ou através de encaminhamentos a recursos da própria instituição ou de instituições terceiras (abrigo, centros de recuperação);

Participa de forma ativa da programação das datas comemorativas realizadas intra e extra Institucional.

Esta proposta prevê a manutenção de um profissional Assistente Social para suporte durante toda a fase de internação, em regime de 8h de 2ª a 6ª feira e 4h aos sábados.

#### **7.6. Serviço de nutrição e dietética**

A Alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais.

Será mantida a prestação de serviços de nutrição e alimentação hospitalar de forma contínua com rigoroso controle de qualidade dentro das normas e legislação



pertinente, obedecendo aos detalhamentos constantes neste termo para pacientes atendidos no Hospital, assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênico-sanitárias adequadas, sendo que para os pacientes adultos somente terá direito à alimentação os que estiverem em observação clínica na unidade.

#### **Competências:**

- Padronizar e manter atualizadas as dietas hospitalares;
- Proceder ao atendimento dietoterápico, de acordo com o respectivo diagnóstico, anamnese alimentar e dados antropométricos;
- Realizar estudos e pesquisas na área de nutrição e saúde;
- Promover a adoção de práticas e hábitos alimentares saudáveis mediante mobilização de diferentes segmentos da sociedade e por intermédio de campanhas de comunicação;
- Ser campo de estágios curriculares, extracurriculares e voluntariados na área de Nutrição Clínica.
- Planejar, programar, provisionar e acompanhar as atividades de produção e distribuição das dietas e higienização da Central de Dietas Enterais e do Lactário;

O serviço de Nutrição e dietética será mantido através da Contratação de Empresa especializada, que deverá seguir rigorosamente as normas e especificações contidas no Edital, bem como os termos da legislação vigente em todos os seus processos desde o preparo, transporte e distribuição das refeições. Terá como parâmetro as normas e diretrizes estabelecidas no Manual de controle de qualidade.

A empresa especializada manterá nutricionista que será responsável pela inspeção durante todo o processo das dietas a fim de garantir a qualidade do serviço.

O Instituto Alpha irá seguir as normas e especificações solicitadas para o **SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA** do edital.



### **Tipos De Dietas**

- Dieta Geral Paciente Adulto;
- Dieta Branda;
- Dieta Pastosa;
- Dieta Líquida;
- Dieta Líquida Restrita;
- Dieta para Diabéticos;
- Dieta Hipossódica;
- Dieta Hiperproteica e Hipercalórica;
- Dieta Hipocalórica;
- Dieta rica em fibras ou laxativa;
- Nutrição Enteral – NE;
- Suplemento Nutricional.

Quando indicado, de acordo com as condições do paciente, será fornecido dieta enteral (geral ou adaptada) conforme protocolos dietoterápicos estabelecidos pelo médico e nutricionista.

Todas as dietas seguirão rigoroso controle de qualidade, dentro das normas e legislação pertinente, obedecendo aos detalhamentos constantes em Edital, para pacientes e acompanhantes, e colaboradores assegurando uma alimentação balanceada e em condições higiênicas sanitárias adequadas.

### **Controle da distribuição das refeições**

O controle da distribuição das refeições deverá se dar da seguinte maneira

COMENSAIS	CONTROLE
Pacientes	Através de mapa diário de prescrição de dietas
Acompanhantes	Através de planilha encaminhada pela enfermagem

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE DIETAS FORNECIDAS

 <b>CONTAGEM DE DIETAS SERVIDAS – MÊS:</b>														
DATA	CAFÉ DA MANHÃ		ALMOÇO		LANCHE		JANTAR		CSA		DIETA	FUNCIONÁRIOS		
	PAC.	ACOMP.	PAC.	ACOMP.	PAC.	ACOMP.	PAC.	ACOMP.	PAC.	ACOMP.	ENTERAL	ALMOÇO	JANTAR	CAFÉ
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														

18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
TOTAL																

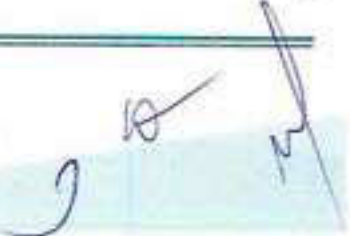
Esta planilha poderá ser alterada adaptando-se ao serviço da Unidade do Hospital de Clínicas Anjo Gabriel – Mairiporã.

**Horário das refeições a serem servidas**

A distribuição das refeições, a serem servidas para pacientes e acompanhantes, será de acordo com o pré-estabelecido pela Secretaria de Saúde, e caso haja necessidade de alteração será solicitado, justificado e submetido à aprovação da mesma.

**Cardápio**

Página 198

Regras Gerais Para a elaboração do cardápio diário será observado a relação de gêneros e produtos alimentícios padronizados, com os respectivos consumos per capita e frequência de utilização, atendendo às necessidades energéticas diárias requeridas de acordo com a idade e atividade do indivíduo, segundo "Recommended Dietary Allowances" (R.D.A) revisão 1989.

Para o atendimento das necessidades nutricionais diárias recomendadas, serão organizados cardápios variados com base na relação de gêneros e produtos alimentícios padronizados pela SMS.

Os cardápios, dieta livre e especial, serão elaborados pelo nutricionista, porém se a Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã sugerir uma padronização, será mantido o solicitado.

Os cardápios elaborados deverão obedecerão aos critérios de sazonalidade e planejados conforme as condições físicas e as patologias do indivíduo.

Os cardápios apresentarão preparações variadas, equilibradas e de boa aparência, proporcionando um aporte calórico necessário e boa aceitação por parte dos pacientes.

### **Acompanhantes**

Segundo a legislação vigente acompanhante legalmente instituído consiste em:

a) Acompanhantes de crianças, nos termos da Lei federal nº 8.069 de 13/06/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

b) Acompanhantes de pacientes idosos com mais de 60 anos, nos termos da Lei Federal nº 10.741, de 01/10/03 (Estatuto do Idoso);

A refeição para acompanhantes será fornecida nos padrões estabelecidos para o paciente da dieta geral, que será adequado sempre que possível, aos hábitos alimentares da comunidade, distribuídos em 03 (três) refeições diárias em horários regulares:

Desjejum;

Almoço;

Jantar.

Não é previsto o fornecimento de outras configurações de dieta para acompanhantes além da dieta oral.

### **7.7. Manutenção de equipamentos**

O objetivo deste setor no Hospital será gerenciar as tecnologias em saúde, responsabilizando-se pela manutenção dos equipamentos médico-hospitalares, bem como pelo treinamento, alienação e demais assuntos correlatos aos equipamentos, visando o uso adequado e racional dos recursos tecnológicos existentes no serviço de saúde.

Dessa forma, proporciona mais qualidade e segurança aos serviços médicos oferecidos aos pacientes. Este setor irá gerenciar todo o parque e os processos de equipamentos de acordo com as normas estabelecidas pela ANVISA.

Os serviços a serem realizados incluem o auxílio na avaliação para aquisição de equipamentos, peças e acessórios, fazendo o estudo da viabilidade de incorporações tecnológicas, custo pós-manutenção e custo preventiva/corretiva.

Será feita a gestão de todos os equipamentos médico-hospitalares, incluindo o gerenciamento da equipe técnica (bens móveis e imóveis), controlando o ciclo de vida dos equipamentos através de registros, relatórios e levantamentos estatísticos, assim como levantamento de custos operacionais.

#### **Manutenção preventiva**

Será aplicado um conjunto de cuidados técnicos indispensáveis ao funcionamento regular e permanente dos aparelhos médico-hospitalares, com inspeção periódica e substituição de componentes, visando conservar as condições de uso, em níveis desejáveis de segurança seguindo normas técnicas disponíveis pela ANVISA e/ou recomendação dos fabricantes.



### Manutenção corretiva

Serão executadas operações destinadas a corrigir qualquer defeito nos equipamentos, com substituição de componentes, visando reparar, no menor tempo possível, favorecendo o bom andamento das atividades do PS, bem como o conforto e bem estar dos pacientes e funcionários.

#### Critérios que serão utilizados:

- Manutenção realizada ainda no setor após ser gerado ordem de serviço.
- Manutenção realizada na sala técnica montada na instituição;
- Manutenções externas - aqueles equipamentos que não são solucionados nos níveis anteriores e necessitam de serviços terceirizados passam por toda uma triagem e são acompanhados por este setor.

Serão registradas todas as intervenções corretivas realizadas nos equipamentos, especificando o equipamento, data, o serviço executado e as peças substituídas ou retificadas.

A solicitação de manutenção corretiva deverá ser feita pelo responsável do setor, sendo que esta solicitação será realizada via sistema, e preenchimento de formulário próprio, quando necessário poderá ainda ser feito contato por telefone.

#### Processo da qualidade.

Será realizada a organização de processos, documentação, controle dos cronogramas, processos de treinamentos, gerenciamentos dos processos de qualidades e acompanhamentos setoriais aos processos internos no PS ligadas a equipamentos.

### Conservação dos Equipamentos

Para evitar a desassistência ou desabastecimento da Instituição em razão de problemas com equipamentos, a entidade se compromete a manter os equipamentos e instrumentais em perfeitas condições de funcionamento, devendo, mediante necessidade substituir o equipamento ou instrumental.

Rotina do Serviço de Manutenção com relação ao Patrimônio serão realizados:

- Controle de entrada de bens imobilizados;
- Registros de ocorrências;
- Cálculo de depreciação de acordo com critérios do cliente. No que se refere à

Os serviços serão contratados por Pessoa Jurídica com conhecimento específico na área para realizar a manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos presentes (disponibilizados pela SMS, adquiridos ou locados pelo Instituto) no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel por todo período do contrato.

## **7.8. Manutenção predial**

O Serviço de Manutenção Predial terá como atribuição zelar pela manutenção de toda infraestrutura física do prédio, bem como suas instalações hidráulicas, elétricas, elevadores, limpeza, manutenção, jardins e demais itens relacionados a infraestrutura física.

A definição mais específica e operacional para a Manutenção consiste no conjunto de ações que permitem manter ou restabelecer um bem a um estado específico ou, ainda, assegurar um determinado serviço.

Organização geral, a cargo da manutenção administrativa:

- Definirá o sistema de organização pretendido.
- Detalhará o programa de manutenção, conservação, substituição e reparos.
- Cadastrará pessoal.



- Subscreverá áreas de trabalho específicas de cada funcionário, definirá responsabilidades por defeitos, quebras, etc.
- Definirá necessidades e tipos de conservação.
- Frequência de inspeção.
- Fornecerá instruções referentes ao uso, funcionamento, etc.
- Registrará e controlará as solicitações,
- Elaboração de normas, rotinas e treinamento da equipe.
- Oficinas, em número adequado, dimensões e especializações adequadas.

#### A Manutenção Preventiva

Para se chegar à Manutenção Preventiva é necessário ter ações para reduzir os defeitos, será adotada a manutenção zero defeitos, que tem como necessidades para sua efetivação:

1. Qualidade da mão de obra;
2. Qualidade do serviço;
3. Auditoria de qualidade;
4. Programa de ação corretiva.

A qualidade, ou melhor, o grau em que o serviço ou produto satisfaz às necessidades e exigências do usuário, precisa ser uma busca constante para um melhor trabalho, o qual é feito pelo trabalhador e com o envolvimento de todos os funcionários.

#### Rotina do Serviço de Manutenção Predial

A importância dos Sistemas Informatizados de Manutenção tem sido cada vez maior, já que esta tem o objetivo de dar suporte às atividades de planejamento, programação e controle de manutenção, que são hoje indispensáveis nas Instituições de saúde. Estas ferramentas proporcionam gerenciamento adequado da execução e da documentação necessária para a correta manutenção dos equipamentos.


O Serviço de Manutenção Predial irá:



- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;
- Proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;
- Manter plantão de atendimento de emergência nas 24 (vinte e quatro) horas para os serviços elétricos e hidráulicos;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- Manter contato com a Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- Desratização e desinsetização da Instituição, com periodicidade anual.
- Manter reservatórios de água com capacidade suficiente para atender à demanda do estabelecimento, cobertos permanentemente e com acesso restrito.
- Garantir rede de esgoto com tratamento adequado.



**PLANILHA DE CONTROLE A SER UTILIZADA PELO SETOR DE MANUTENÇÃO**

		RELATÓRIO MENSAL DE MANUTENÇÃO			FOI REALIZADO
		MÊS _____			
Nº de Solicitação	Solicitante	Setor	Descrição	O que necessita ser efetuado	Serviço realizado
001/22					
002/22					
003/22					
004/22					
005/22					
006/22					
007/22					
008/22					
ASSINATURA:					

Será contratada Empresa especializada com mão de Obra de profissionais que ficarão à disposição para atendimento na Unidade.

### 7.9. Lavanderia

O Instituto Alpha será responsável pela contratação de lavanderia hospitalar, por meio de empresa especializada e ficará responsável pela retirada da roupa suja do Hospital e Pronto Atendimento até seu retorno em condições de reuso, sob condições higiênico-sanitárias adequadas (recolhimento, entrega e processamento).

A terceirização de serviços é uma maneira estratégica de delegar as responsabilidades da atividade fim a uma empresa especializada e que domine os serviços prestados, além do espaço físico ser externo, não havendo a necessidade de montar uma lavanderia dentro da Unidade. O Instituto ficará responsável pelo processamento interno da Rouparia, sendo ela suja e depois limpa.

A Rouparia é um setor de apoio que realiza toda a parte operacional de coleta, separação, processamento e distribuição de roupas para a Unidade.

O conceito de risco é o principal referencial teórico das ações de vigilância sanitária, e que a eliminação destes refere-se a uma minimização de sua manifestação a níveis estatisticamente não significativos.

Os Cuidados com o acondicionamento da roupa: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder  $\frac{3}{4}$  da sua capacidade e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

Todo o processo interno da equipe será desenvolvido baseado nas orientações da Comissão de Controle de Infecção (CCIH) que responderá perante a vigilância sanitária pelas ações ali realizadas. A coordenação acompanhará a rotina da equipe.

Uma gestão de rouparia bem realizada permite reduzir os custos no setor, diminuir os riscos de perda, quantificar e qualificar os estoques e monitorar a entrada e saída das peças.

Como estão atentos às melhores práticas de rouparia, os profissionais devidamente qualificados para o serviço estão aptos a:

- construir e seguir um cronograma simplificado de funcionamento;
- adotar mecanismos de controle de roupas por marcação;
- cumprir suas funções de acordo com a hierarquia estabelecida;
- seguir a metodologia de trabalho de acordo com cada atividade;
- utilizar os equipamentos e os mobiliários para otimizar o enxoval hospitalar.

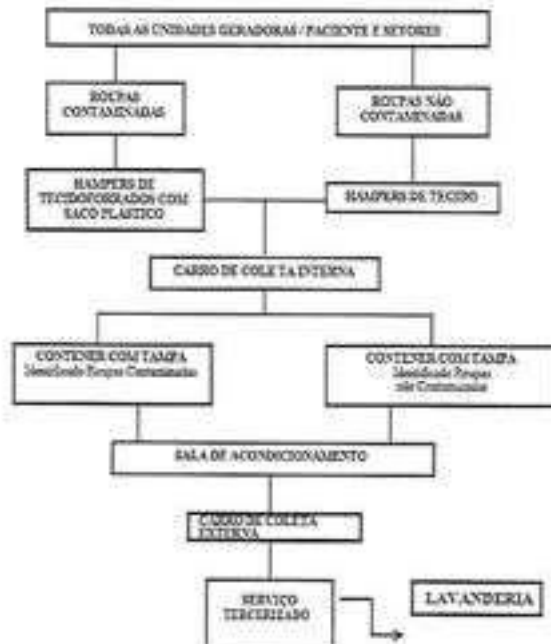
## RUOPARIA – ESTOQUE E ARMAZENAMENTO

A rouparia é um elemento da área física, complementar à área limpa, que será usado para o armazenamento e distribuição da roupa limpa. A centralização em um único local permite controle eficiente da roupa limpa, do estoque e de sua distribuição, em qualidade e quantidade adequadas, aos diversos setores da Unidade.

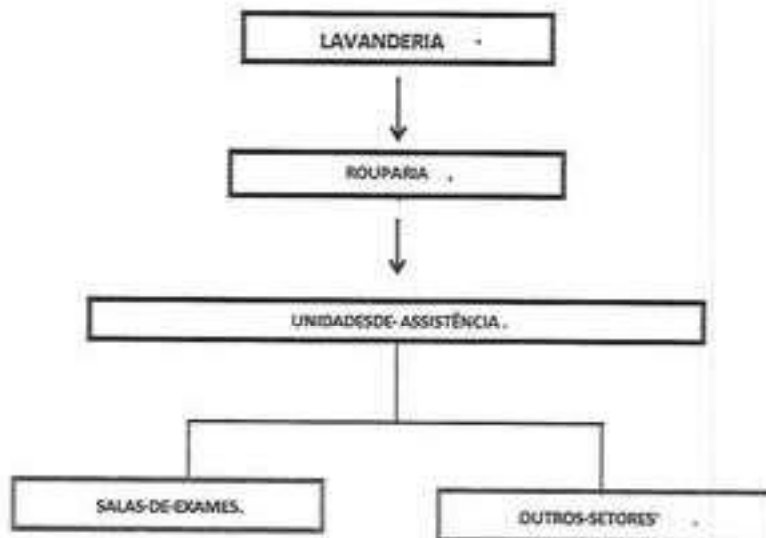
A estocagem será em quantidade apropriada à demanda da Unidade. O local onde as roupas serão armazenadas deve ser limpo, livre de umidade e exclusivo para esse fim, e Serão contratados profissionais específicos para este serviço.

Caberá à equipe operacional do Hospital: coletar e acondicionar em recipiente próprio para roupa suja (Rouparia).

### Fluxo das roupas sujas



### Fluxo das roupas limpas







## 7.10. Segurança Patrimonial

A Seção de Segurança poderá ser um serviço de terceiros que estará subordinada a Gerência do Instituto Alpha.

A segurança patrimonial consiste em uma atividade de vigilância patrimonial, que tem como principal objetivo garantir a integridade do lugar e a segurança de todos os frequentadores, que podem ser pacientes, funcionários ou colaboradores, bem como a execução dos procedimentos de controle de acesso no perímetro e nas áreas internas.

Poderá ainda ser acionada para atuar em caso de conflitos, onde sua atuação deve ser rápida e eficaz, tendo sempre uma postura firme, observando os princípios de humanização e hospitalidade.

O serviço compreende os serviços de Vigilância e Portaria, a qual compete:

- Garantir a segurança patrimonial da Unidade;
- Garantir a segurança dos profissionais, usuários / pacientes e familiares;
- Atender a todos, indistintamente, com urbanidade e respeito, prestando-lhes as informações solicitadas e auxiliando-os sempre que possível;
- Fiscalizar em caso de necessidade o uso de elevadores, desde que sua função não fique prejudicada;
- Controlar acesso de usuários / pacientes, fornecedores e colaboradores;
- Analisar periodicamente os pontos críticos que gerem insegurança para a Instituição;
- Preencher o livro de passagem de serviço ao seu substituto registrando informações sobre as ocorrências havidas, para assegurar a continuidade do trabalho;
- Manter contato diário com Diretoria da área informando intercorrências registradas;

- Elaborar mensalmente dados estatísticos da movimentação das ocorrências relacionadas à segurança;
- Monitorar 24 horas as imagens dos pontos de segurança do circuito fechado de câmeras.
- Garantir o relacionamento respeitoso e humanizado.

Será disponibilizado profissionais em escala 12 x 36, fazendo a cobertura durante 24 horas, 7 dias por semana.

O Instituto irá instalar e manter equipamentos eletrônicos para vigilância da Unidade, de forma integrada e sistematizada com o objetivo de garantir a segurança e a integridade das pessoas e bens materiais.

#### 7.11. Gerenciamento de Resíduos

O Instituto Alpha implantara no Hospital de Clínicas Anjo gabriel, o Programa de Gestão de "Resíduos de Serviço de Saúde" (RSS), comumente referenciados como "lixo hospitalar", visando a atender ao disposto na Resolução da Diretoria Colegiada n. 306, de 07/12/2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). O objetivo é reduzir a quantidade de RSS gerada, com o menor custo e com dano zero ao meio ambiente e a toda a cadeia.

O Programa de Gerenciamento é constituído por um conjunto de procedimentos de gestão, concebidos a partir de bases técnicas, científicas, de normativas e leis, buscando minimizar a produção de resíduos gerados, dar encaminhamento seguro, de forma eficiente e eficaz, visando a proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente. Atingira todas as etapas, desde a **geração** do resíduo até a sua **separação e acondicionamento** para a **COLETA EXTERNA**, e envolvera desde o planejamento dos recursos físicos, dos recursos materiais, até a capacitação dos recursos humanos envolvidos no manejo deste.

A COLETA EXTERNA do lixo hospitalar estará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, pois já tem este serviço contratado para todas as unidades de saúde do município.

### **Classificação dos resíduos e descarte adequado**

#### **Grupo A - Resíduos com possível presença de agentes biológicos**

**A1** - Culturas e estoque de microrganismos; vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; resíduos da atenção à saúde humana e animal com suspeita ou certeza de contaminação Classe de Risco 4 (levada periculosidade para o ser humano); bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes; sobras de laboratórios com sangue ou líquidos corpóreos.

**A2** - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais inoculados com microrganismos sem agentes Classe 4.

**A3** - Peças anatômicas humanas (membros) e produtos de fecundação sem sinais vitais, menor que 500 gramas, 25 cm e 20 semanas gestacionais.

**A4** - Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores; sobras de amostras de laboratórios contendo fezes, urina e secreções, sem agentes Classe de Risco 4; Peças anatômicas e resíduos de procedimentos cirúrgicos e outros resíduos sem inoculação de microrganismos.

**A5** - Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos e materiais perfurocortantes, entre outros



com suspeita ou certeza de contaminação por príons.

GRUPO A – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESULTANTES DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES	DESCARTE
Luvas, gases, curativos, sondas, drenos, abaixador de língua, fraldas, papel higiênico, equipamentos contaminados, seringas sem agulhas ou contaminadas, aventais descartáveis.	<i>Descartar em saco branco</i>
SANGUE E HEMODERIVADOS	
Bolsas e equipos de sangue após transfusão.	<i>Se não autoclavar, descartar em saco branco.</i>
Bolsas de sangue com prazo vencido, sorologia positiva ou retirada do paciente e necessidade de descarte.	<i>Autoclavar e descartar em saco preto Não autoclavado descartar em saco branco</i>
CIRÚRGICO, ANÁTOMO PATOLÓGICO.	

GRUPO A – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESULTANTES DA ASSISTÊNCIA A PACIENTES	DESCARTE
Peças anatómicas e tecidos humanos resultante de cirurgias ou experimentos: órgãos, fetos e resíduos contaminados.	<i>Descartar em saco branco duplo</i>
RESULTANTE DE ANÁLISE LABORATORIAL	
Sangue total ou soro em tubos de ensaio. Líquidos biológicos. Secreções, excreções e meios de cultura após análise laboratorial. Urina e fezes	<i>Autoclave Autoclavar Autoclavar e descartar em saco preto Vaso Sanitário.</i>

### Grupo B - Resíduos contendo substâncias químicas

- Produtos hormonais, antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, antirretrovirais, imunossuppressores, imunomoduladores e digitálicos.
- Saneantes, desinfetantes, germicidas, solventes, mercúrio de

termômetro, ácido crômico, efluentes de processadores de imagem, amalgama, pilhas, baterias, óleo lubrificante e outros produtos perigosos.

GRUPO B – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
DROGAS QUIMIOTERÁPICAS E RESÍDUOS QUÍMICOS	DESCARTE
Medicamentos vencidos.	<i>Encaminhar à seção de farmácia</i>
Ampolas e frascos ampola abertos	<i>Descartar em caixa própria para material perfuro cortante</i>
Drogas quimioterápicas e produtos por ela contaminados	<i>Descartar em recipiente próprio e encaminhar para incineração</i>
Resíduos químicos e perigosos	<i>Dejetos ácidos e básicos: neutralizar em água corrente.</i> <i>Dejetos metais pesados e insolúveis em água: frasco de rosca identificado.</i> <i>Dejetos inflamáveis ou corrosivos ou explosivos: armazenar em galões identificados com símbolo de material perigoso e em área restrita.</i>

### Grupo C - Resíduos que contenham radionuclídeos

- Dejetos sólidos ou líquidos provenientes de laboratórios de análise clínica, serviços de medicina nuclear e radioterapia, segundo a Resolução CNEN 6.05.

GRUPO C - RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESÍDUOS RADIOATIVOS	DESCARTE
Resíduos Radioativos	<i>Containers de chumbo <u>até</u> decaimento</i>

### Grupo D - Resíduo Comum: sem risco biológico, químico ou radioativo.

- Resíduos provenientes de áreas administrativas (escritórios), de limpeza de jardim, restos de refeitórios e de pacientes, fraldas e papel de uso sanitário.

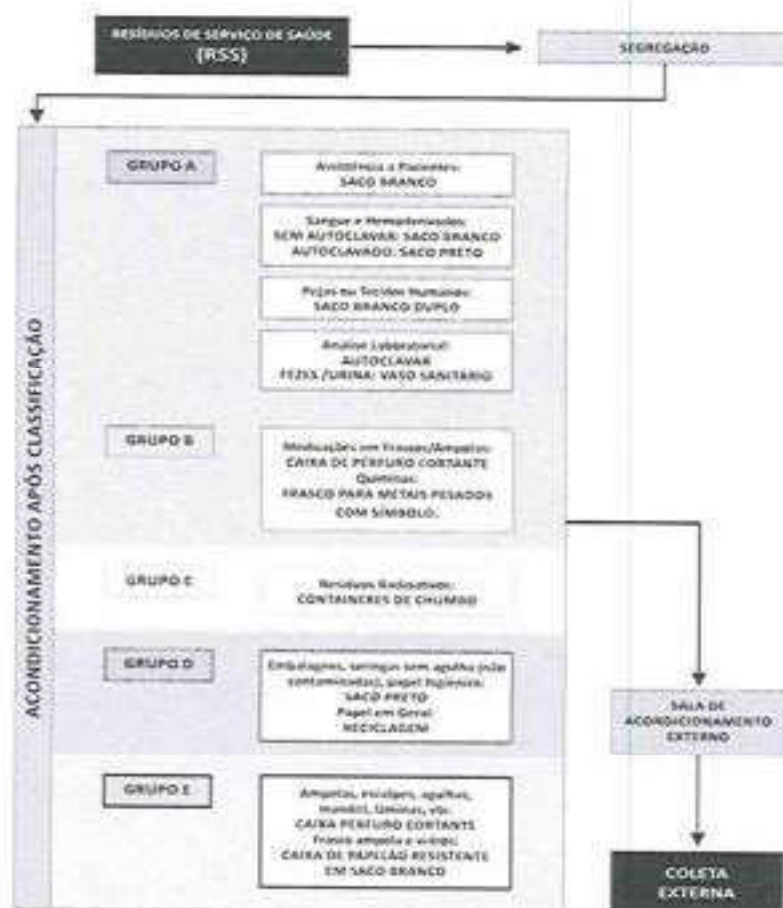
GRUPO D – RESÍDUOS BIOLÓGICOS	
TIPO DE RESÍDUO	
RESÍDUO COMUM	DESCARTE
Embalagens, latas, plásticos, papel toalha, papelão, papel higiênico de uso público.	<i>Saco plástico preto</i>
Seringas sem agulha não contaminadas	<i>Saco plástico preto</i>
Papel em geral	<i>Recipiente próprio para reciclagem</i>

### Grupo E - Materiais perfurocortantes ou escarificastes

- Lâmina de bisturi, lâmina de barbear, agulha (sutura e raque), ampolas de vidro, seringas com agulhas, brocas, escalpes, mandril de cateteres curtos ou longos utensílios, vidros quebrados e similares.

GRUPO E – RESÍDUOS PERFURO-CORTANTES OU ESCARIFICANTES	
TIPO DE RESÍDUO	
PERFURO CORTANTES	DESCARTE
Ampolas, escalpes, agulhas (todos os tipos), mandril de cateteres, seringas com agulhas, vidros quebrados, lâminas, ponteiras, etc.	<i>Recipiente próprio para perfuro cortante</i>
Agulhas do sistema a vácuo	<i>Recipiente específico para agulha do sistema a vácuo</i>
	<i>Caixas de papelão forradas em saco plástico</i>
Frasco ampola e vidros em geral	<i>plástico</i>

## Fluxo de gerenciamento de resíduos



## Sangue e hemoderivados

### Material Necessário:

- Material fornecido pelo banco de sangue: 01 equipo para hemotransusão, gaze, álcool 70%, 01 par de luvas de procedimento.

### Pré - Execução:

- Observar prescrição e solicitação médica;



- Checar os dados da identificação da bolsa de hemocomponentes e dos pacientes;
- Lavar as mãos;
- Acompanhar o colaborador do banco de sangue até o quarto.

#### Execução:

- Identificar-se;
- Checar o nome, o leito do paciente e a identificação do hemocomponente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Supervisionar sinais vitais pré-infusão;
- Supervisionar a instalação do hemocomponente realizado pelo colaborador do banco de sangue.
- Paciente com cateter venoso central, o procedimento deverá ser realizado pela enfermagem;
- Verificar sinais vitais, no mínimo duas vezes durante a infusão;
- Interromper em caso de reação adversa e comunicar o banco de sangue;
- Solicitar outra bolsa ao término da 1ª, se necessário;
- Ao término da infusão retirar a bolsa;
- Deixar o paciente confortável com a campainha ao seu alcance;
- Recolher o material e levar ao posto de enfermagem.





Pós - Execução:

- Desprezar o material utilizado no expurgo;
- Lavar as mãos;
- Realizar as anotações necessárias

Avaliação:

- Tempo de infusão e volume;
- Punção venosa e administração;
- Sinais de extravasamento;
- Permeabilidade do acesso venoso.

Riscos / Tomada de Decisão:

- Reação adversa – identificar os sinais de reações adversas, comunicar o médico do banco de sangue. Caso a reação ocorra em horário do período noturno, comunicar o médico do Pronto Atendimento e se necessário chamar o médico plantonista do banco de sangue.
- Contaminação durante a manipulação da bolsa de sangue – solicitar nova bolsa ao Banco de Sangue;
- Extravasamento – avaliar punção venosa e administração, trocar acesso venoso.

## 8. MODELO GERENCIAL

A estrutura de uma organização é dependente de fatores contingenciais, como o ambiente, a tecnologia, o tamanho e a estratégia. Não é possível estabelecer uma única forma de gerir, cada situação específica requer um tipo de gestão específica. O que acontece no ambiente externo das organizações quer seja no nível sociológico, tecnológico, político ou demográfico, poderá afetar sua atividade, estrutura e as decisões dos seus gestores. A Instituição deve se ajustar às contingências para atingir a forma adequada. Em resposta às pressões do ambiente, as Instituições de saúde adotam estratégias positivas, desenvolvendo novas estratégias e determina a reconfiguração organizacional, visando atingir os objetivos estabelecidos.

O Instituto Alpha trabalha com o conceito de que a função do gestor é de convergir esforços organizacionais e individuais em prol de uma finalidade. O gestor é a pessoa a quem compete à interpretação dos objetivos propostos pela organização que atua, através do planejamento, da organização, da liderança e do controle, a fim de atingir as metas acordadas.

O organograma da Gestão do Instituto Alpha, inclui os níveis hierárquicos da Sede Institucional bem como os que atuarão diretamente na Unidade.

Considerando que a unidade de saúde está habilitada na média complexidade disponibilizamos recursos humanos e tecnológicos para atender aos procedimentos conforme descrito no edital. As especialidades disponibilizadas devem ser de urgência, nos casos de atendimento a exames de tomografia além da demanda interna da Unidade Hospitalar, dependerá ainda da demanda definida pela secretaria municipal de saúde, respeitando a capacidade instalada no hospital.

O modelo para o Gerenciamento, Operacionalização e Execução das Ações e Serviços de Saúde para o Hospital de Clínicas Anjo Gabriel, será baseado na necessidade de valorizar o instrumento de planejamento estratégico nas atividades de saúde, com uma nova abordagem integradora e participativa, apoiada nas competências e orientada para a estratégia, como forma de maximizar os resultados em termos de benefícios para a população usuária do SUS.

O presente Modelo Assistencial pode facilitar o acesso aos serviços ofertados, sempre acompanhado da dinâmica da política da rede de saúde loco regional. O produto deste Modelo Assistencial significa "Busca continua ao cuidado à saúde no SUS".

Este Projeto foi elaborado com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sistema hierarquizado nos três poderes: municipais, estaduais e federais, baseando nos princípios de integridade, equidade e universalidade.

O presente Modelo da atenção à saúde leva em conta a estrutura da organização, a saber: Recursos Humanos, Tecnologia, Recursos Financeiros e Recursos de Equipamentos e Recursos Físicos disponíveis, da necessidade de assistência à saúde loco regional, definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã.

Através de estratégias bem estabelecidas, com foco na qualidade do desenho dos processos, buscamos metas que consideramos fundamentais para o uso adequado dos recursos

Nosso Plano de Trabalho contém a Proposta Técnica que será minuciosamente pormenorizada no discorrer da apresentação deste documento. Nele demonstramos o conjunto dos elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequada, para caracterizar o perfil da Unidade, com base nas indicações e informações constantes no Edital e seus Anexos Técnicos, bem como das informações obtidas em visita técnica no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel e sobre a Rede de Atenção à Saúde do Município de Mairiporã, além das demais pesquisas realizadas através de meio eletrônico pela nossa equipe técnica, financeira e jurídica.

Demonstramos também, a viabilidade técnica e a estimativa das despesas referentes à execução das atividades propostas, com definição de métodos e prazos de execução, assegurada a plena exequibilidade do Objeto da contratação prevista.

O Plano de Trabalho aqui apresentado contém a descrição das atividades, evidenciando-se os benefícios econômicos e sociais que serão alcançados, em prol da comunidade assistida na abrangência geográfica em questão, bem como os resultados positivos a serem alcançados, levando-se em conta, para tanto, o perfil socioeconômico e epidemiológico dos sistemas oficiais do Ministério da Saúde que apresentamos nesta



Proposta. Dessa forma, na formulação desse Plano de Trabalho, assim como da Plano Orçamentário de Custeio, computamos todas as despesas e todos os custos operacionais referentes à manutenção e execução das ações de saúde propostas, tanto os de natureza tributária (taxas e impostos), trabalhista, previdenciária e securitária (quadros de pessoal), quanto os gastos com o cumprimento das normas pertinentes à Saúde, Segurança e Medicina do Trabalho, cumprindo assim, todas as diretrizes e metas estabelecidas por todas as instâncias gestoras do SUS, para a execução do Objeto previsto.

Nos projetos sob gestão do Instituto Alpha de Medicina para Saúde, 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.

O modelo gerencial de monitoramento e avaliação utilizará Indicadores Verificáveis que estão relacionados a qualidade da assistência oferecida aos usuários da unidade saúde gerenciada e medem aspectos relacionados a efetividade da gestão e ao desempenho da Unidade.

O Instituto Alpha se propõe a gerenciar e monitorar a qualidade técnica, a gestão de serviços, a gestão de pessoas em articulação com toda rede de serviços de saúde do Hospital sob gestão da Entidade.

O monitoramento será realizado pelas equipes de gestão e terá o apoio da ferramenta de sistema informatizado desenvolvido pela entidade, o que permite em tempo real, gerenciar e operacionalizar as ações através de uma análise quantitativa dos atendimentos.

Será feita a avaliação das metas quantitativas pactuadas no Contrato de Gestão, também será avaliada a satisfação do usuário e dos colaboradores. Serão monitoradas as ações e determinações das comissões existentes.



Para o acompanhamento e monitoramento do Plano de Trabalho, utilizaremos os seguintes indicadores:

- Porcentagem de internações de urgência;
- Pesquisa de satisfação;
- Relação usuário/profissional de saúde;
- Alcance de metas x realizada;
- Acolhimento com classificação de risco;
- Infraestrutura;
- Tempo/resposta de atendimento

#### **8.1. Diretrizes para a execução**

- Executar todos os programas com efetividade, zelando pela boa qualidade das ações e serviços prestados e buscando alcançar eficiência, eficácia, efetividade e economicidade em suas atividades;
- Acolhimento de 100% (cem por cento) da demanda espontânea e direcionada;
- O Instituto Alpha encaminhará a Secretaria Municipal de Saúde, mensalmente relatório contendo todos os procedimentos realizados, bem como quantidade e identificação dos serviços de apoio com informações detalhada, ou informações adicionais ou complementares que a Secretaria de Saúde solicitar;
- Fornecer retaguarda as urgências atendidas pela Atenção Básica;
- O Serviço de Recepção solicitará aos pacientes, ou a seus representantes legais, a documentação de identificação do paciente e a documentação de encaminhamento, se for o caso, especificada no fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal da Saúde;
- O Instituto Alpha realizará os atendimentos de acordo com os Protocolos



- que vão garantir intervenção segura e resolutive do atendimento ao paciente;
- Quando houver casos suspeitos ou confirmados de doenças compulsórias, a Vigilância Epidemiológica do município será imediatamente comunicada;
  - A Vigilância Epidemiológica do município será imediatamente comunicada no caso de óbitos infantis de 0 a 11 meses e 29 dias, óbitos maternos e óbitos de mulheres em idade fértil até 49 anos;
  - Serão cumpridos os prazos para o envio das declarações de óbito para a Vigilância Epidemiológica;
  - Fornecer equipamentos de proteção individual - EPI's e uniformes e crachás de identificação aos profissionais do Hospital;
  - Realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;
  - Contra referenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;
  - Solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade;
  - Comunicar qualquer anormalidade durante a execução dos serviços ao Gestor da presente Contratação, e a Secretaria Municipal de Saúde.

## 8.2. Tecnologia da informação

No que tange os quesitos do edital da qualidade subjetiva a OSS implantara um sistema na unidade a fim de suprir todos os quesitos apontados neste termo de referência deste edital.

Esta tecnologia será utilizada também como instrumento de avaliação da qualidade: pesquisa de opinião dos usuários atendidos, avaliação técnica dos profissionais e levantamento de indicadores baseados nos indicadores.

Característica importante desse processo é a inversão do objetivo principal na construção das ferramentas e instrumentos que apoiam os processos de gestão.

O Instituto Alpha terá como principal Mecanismo de Controle Interno uma rotina mensal de emissão e avaliação de relatórios gerenciais, utilizando-se do Sistema de Informações Gerenciais ofertado, que permitirá o monitoramento das Metas Quantitativas de Produção, bem como as Metas Qualitativas, estabelecidas no Edital, a serem aferidas durante toda a vigência do Contrato de Gestão.

### **8.3. Implantação do serviço de tecnologia da informação**

Operacionalizar, no início das atividades assistenciais da Unidade, serviços de informática com sistema compatível ao utilizado pela Secretaria de Saúde para gestão que contemple:

- (a) Registro eletrônico de admissão, transferência e alta do usuário;
- (b) Prescrição Médica;
- (c) Emissão de laudo de exame;
- (d) Dispensação de medicamentos por unitarização;
- (e) Solicitação, controle e dispensação de insumos;
- (f) Controle de estoque (almojarifado e farmácia);
- (g) Faturamento Ambulatorial e Hospitalar (SIH);

O Instituto Alpha deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal de Saúde as seguintes ações:

I. Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência e na unidade de saúde referida;

II. Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada grupo de indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades da SMS.

III. Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS;

IV. Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

V. Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;

VI. Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

#### 8.4. Cronograma de implantação do sistema

ATIVIDADE	CRONOGRAMA											
	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
MAPEAMENTO DAS NECESSIDADES DE INFRAESTRUTURA DE REDE E HARDWARE	█											
TREINAMENTO DA EQUIPE DE T.I (INTERNA)	█											
IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA	█	█	█									
TREINAMENTO E CAPACITAÇÃO DAS EQUIPES ASSISTENCIAIS		█	█									
CUSTOMIZAÇÃO			█	█	█	█	█	█	█			
SUORTE TÉCNICO PERMANENTE	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█



Qualquer alteração do cronograma, a Secretaria Municipal de Saúde será informada.

## 9. ATIVIDADES VOLTADAS A QUALIDADE

Mediante a conclusão do diagnóstico que deverá ser executado no início do contrato, evidenciado os principais problemas a serem solucionados, o Instituto Alpha elaborará um plano de qualidade a serem atingidas em curto, médio e longo prazo, de acordo com a complexidade de cada problema identificado, sendo que todas as ações a serem desenvolvidas irão respeitar o Plano de Trabalho em conjunto com o Plano Municipal de Saúde e outras importantes ferramentas de gestão do serviço de saúde. Caberá então ao Instituto uma avaliação contínua das diferentes atividades a serem realizados com o objetivo de solucionar os problemas apresentados.

### 9.1. Comissões

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.

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.

O Instituto Alpha apresenta a seguir as comissões a serem implantadas no Hospital de Clínica Anjo Gabriel.

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH



- Comissão de Análise e Revisão de Prontuários
- Comissão de Óbitos
- Comissão de Ética Médica
- Comissão de Ética de Enfermagem
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão de Humanização

Núcleos de qualidade:

- Núcleo de Segurança do paciente
- Brigada de Incêndio

### 9.1.1. Comissão de Análise e Revisão de Prontuários

A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) é coligada ao Atendimento, de natureza consultiva, deliberativa, normativa, educativa e independente, que tem por objetivo analisar e acompanhar os prontuários médicos.

## REGULAMENTO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUARIOS MÉDICOS

Capítulo I – Das definições

### COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS (CRPM)

**FINALIDADE:**

Atender a resolução CREMESP No. 70/1995 e a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos,

acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

#### COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de 4 membros médicos, um membro do Serviço de Arquivo Médico (SAME), um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão ser disponibilizados de suas atividades assistenciais por tempo a ser definido pela Diretoria da Unidade. O tempo mínimo de dedicação por membro será definida pela Diretoria Técnica de Departamento, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição. A critério da Diretoria e da própria comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo da comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

#### MANDATO:

O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão. No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde Setor de Comissões Hospitalares.

## SEDE

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada PA, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

## FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais. A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda 6 reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática. Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

As decisões da comissão serão tomadas após aprovação, por meio de votação aberta e justificada por maioria simples dos membros presentes.

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo preestabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

As reuniões da comissão deverão ser registradas em ata resumida e arquivada uma cópia contendo: data e hora dela, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente, decisões tomadas.

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros. Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou



Vice Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal pelo programa do Núcleo de Informação Hospitalar.

#### ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

- I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:
  - a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
  - b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.
  - c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.
  - d) Tipo de Alta.
- II - Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.
- III - Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.
- V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

São atribuições do Presidente da Comissão, além de outras instituídas neste regimento ou que decorram de suas funções ou prerrogativas:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir o regimento.

Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente.

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência. São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Organizar a ordem do dia.
- b) Receber e protocolar os processos e expedientes.
- c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- e) Organizar e manter o arquivo da comissão.
- f) Preparar a correspondência.
- g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

### DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CRPM, em conjunto com o diretor técnico da instituição.

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto;

O regimento entrará em vigor após aprovação da Diretoria e publicação dos membros.

### CRONOGRAMA DE REUNIÕES

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Plano de Trabalho	*											
Reuniões	*											
Atas e Relatórios	*											

#### 9.1.2. Comissão de Revisão 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.

O Instituto compromete-se, a notificar todos os eventuais óbitos ocorridos e as medidas adotadas.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão se reunir no mínimo duas vezes a cada quadrimestre ( 1ª quinzena) e ou quantas vezes forem necessárias para o andamento dos trabalhos.

Cabe aos representantes da Comissão de Revisão de Óbito a avaliação de todos os óbitos ocorridos na organização, bem como dos laudos de todas as necrópsias, solicitando, inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal e do Serviço de Verificação de Óbitos.

A Comissão de Revisão de Óbito deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Instituição, com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações, enviando seus relatórios ao Diretor Clínico e ao Diretor Técnico.

O número de membros da Comissão não poderá ser inferior a 03 (três) médicos, e seus mandatos deverão coincidir com o mandato do Diretor Clínico. Outros profissionais da área da saúde poderão compor o rol de membros da Comissão de Revisão de Óbitos.

A Comissão poderá, eventualmente, ser solicitada a formação de um Grupo de Trabalho Específico, conforme a necessidade da avaliação presente, ou seja, dependendo da situação de análise em voga, pode ser chamado um médico (a) da especialidade, enfermeiro (a) entre outros para análise da situação, sendo considerado como membro flutuante da comissão.

Os membros da Comissão de Revisão de Óbito deverão encontrar-se mensalmente conforme cronograma específico. Todos os membros deverão estar presentes, pontualmente e em caso de impossibilidade de comparecimento, deverão encaminhar justificativa à Secretária da Comissão. Todas as reuniões serão registradas em Atas, onde todos os integrantes deverão assinar para validação das informações ali constante.

A ausência em 03 reuniões seguidas implicará em desligamento da Comissão, a substituição do membro da Comissão de Revisão de Óbito será feita imediatamente por indicação do Presidente.

#### A Comissão de Óbitos tem por Competência:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos a óbitos que lhe forem enviados.
- b) Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito.
- c) Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos.
- d) Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento das declarações de óbitos.
- e) Convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes.
- f) Criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações de óbito nos prontuários.
- g) Comparar diagnóstico pré-operatório com os exames anatomo-patológicos das peças cirúrgicas (avaliar amostra significativa, em porcentagem a ser definida pela própria comissão respeitando sua disponibilidade).
- h) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necrópsias, mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos).
- i) Zelar pelo sigilo ético das informações.



- j) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado.
- k) Assessorar a Direção Técnica ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.
- l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.
- m) Desenvolver atividades de caráter técnico-científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.
- n) Promover um processo de educação continuada dos profissionais de saúde para o correto preenchimento dos registros de saúde, como a Declaração de Nascidos Vivos e a Declaração de Óbito, além dos registros de atendimento nos prontuários ambulatorial e hospitalar, Cartão da Gestante e Caderneta da Criança;
- o) Identificar e recomendar estratégias e medidas de atenção à saúde necessária para a redução da mortalidade infantil e fetal, com destaque para as mortes por causas evitáveis;
- p) Elaborar relatório analítico semestral/anualmente e encaminhar aos gestores nos diversos níveis da assistência.

Os membros da Comissão de Óbito têm por **Atribuições**: Ao Presidente, atribui-se:

- a) Convocar e presidir as reuniões.
- b) Indicar seu vice-presidente.
- c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.
- d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovadas pelos membros desta.
- e) Fazer cumprir as competências descritas neste documento. Nas decisões da comissão, além do seu voto, terá o voto de qualidade (voto de Minerva).

- f) Nas faltas e impedimentos legais do presidente, assumirá seu vice-presidente. As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

Ao Secretário, atribui-se:

- Organizar a ordem do dia;
- Receber e protocolar os processos e expedientes;
- Lavrar a ata das sessões/reuniões.
- Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.
- Organizar e manter o arquivo da comissão.
- Preparar a correspondência.
- Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.
- Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

A presente Comissão foi composta na data de   /  /  , formada, na sala de reuniões do Hospital de Clínicas Anjo gabriel com o intuito primário de avaliar e revisar todos os casos de óbitos desta instituição.

### CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação												
Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											



### 9.1.3. Comissão de Ética Médica

O Pronto Socorro pautará de acordo com a RESOLUÇÃO CFM n.º 2152/2016, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências. A criação da Comissão de Ética Médica para o PS é constituída por princípios da conduta humana que definem diretrizes no exercício de uma profissão, estipulando os deveres no desempenho de uma atividade profissional.

## REGULAMENTO DA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA

### Capítulo I – Das definições

Art. 1º As Comissões de Ética Médica (CEM) constituem, por delegação do Conselho Regional de Medicina, uma atividade das instituições médicas, estando a ele vinculadas. Têm funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras do desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência.

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 de mais 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

##### **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. 10º 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. 11º 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. 12º 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. 13º 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. 14º 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 º 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. 16º 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. 17º 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 votosapurados.

Art. 18º 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. 19º 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. 20º 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. 21º 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. 22º 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. 23º 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, excetoquando 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. 29º 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. 30º 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. 31º 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. 32º 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. 33º 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, reforma-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. 34º 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. 35º 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. 36º 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. 37º 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. 38º Os casos omissos serão decididos pelo respectivo Conselho

Regional de Medicina.

Art. 39º 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.

## PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO

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 CREMESP, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- ✓ Colaborar com o CREMESP 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 CREMESP e do próprio CREMESP ou por iniciativa própria.
- ✓ Julgar, quando solicitada, os processos técnico-administrativos relativos a transgressões éticas praticadas pelos membros do Corpo Clínico, definindo as punições.
- ✓ Propor à Diretoria Médica Clínica, quando for o caso, o encaminhamento às autoridades superiores para apuração de responsabilidades.
- ✓ Emitir e divulgar pareceres médicos/ científicos.



- ✓ Elaborar seu regimento interno e, manter em arquivo cópia de todos os procedimentos que adotar.
- ✓ Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, para que sejam consentâneas com os preceitos médico-legais.
- ✓ Fornecer subsídios às Diretorias Técnico-Assistencial e Geral visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica.
- ✓ Após denúncia de práticas médicas desnecessárias e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e elaborar relatórios circunstanciados acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina.
- ✓ Atuar previamente, conscientizando o corpo clínico quanto ao cumprimento das normas legais vigentes que disciplinam o comportamento ético.
- ✓ Encaminhar aos conselhos fiscalizadores das outras profissões da área da saúde que atuam na MDER, representações sobre indício de infração aos seus respectivos códigos de ética.
- ✓ Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação de equipamentos e materiais utilizados.
- ✓ Elaborar Regimento Interno da Comissão, submetê-lo ao conhecimento e a aprovação da Diretoria Geral.
- ✓ Realizar reuniões ordinárias e extraordinárias, quando necessárias, registrando-as em ata.
- ✓ Elaborar relatórios sobre as atividades da instituição sobre o ponto de vista de Ética, sempre que necessário, ou quando solicitados pelo conselho.



Compete à Diretoria das Comissões de Ética Médica:

- I - Estabelecer data, horário e as condições necessárias para a realização das reuniões;
- II - Elaborar agenda e atividade para as Comissões Ética Médica no período do seu mandato;
- III - Elaborar ata das reuniões;
- IV - Cumprir as decisões tomadas nas reuniões;
- V - Convocar reuniões extraordinárias;
- VI - Assegurar a representação da Comissão de Ética Médica nas reuniões;
- VII - Assinar as correspondências enviadas pela Comissão de Ética Médica;
- VIII - Representar as CEMs perante a direção da Instituição onde exercem seu mandato.

As Comissões de Ética Médica devem reunir-se ordinariamente no mínimo uma vez por mês e, sempre que necessário, podem reunir-se extraordinariamente.

As CEMs só podem deliberar quando houver o quórum mínimo de um terço mais um dos membros e todas as decisões tomadas nas reuniões das CEMs devem ser registradas no Livro de Ata fornecido pelo pronto socorro, que é assinado por todos os membros presentes.

Os relatórios sobre as atividades da CEM podem ser manuscritos ou digitados, sendo que uma cópia ficará com a CEM e outra deve ser encaminhada a Diretoria.

As CEMs devem elaborar trimestralmente um relatório de suas atividades e enviá-lo a Diretoria.

### Cronograma de reuniões

Atividade	Meses												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Criação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Implantação													
Plano de Trabalho	-												
Reuniões	-												
Atas e Relatórios	-												

#### 9.1.4. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

A CCIH diz respeito a um grupo de profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designado para, juntamente com a Direção da Instituição de Saúde, planejar, elaborar, implementar, manter e avaliar o Programa de Controle de Infecção Hospitalar – um conjunto de ações desenvolvidas com o objetivo de reduzir ao máximo possível a incidência das infecções. A CCIH deve ser adequada às características e necessidades do Estabelecimento de Assistência à Saúde – EAS, sendo constituída de membros consultores e executores.

A Lei Federal nº 6.431, de 06 de janeiro de 1997, instituiu a obrigatoriedade da existência da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e de um Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) e em 12 de maio de 1998, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.616, regulamentando a criação das CCIH.

A infecção hospitalar é classificada como aquela adquirida durante a internação hospitalar e podendo se manifestar após a alta hospitalar.

Nos dias atuais o termo infecção hospitalar está relacionado com infecções ligadas a assistência à saúde (IRAS), isso é, as infecções se dão não apenas em hospitais, mas também abrange aquelas relacionadas a procedimentos feitos em

ambulatórios, nos cuidados domiciliares e até mesmo as infecções adquiridas por profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc).

Diversas ações são de responsabilidade da CCIH, destacando as seguintes:

Elaboração de plano anual de atividades; Implantação de um sistema de vigilância epidemiológica dos casos de infecções hospitalares seguindo critérios de diagnósticos já estabelecidos e planejar ações de melhoria contínua juntamente com a direção da instituição e equipe multiprofissional;

- Manter sob controle os casos de acidentes de trabalho com fluidos corpóreos e germicidas;
- Em conjunto com o serviço de farmácia e médico, definir protocolos de utilização de antimicrobianos e materiais médico-hospitalares;
- Juntamente com o setor de educação permanente da instituição realizar capacitação aos funcionários no que tange assuntos voltados a infecções hospitalares;
- Comunicar a direção da instituição e a todas as chefias de todos os setores a situação de controle de todos os casos de infecção ocorrida, afim de promover debates
- Mensalmente elaborar relatório das atividades sempre atualizado como o preconizado pela Anvisa
- Definir os germicidas a serem usados no hospital;
- Definir a periodicidade da realização de relatório referindo o percentual de sensibilidade/resistência dos germes identificados, associados as infecções hospitalares na instituição aos antimicrobianos padronizados.
- Demais atribuições conforme as necessidades evidenciadas.

Para realização dos trabalhos da comissão os membros deverão se reunir no mínimo duas vezes a cada quadrimestre (1ª quinzena) e ou quantas vezes forem necessárias para o andamento dos trabalhos.

Resolução na íntegra



**Ministério da Saúde**  
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 2616, DE 12 DE MAIO DE 1998

O Ministro do Estado da Saúde Interino, no uso das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II da Constituição, e

Considerando as determinações da Lei nº 9431 de 6 de janeiro de 1997, que dispõe sobre a obrigatoriedade da manutenção pelos hospitais do país, de Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Considerando que as infecções Hospitalares constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais, e sua prevenção e controle envolvem medidas de qualificação de assistência hospitalar, da vigilância sanitária e outras, tomadas no âmbito do Estado, do Município e de cada hospital, atinentes a seu funcionamento;

Considerando que o capítulo I artigo V e inciso III da lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 estabelece como objetivo e atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS), "a assistência as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas".

Considerando que no exercício da atividade fiscalizadora os órgãos estaduais de saúde deverão observar, entre outros requisitos e condições, a adoção, pela instituição prestadora de serviços, de meio de proteção capazes de evitar efeitos nocivos à saúde dos agentes, clientes, pacientes e dos circunstantes, (Decreto nº 77 052 de 19/01/1976, artigo 2º, inciso IV):



Considerando os avanços técnicos-científicos os resultados do Estudo Brasileiro da Magnitude das Infecções Hospitalares, Avaliação da Qualidade das Ações de Controle de Infecção Hospitalar o reconhecimento mundial destas ações como as que implementam a melhoria da qualidade da assistência a saúde, reduzem esforços, problemas, complicações e recursos;

Considerando a necessidade de informações e instrução oficialmente constituída para respaldar a formação técnico/profissional, resolve:

Art. 1º Expedir na forma dos anexos I, II, III, IV e V, diretrizes e normas para prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Art. 2º As ações mínimas necessárias, a serem desenvolvidas, deliberada e sistematicamente, com vistas a redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções dos hospitais, compõe o Programa de Controle de Infecções Hospitalares.

Art. 3º A Secretaria de Política de Saúde, do Ministério da Saúde, prestará cooperação técnica as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de orientá-las sobre o exato cumprimento, interpretação das normas aprovadas por esta Portaria.

Art. 4º As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde poderão adequar as normas conforme prevê a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Art. 5º A inobservância ou o descumprimento das normas aprovadas por esta Portaria sujeitará o infrator ao processo e as penalidades previstas na Lei nº 6437 de 20 de agosto de 1977, ou, outra que a substitua, com encaminhamento dos casos ou ocorrências ao Ministério Público e órgãos de defesa do consumidor para aplicação da legislação pertinente (lei nº 8078/90 ou outra que a substitua).

Art. 6º Este regulamento deve ser adotado em todo o território nacional, pelas pessoas jurídicas e físicas, de direito público e privado envolvidas nas atividades hospitalares de assistência a saúde.

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

Art. 8º Fica revogada a Portaria nº 930, de 27/08/92.

BARJAS NEGRI

Programa de Controle de Infecção Hospitalar

ANEXOS I

ORGANIZAÇÃO

1. O Programa de Controle de Infecções Hospitalares (PCIH) é um conjunto de ações desenvolvidas deliberada e sistematicamente, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares.

2. Para a adequada execução do PCIH os hospitais deverão constituir Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), órgão de assessoria à autoridade máxima da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

2.1 A CCIH deverá ser composta por profissionais da área de saúde, de nível superior, formalmente designados.

2.2 Os membros da CCIH serão de dois tipos: consultores e executores.

2.2.1 O presidente ou coordenador da CCIH será qualquer um dos membros da mesma, indicado pela direção do hospital.

2.3 Os membros consultores serão representantes, dos seguintes serviços:

2.3.1 - serviço médico;

2.3.2 - serviço de enfermagem;

2.3.3 - serviço de farmácia;

2.3.4 - laboratório de microbiologia;



2.3.5 - administração.

2.4. Os hospitais com número de leitos igual ou inferior a 70 (setenta) atendem os números 2.3.1 e 2.3.2.

2.5. Os membros executores da CCIH representam o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e, portanto, são encarregados da execução das ações programadas de controle de infecção hospitalar;

2.5.1 - Os membros executores serão, no mínimo, 2 (dois) técnicos de nível superior da área de saúde para cada 200 (duzentos) leitos ou fração deste número com carga horária diária, mínima, de 6 (seis) horas para o enfermeiro e 4 (quatro) horas para os demais profissionais.

2.5.1.1 - Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, um enfermeiro.

2.5.1.2 - A carga horária diária, dos membros executores, deverá ser calculada na base da proporcionalidade de leitos indicado no número 2.5.1

2.5.1.3 - Nos hospitais com leitos destinados a pacientes críticos, a CCIH deverá ser acrescida de outros profissionais de nível superior da área de saúde. Os membros executores terão acrescidas 2 (duas) horas semanais de trabalho para cada 10 (dez) leitos ou fração;

2.5.1.3.1 Para fins desta Portaria, consideram-se pacientes críticos:

2.5.1.3.1.1 pacientes de terapia intensiva (adulto, pediátrico, e neonatal);

2.5.1.3.1.2 pacientes de berçário de alto risco;

2.5.1.3.1.3 pacientes queimados;

2.5.1.3.1.4 pacientes submetidos a transplantes de órgãos;

2.5.1.3.1.5 pacientes hemato-oncológicos;

2.5.1.3.1.6 pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.



2.5.1.4 - Admite-se, no caso do número 2.5.1.3., o aumento do número de profissionais executores na CCIH, ou a relativa adequação de carga horária de trabalho da equipe original expressa no número 2.5. 1;

2.5.1.5 - Em hospitais com regime exclusivo de internação tipo paciente -dia, deve-se atender aos números 2.1, 2.2 e 23, e com relação ao número 2.5.1, a carga de trabalho dos profissionais será de 2 (duas) horas diárias para o enfermeiro e 1 hora para os demais profissionais, independente do número de leitos da instituição.

2.5.1.6.- Os hospitais poderão consorciar-se no sentido da utilização recíproca de recursos técnicos, materiais e humanos, com vistas à implantação e manutenção do Programa de Controle da Infecção Hospitalar.

2.5.1.7 - os hospitais consorciados deverão constituir CCIH própria, conforme os números 2 e 2.1, com relação aos membros consultores, e prover todos os recursos necessários à sua atuação.

2.5.1.8 - O consórcio deve ser formalizado entre os hospitais componentes. Os membros executores, no consórcio, devem atender aos números 2.5.1, 2.5.1.1, 2.5.1.2, 2.5.1.3 e 2.5.1.4.

## COMPETÊNCIAS

### 3. A CCIH do hospital deverá:

3.1 Elaborar, implementar, manter e avaliar programa de controle de infecção hospitalar, adequado às características e necessidades da instituição, contemplando, no mínimo, ações relativas a:

3.1.1. implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, de acordo com o Anexo III,

3.1.2 - adequação, implementação e supervisão das normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.3 - capacitação do quadro de funcionários e profissionais da instituição, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares;

3.1.4 - uso racional de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;

3.2 avaliar, periódica e sistematicamente, as informações providas pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares e aprovar as medidas de controle propostas pelos membros executores da CCIH;

3.3 realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

3.4. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima de instituição e às chefias de todos os setores do hospital a situação do controle das infecções hospitalares, promovendo seu amplo debate na comunidade hospitalar,

3.5 elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando limitar a disseminação de agentes presentes nas infecções em curso no hospital, por meio de medidas de precaução e de isolamento;

3.6. adequar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-operacionais, visando à prevenção e ao tratamento das infecções hospitalares;

3.7. definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a instituição;

3.8. cooperar com o setor de treinamento ou responsabilizar-se pelo treinamento, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais, no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares;

3.9 elaborar regimento interno para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

3.10. cooperar com a ação do órgão de gestão do SUS, bem como fornecer, prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes;



3.11. notificar, na ausência de um núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão do SUS, os casos diagnosticados ou suspeitos de outras doenças sob Vigilância epidemiológica (notificação compulsória), atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

3.12. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e/ou produtos industrializados.

4. Caberá à autoridade máxima da instituição:

4.1 - constituir formalmente a CCIH;

4.2 - nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

4.3 - propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

4.4 - aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH

4.5 - garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição, como, por exemplo, os conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

4.6. garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Municipal/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

4.7 informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer;

4.8 fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal hospitalar.

5. À Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, compete:

1. definir diretrizes de ações de controle de infecção hospitalar;

2. apoiar a descentralização das ações de prevenção e controle de infecção hospitalar;



3. coordenar as ações nacionais de prevenção e controle de infecção hospitalar;
  4. estabelecer normas gerais para a prevenção e controle das infecções hospitalares;
  - 5.5 estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle de infecção hospitalar,
  - 5.6 promover a articulação com órgãos formadores, com vistas à difusão do conteúdo de conhecimentos do controle de infecção hospitalar,
  - 5.7 cooperar com a capacitação dos profissionais de saúde para o controle de infecção hospitalar,
  - 5.8 identificar serviços municipais, estaduais e hospitalares para o estabelecimento de padrões técnicos de referência nacional;
  - 5.9 prestar cooperação técnica, política e financeira aos Estados e aos Municípios, para aperfeiçoamento da sua atuação em prevenção e controle de infecção hospitalar;
  - 5.10 acompanhar e avaliar as ações implementadas, respeitadas as competências estaduais/distrital e municipais de atuação, na prevenção e controle das infecções hospitalares;
  - 5.11 estabelecer sistema nacional de informações sobre infecção hospitalar na área de Vigilância Epidemiológica;
  - 5.12 estabelecer sistema de avaliação e divulgação nacional dos indicadores da magnitude e gravidade das infecções hospitalares e da qualidade das ações de seu controle;
  - 5.13 planejar ações estratégicas em cooperação técnica com os Estados, Distrito Federal e os Municípios;
  - 5.14 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar.
6. Às Coordenações Estaduais e Distrital de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

6.1 definir diretrizes de ação estadual/distrital, baseadas na política nacional de controle de infecção hospitalar;

6.2 estabelecer normas, em caráter suplementar, para a prevenção e controle de infecção hospitalar;

6.3 descentralizar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar dos Municípios;

6.4 prestar apoio técnico, financeiro e político aos municípios, executando, supletivamente, ações e serviços de saúde, caso necessário;

6.5 coordenar, acompanhar, controlar e avaliar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar do Estado e Distrito Federal;

6.6 acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores epidemiológicos de infecção hospitalar;

6.7 informar, sistematicamente, à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar, do Ministério da Saúde, a partir da rede distrital, municipal e hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

7. As Coordenações Municipais de Controle de Infecção Hospitalar, compete:

7.1 coordenar as ações de prevenção e controle de infecção hospitalar na rede hospitalar do Município;

7.2 participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar;

7.3 colaborar e acompanhar os hospitais na execução das ações de controle de infecção hospitalar;

7.4 prestar apoio técnico às CCIH dos hospitais;



7.5 informar, sistematicamente, à Coordenação Estadual de controle de infecção hospitalar do seu Estado, a partir da rede hospitalar, os indicadores de infecção hospitalar estabelecidos.

### Programa de Controle de Infecção Hospitalar

#### ANEXO II

#### CONCEITOS E CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

##### 1. Conceitos básicos.

##### 1.1 - Infecção comunitária (IC):

1.1.1 - é aquela constatada ou em incubação no ato de admissão do paciente, desde que não relacionada com internação anterior no mesmo hospital.

##### 1.1.2 São também comunitárias:

1.1.2.1 - a infecção que está associada com complicação ou extensão da infecção já presente na admissão, a menos que haja troca de microrganismos com sinais ou sintomas fortemente sugestivos da aquisição de nova infecção;

1.1.2.2 a infecção em recém-nascido, cuja aquisição por via transplacentária é conhecida ou foi comprovada e que tornou-se evidente logo após o nascimento (exemplo: herpes simples, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, sífilis e AIDS);

1.1.2.3 as infecções de recém-nascidos associadas com bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas.

##### 1.2 infecção hospitalar (IH):

1.2.1 é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.



2. Critérios para diagnóstico de infecção hospitalar, previamente estabelecidos e descritos.

2.1 Princípios:

2.1.1 o diagnóstico das infecções hospitalares deverá valorizar informações oriundas de:

2.1.1.1 evidência clínica, derivada da observação direta do paciente ou da análise de seu prontuário;

2.1.1.2 resultados de exames de laboratório, ressaltando-se os exames microbiológicos, a pesquisa de antígenos, anticorpos e métodos de visualização.

2.1.1.3 evidências de estudos com métodos de imagem;

2.1.1.4 endoscopia;

2.1.1.5 biópsia e outros.

2.2 Critérios gerais:

2.2.1 quando, na mesma topografia em que foi diagnosticada infecção comunitária, for isolado um germe diferente, seguido do agravamento das condições clínicas do paciente, o caso deverá ser considerado como infecção hospitalar;

2.2.2 quando se desconhecer o período de incubação do microrganismo e não houver evidência clínica e/ou dado laboratorial de infecção no momento da internação, conveniona-se infecção hospitalar toda manifestação clínica de infecção que se apresentar a partir de 72 (setenta e duas) horas após a admissão;

2.2.3 são também convenionadas infecções hospitalares aquelas manifestadas antes de 72 (setenta e duas) horas da internação, quando associadas a procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, realizados durante este período;

2.2.4 as infecções no recém-nascido são hospitalares, com exceção das transmitidas de forma transplacentária e aquelas associadas a bolsa rota superior a 24 (vinte e quatro) horas;



2.2.5 os pacientes provenientes de outro hospital que se internam com infecção, são considerados portadores de infecção hospitalar do hospital de origem infecção. Nestes casos, a Coordenação Estadual/Distrital/Municipal e/ou o hospital de origem deverão ser informados para computar o episódio como infecção hospitalar naquele hospital.

### 3. Classificação das cirurgias por potencial de contaminação da incisão cirúrgica

3.1 as infecções pós-cirúrgicas devem ser analisadas conforme o potencial de contaminação da ferida cirúrgica, entendido como o número de microrganismos presentes no tecido a ser operado;

3.2 a classificação das cirurgias deverá ser feita no final do ato cirúrgico, pelo cirurgião, de acordo com as seguintes indicações:

3.2.1 Cirurgias Limpas - são aquelas realizadas em tecidos estéreis ou passíveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local ou falhas técnicas grosseiras, cirurgias eletivas com cicatrização de primeira intenção e sem drenagem aberta. Cirurgias em que não ocorrem penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário;

3.2.2 Cirurgias Potencialmente Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos colonizados por flora microbiana pouco numerosa ou em tecidos de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nesta categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.

3.2.3 Cirurgias Contaminadas - são aquelas realizadas em tecidos recentemente traumatizados e abertos, colonizados por flora bacteriana abundante, cuja descontaminação seja difícil ou impossível, bem como todas aquelas em que tenham ocorrido falhas técnicas grosseiras, na ausência de supuração local. Na presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção, ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se incluem nesta categoria.

3.2.4 Cirurgias Infectadas - são todas as intervenções cirúrgicas realizadas em qualquer tecido ou órgão, em presença de processo infeccioso (supuração local) e/ou tecido necrótico.



## ANEXO III

### VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DAS INFECÇÕES HOSPITALARES

1. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e contínua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

2.A CCIH deverá escolher o método de Vigilância Epidemiológica mais adequado às características do hospital à estrutura de pessoal e à natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

2.1 São indicados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

3. São recomendados os métodos de busca ativos de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

4. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

5. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente, nos serviços de Berçário de Alto Risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) Queimados, são;

5.1 Taxa de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de infecção hospitalar no período considerado e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

5.2 Taxa de Pacientes com infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

5.3 Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

5.4 Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimento, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Exemplos:

Taxa de infecção do sítio cirúrgico, de acordo com o potencial de contaminação.

Taxa de infecção após cateterismo vesical.

Taxa de pneumonia após uso de respirador.

5.5 Recomenda-se que os indicadores epidemiológicos dos números 5, 1, e 5.2, sejam calculados utilizando-se no denominador o total de pacientes dia, no período.

5.5.1 O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

5.6 Recomenda-se que o indicador do número 5.4 pode ser calculado utilizando-se como denominador o número total de procedimentos dia.

5.6.1 O número de pacientes dia é obtido somando-se o total de dias de permanência do procedimento realizado no período considerado.

5.7 Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência, respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por cirurgião e por especialidade.

5.8. Frequência das Infecções Hospitalares por microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por

microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

5.9 Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microorganismo sensível a determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

#### 5.10 Indicadores de uso de antimicrobianos.

5.10.1 Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutica) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o número total de pacientes no período.

5.10.2 Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais. É calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano no período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

5.11 Taxa de letalidade associada a infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

5.12 Consideram-se obrigatórias as informações relativas aos indicadores epidemiológicos 5.1, 5.2, 5.3 e 5.11, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/ pediátrica/neonatal) e queimados

#### 6. Relatórios e Notificações

6.1 A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

6.2 O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

6.3 É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outros cirurgiões de mesma especialidade ou equivalente.

6.4 O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distrital/Municipais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

#### Programa de Controle de Infecção Hospitalar

#### ANEXO IV

#### LAVAGEM DAS MÃOS

1. Lavagem das mãos é a fricção manual vigorosa de toda a superfície das mãos e punhos, utilizando-se sabão/detergente, seguida de enxágüe abundante em água corrente.

2. A lavagem das mãos é, isoladamente, a ação mais importante para a prevenção e controle das infecções hospitalares.

3. O uso de luvas não dispensa a lavagem das mãos antes e após contatos que envolvam mucosas, sangue outros fluidos corpóreos, secreções ou excreções.

4. A lavagem das mãos deve ser realizada tantas vezes quanto necessária, durante a assistência a um único paciente, sempre que envolver contato com diversos sítios corporais, entre cada uma das atividades.

4.1 A lavagem e anti-sepsia cirúrgica das mãos é realizada sempre antes dos procedimentos cirúrgicos.

5. A decisão para a lavagem das mãos com uso de anti-séptico deve considerar o tipo de contato, o grau de contaminação, as condições do paciente e o procedimento a ser realizado.

5.1 A lavagem das mãos com anti-séptico é recomendada em:

- realização de procedimentos invasivos;
- prestação de cuidados a pacientes críticos;
- contato direto com feridas e/ou dispositivos invasivos, tais como cateteres e drenos.

6. Devem ser empregadas medidas e recursos com o objetivo de incorporar a prática da lavagem das mãos em todos os níveis da assistência hospitalar.

6.1 A distribuição e a locação de unidades ou pias para lavagem das mãos, de forma a atender à necessidade nas diversas áreas hospitalares, além da presença dos produtos, é fundamental para a obrigatoriedade da prática.

#### Programa de Controle de Infecção Hospitalar

#### ANEXO V

#### RECOMENDAÇÕES GERAIS.

1 A utilização dos anti-sépticos, desinfetantes e esterilizantes seguirá as determinações da Portaria nº 15, de 23 de agosto de 1988, da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS)/ do Ministério da Saúde e o Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde/ MS, 2ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

1.1 Não são recomendadas, para a finalidade de anti-sepsia, as formulações contendo mercúrios orgânicos, acetona, quaternário de amônio, líquido de Dakin, éter e clorofórmio.

2. As normas de limpeza, desinfecção e esterilização são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde, Processamento de Artigos e Superfícies em Estabelecimentos de Saúde, 2ª edição, 1994 - princípios ativos liberados conforme os definidos

pela Portaria d 15, SVS, de 23 de agosto de 1988, ou outras que a complementem ou substituam.

3. As normas de procedimentos na área de Microbiologia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Procedimentos Básicos em Microbiologia Clínica para o Controle de Infecção Hospitalar, 1ª edição, 1991, ou outras que as complementem ou substituam.

4. As normas para lavanderia são aquelas definidas pela publicação do Ministério da Saúde - Manual de Lavanderia Hospitalar, 11 edição, 1986, ou outras que as complementem ou substituam.

5. A Farmácia Hospitalar seguirá as orientações contidas na publicação do Ministério da Saúde - Guia Básico para a Farmácia Hospitalar, 1ª edição, 1994, ou outras que as complementem ou substituam.

### CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

#### 9.1.5. Comissão de Ética de Enfermagem - CEE.

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

## REGULAMENTO DA COMISSÃO DE ENFERMAGEM

### REGIMENTO PARA A CRIAÇÃO, FORMAÇÃO E FUNCIONAMENTO DAS COMISSÕES DE ÉTICA DE ENFERMAGEM.

#### CAPÍTULO I – DEFINIÇÃO

Art. 1º - As Comissões de Ética de Enfermagem (CEE) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de Enfermagem vinculados a tais entes.

§1º. As CEE deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de Enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente.

§2º. A atuação da CEE deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

Art. 2º - As Comissões de Ética de Enfermagem são vinculadas ao COREN-SP, mantendo a sua autonomia em assuntos vinculados a condutas de caráter ético disciplinar dos profissionais de Enfermagem. Parágrafo Único – Cabe ao enfermeiro Responsável Técnico estimular a implantação das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho da CEE

#### CAPÍTULO II – DA COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA

Art. 3º - As Comissões de Ética de Enfermagem serão compostas por 01 (um) Presidente, 01 (um) Secretário, e respectivos suplentes eleitos, das categorias

enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de Enfermagem, com vínculo empregatício junto à instituição.

§1º. Nas instituições cujo quadro for preenchido somente por enfermeiros, a CEE será composta exclusivamente por profissional com este grau de habilitação.

§2º. O cargo de presidente somente poderá ser preenchido por enfermeiro.

Art. 4º - As Comissões de Ética serão instaladas obedecendo aos seguintes critérios de proporcionalidade.

a) Instituições com 3 (três) a 15 (quinze) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 3 (três) membros efetivos, sendo 2 (dois) enfermeiros e 1 (um) técnico ou auxiliar de enfermagem e respectivos suplentes;

b) Instituições com 16 (dezesesseis) a 99 (noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 5 (cinco) membros efetivos, sendo 3 (três) enfermeiros e 2 (dois) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

c) Instituições com 100 (cem) a 299 (duzentos e noventa e nove) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 7 (sete) membros efetivos, sendo 4 (quatro) enfermeiros e 3 (três) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes;

d) Instituições com o número acima de 300 (trezentos) enfermeiros: a CEE deverá ser composta por 9 (nove) membros efetivos, sendo 5 (cinco) enfermeiros e 4 (quatro) técnicos ou auxiliares de Enfermagem e igual número de suplentes.

§1º. Nos Municípios ou regiões onde as entidades têm a mesma mantenedora, onde cada uma delas possui menos de 5 (cinco) enfermeiros, será permitida a constituição de CEE representativa do conjunto das referidas unidades, obedecendo-se as disposições acima quanto à proporcionalidade. Parágrafo único. Esta regra pode ser aplicada às secretarias municipais e/ou estaduais



de Saúde, ou

ainda, nas instituições vinculadas à medicina de grupo, inclusive em âmbito ambulatorial, laboratorial e demais entidades congêneres.

Art. 5º - O enfermeiro que exerce cargo de Responsável Técnico de Enfermagem não poderá participar da CEE.

Art. 6º - O tempo de mandato das CEE será de 3 (três) anos, admitida uma reeleição.

### **CAPÍTULO III – DA COMPETÊNCIA**

Art. 7º - Compete às Comissões de Ética de Enfermagem:

- a) Divulgar e zelar pelo cumprimento da Lei do Exercício Profissional e do Decreto regulamentador, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, do Código de Processo Ético dos Profissionais de Enfermagem, e das demais normatizações emanadas pelos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem de São Paulo;
- b) Colaborar com o COREN-SP na tarefa de discussão, divulgação, educação e orientação dos temas relativos à Enfermagem, desenvolvendo a consciência ético-profissional dos profissionais, que lhe sejam vinculados, no ambiente institucional;
- c) Comunicar ao COREN-SP a prática de exercício ilegal da profissão, bem como de quaisquer indícios de infração à Lei do Exercício Profissional e dispositivos éticos vigentes, quando configurada a impossibilidade de sanear tais condutas na esfera institucional;
- d) Instaurar sindicância, instruí-la e elaborar relatório, sem emitir juízo, encaminhando o resultado das apurações ao enfermeiro Responsável Técnico para as providências administrativas, se houver, e ao COREN -SP, nos casos em que hajam indícios de prática de ilícito ético disciplinar por profissional de



Enfermagem.

- e) Solicitar ao presidente do COREN-SP, após dar ciência ao enfermeiro Responsável Técnico da instituição, assessoria técnica de Conselheiro do COREN-SP, quando o fato ocorrido assim o requeira.
- f) Encerrar a sindicância, nos casos em que não se constatar indícios de infração ética, arrolando-se todos os documentos e elaborando-se relatório para arquivo na Instituição.
- g) Comunicar ao COREN-SP indícios de prática irregular de assistência de Enfermagem aos pacientes, nos casos em que tais faltas sejam cometidas pelos profissionais registrados nesta autarquia federal, desde que configurada a impossibilidade de sanear tais condutas em âmbito institucional.
- h) Manter junto ao COREN-SP o cadastro atualizado dos profissionais de Enfermagem atuantes na instituição.
- i) Propor e participar, em conjunto com o Responsável Técnico e com o enfermeiro responsável pelo setor de educação continuada de Enfermagem, ações preventivas, educativas e orientadoras, conscientizando os funcionários com registro no COREN-SP sobre a questão das responsabilidades ético-profissionais.

Art. 8º - Compete aos membros da Comissão de Ética de Enfermagem:

- a) Eleger Presidente e Secretário;
- b) Comparecer às reuniões da Comissão, discutindo e opinando sobre as matérias em pauta;
- c) Garantir o exercício do amplo direito de defesa aos profissionais de Enfermagem sindicados;
- d) Desenvolver demais atribuições previstas neste Regimento.

Art. 9º - Compete ao Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem:



- a) Presidir, coordenar e dirigir as reuniões da Comissão;
- b) Planejar e controlar as atividades programadas;
- c) Elaborar relatório com os resultados dos casos analisados e encaminhar à chefia/diretoria/supervisão de enfermagem para ciência e demais providências administrativas;
- d) Elaborar relatório, nos termos do disposto na alínea "d", artigo 7º, deste regimento;
- e) Representar a Comissão de Ética de Enfermagem perante as instâncias superiores, inclusive no COREN-SP;
- f) Solicitar a participação de membros suplentes nos trabalhos, quando necessário;
- g) Nomear os membros sindicantes para convocar e realizar audiências. Art. 10 - Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:
  - a) Proceder aos registros das reuniões em ata;
  - b) Verificar o quórum de deliberação, conforme o relatado no art. 22;
  - c) Realizar as convocações dos denunciados e denunciantes, bem como das testemunhas;
  - d) Organizar arquivo referente aos relatórios de sindicância;
  - e) Colaborar com o presidente, no que lhe for por este solicitado, nos trabalhos atribuídos à CEE;

#### **CAPÍTULO IV – DAS ELEIÇÕES**

Art. 11 – O escrutínio para eleição de membros da Comissão de Ética de Enfermagem será realizado, preferencialmente, através de voto facultativo, secreto e direto.

§1º Na impossibilidade de cumprimento do disposto no caput deste artigo, os membros da CEE poderão ser indicados pelo enfermeiro Responsável Técnico, ou voluntariar-se candidato, atendendo os critérios do artigo 4º.

§2º Nos casos do parágrafo anterior, deverão ser observados os requisitos 30 impostos pelo art. 17 deste regimento.

§3º Os membros da CEE voluntários ou indicados pelo Enfermeiro Responsável Técnico poderão exercer tal função por um período máximo de 1 (um) ano, contados a partir da posse, devendo prestar compromisso de bem e fielmente desempenhar o encargo e de promover novas eleições dos membros da Comissão de Ética, lavrando-se o respectivo termo.

Art. 12 - A relação dos nomes dos candidatos às vagas da CEE deverá ser afixada em local de fácil acesso a todos os profissionais de Enfermagem, pelo prazo de 7 (sete) dias, para ciência e eventual impugnação.

Art. 13 – Os candidatos serão subdivididos em dois grupos:

- I - Grupo I – correspondendo ao grau de habilitação de Enfermeiro – quadro I;
- II - Grupo II – composto por Técnicos e Auxiliares de Enfermagem – quadros II e III, respectivamente.

Parágrafo único – Os enfermeiros eleitores votarão nos candidatos do Grupo I e os técnicos e auxiliares de Enfermagem nos candidatos do Grupo II.

Art. 14 – A convocação da eleição será feita pelo enfermeiro Responsável Técnico, por edital a ser divulgado na instituição no período de 60 (sessenta) dias anteriores à eleição.

Art. 15 – O enfermeiro Responsável Técnico designará Comissão Eleitoral com competência para organizar, divulgar, dirigir e supervisionar todo o pleito.

Parágrafo único - Os membros Comissão Eleitoral não poderão se candidatar à CEE.

Art. 16 – Os candidatos farão sua inscrição, de forma individual, com a

antecedência mínima de 30 (trinta) dias à data da eleição.

§1º. A lista dos inscritos será divulgada na instituição, em rol organizado em ordem alfabética, durante o período mínimo de uma semana, em lista a ser afixada pela Comissão Eleitoral em local de fácil acesso aos profissionais de Enfermagem.

§2º. O rol de candidatos deverá ser enviado ao COREN-SP para apreciação das condições necessárias de elegibilidade impostas no art. 17 deste.

Art. 17 – Os candidatos ao pleito deverão apresentar os seguintes requisitos:

I – Possuir registro profissional, definitivo ou provisório, junto ao COREN-SP, inexistindo de débitos para com esta autarquia federal;

II – Não possuir condenação à penalidade prevista no Código de Ética de Enfermagem, transitada em julgado, em processo ético disciplinar junto ao COREN-SP, anterior à data do registro da candidatura;

III – Não ter sido condenado em processo administrativo, junto a instituições em que preste serviços de Enfermagem, em período inferior a 5 (cinco) anos, a contar da data do registro da candidatura;

Art. 18 – A apuração dos votos será realizada pelo (a) Presidente da Comissão Eleitoral, imediatamente após o encerramento do processo, podendo ser assistida por todos os interessados.

§ 1º - Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem o maior número de votos válidos no Grupo I e Grupo II;

§2º - O resultado da apuração deverá ser enviado ao COREN-SP, pelo Presidente da Comissão Eleitoral, no prazo máximo de 10 (dez) dias após o pleito.

§3º - Em caso de empate entre dois ou mais candidatos da mesma categoria, proceder-se-á ao desempate utilizando-se o critério de maior tempo de exercício profissional na instituição, na categoria eleita.



§4º. Persistindo o empate, será eleito o profissional com o maior tempo de inscrição junto ao COREN-SP.

Art. 19 – Eventual indignação quanto aos fatos ocorridos durante o processo eleitoral, ou mesmo contra candidato eleito, indicado ou que tenha se voluntariado, deverá ser formalizada, por escrito,

no prazo de até 48 (quarenta e oito horas) após o cômputo dos votos ou publicação da lista provisória de indicados ou admitidos em caráter de voluntariado.

§1º. A manifestação de inconformismo será entregue, pelo profissional de Enfermagem interessado, à Comissão Eleitoral, mediante recibo;

§2º. A Comissão Eleitoral terá o prazo de 10 (dez) dias para responder ao requerimento; §3º. Em caso de decisão contrária ao quanto requerido, ou ainda de omissão à resposta, no prazo fixado no parágrafo supra, faculta-se ao profissional indignado, direito à nova manifestação, mediante protocolo em petição, endereçada ao presidente do COREN-SP.

§4º. O COREN-SP responderá à manifestação no prazo de 10 (dez) dias a contar do protocolo realizado em suas instalações.

Art. 20 – Homologados os resultados pelo COREN-SP, os membros eleitos, indicados ou voluntários, serão empossados por esta autarquia federal.

Art. 21 – Com a homologação dos resultados pelo COREN-SP, considerasse extinta a Comissão Eleitoral.

## **CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO**

Art. 22 – A Comissão de Ética de Enfermagem eleita deverá estabelecer cronograma de reunião mensal, em caráter ordinário, podendo se reunir de forma extraordinária, quando necessário.



Art. 23 – Os atos da Comissão de Ética de Enfermagem relativos à sindicância deverão ser sigilosos, não lhes sendo vedado, contudo, o aproveitamento de fatos ocorridos, para fins educativos e de orientação, desde que preservados os dados de identificação dos envolvidos, bem como circunstâncias especiais do caso que possam fazer induzir a sua autoria.

Art. 24 – As deliberações da CEE serão formalizadas por maioria simples, sendo prerrogativa de seu presidente a emissão do “voto de Minerva”, para desempate.

Art. 25 – A sindicância deverá ser instaurada mediante:

- a) Denúncia por escrito, devidamente identificada e fundamentada;
- b) Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética de Enfermagem, quando tomar conhecimento de indícios de irregularidades ético-disciplinares praticadas profissionais de Enfermagem, no exercício de suas atividades;
- d) Determinação do Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 26 – Aberta a sindicância, a Comissão de Ética de Enfermagem informará o fato aos envolvidos, convocando-os para esclarecimentos e juntada de documentos, caso necessário.

§1º. O sindicato exercerá seu direito à manifestação, a ser exercida na forma escrita, no prazo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura de recebimento da notificação da CEE.

§2º. As notificações poderão ser realizadas por via epistolar com AR, em endereço pessoal do profissional, ou mesmo através das pessoas da CEE, diretamente ao sindicato, de modo reservado, preservando-lhe o direito à intimidade.

§3º. O descumprimento das convocações e demais solicitações da CEE, nos casos em que forem justificadas, deverá ser encaminhado ao COREN -SP para



análise.

Art. 27 – Todos os documentos relacionados com os fatos a apurar serão mantidos junto à sindicância.

§1º. Por documentos poderão ser entendidos cópia de prontuário, quando autorizado seu uso por quem de direito, bem como de livros de registro utilizados exclusivamente pela Enfermagem e outros escritos da Enfermagem que guardem relação com o objeto de apuração pela CEE.

§2º. O acesso aos autos de sindicância e demais documentos correlatos será franqueado às partes e à Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 28 - Concluída a coleta de informações, a Comissão de Ética de Enfermagem deverá reunir-se para analisar e emitir relatório final, o qual não poderá formular juízo de valor sobre os fatos apurados, limitando-se à narrativa dos trabalhos de apuração. Parágrafo único – Caso necessário, a Comissão de Ética de Enfermagem poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 29 – Quando for evidenciada a existência de indícios de infração ética, cópia da sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Enfermagem, para a apuração de eventuais responsabilidades ético disciplinares.

Art. 30 – Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem enquadrar-se em infração prevista no Código de Ética, a CEE poderá promover conciliação entre as partes envolvidas, além de promover orientações e emitir relatório, documentos esses que poderão ser emitidos à instituição para conhecimento e arquivamento, caso se entenda necessário.

§ 1º - Ocorrendo à conciliação, a comissão lavrará tal fato em ata específica para tal fim.

§ 2º - Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá seu trâmite normal.



Art. 31 – Ocorrendo denúncia envolvendo um membro da Comissão de Ética de Enfermagem, o mesmo deverá ser afastado de suas atividades, em caráter preventivo, enquanto perdurar a sindicância.

## CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32 – Na desistência de um ou mais membros efetivos da CEE, estes serão substituídos automaticamente pelos suplentes, obedecendo ao critério de maior número de votos recebidos. Parágrafo único. No caso previsto no caput deste artigo, a ocorrência deverá ser relatada ao COREN- SP para ciência.

Art. 33 – A ausência injustificada a mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo, sendo convocado o suplente correspondente, conforme a ordem de votação.

Art. 34 – Havendo necessidade da participação de profissionais de outras áreas, estes poderão ser ouvidos durante os trabalhos de sindicância na qualidade de convidados, não podendo ser compelidos ao comparecimento, comunicando-se o fato ao COREN-SP.

Art. 35 – O COREN-SP, baseado nos resultados obtidos através dos relatórios enviados pela Comissão, promoverá seminários com os componentes da CEE para orientações e esclarecimentos, visando o aperfeiçoamento técnico de seus componentes.

Art. 36 – Às Comissões de Ética de Enfermagem já instaladas fica assegurada a faculdade de ajuste ao quantitativo fixado nos incisos do art. 4º deste Regimento.

§1º. Os quantitativos para as CEE a serem implantadas, na vigência deste regimento, serão os previstos nos incisos do art.

4º. Art. 37. A exceção da previsão do artigo antecedente, os demais preceitos regulamentares fixados para cumprimento nas sindicâncias pelas CEE, serão atendidos de imediato, realizando-se as devidas adaptações.



### Proposta de Regimento Interno

As Atribuições das Comissões de Ética da Enfermagem podem ser descritas da seguinte forma:

- I. Representar a Enfermagem da Instituição junto aos Órgãos Legais de competência do exercício de Enfermagem;
- II. Organizar e gerenciar o Serviço de Enfermagem e implementar a sistematização da assistência de enfermagem;
- III. Ter a capacidade de influenciar pessoas, de forma a atingir ou segurar os objetivos propostos pela instituição, investindo no desenvolvimento profissional e respeitando as diversidades;
- IV. Promover a integração dos Serviços de Enfermagem a nível multi-inter e transdisciplinar;
- V. Desenvolver um processo de escolha da melhor alternativa dentre as existentes para solução adequada das situações e condições surgidas no dia de trabalho, baseada em conhecimentos e práticas, e considerando limites e riscos;
- VI. Incentivar, promover e proporcionar condições para o desenvolvimento técnico e científico dos profissionais da saúde;
- VII. Agregar e interagir com pessoas de forma cordial, empática e profissional, proporcionando ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades;
- VIII. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno, normas e rotinas de Enfermagem e da Instituição;
- IX. Dimensionar o pessoal de Enfermagem de acordo com a legislação vigente;
- X. Proporcionar a instauração e efetivação da Comissão de Ética de Enfermagem;

- XI. Primar pela assistência centrada ao usuário;
- XII. Cumprir e fazer cumprir o disposto no código de ética vigente;
- XIII. Adaptar-se às mudanças, ser receptivo a críticas e sugestões, rever conceitos, mantendo o foco nos objetivos institucionais e preservando seus valores profissionais;
- XIV. Compreender a Instituição como um todo e a relação existente entre as partes que a compõem;
- XV. Participar de reuniões sistemáticas com Responsável Técnico de cada Unidade da Instituição;
- XVI. Planejar, organizar e priorizar atividades a serem desenvolvidas, nos âmbitos estratégicos, táticos e operacionais da instituição, conduzindo as ações de modo a favorecer a continuidade dos processos de trabalho e desempenho da equipe.

#### **10.1.7. Comissão de Farmácia**

A Comissão de Farmácia e Terapêutica é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por objetivo selecionar medicamentos a serem utilizados no sistema da saúde nos três níveis de atenção. Além disso, a CFT assessora a diretoria clínica, na formulação de diretrizes para seleção, padronização, prescrição, aquisição, distribuição e uso de medicamentos dentro das instituições da saúde. Com essa finalidade, uma CFT deve adotar critérios para seleção e padronização dos medicamentos/produtos farmacêuticos, como:

- Registro no país em conformidade com a legislação sanitária;
- Necessidade segundo aspectos clínicos e epidemiológicos;

- Valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência científica em seres humanos, destacando segurança, eficácia e efetividade, com algoritmo de escolha (fluxograma) de tratamento definido;
- Composição com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, associações em doses fixas;
- O princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, Denominação Comum Internacional (DCI);

Informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;

- Preço de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;
- Menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardando segurança, eficácia, efetividade e qualidade de vida;
- Concentração, forma farmacêutica, esquema posológico e apresentação, considerando a comodidade para a ministração aos pacientes, faixa etária, facilidade para cálculo.

O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde. Dessa forma, recomenda-se a composição baseada em um núcleo central executivo e flexibilidade para incorporar grupos técnicos de apoio de acordo com os assuntos a serem abordados, sendo necessário que sejam dispensados nos horários da Comissão, das outras obrigações nas Unidades em que prestam serviço. Para compor o núcleo técnico executivo, os membros e suplentes da CFT devem constar no cadastro de profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao diretor clínico.

É importante contar com representantes, com autonomia de decisão, das seguintes áreas:

- De dose a ser ministrada e de fracionamento
- Ou multiplicação de doses, bem como perfil
- De estabilidade mais adequado às condições
- De armazenamento e uso.

a) Proposta para Constituição (membros e finalidade)

A composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica possui característica multiprofissional e depende da disponibilidade dos recursos humanos existentes na instituição.

O critério de participação deve estar vinculado à competência técnica, contando com representantes da saúde, com conhecimento farmacológico, terapêutico, clínica médica e de economia em saúde.

Para compor o núcleo técnico executivo, os membros e suplentes da CFT devem constar no cadastro de profissionais com vínculo institucional, os quais são submetidos ao diretor clínico.

É importante contar com representantes, com autonomia de decisão, das seguintes áreas:

- Diretoria Clínica
- Administração
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Enfermagem
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Especialidades Médicas

Os membros executivos e suplentes da CFT devem ser designados pelo diretor clínico, o qual promove as indicações de Presidente e de Vice-Presidente. Adicionalmente, cada representante deve contar com um suplente para substituí-lo em seus impedimentos, os quais participarão das sessões do Plenário, com direito a voto nos impedimentos dos Membros Titulares por motivo de afastamentos legais, férias, licenças ou ausências justificadas, não perdendo a continuidade dos trabalhos a serem realizados.

Para melhor andamento das atividades, esta Comissão deve contar com uma secretária para apoio administrativo. É fundamental que a CFT esteja formalmente instituída por meio de documento legal, sendo elaborado regimento que normatize seu funcionamento.

Tem como finalidade desenvolver e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

b) Proposta de Regimento Interno Comissão de Farmácia e Terapêutica Da natureza e finalidade

Art. 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é instância de caráter consultivo e deliberativo da Direção Médica e está vinculada à Direção Geral.

Art. 2º - A CFT tem por finalidade desenvolver e supervisionar todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital. Das atribuições

Art. 3º - São atribuições da CFT:



§1º- Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, dispensação, utilização e à administração de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

§2º - Selecionar, padronizar e promover o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital, através da elaboração do formulário terapêutico e protocolos de utilização de medicamentos.

§3º- Assessorar a Direção Médica e a Coordenação de Farmácia do hospital em todos os assuntos referentes a medicamentos antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.

§4º - Propor a Padronização de Medicamentos e sua avaliação constante, analisando e emitindo parecer sobre as solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de itens.

§5º- Coordenar e acompanhar avaliações clínicas e estudos de consumo de medicamentos em pesquisa ou recém - lançados seguindo as normas da Comissão de Ética e Pesquisa.

§6º - Disciplinar ações e medidas dos representantes da indústria farmacêutica.

§7º - Divulgar os estudos clínicos e/ou revisões bibliográficas relativos aos medicamentos antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital excluídos ou incluídos na instituição.

§8º- Elaborar políticas de notificação e acompanhamento de reações adversas de medicamentos, antissépticos, desinfetantes, saneantes e agentes de diagnóstico do hospital.



Art. 4º - A seleção de medicamentos deve ter como referência a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde e literatura baseada em evidência de acordo com o perfil farmacoterapêutico do medicamento a ser estudado.

Art. 5º - A seleção de medicamentos deve objetivar: O uso racional do medicamento adequando uma resolutividade na terapêutica com uma maior eficiência administrativa.

Art. 6º - Para a avaliação da inclusão na Padronização de Medicamentos deverão ser observados os seguintes critérios:

§ 1º-Indicação fundamentada em medicina em evidências;

§ 2º-Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

§3º-Valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas na espécie humana e em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e farmacológica com toxicidade tolerada, avaliando os riscos e benefícios;

§4º-Composição perfeitamente conhecida excluindo-se sempre que possível, as associações fixas;

§ 5º-Denominação pelo princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou na sua falta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);

§ 6º-Informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;

§ 7º-Formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade para a administração aos pacientes a que se destina o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses.



Art. 7º - Os critérios que deverão ser avaliados para entrada/substituição na Padronização de Medicamentos são:

- Melhor apresentação, armazenamento, distribuição e controle;
- Maior estabilidade;
- Maior informação com respeito a suas vantagens e limitações, eficácia e eficiência;
- Maior comodidade na administração;
- Facilidade de dispensação.
- Melhor relação custo x benefício

Art. 8º - Os critérios para exclusão na Padronização de Medicamentos deverão levar em conta as seguintes evidências:

- Apresenta relação risco/benefício inaceitável;
- Não apresenta vantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;
- Não apresenta demanda justificável.
- Interditados ou com suspeita de toxicidade pela legislação sanitária.

Art. 9º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização de Medicamentos deverão ser encaminhadas à CFT através de solicitação em formulário próprio, acompanhado da documentação técnica exigida.

§ 1º - As solicitações de inclusão, exclusão ou substituição de medicamentos da Padronização de Medicamentos devidamente encaminhados à CFT serão analisadas em seu âmbito.

§ 2º - A critério da CFT, a solicitação poderá retornar ao solicitante para complementação das informações.

§ 3º - Uma vez emitido o parecer pela CFT e homologado pela Direção Médica, novas solicitações sobre o mesmo produto somente serão aceitas decorrido um período de doze meses, salvo nos casos em que houver fato novo justificando sua inclusão ou exclusão.

Da composição Art. 10º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica - será composta por representantes:

- Diretoria Clínica
- Administração
- Serviço de Farmácia
- Serviço de Enfermagem
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH)
- Especialidades Médicas

§ 1º - A representação dos Setores relacionados deverá ocorrer através da indicação formal de dois nomes por Setor, encaminhada diretamente à Diretoria Administrativa, para um período de dois anos, sendo um titular e um suplente, podendo estes ser reconduzidos por mais de um período igual e consecutivo.

§ 2º - Todos os membros deverão assinar termo de isenção, onde afirmem ausência de conflitos de interesse, principalmente no que se refere o vínculo empregatício ou contratual, compromissos e obrigações com indústrias privadas produtoras de medicamentos, que resultem em aferição de remunerações, benefícios ou vantagens pessoais.

§ 3º - Será dispensado, automaticamente, o membro que deixar de comparecer duas reuniões consecutivas, sem justificativa relevante, apresentada por escrito até

quarenta e oito horas úteis após a reunião, devendo o Setor que representa, nesta circunstância, indicar novo membro.

§ 4º - Nas situações em que os membros da CFT julgarem necessário, serão consultados especialistas, os quais poderão eventualmente participar das reuniões, com direito à voz. Das atribuições

Art. 11º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica terá as seguintes atribuições:  
Atribuições do Presidente Ao Presidente da CFT incumbe dirigir, coordenar e supervisionar as atividades da Comissão e, especificamente:

§ 1º - constituir Grupos Técnicos de Trabalho e de Apoio;

§ 2º - representar a CFT em suas relações internas e externas;

§ 3º - instalar a Comissão e presidir suas reuniões;

§ 4º - emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

§ 5º - promover a convocação das reuniões;

§ 6º - tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

§ 7º - designar membros executivos da CFT para emissão de pareceres técnicos, realização de estudos e levantamentos necessários à consecução dos objetivos da Comissão;

§ 8º - aprovar "ad referendum", nos casos de manifesta urgência. Atribuições dos Membros executivos e suplentes

§ 9º - zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da CFT;

§ 10º - analisar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente; • comparecer às reuniões, proferir voto ou pareceres;

- § 11º - requerer votação de matéria em regime de urgência;
- § 12º - desempenhar atribuições que lhes forem estipuladas pelo Presidente;
- § 13º - apresentar proposições sobre as questões atinentes à Comissão;
- § 14º - coordenar os grupos técnicos de trabalho e apoio. Atribuições da Secretária
- § 15º - acompanhar as reuniões do Colegiado;
- § 16º - assistir ao Presidente e aos representantes da CFT;
- § 17º - oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da CFT;
- § 18º - dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado e preparar o expediente;
- § 19º - manter controle dos prazos legais e regimentais referentes aos processos que devam ser examinados nas reuniões da Comissão;
- § 20º - providenciar o cumprimento das diligências determinadas;
- § 21º - proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados;
- § 22º - enviar aos representantes da CFT cópia das atas aprovadas, pautas das reuniões, deliberações e outros documentos que lhe forem solicitados;
- § 23º - lavrar e assinar as atas de reuniões;
- § 24º - providenciar, por determinação do Presidente, a convocação das sessões ordinárias ou extraordinárias;
- § 25 - providenciar arquivo de documentos pertinentes;
- § 26 - elaborar relatório anual das atividades da Comissão. Do funcionamento

Art. 11º - A CFT será Coordenada pelo Diretor Médico e secretariada pela supervisão Técnica do Setor de Farmácia. Parágrafo único - Caberá a Secretária providenciar a organização da pauta das reuniões e a preparação de cada tema nela incluído.

Art. 12º - A CFT reunir-se-á, ordinariamente, uma vez ao mês, extraordinariamente, por convocação do seu Coordenador ou por requerimento da maioria dos membros encaminhado à Presidência.

Art. 13º - As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Art. 14º - Cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

Art. 15º - Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, consubstanciada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes. Art.

16º - As recomendações e pareceres da CFT serão submetidos à apreciação do Coordenador da CFT para homologação final, a qual implicará em seu registro através de Comunicado Interno para todos os Setores membros.

Art. 17 - º Parágrafo único - Caso as recomendações e pareceres da CFT não sejam aceitas para a homologação final, o Coordenador deverá apresentar justificativa, por escrito, à referida Comissão.

Art. 18º - As reuniões da CFT serão registradas em atas sumárias, cuja elaboração ficará a cargo da sua Secretaria Executiva, onde constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as recomendações e os pareceres emanados.  
Disposições gerais

Art. 19º - A compra de medicamentos não previstos na Padronização de Medicamentos, e que por sua natureza deva ser de caráter emergencial, será avaliada

pelo corpo técnico de farmacêuticos, pela Coordenação Farmacêutica e comunicado ao Diretor Médico.

Parágrafo único - A autorização para aquisição destes medicamentos não implicará, necessariamente, em sua inclusão na Padronização de Medicamentos.

c) Cronograma de Atividade Anual

Atividades	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reunião para Constituição dos Membros da Comissão	X											
Ata de Constituição	X											
Constituição de Regimento Interno		X										
Apresentação da Comissão para SMS			X									
Apresentação da Comissão para a Instituição			X									
Reunião - Levantamento Situacional			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Planejamento das Ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Desenvolver ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reunião para Acompanhamento e intervenção das ações			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Indicadores Operacionais			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### 9.1.6. Comissão de Farmácia

Diante das novas mudanças tecnológicas na área da saúde e novos produtos farmacêuticos, é de suma importância incorporar essas tecnologias no cenário hospitalar.

Esses procedimentos irão otimizar a área administrativa e a eficácia terapêutica, além de contribuir para a racionalidade na prescrição médica.

Será indispensável para tomada de decisão ter conhecimento dos medicamentos que farão parte do rou a ser adquirido pela Instituição, respeitando a lista municipal.

Para manter a padronização e excelência no trabalho a ser desenvolvido pela equipe multiprofissional ligada ao uso de medicamentos e insumos pensando na eficácia terapêutica e melhorias na saúde dos usuários, é indispensável a formação e criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica.

A Comissão de Farmácia e Terapêutica funciona como um órgão consultivo e deliberativo sobre medicamentos além de promoção do uso adequado dos mesmos. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

#### Composição

A composição mínima da Comissão deverá ser de quatro membros, sendo membros natos:

- Farmacêutico
- Médico representante da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
- Enfermeiro
- Representante de Serviço Médico

**São atribuições da Comissão de Farmácia e Terapêutica:**



- Elaborar a padronização de medicamentos;
- Estabelecer critérios de inclusão e exclusão para padronização de medicamentos;
- Aprovar a inclusão ou exclusão de medicamentos padronizados por iniciativa própria ou por propostas encaminhadas pelos chefes dos Serviços Médicos, promovendo a atualização da padronização de medicamentos;
- Avaliar os medicamentos sob o ponto de vista dinâmico, biofarmacocinético e químico, emitindo parecer técnico sobre sua eficácia, eficiência e efetividade terapêutica, como critério fundamental de escolha, assim como avaliar sua fármaco economia como mais um critério para sua padronização;
- Evitar várias apresentações do mesmo princípio ativo e formulações com associação de medicamentos;
- Fixar critérios para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- Incentivar o uso dos nomes dos medicamentos pela denominação Comum Brasileira (DCB);
- Revisar periodicamente as normas de prescrição;
- Validar protocolos de tratamento elaborados pelos diferentes serviços;
- Organizar a comunicação interna de divulgações da ANVISA, exclusão de alguns itens, boletins, dentre outros;
- Promover ações que estimulem o uso racional de medicamentos, atividades de farmacovigilância;
- Garantir o cumprimento de suas resoluções mantendo estreita relação com o corpo clínico;
- Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- Elaborar um guia farmacêutico a ser divulgado em todas as clínicas da Instituição, com atualizações periódicas (anuais ou sempre que necessário), contendo minimamente os medicamentos padronizados e seus devidos grupos farmacológicos;





- 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.

#### **Dose Unitária:**

Sistema de dispensação existente nos Estados Unidos, já desde os anos 60, apresentando inúmera vantagens em relação aos outros modelos, principalmente pelo controle que proporciona à Farmácia, no que se refere ao consumo de medicamentos

Neste sistema os medicamentos são dispensados de acordo com a prescrição médica, sendo separados e identificados pelo nome do paciente, n° do leito e horário de administração.

#### **Objetivos da Dose Unitária:**

Integrar o farmacêutico à equipe multidisciplinar;

Medicamento correto na hora certa;

– Reduzir incidência de erros de administração de medicamentos;

Vantagens:

– Segurança na farmacoterapia: otimizada;

– Redução dos custos;

– Disponibiliza maior tempo para a enfermagem se dedicar ao paciente;

– Promove a Instituição: qualidade;

Desvantagens:

– Custo de implantação, embora seja facilmente recuperado a curto ou médio prazo;

– Investimento em contratação de colaboradores e treinamento;

O Instituto compromete-se analisar a viabilidade econômica e operacional para implantar o sistema de dose unitária em até 90 dias da assinatura do contrato.

Todo o controle será a partir do sistema informatizado que já contempla o módulo de farmácia, controle de estoque, controle de usuários, etc.

Compromete-se ainda a apresentar, trimestralmente, o relatório expedido pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, contendo as ações e atividades realizadas no sentido de implementar a Política Nacional de Medicamentos.

#### **CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO**

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação e Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											

#### **9.1.7. Comissão de Humanização**

A Comissão de Humanização tem como objetivo propor e desenvolver ações que humanizem o atendimento aos pacientes da Instituição melhorando sua qualidade de trabalho através da sensibilização, implementação e implantação da humanização na assistência a saúde.

A Comissão de Humanização deverá ser composta com até 10 membros representados por diversos setores integrados da Instituição e terá seu mandato por 2 anos.

#### **COMPOSIÇÃO:**

Representante da Gerência

Representante da Enfermagem

Representante da área médica

Representante do Serviço Social

Representante da área administrativa

Representante da nutrição

Demais representantes

**PERÍODO:**

Cada mandato terá validade de dois (02) anos, podendo haver recondução por igual período.

**FREQUENCIA DE REUNIÕES**

As reuniões acontecerão mensalmente, com data a ser escolhida pela equipe.

**ATRIBUIÇÕES DOS COORDENADORES DA COMISSÃO:**

Convocar reuniões da Comissão, representar a Comissão de Humanização internamente e externamente quando necessário, executar e prestar conta das atividades da Comissão a administração da Instituição, homologar e encaminhar as decisões e deliberações da comissão aos órgãos competentes, ter sob guarda toda documentação e atas da Comissão.

**ATIVIDADES DOS MEMBROS:**

Desenvolver estratégias de comunicação e integração entre os profissionais dos setores da Instituição e usuários, definir metas para humanizar o processo de atenção

a saúde, desenvolver eventos, atividades de educação permanente voltados a humanização dentro da instituição, envolver as atividades de humanização juntamente com a comunidade, avaliar sempre os projetos a serem implantados, de acordo com os parâmetros de humanização propostos.

### CRONOGRAMA DE REUNIÕES DA COMISSÃO

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação e Implantação			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	*											
Atas e Relatórios	-											

#### 9.1.8. Comissão de qualidade e Segurança no cuidado ao paciente

Com a Comissão de Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, um marco importante na atenção à saúde, cujo objetivo é contribuir com a qualificação do cuidado no estabelecimento de saúde deste edital, visando introduzir a Portaria N°2616/1998, e com a obrigatoriedade da criação dos Núcleos de Segurança em estabelecimentos de saúde.

### REGULAMENTO DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NO CUIDADO AO PACIENTE

#### CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados



no mercado e colocados à disposição do consumidor. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 3º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 4º Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou Psicológico.

Art. 5º Evento adverso é o incidente que resulta em dano à saúde. I - Eventos graves relacionados aos procedimentos cirúrgicos a) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no sítio errado. b) Cirurgia ou outro procedimento invasivo realizado no paciente errado. c) Realização de cirurgia ou outro procedimento invasivo errado em um paciente. d) Retenção não intencional de corpo estranho em um paciente após cirurgia ou outro procedimento invasivo. e) Óbito intra-operatório ou imediatamente pós-operatório / pós-procedimento em paciente ASA Classe 1. II - Eventos relacionados a produtos: a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos. b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde. c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados. d) Óbito ou lesão grave de paciente

Handwritten signature and initials.

associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa). III - Eventos relacionados à proteção do paciente: a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada. b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente. c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano autoinfligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde. IV- Eventos relacionados à gestão do cuidado: a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada). b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional. c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco. d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde. e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde. f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde. g) Inseminação artificial com o esperma do doador errado ou com o óvulo errado. h) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irreversível de amostra biológica insubstituível. i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia. V- Eventos ambientais a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde. b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas. c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde. d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência





dentro do serviço de saúde. VI - Eventos radiológicos que possam levar a óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à introdução de objeto metálico em área de Ressonância Magnética. VIII- Eventos criminais potenciais

a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado. b) Sequestro de paciente de qualquer idade. c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde. d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 6º Considera-se incidente evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à saúde.

Art. 7º O Núcleo de Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 8º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 9º O Núcleo de Segurança do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 10º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.



Art. 11º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 12º Conceitua-se serviço de saúde estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 13º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infraestrutura e a organização do serviço de saúde.

## **CAPÍTULO II DO NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE**

Art. 14º O Núcleo de Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 15º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de NSPA.

Art. 16º Este Núcleo de Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá às seguintes normas: PortariaMS nº 2616 de 12 de maio de 1998, Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013 Resolução

- RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013 Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade



em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária– Brasília:  
Anvisa, 2014.

### **CAPÍTULO III DA NATUREZA E FINALIDADE**

Art. 17º O NSP é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do Hospital.

Art. 18º O NSP tem por finalidade assessorar a Superintendência estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do PS.

### **CAPÍTULO IV DA COMPOSIÇÃO**

Art. 19º O Núcleo de Segurança do Paciente será composto da seguinte forma:  
I- Presidente do Núcleo II - Unidade Gestão de Riscos Assistenciais Serviço de Controle de IRAS a) dois representantes dos médicos b) três representantes da enfermagem III - Riscos Relacionados à Tecnologia e Protocolos Assistenciais a) um representante dos médicos b) um representante da enfermagem c) um representante da engenharia clínica d) um representante da administração e) um representante da farmácia f) um representante da residência médica g) um representante da residência multiprofissional h) um representante da Diretoria de Enfermagem (UTIs, enfermeiros de áreas críticas e PA) i) um representante do público externo j) um representante da gestão de cuidados l) um representante da gerência administrativa m) um auxiliar administrativo  
Parágrafo Único - Será composto por representantes, titulares e suplentes, de reconhecido saber e competência profissional, todos nomeados pela Superintendência.

## **CAPÍTULO V DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES**

Art. 20º Os membros do Núcleo devem exercer suas funções com celeridade e seguindo os seguintes princípios: a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde; b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde; c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde; d) Proteção à identidade do notificador; e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos; f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 21º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes do Colegiado ao abrir o item de pauta. Parágrafo Único. O membro do Núcleo estará impedido, caso seja aberto para votação, devotar quaisquer itens de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 22º As matérias examinadas nas reuniões do Núcleo têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento. Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 23º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas; IV. Conduzir os trabalhos; e V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 24º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio

técnico e administrativo necessários ao funcionamento do NSP.

#### **CAPÍTULO VI DO MANDATO**

Art. 25º O mandato dos membros do NSP terá a duração de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos. Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do NSP, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

#### **CAPÍTULO VII DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DO NSP**

Art. 26º São princípios do NSP:

- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 27º Promover ações para a gestão do risco no âmbito da instituição tais como;

- I- Prever a mitigação de EAs, especialmente aqueles sabidamente evitáveis e os que nunca devem ocorrer.



- II- Fazer uso de ferramentas de gestão de risco para o processo investigatório;
- III- Conhecer o processo de tal forma que se antecipe aos problemas, identificando os pontos críticos de controle de cada uma dessas etapas.

IV-

Art. 28º Desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional âmbito da instituição.

Parágrafo Único - O processo de elaboração e desenvolvimento das ações e atividades do NSP necessita ser conduzido de forma participativa, com envolvimento da direção, de profissionais da assistência, do ambiente e da administração.

Art 29º Promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados, incluindo aqueles envolvidos na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos e propor ações preventivas e corretivas

- I- O NSP deve promover a gestão de riscos e definir ações e estratégias no PAP, envolvendo as áreas de maior risco nos serviços de saúde.
- II- elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição, bem como:
  - a) Pequenas alterações no plano devem ser sinalizadas e amplamente divulgadas;
  - b) A atualização periódica do instrumento deve ser realizada sempre que: existir risco iminente de problemas envolvendo novas tecnologias; houver uma drástica alteração na realização de procedimentos e processos.

III - Acompanhar as ações vinculadas ao PAP

*(Handwritten marks: a circle with an 'a' and a signature)*

- a) Os integrantes do NSP devem assumir uma postura proativa, identificando e procurando os vários setores dos serviços de saúde para a discussão das soluções possíveis para os problemas encontrados;
- b) Promover a melhoria dos processos de trabalho pelo estabelecimento de boas práticas;
- c) Incorporar a participação do paciente na decisão do seu cuidado, sempre que possível.

IV - Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores

- a) Para subsidiar os profissionais do NSP, os protocolos abordam os seguintes temas: higiene das mãos, cirurgia segura, prevenção de úlcera por pressão (UPP), identificação do paciente, prevenção de quedas e prescrição, uso e administração de medicamentos.

V - Estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

- a) As barreiras que impedem que o risco se torne EA podem ser: profissionais capacitados, uso de protocolos de segurança do paciente e dose unitária de medicamentos, entre outros.

VI - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar, acompanhar e manter atualizado plano e os programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do PS ;

- a) O NSP deve difundir conhecimentos sobre o tema, capacitando, periodicamente, profissionais que atuam nos serviços de saúde em ferramentas da qualidade e segurança do paciente.

V - Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação

do serviço de saúde a) Analisar através de ferramentas, como busca ativa em prontuários, work rounds, auditoria da qualidade e outras.

VI - Compartilhar e divulgar a direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde

a) O NSP deve promover o retorno de informações à direção e aos profissionais de saúde, estimulando a continuidade da notificação.

VII – Notificar ao SNVS os EAs decorrentes da prestação do serviço de saúde

a) Em um local de aprendizado coletivo, os profissionais são estimulados a notificar os EAs sem ameaça e punição, criando um ambiente onde riscos, falhas e danos podem ser facilmente reportados.

b) O registro das notificações deve ser feito por meio do Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária (Notivisa) e os links para notificação estão disponibilizados no Portal da Anvisa ([www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)) e Hotsite Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde (<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>).

c) acompanhar o processo de notificação d) analisar e avaliar as notificações sobre e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

VIII - Manter sob sua guarda e disponibilizar à autoridade sanitária, quando requisitado, as notificações de EAs

a) Se o serviço de saúde não detectar nenhum EA durante o período de notificação, o NSP deverá arquivar como ocorrência relativa àquele mês ausência de EAs naquele estabelecimento, nesse caso, não há necessidade de notificação negativa ao SNVS;

b) Em caso de denúncia, inspeção sanitária ou outro tipo de atuação regulatória, o serviço será responsabilizado, de acordo com a legislação sanitária vigente.

XIX - Acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;

XX - Avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;

XXI - Priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA, EBSEH e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;

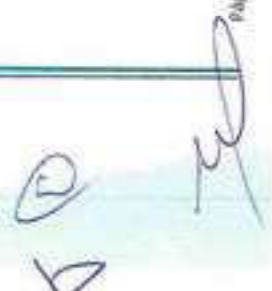
XXII - Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do PS;

XXIII - Promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;

XXIV - Promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde.

### Cronograma de reuniões

Atividade	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Criação												
Implantação			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Plano de Trabalho	-											
Reuniões	-											
Atas e Relatórios	-											



## 9.2. Brigada de Incêndio

### IMPLANTAÇÃO DE BRIGADA DE INCÊNDIO

Toda Instituição ou ramo de atividade está sujeita a algum tipo de emergência, como incêndio.

Conforme a NR-23, toda empresa que possuir mais de 20 funcionários deverá instituir Brigada de Incêndio. Quanto ao cálculo de pessoas que deverão fazer parte da Brigada fica a critério da legislação estadual, pois na NR-23 esse número não é computado.

A Brigada de Incêndio deverá ser formada por um grupo de pessoas (colaboradores) de forma voluntária que deverão se cadastrar para participar de ações de combate a incêndio desenvolvidas pela Instituição.

Também será responsável por coordenar a evacuação do estabelecimento de saúde em situações de incêndio, elaborar ações de prevenção de acidentes, como checagem de saídas de emergência, dos extintores e demais serviços destinados a essa brigada.

Outra ação de competência da Brigada de Incêndio é treinar toda o RH da Instituição para situações de evacuação a qualquer sinal de fogo que não consiga ser controlado.

#### **Compõe a Brigada de Incêndio:**

**Brigadista:** Será capacitado para combate e prevenção de incêndios e também atuação em primeiros socorros;

**Líder:** Coordenará as brigadas de determinado setor;

**Chefe:** Coordenará os brigadistas de uma edificação específica;



**Coordenador geral:** Coordenará o trabalho de toda a brigada de incêndio de um a planta complexa.

**Procedimentos básicos que deverão ser realizados pelos brigadistas em caso de emergência:**

**Sinal de Alerta:** De acordo com a situação de emergência, acionar o alerta através dos meios de comunicação disponíveis aos ocupantes e aos brigadistas.

**Análise da situação:** Após a realização do alerta, deverão os brigadistas, analisarem a situação e havendo necessidade, acionar o Corpo de Bombeiros

**Procedimentos necessários:**

**Havendo vítimas:** Analisar a necessidade de socorro, prestar os primeiros socorros até a chegada de socorro especializado;

Se houver necessidade de remoção, fazê-lo de acordo com o que está estabelecido no plano de emergência.

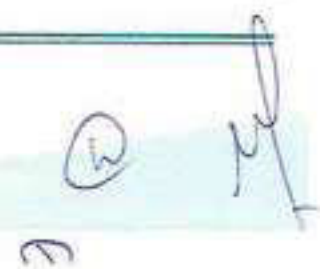
**Havendo incêndio:** Verificar a necessidade de corte de energia elétrica sem que altere o funcionamento dos equipamentos de combate a incêndio.

**Havendo necessidade de abandono de área:** Após ser avaliado a área, sendo realizada a retirada parcial ou total das pessoas, deverão ser encaminhados a uma área com no mínimo 100m de distância do acidente.

**Havendo necessidade de isolamento de área:** isolar a área, garantindo os trabalhos de emergência e evitar que as pessoas não autorizadas entrem no local.

**Havendo necessidade de confinamento da área:** Esse procedimento será necessário para que se evite a propagação do problema e suas consequências.

**Havendo necessidade de combate:** Terminar o serviço e tentar restabelecer a normalidade.



### **Após o sinistro controlado**

Após o sinistro levantar as causas e suas consequências, emitir relatório para ser discutido nas reuniões extraordinárias, com objetivo de propor medidas corretivas e evitar a repetição da ocorrência.

A Brigada de Incêndio será composta a partir do início das atividades e após sua composição identificar as áreas de risco e definir as estratégias a ser realizada de acordo com as diretrizes a serem implantadas.

### **9.3. Atendimento ao Usuário**

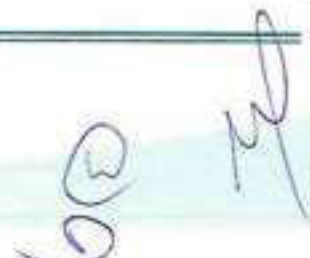
É de fundamental importância a criação de canais democráticos de informação e de escuta do usuário em geral, com espaço de recepção das manifestações dos usuários, para melhor qualificar a gestão. A implantação de canais de atendimento estruturado e articulado com a participação do usuário, contribuirá para o fortalecimento da gestão participativa.

Entendendo o cliente como a razão de ser de suas atividades, o instituto Alpha implantara na unidade de saúde um serviço específico para atendimento ao usuário. Através de canal de comunicação entre os clientes e o hospital. Será preparado para colher sugestões e reclamações, fornecer informações e esclarecer dúvidas. Mais do que isto, é através deste canal com a participação do usuário que a organização adaptara e aprimorara os serviços ofertados.

O processo de escuta do usuário tem como atribuição sistematizar as demandas que recebe de forma a possibilitar a elaboração de indicadores abrangentes que podem servir de suporte estratégico a tomada de decisão no campo da gestão da saúde.

#### **Estrutura de fluxo de trabalho:**

O fluxo de trabalho aqui entendido envolve o caminho percorrido pela manifestação do usuário internamente e externamente ao SAU.



Fluxo de trabalho interno refere-se aos processos de recebimento, análise, encaminhamento, acompanhamento, resposta e fechamento das demandas.

### **9.3.1. Informações aos usuários e familiares:**

Na recepção da Unidade será exposto painel informativo, com orientações sobre a classificação de risco, tempo de espera, além disso, a informação será reforçada no momento da recepção e durante a realização do acolhimento e classificação de risco propriamente. No âmbito da assistência médica, o consentimento informado é entendido como um processo de comunicação recíproca entre médico e paciente.

Neste processo, estão incluídas as informações sobre riscos e benefícios que médicos devem fornecer aos pacientes, para que estes possam decidir autonomamente se desejam ou não se submeter a um tratamento ou procedimento diagnóstico.

O ambiente da Unidade de Urgência, embora seja o local adequado para assistir aos pacientes críticos com risco de vida agregado a uma equipe especializada, o expõe a vários estímulos desconhecidos, muito diferente dos que está acostumado no seu cotidiano.

Os pacientes e familiares serão informados ainda sobre a situação de saúde. A perspectiva da Bioética é necessária, pois amplia a discussão do consentimento informado, na medida em que não o reduz aos seus aspectos meramente legais.

Para os casos em que serão necessário Consentimento a alguns procedimentos, o paciente ou familiar deverá receber e assinar um termo de consentimento, que deverá ser preenchido em situações em que serão necessários a realização de procedimentos invasivos.

Na prática profissional, considera-se que a qualidade na assistência de urgência e emergência é o ponto chave para a estabilização do paciente, uma vez que permite estabelecer intervenções imediatas no mesmo.

O Consentimento Informado para Procedimentos é regulamentado pela Resolução número 2, de 06/01/2006 da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Lei Estadual número 10.241 de 17 de março de 1999. Todos os pacientes atendidos no PS deverão receber um conjunto mínimo de explicações sobre rotinas

administrativas e legais que possam influenciar na sua assistência. Essas informações gerais são apresentadas ao paciente através de porteiro, recepcionista e equipe de acolhimento e classificação de risco, bem como assistente social.

### Proposta de Formulário de Consentimento Informado

**Preencher quando não houver etiqueta**

Paciente: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

Adote a seguinte escala de avaliação da gravidade dos sintomas:

1 - Ausência de sintomas (0) e no estado inicial de prevenção (até 144h)

2 - A presença de sintomas, mesmo que leve a uma intervenção (ex: analgésico, fluidos, compressas locais, etc.) durante os primeiros 24 horas. Não a necessidade de mais sintomas, mas não respondendo satisfatoriamente. Então, durante este período, a intervenção é sempre necessária.

3 - Admitir o surgimento de sintomas, mesmo que leve a uma intervenção (ex: analgésico, fluidos, etc.) durante o período de 24 horas, mas não respondendo satisfatoriamente. Então, durante este período, a intervenção é sempre necessária.

4 - Admitir que o paciente não responde satisfatoriamente aos procedimentos para controle dos sintomas, sendo que necessita para a realização de procedimentos de emergência.

5 - Escala de risco:  Não  Sim  Qual: \_\_\_\_\_

6 - Confirmando que recebeu explicações, as condições e concordando com os termos acima referidos e que me foi dada a oportunidade para fazer qualquer esclarecimento em relação ao paciente, com o qual não concordo em:

Paciente  Responsável

Nome legível: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Gravidade: \_\_\_\_\_ Identidade nº: \_\_\_\_\_

Verifique: \_\_\_\_\_

**Deve ser preenchido pelo médico**

Esta declaração de consentimento, mesmo que o paciente não esteja em condições de entender o que está sendo assinado, não substitui a responsabilidade do profissional de saúde em garantir que o paciente tenha compreendido o conteúdo da declaração e que o paciente tenha assinado a declaração de consentimento de forma voluntária.

Nome do médico: \_\_\_\_\_ RCPSP nº: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Termo de acompanhamento do paciente submetido a procedimentos**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável por acompanhar o paciente durante o procedimento, deixo aqui reconhecido:

Verifique: \_\_\_\_\_

### 9.3.2. Proposta de Pesquisa de Satisfação do Usuário

Pesquisa de Satisfação do Usuário é uma metodologia de pesquisa de opinião padronizada que investiga o nível de satisfação dos usuários de um serviço público e é desenvolvida para se adequar a qualquer organização pública prestadora de serviços direto ao cidadão. A satisfação do paciente é prioridade máxima.

Tomar decisões com base no feedback dos usuários é importante para o sucesso do atendimento da Unidade. O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender as necessidades da pesquisa. A execução da Pesquisa de Satisfação do Usuário nas Unidade de Pronto Atendimento será de responsabilidade do Serviço de Assistência Social.

A concepção do instrumento de pesquisa, a coleta de dados, tabulação, digitação, análise dos dados e elaboração de relatórios serão descritos a seguir.

#### Instrumento de Pesquisa Sistêmica De Autoatendimento E Avaliação

O sistema deverá gerar url por unidade de saúde para configuração em tablets; O sistema deverá possuir no tablet de autoatendimento a opção de Avaliação do Atendimento, permitindo a customização do questionário;

O sistema deverá enviar para a fila consultas que foram abertas através do totem informando no campo de observação que a abertura realizou-se através do totem/via totem;

O sistema do tablet de autoatendimento deverá permitir ao paciente fazer suas escolhas na tela de maneira touchscreen (toque na tela). Não será permitido o uso de teclado externos;

A pesquisa abrangerá avaliação de estrutura física, serviços de apoio e atendimento dos profissionais.

A pesquisa de satisfação deverá ser respondida de forma espontânea pelos pacientes, visitantes e/ou acompanhantes do PS.

Frequência A coleta de dados se dará ininterruptamente com a disponibilização dos Totens questionários, em caráter permanente, em pontos estratégicos de fácil acesso dos usuários.

A tabulação dos dados será realizada mensalmente até o 5º dia útil do mês seguinte. A apresentação dos resultados se dará trimestralmente através de relatórios e gráficos. Sistemática das Ações Corretivas Após apresentação dos resultados (amostra trimestral) planos de ações corretivas serão desenvolvidos pelos gestores, objetivando estabelecer bons níveis de satisfação dos usuários.

Em casos de denúncias e/ou reclamações de maior gravidade, realizada de forma espontânea, a direção da unidade será informada pelo assistente social com brevidade para a adoção de medidas corretivas imediatas. Os elogios serão divulgados trimestralmente nos murais da unidade.

A principal expectativa nesta proposta é avaliar se a estratégia implantada está sendo atendida, ou seja, a equipe de gestão do PS quer que os pacientes estejam satisfeitos quanto ao serviço prestado, portanto, irá avaliar a satisfação de seus serviços.

É muito relevante estabelecer qual é o processo de tomada de decisão estratégica. Para esse processo sugere-se a utilização de um instrumento de avaliação da qualidade que seja utilizado como uma ferramenta de controle e que a avaliação seja voltada para a percepção dos pacientes (LAS CASAS, 2006). Akao, Shigeru e Kaji (1984) citam quatro maneiras de obter a visão do cliente sobre a qualidade do serviço prestado pela instituição:

- observação do comportamento do paciente quando está recebendo o serviço;
- análise de histórico das reclamações e sugestões dadas pelos pacientes em relação à qualidade do serviço prestado;
- interpretação do papel de paciente: um grupo de funcionários preferencialmente com experiência e contato com os clientes simulam através de

técnica de brainstorming as características mais valorizadas pelos pacientes - consulta aos pacientes através de questionários e entrevistas.

A aplicação sistemática de um ou mais métodos descritos é que garantirá a eficácia na obtenção de informações (ROSAR, 2002).

Para Las Casas (2006), a observação do comportamento do paciente e consulta ao paciente através de questionários e entrevistas são os métodos mais comuns que podem ser utilizados para obtenção das informações. Quanto a observação do comportamento do paciente quando estão recebendo o serviço – Las Casas (2006) diz que neste método o fator positivo é que o pesquisador observa as reações ou comportamentos do objeto em estudo na realidade, no seu dia-a-dia, e anota as informações em formulários.

Os melhores resultados na aplicação deste método são obtidos quando há repetição e com isso se obtém mais dados para definir o comportamento dos pacientes. Cita Rosar (2002) que a forma de pesquisa largamente utilizada na prospecção de dados relativo a qualidade prestada é a entrevista junto ao público alvo. Logo, para obter a visão do paciente sobre a qualidade dos serviços, e assim obter os indicadores ou marcadores da situação da saúde, pode-se fazer uso da entrevista.

Para solidificar o serviço gerido junto ao Município, o Instituto criará um Serviço de Ouvidoria ativo, que será capaz de promover estratégias eficazes para escuta do cidadão, não apenas recebendo as manifestações por meio dos canais de acesso, mas também buscando as informações, realizando pesquisas ou atuando de forma itinerante, visando obter dados de forma sincrônica aos fatos, para subsidiar a própria gestão, o Departamento Municipal de Saúde, o controle social, com uma resposta positiva, em tempo hábil, ao usuário do SUS.

Será disponibilizado um canal de atendimento do Instituto Alpha para atendimento à Ouvidoria dos pacientes da Unidade.



Para a realização deste serviço, serão alocados funcionários em local apropriado, junto às sítios funcionais da UNIDADE HOSPITALAR, instrumentalizados para o desenvolvimento de tais atividades.

Avaliação de satisfação do usuário, por meio de questionários de avaliação/opinião sobre os serviços que o paciente recebe no ato da alta médica, que deverão ser depositados em urnas espalhadas pelo Hospital. As avaliações e correções requeridas serão objeto de metas específicas, visando melhor atendimento à população que demanda ao Hospital.

#### **Proposta de Formulário para Pesquisa de Satisfação.**

A equipe da Unidade de Pronto Atendimento quer saber o que você pensa sobre os serviços prestados, com o objetivo de melhorar cada vez mais o nosso atendimento. Através dessa avaliação, será possível coletar informações sobre todos os atendimentos prestados em nossa Unidade.





Questões	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
Tempo de espera entre a chegada e a realização da consulta ou procedimento					
Recepção da UPA					
Tempo de espera					
Atenção e cordialidade					
Informações Prestadas					
Atendimento Médico					
Atenção e cordialidade					
Esclarecimento ao paciente					
Esclarecimento aos familiares					
Cuidados prestados					
Atendimento de enfermagem					
Atenção e cordialidade					
Esclarecimento ao paciente					
Esclarecimento aos familiares					
Cuidados prestados					
Limpeza dos ambientes					
Recepção					
Corredores					
Banheiros					
Consultórios					
Sala de Acolhimento					
Sala de Observação					

### Ações corretivas

Os resultados da Pesquisa de Satisfação servirão de indicadores gerenciais, visando melhorias constantes no ambiente de trabalho.

*(Handwritten marks and signatures)*



A Equipe gestora técnica e administrativa receberá relatórios mensais das pesquisas e atuarão em conjunto nas ações corretivas das problemáticas apontadas, seja em relação ao atendimento ou a estrutura.

Após investigação da causa, o plano de ação deve ser preenchido e deve conter:

- Ações de combate às causas definidas (o que/ como);
- Quem e onde serão realizadas (quem/ onde);
- Prazo de realização (quando).

Uma ação corretiva e/ou melhoria pode ser realizada através de:

- Alteração de processos e operação de trabalho que geraram reclamações ou susgetões no processo;
- Reuniões de análise crítica da Qualidade da assistência;
- Educação permanente e continuada das equipes;
- Entre outras ações.

### **9.3.3. Proposta de Processo Continuo de Satisfação do Colaborador**

Atualmente, entende-se que as pessoas constituem o principal diferencial das organizações. Estas determinam o sucesso ou o fracasso das mesmas. Diante desta concepção, a Gestão de Pessoas, historicamente voltada para realização de atividades operacionais, passou a estar direcionada para consecução dos objetivos da organização, com a função precípua de alinhar as pessoas as estratégias da empresa.

Socialização organizacional

A adaptação de novos funcionários em locais de trabalho cada vez mais

complexos tem sido um dos desafios enfrentados pelas organizações. Um grande número de organizações tem optado por planejar esse processo desenvolvendo programas formais de socialização.

Embora recebam diferentes denominações, como programa de orientação, treinamento prévio, treinamento de indução, programa de ambientação e programa de integração, esses programas referem-se a um conjunto de práticas que tem como objetivo facilitar a adaptação do funcionário à organização.

Van Maanen (1996) estabelece que a maneira que os novos ocupantes da estrutura organizacional vão exercer sua tarefa é de fundamental importância para a estabilidade e a produtividade de qualquer organização. Diante dessas condições, Van Maanen (apud CHIAVENATO, 1999, p.148) apresenta algumas opções de socialização de novos funcionários, quais sejam:

a) Formal ou informal: quando o novo funcionário é segregado e diferenciado para tornar explícito o seu papel de ingressante, mais a socialização é formalizada. É o caso de programas específicos de integração e orientação. A socialização informal coloca o novo funcionário imediatamente em seu cargo com pouco ou nenhuma atenção especial;

b) Individual ou coletivo: os novos membros podem ser socializados individualmente ou agrupados e processados através de um conjunto idêntico de experiências, como no serviço militar;

c) Uniforme ou variável: o programa fixo estabelece estágios padronizados de transição da etapa de entrante para a etapa de funcionário. O programa variável não prevê nenhum programa da empresa quanto aos passos da integração;

d) Seriado ou randômico: a socialização seriada utiliza papéis que treinam e encorajam o novo funcionário, como nos programas de aprendizagem e de tutoração. A socialização randômica não utiliza papéis e os novos funcionários ficam a vontade para atuar por sua própria conta;

e) Reforço ou eliminação: a socialização por reforço confirma e apoia certas qualidades e qualificações do novo funcionário como ingredientes necessários para o sucesso no cargo.

A socialização por eliminação tenta eliminar ou neutralizar certas características indesejáveis do recrutamento e adaptá-lo ao novo papel a ser desempenhado. Estas estratégias representam um papel muito poderoso influenciando a concepção do indivíduo sobre a sua atuação no trabalho. Tendo como objetivo:

a) Reduzir a ansiedade das pessoas. A ansiedade é geralmente provocada pelo receio de falhar no trabalho. Trata-se de um sentimento normal decorrente da incerteza sobre a capacidade de realizar o trabalho. Quando os novos funcionários recebem a tutoria de funcionários experientes através de orientação e apoio, a ansiedade se reduz;

b) Reduzir a rotatividade. A rotatividade é mais elevada durante o período inicial do trabalho, pelo fato de os novos funcionários se sentirem ineficientes, indesejados ou desnecessários. A orientação eficaz reduz essa reação;

c) Economizar tempo. Quando os novos funcionários não recebem orientação, eles gastam mais tempo para conhecer a organização, o seu trabalho e os colegas. Perdem eficiência. Quando colegas e supervisor os ajudam de maneira integrada e coesa, eles se integram melhor e mais rapidamente;

d) Para desenvolver expectativas realísticas: Através do programa de orientação os novos funcionários ficam sabendo o que deles se espera e quais os valores almejados pela organização

Nesse contexto, assuntos como missão, visão, histórico, estrutura organizacional, serviços, aspectos burocráticos, bem como benefícios e deveres do novo participante serão comumente abordados durante esses programas. Os principais itens de um programa de integração são apresentados no Quadro abaixo a seguir:

Assuntos organizacionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. A missão e os objetivos da organização,</li> <li>b. As políticas e os meios pelos quais os objetivos deverão ser alcançados,</li> <li>c. Como está estruturada a organização,</li> <li>d. O arranjo físico das áreas de utilização do novo membro,</li> <li>e. Os principais produtos e serviços realizados pela organização,</li> <li>f. Regras e procedimentos internos;</li> <li>g. Procedimentos de segurança no trabalho.</li> </ul>
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Horário de trabalho, descanso e de refeições,</li> <li>b. Dias de pagamento e adiantamentos salariais,</li> <li>c. Benefícios sociais oferecidos pela organização.</li> </ul>
Apresentações	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aos superiores e aos colegas de trabalho.</li> </ul>
Deveres dos cargos	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Responsabilidades confiadas ao novo participante,</li> <li>b. Tarefas do cargo,</li> <li>c. Objetivos do cargo,</li> <li>d. Visão geral do cargo.</li> </ul>

## 10. PROTOCOLOS

### 10.1. Protocolo Clínicos

Os protocolos de atendimento Clínico seguem apresentados no anexo I deste Plano de Trabalho, tratam-se de instrumentos estritamente técnicos para a gestão da unidade de saúde do pronto socorro.

### 10.2. Procedimento Operacional Padrão – POP de Enfermagem

O PO de Enfermagem segue apresentado no anexo II deste Plano de Trabalho, tratam-se de instrumentos estritamente técnicos para a gestão da unidade de saúde do pronto socorro.



## 11. METAS E INDICADORES

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.

O sucesso das organizações, cada vez mais, depende de sua capacidade de captar e processar as mais variadas informações dos ambientes, interno e externo, promovendo sua organização, integração e divulgação às partes interessadas, de modo sistematizado e oportuno, tornando-as importantes no processo decisório. O valor de um indicador será tanto melhor quanto mais fidedigno for o seu resultado. Porém, mais importante do que o resultado isolado de um indicador é a construção de série histórica, capaz de apontar tendências. Portanto, desde o início da implantação do Hospital é importante selecionar e definir os indicadores que serão instrumentos de análise da conformidade da atenção prestada, sendo utilizados para modificar os processos de trabalho, na busca por melhor qualidade.

Entre outras ferramentas, o Sistema de Prontuário Eletrônico implantado no Hospital será capaz de fornecer os resultados para os indicadores utilizados no acompanhamento do Contrato de Gestão

Apresenta-se a seguir a listagem das metas e indicadores assistenciais que deverão ser utilizados no acompanhamento e monitoramento das atividades assistenciais, segundo domínios pré-definidos.

	INDICADOR	METAS	MEMÓRIA DE CÁLCULO	PONTOS
01	Taxa de satisfação dos usuários por pesquisa	≥ 80%	Número de usuários satisfeitos / total de usuários pesquisados x 100	10
02	Taxa de Revisão de Prontuários pela Comissão de Óbito	100%	Total de prontuários revisados pela Comissão de Óbito/total de óbitos x100	10
03	Taxa de readmissão	< 20%	Número de readmissões até 72h/ total de pacientes atendidos nesse mesmo período x 100	10
04	Taxa de Classificação de Risco	≥ 97%	Número de atendimentos de urgência com classificação de risco em determinado período / total de atendimentos de urgência no mesmo período x 100	10
05	Tempo médio de permanência de internação	entre 3 e 4 dias	Número total de diárias de determinado período/número de pacientes (AIH's) no mesmo período	10
06	Proporção de adequação de D.O.'s	100%	Número de DO's sem correção no período/total de DO's no período	10
07	Taxa atualização casos CROSS	<10%	Número de atualizações >6h/número total de fichas inseridas CROSS urgência	10

08	Taxa de lesão por pressão	≤30%	Número de casos novos de lesão por pressão no mês de referência/número total de pacientes internados no mês de referência.	10
09	Taxa de eventos adversos a medicamentos em hospitais	< 10%	Número de eventos adversos a medicamentos/número de internações em um período específico	10
10	Índice de quedas	<3%	Número de quedas / número de pacientes-dia	10

Outros volumes de atendimento:

Atendimento de triagem e pronto atendimento com capacidade para até 600 consultas/dia;

Internação para leitos de baixa e média complexidade mediante protocolo para enfermaria de 35 leitos;

Volume de serviços de apoio diagnóstico de imagem (raio-x e tomografia computadorizada):



Raio X (fixo e portátil)	400 exames/mês
Ultrassonografia	120 exames de urgência/mês
	500 exames de rotina/mês
Tomografia Computadorizada	450 exames convencionais/mês
	50 exames contrastados/mês

A Produção de Atendimentos Médicos mensais na Unidade será avaliada através do número registrado no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) do SUS, por meio do envio do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) e a avaliação de Desempenho será realizada de acordo com os critérios definidos pela SMS de Mairiporã.

## 12. PLANO DE CONTINGÊNCIA

Visando a ininterrupção dos serviços, o Instituto Alpha de Medicina para Saúde propõe, na hipótese de intercorrências os seguintes Planos de Ações a serem elaborados:

### 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.
- A empresa deverá manter cadastro reserva de profissionais médicos e outros profissionais das equipes multi.
- 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 imediatas;
- Contratação de empresa/clinica na região para realização de exame radiológico, se necessário

#### **FALTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

- Acionar gerador 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;
- Realizar Plano de Manutenção Preventiva do gerador por empresas e profissionais capacitados.

#### **PANE TECNOLÓGICA/SOFTWARE**

- Acionar equipe de TI disponível na unidade para restabelecimento do sistema;
- Realizar backup semanal em servidor a ser adquirido;
- Utilizar formulários impressos como ÚLTIMO recurso.

#### **RISCO DE INCÊNDIO**

- Acionar o corpo de bombeiros (193)
- Manter o Grupo de Brigadistas treinados anualmente na unidade
- Instituir Rota de Fuga e Ponto de encontro

#### **RISCO PARA CASOS DE EPIDEMIA**

- Traçar Plano de ação em conjunto com a Secretaria de Saúde Municipal, atendendo as determinações da Vigilância Epidemiológica do Município, Ministério da Saúde e Anvisa

#### **RISCO PARA ACIDENTES DE TRÂNSITO DE GRANDE DEMANDA**

- Instituir Protocolo de Catástrofe
- Convocar toda equipe multiprofissional e demais equipes de saúde que fazem parte de outras Instituições de Saúde local estando em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde

#### **RISCO PARA ACIDENTES COM MATERIAL QUÍMICO**

- Instituir protocolos de atendimento específico para cada contaminante, tendo como base e diretrizes a FISPQ (Ficha de segurança de produtos químicos)

#### **RISCO PARA ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO**

- Instituir Plano de ação a ser definido juntamente com a equipe médica a ser contratada através de protocolos a serem inseridos e seguir fluxogramas definidos pela municipalidade

Obs: Outras contingências serão objeto de estudo e planejamento para implementação de Plano de Ação.

Os incidentes e eventos adversos devem ser monitorados. Devem investigados com análise crítica e ações para melhoria. Eventos Adversos com óbitos devem ser comunicados à ANVISA com até 72 horas de evolução.

Por meio de conhecimento de epidemiologia dos eventos adversos da instituição é possível construir sistemas mais seguros. Quanto maior for o número de notificações, maior é a possibilidade de a instituição formular meios para minimizar os riscos relacionados à assistência em saúde.

O Plano de Contingência será útil caso um incidente/evento ocorra, com ações de prevenção e contenção.

As emergências e acidentes que venham a indicar risco significativo, mesmo com a adoção de medidas preventivas, exigem a aplicação de ações que envolvem metodologia a ser desenvolvida nas reuniões de planejamento, devendo constar: o fluxograma de procedimentos de atendimento a emergência, os responsáveis pela ação, os recursos e uma relação de documentos necessários para a devida resolução e documentação da ocorrência.

Todo empregado que executar atividades em áreas consideradas de risco deverá receber treinamento específico quanto aos riscos e ações de controle imediato em caso de emergências.

Compete ao Pronto Atendimento Adulto e Infantil Novo designar um socorrista para acompanhar todo trabalho considerado de risco, de acordo com os seguintes critérios:

- Ser supervisor e possuir treinamento de primeiros socorros;
- Técnico de Segurança do Trabalho;
- Ser voluntário e possuir treinamento de primeiros socorros.

Visando avaliar a implementação das regras, a eficácia, a disponibilidade de recursos, o preparo do pessoal e definir as eventuais ações corretivas e preventivas bem como avaliar a necessidade de revisão, serão realizadas as reuniões de planejamento no hospital.

O sistema de manuseio de resíduos deve incluir um plano de contingência para



enfrentar emergências. Tal plano deve conter as medidas necessárias a serem tomadas durante eventualidades e que devem ser efetivas e de fácil e rápida execução deve especificar medidas alternativas para o controle e minimização de danos causados ao meio ambiente e ao patrimônio quando da ocorrência de situações anormais envolvendo quaisquer das etapas do gerenciamento do resíduo.

No plano de contingência deverão constar: a forma de acionamento (telefone, e-mail, etc.), os recursos humanos e materiais envolvidos para o controle dos riscos, bem como a definição das competências, responsabilidades e obrigações das equipes de trabalho, e as providências a serem adotadas em caso de acidente ou emergência.

O plano deve incluir, mas não se limitar a:

- Procedimentos de limpeza e antissepsia, proteção do pessoal, reembalagem no caso de ruptura dos sacos de armazenamento de resíduos.
- Alternativas para o armazenamento e o tratamento dos dejetos em casos de acidentes
- Isolamento da área em emergência e notificação ao setor responsável.
- Elaboração de relatório detalhado dos fatos e procedimentos adotados.
- Identificação do produto ou resíduo perigoso.
- Para evitar que as ações emergenciais ocorram são necessários certos procedimentos no manuseio dos resíduos.
- Alguns dos principais cuidados que o gerador do resíduo e o funcionário da limpeza devem ter para evitar acidentes no manuseio são:
- Nunca reencapar, entortar ou desconectar as agulhas usadas do corpo da seringa;
- Nunca exceder o limite de enchimento do recipiente que acondiciona o resíduo;



- Utilizar os EPI indicados para a execução do trabalho;
- Lavar sempre as mãos antes de calçar, retirar e ter retirado as luvas;
- Higienizar diariamente e guardar os EPI não descartáveis em local apropriado;
- Certificar-se de que objetos perfuro-cortantes não estão na roupa que será encaminhada para a lavanderia.

### 13. CALENDÁRIO DA SAÚDE

Pautado nos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e desenvolvido em redes regionalizadas e integralizadas, fundamentadas nas diretrizes organizacionais de regionalização, hierarquização, resolutividade, descentralização, participação dos cidadãos, a fim de sobrepujar os desafios na organização dos serviços de saúde. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, ou Redes de Atenção à Saúde (RAS), surgem em estudos e documentos como condição indispensável para a superação dos desafios atuais do cenário da saúde.

Por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), os avanços foram concentrados na descentralização do atendimento de urgências de baixa e média complexidade, buscando reduzir a demanda e, assim, a sobrecarga dos hospitais de maior porte. Com este intuito, o Ministério da Saúde (MS) implantou as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

As Unidades de Pronto Socorro são, na atualidade, caracterizadas como estruturas de complexidade intermediária entre as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e as portas hospitalares de urgência, consideradas parte integrante do nível de atenção secundário à saúde com a premissa de articular-se com toda a rede. Atualmente se observa a dificuldade de articulação das PSs com os demais níveis de atenção na RAS. Muitos estudos apontam a ineficiência de orientações e estratégias que garantam ao usuário a continuidade da assistência em outro nível de atenção à saúde ou nos demais equipamentos sociais da rede de atenção.

Gerentes técnicos para PS considerados peças-chave operantes do sistema, para a condução das práticas. Os gerentes destes serviços serão agentes do processo de mudança, através do reconhecimento das práticas gerenciais, serão responsáveis pela interação entre os diversos serviços do sistema de saúde como estratégia necessária para a estruturação, resolutividade e continuidade da assistência através de reuniões mensais para discussões de casos pertinentes, referentes a atenção primária, com devolutivas de casos que podem ser acompanhados pelas equipes de Atenção Básica, visando a integralidade e o cuidado longitudinal.

O mesmo será realizado com os demais serviços de saúde e assistência social do Município, quando avaliado a necessidade de encaminhamentos para a continuidade do cuidado; o gerente deverá entrar em contato, solicitando uma reunião para discussão do caso.

Frente a tais dificuldades apontadas, e com o intuito de superar e aumentar a resolutividade e continuidade da assistência nos demais níveis de atenção à saúde, O Instituto Alpha propõe os seguintes projetos assistenciais e sociais a depender da anuência da SMS de Mairiporã:

**JANEIRO – Branco:** O primeiro mês do ano é um alerta sobre a saúde mental. As ações dessa campanha buscam ressaltar a importância de cuidarmos não só da parte física, mas como emocionais para o melhor equilíbrio e bem-estar.

**FEVEREIRO - Roxo / Laranja:** é um dos meses com mais causas engajadas. O período é referente ao combate da conscientização da lúpus, do Mal de Alzheimer e da fibromialgia. O segundo mês do ano também tem uma campanha "alaranjada", para conscientizar sobre a leucemia.

**ABRIL – Azul:** O Abril Azul é voltado ao debate sobre o autismo, por causa do dia 02/04, que é data do "Dia Mundial de Conscientização do Autismo".

**MAIO - Amarelo / Vermelho:** O quinto mês do ano é destinado à prevenção de



acidentes de trânsito. Já o "Maio Vermelho" tem como objetivo principal informar sobre a hepatite.

**JUNHO - Vermelho:** O laço vermelho do sexto mês do ano é indicativo para a importância de doar sangue. Isso se deve ao dia 14/06, o "Dia Mundial do Doador de Sangue".

**JULHO – Amarelo:** O sétimo mês do ano ganha a cor amarelada para trazer à tona a conscientização sobre as hepatites virais.

**AGOSTO – Dourado:** Nesse mês, entre os dias 01 e 07, acontece a "Semana Mundial da Amamentação", por isso, o período é destinado às informações sobre o aleitamento materno.

**SETEMBRO – Amarelo:** é uma campanha brasileira de prevenção ao suicídio, iniciada em 2015. É uma iniciativa do Centro de Valorização da Vida, do Conselho Federal de Medicina e da Associação Brasileira de Psiquiatria

**OUTUBRO – Rosa:** Mais divulgado e conhecido por todo o mundo, o Outubro Rosa foi uma das primeiras campanhas criadas, e é dedicado à conscientização sobre o câncer de mama.

**NOVEMBRO – Azul:** O novembro azul ganha também um logotipo em formato de bigode para conscientizar a pessoas sobre a importante de prevenir e combater o câncer de próstata.

**DEZEMBRO - Laranja / Vermelho:** O ano se fecha com cores vibrantes. O "Dezembro Laranja", serve para conscientizar sobre a importância de combater o câncer de pele, enquanto o "Dezembro Vermelho", ressalta a necessidade de prevenir a AIDS.

Todas as ações e informações serão divulgadas aos usuários via site, panfletos, sistema digital audio-visual e orientações nas salas de espera do PS, conscientizando a população a promover prevenção e promoção da saúde conforme a programação referentes aos meses do ano.

Como abertura e encerramento de cada "ciclo" propomos uma palestra com profissional da área em parceria com a redes de saúde; este custo estará previsto na "educação continuada"

Os temas dos meses poderão ser alterados dando maior ênfase a campanhas Municipais ou nacionais.

## 14. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

### 14.1. Introdução

O foco no desenvolvimento humano se justifica pelas atividades próprias de hospitais, onde os profissionais possuem grau de autonomia importante e a qualidade do trabalho é fruto da qualificação profissional, do conhecimento técnico, do domínio das tecnologias inerentes à especialidade e da interação com os demais profissionais.

Desse modo, a ênfase no desenvolvimento coloca no centro da questão as pessoas, no entendimento que a competitividade organizacional, ou seja, a apresentação de nível contínuo de alto desempenho está associada à competitividade interna. Isso quer dizer que quanto maior for a excelência gerencial e técnica dos profissionais do Instituto, maior será a repercussão positiva junto aos pacientes, familiares, fornecedores, autoridades da área de saúde, entidades representativas dos profissionais, sociedade civil organizada etc.



## 14.2. Parâmetros para a Política de Recursos Humanos

- Conhecimentos e Habilidades Básicos Necessários - conjunto de conhecimentos (saber) e habilidades (saber fazer) necessário à aquisição das condições para assumir as responsabilidades definidas na descrição do Perfil Profissional ideal.
- Perfil Pessoal e Profissional do colaborador, identificação dos itens que refletem os valores do Instituto e necessários a todo profissional, em qualquer posição organizacional, para cumprir a missão definida no Planejamento Estratégico, viabilizar as estratégias e, conseqüentemente, os resultados do Instituto.

Levantamento de Conhecimentos e Habilidades – se constitui no levantamento inicial da capacidade técnica e gerencial do Instituto, tendo como parâmetro as competências identificadas como essenciais para a eficiência do equipamento.

Instrumentos de Gestão de Recursos Humanos – possibilita a definição de quem vai ser capacitado, em que, como, quando, por quem e em que nível, através dos seguintes instrumentos:

- Inventário do Nível de Capacitação dos Recursos Humanos – apresenta um quadro da situação de todos os profissionais, com referência aos conhecimentos e habilidades necessários ao exercício das atribuições de cada profissional, o que possibilita: indicação das capacitações postas à disposição de cada unidade, apontando uma situação de equilíbrio ou de déficit; definição das ações de treinamento e de desenvolvimento que deverão ser priorizadas; orientação para o gestor dirigir os esforços de capacitar a sua equipe de trabalho; e a indicação para o profissional da dimensão da sua defasagem e dos conhecimentos e habilidades que ele precisa adquirir para ajustar-se aos trabalhos sob a sua responsabilidade.
- Sistema de Avaliação do Desenvolvimento - possibilita as condições de melhoria da performance dos profissionais, através do consenso de gestores e

subordinados em torno dos aspectos que precisam ser aperfeiçoados pelos profissionais e das ações de aprimoramento que precisam ser implementadas.

A estruturação da política de treinamento e desenvolvimento dos profissionais, desta maneira, exprime a congruência dos instrumentos citados, vez que todos eles remetem para identificação de necessidades de capacitação a serem supridas, com os detalhes que possibilitem a uma decisão com segurança sobre quem treinar ou desenvolver, em quê, quando e por quê.

### 14.3. Formação Profissional

- Programas de Formação Inicial – proporcionam o acesso aos conhecimentos e habilidades mínimas para que o profissional possa iniciar o seu trabalho na Organização.
- Programas de Formação Básica – proporcionam o acesso aos conhecimentos e habilidades considerados essenciais a todos os profissionais do Instituto.

Programas de Formação Especializada – envolvem as propostas para o desenvolvimento técnico do profissional para as áreas específicas de interesse.

Desenvolvimento Gerencial – envolve proposta para desenvolvimento da capacidade gerencial dos gestores.

Especialização Complementar - oferece condições para que o Instituto passe a contar com profissionais que tenham formação verticalizada em áreas/atividades consideradas relevantes:

- Especialização "lato sensu".

- Mestrado.
- Doutorado.

Como estratégia, o Instituto centrará, inicialmente, seus esforços para os Programas de Formação Básica, considerado como o mínimo necessário que todo profissional deve possuir - além da reciclagem dos conhecimentos e habilidades que compõem esses Programas.

Cada um dos setores do Projeto, com base na programação apresentada, ficará encarregado de estabelecer as suas prioridades e, sempre que possível, disponibilizar os profissionais que detenham o nível de conhecimento necessário para atuarem como instrutores, no esforço inicial de recuperar as deficiências identificadas. Também esses órgãos terão um papel fundamental na estruturação dos programas, principalmente no apoio técnico durante as discussões com parceiros (Universidades, empresas de treinamento, instrutores etc.) na elaboração das ementas dos programas das disciplinas.

As prioridades serão definidas a partir da aplicação dos instrumentos de Avaliação de Desenvolvimento. Nesse esforço inicial, também o profissional seria incentivado a buscar, por meio próprio, o seu autodesenvolvimento, através de leituras, estágios em áreas desconhecidas, cooperação a outras atividades da sua unidade, conforme for acordado durante a elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual, detalhado mais adiante.

#### **14.4. Avaliação do Desenvolvimento e Planos de Desenvolvimento**

O acompanhamento e a avaliação do Profissional possibilitarão a melhoria dos resultados, através do constante aprimoramento e do desenvolvimento desse Profissional. Por outro lado, internaliza na Unidade uma prática inovadora para, através



de avaliação integrativa e participativa, possibilitar as condições para o incremento contínuo do desenvolvimento dos Profissionais. Além disso, será criado um clima confortável para Coordenações e equipes negociarem padrões de desenvolvimento, inclusive estabelecer propostas de melhoria. A partir do estabelecimento de consenso entre avaliador e avaliado sobre os aspectos críticos que precisarão ser aperfeiçoados, serão estabelecidas as ações aprimoramento e, conseqüentemente, o Plano de Desenvolvimento Individual.

A construção do que precisa ser feito para o profissional se aperfeiçoar será concretizada no Plano de Desenvolvimento Individual, que conterà todas as ações necessárias, prioritárias, a esse aperfeiçoamento. As ações envolverão iniciativas:

- Do próprio profissional – leituras, participação de cursos da rede regular de ensino, pesquisas em sites etc.
- Dos gestores – criação de oportunidades para estágios, participação em projetos, treinamento em serviço, indicação para participação de eventos, liberação do profissional, etc.
- Da área de recursos humanos – oferecimento de oportunidades de capacitação, acompanhando os eventos, desenvolvendo parcerias internas e externas, mobilizando as pessoas e instituições, articulando as várias instâncias de capacitação das equipes.

O agrupamento das ações de aprimoramento dos Planos de Desenvolvimento Individual de todos os profissionais de um determinado setor será a base para a elaboração do Plano de Desenvolvimento do setor. De igual modo, o agrupamento dos Planos de Desenvolvimento dos setores formará o Plano de Desenvolvimento do Instituto.

O instrumento da avaliação do desenvolvimento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento do avaliado, pois todas as variáveis importantes ao desenvolvimento do servidor serão discutidas e será criada oportunidade de o Profissional receber "feedback" e orientações mais qualitativas. Desta maneira, os conflitos inerentes a todo processo de avaliação serão minimizados, visto que o foco é o desenvolvimento do próprio avaliado e o resultado será um Plano de Desenvolvimento para o aperfeiçoamento do avaliado, sem indicação de qualquer sanção ou outro aspecto negativo dos sistemas tradicionais de avaliação.

A Avaliação terá como base o Perfil Profissional definido previamente nas descrições de cargo que serão implantadas. Sendo definidos dois perfis, um para os profissionais de nível superior e, outro, para os profissionais de nível médio. O perfil será composto de capacidades e cada uma delas será desdobrada em frases indicativas das atitudes que se espera do profissional.

Essas frases serão agrupadas e hierarquizadas por nível de complexidade, oferecendo condições das pessoas envolvidas com a avaliação tomarem conhecimento do ponto em que o profissional se encontra e o que será preciso fazer para que ele possa executar atividades de maior complexidade.

O ideal é que essa avaliação seja feita durante todo o mês de outubro de cada ano, a fim de que haja um tempo para processar todas as informações de modo que, no final de cada ano, todos os Planos de Desenvolvimento estejam aprovados para aplicação no ano seguinte.



Modelo abaixo – Avaliação PDI:



**AVALIAÇÃO – PLANO DE DESENVOLVIMENTO  
INDIVIDUAL**

NOME: _____				
FUNÇÃO: _____			DATA: ____/____/____	
<b>TOPICOS</b>	<b>BOM</b>	<b>REGULAR</b>	<b>PÉSSIMO</b>	<b>JUSTIFIQUE SE NECESSÁRIO</b>
AMBIENTE DE TRABALHO				
OPORTUNIDADES				
UNIFORMES E EPIs				
RELACIONAMENTO COM A CHEFIA				
RELACIONAMENTO COM A EQUIPE				
TREINAMENTOS				
MATERIAL DE TRABALHO				
ORGANIZAÇÃO				
HIGIENE E LIMPEZA				
COMENTE SOBRE:				
• SUAS HABILIDADES/ QUALIDADES:				
_____				
_____				
• SUAS DIFICULDADES/ENTRAVES:				
_____				
_____				
• SUA FORMAÇÃO PROFISSIONAL/EXPERIÊNCIAS				
_____				
_____				
ASSINATURA DO COLABORADOR: _____				

7 @ M

## Aconselhamento de Desenvolvimento

Os gestores, técnicos de recursos humanos e os demais profissionais do Instituto, serão capacitados para atuarem como orientadores do desenvolvimento dos profissionais, não somente sugerindo alternativas de encaminhamento profissional, como também o encorajando a assumir posturas mais agressivas na busca do desenvolvimento profissional e pessoal. O aconselhamento de desenvolvimento deverá ser feito por pessoa que conheça a unidade e os seus ambientes, saiba avaliar o potencial e as possibilidades dos profissionais e tenha condições de ajudar o profissional a elaborar uma proposta exequível de desenvolvimento.

Com o aconselhamento de desenvolvimento serão criadas as condições para:

- Elaboração de uma proposta de desenvolvimento em função do potencial e da capacidade do profissional.
- Acompanhamento do desenvolvimento do profissional, possibilitando ajustes, redirecionamentos e atualização das informações.
- Elaboração de propostas alternativas em função da rapidez das mudanças e constantes ajustes na administração pública, na área da saúde e na própria especialidade do profissional.

O aconselhamento poderá ocorrer sempre que houver uma necessidade identificada pelo profissional ou pelo gestor e através das oportunidades que serão criadas pelos seguintes instrumentos:

- **Inventário do Nível de Capacitação dos Recursos Humanos** – Tendo o caráter de diagnóstico, o inventário adquire importância fundamental na definição dos

programas de capacitação que deverão ser priorizados, pois ele destacará as situações de profissionais que possuam nível de capacitação aquém do nível desejado. Em um momento inicial, gestores e profissionais poderão exercitar a elaboração da proposta com base no inventário. O inventário se constitui no marco inicial para que essa proposta seja traçada e, portanto, se constitui em um momento crítico para o desenvolvimento do profissional.

- **Avaliação do Desenvolvimento** – Promove a discussão entre profissional e comissão de avaliação (ou chefia imediata) sobre os aspectos relevantes para o desenvolvimento pessoal e profissional do profissional, inclusive o estabelecimento das ações prioritárias de aperfeiçoamento. O instrumento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento de desenvolvimento, pois todas as variáveis importantes ao aperfeiçoamento do profissional serão discutidas. Se envolver uma comissão, o profissional terá a oportunidade de receber “feedback” e orientação mais qualitativos. Nas oportunidades criadas pelos instrumentos citados, haverá condições de se estar adotando os seguintes procedimentos essenciais a todo processo de aconselhamento:

- **Auto Avaliação** – os instrumentos serão provocativos da autoavaliação, na medida em que o profissional, para discutir sobre o seu desenvolvimento e buscar consenso nas avaliações e ações de aprimoramento, precisará estruturar os seus interesses, suas habilidades e conhecimentos, os pontos fortes e aqueles que precisam ser desenvolvidos, as potencialidades, além de tentar compatibilizar a sua situação, ou a situação pretendida, aos interesses do Instituto.

- **Entrevista** – Também são estabelecidos momentos em que os gestores e os subordinados tratarão do desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas o que, indiretamente, refere-se ao desenvolvimento do Projeto como um todo. O momento da entrevista é muito importante para o aconselhamento de desenvolvimento, pois se criam oportunidades para:



- ✓ Análise conjunta das opções de desenvolvimento, experiências e qualificações requeridas e as possibilidades do avaliado.
- ✓ Auxílio na definição da trajetória de desenvolvimento compatível com os objetivos do Instituto.
- ✓ Esclarecimento sobre as oportunidades de desenvolvimento e sobre as limitações de determinadas alternativas, diante das necessidades levantadas.
- ✓ Ajuda ao planejamento individual de desenvolvimento, em função da trajetória escolhida, envolvendo ações de treinamento de curto, médio e longo prazo, iniciativas de autodesenvolvimento, opções de aquisição de competências através de rodízios e estágios, estabelecimento dos prazos para aquisição das competências e estabelecimento dos indicadores de resultado.
- ✓ Avaliação do desenvolvimento do profissional, com alerta para os progressos e as restrições do período.
- ✓ Adaptação da trajetória de desenvolvimento do profissional, em função de mudanças de processos de trabalho, funções, prioridades de serviços, estratégias e novas tecnologias do Instituto, ou até mesmo em virtude de mudanças no mercado de trabalho.

#### **14.5. Concorrência para os Eventos**

A área de Recursos Humanos deverá manter o banco de dados de recursos humanos atualizado, pois a concorrência para seleção de candidatos aos eventos de T&D será feita a partir das informações oriundas dos sistemas de gestão de recursos humanos.

Considerando-se que o desenvolvimento pessoal e profissional envolve um processo contínuo, todos os profissionais são candidatos em potencial aos eventos de T&D. Assim, por definição, todos os profissionais são concorrentes aos eventos de T&D

que envolvam conhecimentos e habilidades ainda não adquiridos.

### Seleção para os Eventos

Na seleção dos profissionais que participarão dos eventos de T&D, deverão ser consideradas a situação do profissional e da sua unidade de trabalho frente aos demais profissionais e demais unidades, as prioridades estabelecidas pelas unidades e a disponibilidade do profissional em participar do evento.

Os critérios que deverão ser adotados são, pela ordem de prioridade:

Com relação aos profissionais:

- Indicação do evento no Plano de Desenvolvimento Individual.
- Profissionais com nível de prontidão baixo.
- Profissionais envolvidos em atividades que exigem qualificação especializada.
- Profissionais que estejam precisando de qualificação para habilitar-se a executar atividades de maior complexidade.
- Profissional que tenha capacidade e compromisso de repasse – ser um agente multiplicador (teoria, prática).
- Profissionais que apresentam um histórico de bom rendimento em eventos anteriores.
- Tempo de serviço e assiduidade.

Com relação à unidade:

- Unidades com profissionais com nível de prontidão baixo.

- Unidades envolvidas em trabalhos especiais para os quais não contam com profissionais qualificados.

#### **Outras considerações:**

- Disponibilidade do profissional para participar do evento.
- Liberação do profissional pela unidade para participar do evento.
- Profissionais que possuem os pré-requisitos exigidos para participar com êxito do evento.
- Aprovação em teste de pré-qualificação (prova, prova prática, entrevista etc.), se for o caso.

#### **Controle do Desenvolvimento e da Capacitação**

O controle do desenvolvimento e da capacitação dos profissionais deverá ser feito através do acompanhamento do nível de prontidão de cada um dos profissionais e do monitoramento das competências de todos os profissionais lotados em uma determinada unidade.

Assim, é importante que haja um acompanhamento do desenvolvimento das pessoas, individualmente, no pressuposto de que o desenvolvimento das pessoas alavancará o desenvolvimento da unidade. De igual modo, também é importante que haja acompanhamento das competências existentes em cada uma das unidades, no pressuposto de que uma unidade, sem condições de responder a todas as demandas que lhe serão cobradas, poderá impactar negativamente os resultados gerais do Projeto.

Implantaremos um banco de dados para controlar, de um lado, todos os

conhecimentos e habilidades necessários a um trabalho com excelência técnica e gerencial e, por outro lado, todos os conhecimentos e habilidades do domínio de cada um dos profissionais da equipe. A partir desse banco de dados, os gestores terão condições de avaliar as condições de suas unidades em responder positivamente a todas as demandas a que serão submetidos, além de terem sempre à mão as condições dos seus subordinados em relação ao desenvolvimento, ritmo de desenvolvimento, domínio ou noções de conhecimentos e de habilidades, competências que precisam ser adquiridas etc. Ou seja, a partir do banco de dados poderão ser recuperadas informações, fazendo-se os mais diferentes cruzamentos a depender das várias situações que surgirão no dia-a-dia de trabalho.

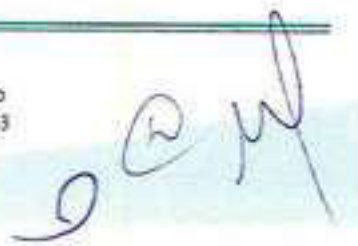
Também poderão ser gerados relatórios para encaminhamento aos profissionais, a fim de que eles possam acompanhar as suas situações individuais e tomar as decisões que julguem convenientes para aumentar o patrimônio de competências.

Em virtude da rápida evolução dos conhecimentos e das tecnologias, o banco de dados deverá oferecer condições para a constante atualização (inclusão de novos conhecimentos/habilidades e exclusão daqueles que se tornarem obsoletos). Também deverá apresentar alternativas de gestão, a fim de que haja acompanhamento pela área de recursos humanos, concomitantemente ao monitoramento que cada gestor fará dos profissionais lotados na sua unidade.

Depois de gerado o banco de dados, o Instituto terá um inventário de todos os conhecimentos e habilidades existentes nos seus vários ambientes e, a partir daí, adquirirá as condições para iniciar a gestão dos conhecimentos e do desenvolvimento dos seus profissionais.

Essa gestão envolverá:

- Monitoramento dos conhecimentos e das habilidades existentes nos ambientes.





- Monitoramento dos conhecimentos e das habilidades do domínio de cada um dos profissionais.
- Inventário dos conhecimentos e das habilidades dos profissionais.
- Monitoramento do desenvolvimento dos profissionais que estiverem sendo preparados para suceder gestores ou profissionais técnicos que estarão se afastando por aposentadoria ou por qualquer outro motivo.
- Apoio na seleção dos profissionais que participarão de eventos de capacitação.
- Apoio na definição das prioridades de capacitação (profissionais e unidades).
- Otimização dos investimentos em treinamento e desenvolvimento.

O Instituto, visando estabelecer ampla e transparente relações de trabalho junto aos seus Colaboradores, normatizou alguns tópicos para alinhamento dos fluxos administrativos e disciplinares, objetivando o bom andamento do trabalho.

#### **14.6. Manual Institucional**

## APRESENTAÇÃO

A você, colaborador do INSTITUTO ALPHA, temos a satisfação de falar um pouco sobre nossa empresa.

O INSTITUTO ALPHA busca a promoção integral de seus funcionários e faz das relações de trabalho uma estratégia para a conquista da promoção de suas atividades.

O Instituto está sempre preocupado com a qualidade de vida, desenvolvimento e qualificação dos empregados, organizando e patrocinando vários programas, como cursos comportamentais, gerenciais entre outros.

Neste manual, você terá várias informações, muitas delas necessárias para o seu dia-a-dia no Instituto, leia com muita atenção, ele é um guia de muita utilidade.

Consulte-o sempre que tiver dúvidas.

## Sumário

NOSSO INSTITUTO .....	1
RECADO AOS COLABORADORES .....	2
DA QUALIDADE NO INSTITUTO ALPHA .....	3
DA SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO .....	3
DO HORÁRIO DE TRABALHO .....	4
DO SETOR DE PONTO .....	5
BANCO DE HORAS .....	6
LICENÇAS ABONADAS .....	6
ESQUECIMENTO DE REGISTRO .....	7
HORAS EXTRAS .....	7
UNIFORME DE TRABALHO E EPI's .....	8
DA DEVIDA UTILIZAÇÃO DOS BENS .....	8
INFORMAÇÕES SIGILOSAS E CONFIDENCIAIS .....	9
COMUNICAÇÕES COM A IMPRENSA, PUBLICAÇÕES E APARIÇÕES EM PÚBLICO .....	10
CONDUTA PROFISSIONAL .....	10
DA ACEITAÇÃO DE PRESENTES .....	11
DA DISCRIMINAÇÃO E ASSÉDIO .....	11
DAS MÍDIAS SOCIAIS .....	12
LIGAÇÕES TELEFÔNICAS .....	13
AÇÕES QUE SÃO EXPRESSAMENTE PROIBIDAS NA EMPRESA .....	14
DOS CONFLITOS DE INTERESSES .....	14
DAS CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES .....	15
DOS ATOS DISCIPLINARES .....	16
DA CONCLUSÃO .....	18

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 13013-153  
Telefone: (13) 3333-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 13013-153  
Telefone: (13) 3333-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

*D* *W* *M*

## NOSSO INSTITUTO

Somos uma Organização Social que visa servir a sociedade, com a certeza de levamos um serviço de qualidade para a população e a comunidade.

Com essa base, alinhados ao conhecimento, experiência e talento de nossos colaboradores, é que o Instituto Alpha busca a excelência na prestação de serviços e consequentemente o reconhecimento e o respeito da sociedade.

A identidade do Instituto Alpha tem como princípios a seriedade, honestidade e a transparência, onde adotamos os mais altos padrões de conduta ética, trabalhando diariamente para manter e conquistar a confiança nossos parceiros.

Oferecemos oportunidades de emprego, selecionando os profissionais mais preparados para compor nossas equipes, onde práticas discriminatórias não são permitidas.

Respeitamos as leis que regem os contratos de trabalho de modo a garantir a liberdade de todos os colaboradores na atuação no âmbito de uma Organização Social, e que somente desta forma, contribuiremos para o crescimento da empresa e de nossos parceiros.

Logo, este Código fortalecerá a imagem do Instituto Alpha, e ao mesmo tempo servirá de base para a formação de profissionais íntegros, com referenciais que se harmonizem aos nossos princípios e que exerçam suas atividades dentro de padrões profissionais moralmente elevados.

Boa leitura!  
Instituto Alpha



Página 1

6 @ M



## RECADO AOS COLABORADORES

Você, que está há algum tempo no Instituto, também é responsável pela perfeita ambientação e orientação do seu novo colega de trabalho, assim sendo:

- Apresente-o aos demais colegas;
- Oriente-o, pacientemente, sempre que se fizer necessário;
- Oriente-o, sistematicamente, sobre a segurança dele, da equipe e do ambiente de trabalho;
- Trate-o como você gostaria de ser tratado.

Então, ensinando o novo colega a trabalhar corretamente, ele proporcionará a você:



TRANQUILIDADE



SEGURANÇA



EFICÁCIA

Nas informações que tiver dúvidas, procure seu superior para esclarecimentos, e nunca se esqueça que, para bem orientar, você precisa estar sempre se atualizando, principalmente quanto as diretrizes e procedimentos do Instituto.

Página 2

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.502.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 13013-153  
Telefone: (13) 3394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.502.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 13013-153  
Telefone: (13) 3394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br



**DA QUALIDADE NO INSTITUTO ALPHA**



O compromisso do Instituto Alpha é a busca da excelência no serviço prestado e a satisfação de todos aqueles com os quais nos relacionamos. Para tanto, reconhece que a qualidade dos serviços, a melhoria contínua dos processos e a satisfação dos nossos parceiros, só podem ser alcançadas com o envolvimento e a participação de todos.

**DA SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO**

No Instituto Alpha, todos os esforços serão feitos para preservar a integridade física e mental do Trabalhador.

Buscando permanentemente o respeito pelo trabalhador, pelo seu corpo e pelo seu espírito caracteriza o ponto alto do Instituto.



## “O HOMEM COMO NOSSO MAIOR PATRIMÔNIO”



- É de responsabilidade do Instituto Alpha e de seus colaboradores cumprir e fazer cumprir as obrigações legais relativas à segurança, higiene e medicina do trabalho.
- É de responsabilidade da administração do Instituto Alpha desenvolver ações para educar, treinar, conscientizar e exigir dos colaboradores o cumprimento das normas e procedimentos de segurança, higiene e medicina do trabalho.
- Todos do Instituto Alpha têm a responsabilidade de evitar acidente e preservar sua saúde. A prevenção é tarefa de cada um e de toda equipe.
- A prevenção da saúde do colaborador são fatores predominantes para uma melhoria de nossa qualidade de vida.

## DO HORÁRIO DE TRABALHO

Horário Fixo	- Conforme estipulado em Contrato de Trabalho.
Plantões	- Podendo ser 12 x 36

pagina 4

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br



## DO SETOR 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/jantar, bem como no término da jornada.

- Com tolerância de 5 minutos, observado o limite máximo de 10 minutos diários.

Obs.: conforme art. 58 da CLT,

Todo colaborador deverá cumprir o horário estabelecido em seu contrato de trabalho.

Só será permitida a mudança na troca de plantões mediante autorização prévia e por escrito da chefia imediata.



As horas excedentes devem 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.

A Pontualidade é qualidade de quem tem boa vontade, responsabilidade e compromisso com o trabalho, sendo importantíssima para:

- O Instituto
- O colega que você vai substituir no turno;
- A operação do equipamento ou atendimento que não pode parar.



Handwritten signatures and initials in blue ink.



### BANCO DE HORAS

O saldo do banco de horas é informado após a validação do Instituto Alpha no espelho de ponto que fica no final da página. Em caso de acúmulo superior doze horas no período, o funcionário será notificado.

Todos os colaboradores deverão monitorar seus horários de forma a não gerar horas diárias no Banco de Horas, sem autorização prévia da chefia imediata.

### LICENÇAS ABONADAS

Os colaboradores possuem direitos às licenças abonadas previstas na legislação pertinente, bem como nos Acordos, Dissídios e Convenções Coletivas, devendo o colaborador proceder conforme as disposições que regem tais licenças, informando devidamente seu superior hierárquico.



Licença Gestação



Dispensa para Casamento



Dispensa por Morte



Dispensa Registro de Filho



Dispensa Amamentação de Filho



Dispensa Convocação

Página 6

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 33394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 33394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br



Licença Acidente do Trabalho



Licença Médica



Férias

#### ESQUECIMENTO DE REGISTRO

Caso o colaborador se esqueça de anotar o registro de seu ponto, deverá regularizar através de justificativa de ocorrência de ponto para sua chefia imediata que validará e entregará ao Departamento de Recursos Humanos.

#### HORAS EXTRAS

Todas as horas extras realizadas serão computadas junto ao banco de horas que funcionará conforme as regulamentações pertinentes.



Handwritten signatures and initials in blue ink.

#### UNIFORME DE TRABALHO E EPI's

Os colaboradores são obrigados a utilizar uniforme, crachá, e EPI's fornecidos pela entidade, devendo prezar pelo bom uso e cuidado dos mesmos.

Caso o colaborador verifique a necessidade de troca de equipamento ou uniforme, deverá informar ao superior hierárquico que promoverá as substituições dos mesmos.



#### DA DEVIDA UTILIZAÇÃO DOS BENS

A utilização de bens e ativos da empresa fora do âmbito ou horário de trabalho não serão permitidos sem autorização prévia. Entre os bens e ativos estão: móveis, equipamentos, estoque, instalações técnicas e de mercado, modelos, documentos de trabalho e outros que fazem parte do patrimônio do Instituto Alpha.

Os sistemas telefônicos, de e-mail, correio de voz e de computação do Instituto Alpha destinam-se primordialmente ao uso comercial e sob nenhuma hipótese servirão de instrumento à discriminação seja de raça, religião, cor, origem, idade, sexo, incapacidade física e mental ou de qualquer outra forma não autorizada. Os colaboradores do Instituto Alpha não poderão utilizar os referidos sistemas de maneira que possam causar danos ou embaraços ao Instituto.

#### INFORMAÇÕES SIGILOSAS E CONFIDENCIAIS



As informações sigilosas são aquelas pertencentes ao Instituto Alpha e a seus clientes enquanto não divulgadas, ou seja, não disponíveis para o público em geral. Exemplos de informações sigilosas: aquisições, associados, contratos, especificações técnicas, fusões, mudanças administrativas importantes, planos comerciais, planos estratégicos, preços, orçamentos, propostas e relatórios. O profissional que obtenha informações sigilosas da empresa ou sobre qualquer um de seus clientes ou fornecedores tem o dever de guardar sigilo, mesmo após seu desligamento do Instituto Alpha.

Entende-se por "informação confidencial" toda aquela, produzida ou recebida pelo colaborador no curso de sua relação com o Instituto Alpha, referentes aos projetos em todos os seus componentes, como: relatórios, estudos, informações relativas aos usuários dos serviços, dados técnicos e banco de dados.

É vedado discutir questões delicadas ou informações confidenciais em locais públicos, como por exemplo, elevadores, corredores, restaurantes, banheiros e transporte público; e, salvo sob circunstâncias urgentes, não deverá ser discutida informações proprietárias ou confidenciais através de um telefone celular. Além disso, é necessário ter grande cuidado ao discutir essas informações por meio de telefones com viva-voz.

Gratuito

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br



## COMUNICAÇÕES COM A IMPRENSA, PUBLICAÇÕES E APARIÇÕES EM PÚBLICO.

Não é recomendável aos colaboradores, qualquer manifestação de opinião pessoal em nome do Instituto Alpha, ou fazer qualquer referência à qualidade do colaborador do Instituto Alpha a título pessoal e fins pessoais, em qualquer rede social, blogs, site, revista, jornal, rádio ou outro meio de comunicação.

Caso haja autorização da Diretoria na participação em entrevistas e semelhantes, o colaborador do Instituto Alpha deverá restringir-se a comentários estritamente técnicos, precisos e completos, evitando o uso desnecessário de juízo de valor, devendo as declarações serem pautadas pela precisão terminológica e cautela na divulgação de informações sensíveis.

## CONDUTA PROFISSIONAL

Os colaboradores devem tratar a todos com idêntico respeito, cortesia, civilidade, dignidade e sentido profissional.

Os colaboradores devem contribuir e zelar para a existência de um bom ambiente de trabalho, através de atitudes colaborativas com os colegas, sem discriminação e hostilização.

Os colaboradores devem cumprir com os regulamentos e normas que disciplinam a atividade profissional, assim como os Códigos de Ética de suas categorias profissionais.

Colaboradores em qualquer nível hierárquico, jamais devem utilizar comunicação para humilhar, denunciar, expor publicamente, criticar ou assediar moralmente qualquer colega, como descrito na legislação local.





#### DA ACEITAÇÃO DE PRESENTES

Como regra geral, nenhum colaborador ou membro imediato de sua família deve aceitar presentes, serviços, empréstimos, algo de valor (incluindo entretenimento) ou tratamento preferencial de quem quer que seja, em troca de um relacionamento comercial passado, presente ou futuro com o Instituto Alpha. Caso o colaborador do Instituto Alpha tiver dúvida em relação a aceitação ou não de determinado presente ou convite, deverá antes consultar o departamento de recursos humanos.



#### DA DISCRIMINAÇÃO E ASSÉDIO

O Instituto Alpha compromete-se a promover um ambiente de trabalho que favoreça a diversidade e onde as diferenças entre os colaboradores sejam valorizadas e respeitadas

Handwritten initials and scribbles at the bottom right of the page.



O assédio sexual ou qualquer outro tipo de discriminação, assédio ou intimidação, quer cometido por – ou contra – um supervisor, colega de trabalho, cliente, fornecedor ou visitante não serão permitidos. Qualquer tipo de discriminação ou assédio – seja com base em raça, gênero, identidade ou expressão de gênero, cor, credo, religião, nacionalidade, cidadania, idade, deficiência, estado civil, orientação sexual, descendência ou situação sócio econômica de uma pessoa – é incompatível com nossa tradição de oferecer um ambiente de trabalho respeitoso, profissional e digno.

#### DAS MÍDIAS SOCIAIS

A utilização das redes sociais particulares em ambiente ou horário de trabalho não é recomendada. Ao se identificar como um colaborador do Instituto Alpha, garantir que o seu perfil e o conteúdo relacionado sejam consistentes com a forma como você deseja apresentar-se a colegas e clientes.

Página 12

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3339-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3339-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Página 363



Na rede corporativa, recomenda-se não fazer manifestações de cunho étnico, religioso, político e pessoal, divulgar temas que possam ser considerados ofensivos ou praticar qualquer conduta que não seria aceitável no local físico de trabalho.

Não usar o nome do Instituto Alpha para endossar ou promover produtos, opiniões ou causas.

Ser pessoalmente responsável pelos conteúdos que publicar em blogs ou qualquer outra forma de ferramenta colaborativa. Respeitar os direitos autorais e as leis de divulgação, sempre citando suas fontes.

Vale ressaltar que, ao ingressar no Instituto Alpha, todo Colaborador assina um Termo de autorização de uso de imagem, para situações em que eventualmente passe a figurar em filmagens e/ou fotos oriundas de ações ou programa de saúde, realizados no transcorrer do ano.

#### LIGAÇÕES TELEFÔNICAS

O Instituto Alpha espera que seus colaboradores tenham bom senso ao realizar ligações telefônicas particulares. Caso seja identificado abuso, exagero e falta de bom senso, os custos deverão ser reembolsados para a empresa. Ligações pessoais interurbanas e para celulares devem durar o tempo estritamente necessário e as ligações internacionais pessoais deverão ser prontamente reembolsadas ao Instituto Alpha.



Página 13

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

#### AÇÕES QUE SÃO EXPRESSAMENTE PROIBIDAS NA EMPRESA

- Utilizar recursos da empresa sejam eles físicos, humanos ou materiais para atender interesses particulares;
- Conversas (bate-papo) nos corredores, balcões, salas de medicação, mesas e sala de reunião perturbando ou causando distrações no ambiente de trabalho;
- A distribuição, posse ou uso de drogas ilegais, bem como, o fato de estar sob a influência dessas drogas, no trabalho.



#### DOS CONFLITOS DE INTERESSES



Os colaboradores do Instituto Alpha devem se atentar a quaisquer atividades, interesses ou relacionamentos que possam interferir, ou mesmo parecer interferir, com a sua capacidade de agir no melhor interesse do Instituto Alpha.

O colaborador em caso de dúvida sobre a compatibilidade das funções exercidas no âmbito do vínculo com o Instituto Alpha e a atividade externa, deverá procurar a diretoria, que informará a direção.

Página 14



### DAS CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

#### Requer-se aos colaboradores:

- Tratar com o devido respeito e civilidade seus pares de trabalho, superiores hierárquicos, população atendida, bem como se ter zelo pelos equipamentos e insumos;
- Apresentar – se com o devido asseio ao trabalho;
- Zelar pela disciplina no trabalho;
- Comunicar imediatamente aos superiores hierárquicos as necessidades e problemas, não se furtando das obrigações éticas e morais do trabalho;
- Utilizar com parcimônia aparelhos celulares, recomendando evitar seu uso durante o trabalho, a não ser no caso de necessidade de trabalho
- Ser assíduo e pontual;

#### É vedado aos colaboradores:

- Participar de jogos de azar durante o ambiente de trabalho;
- Retirar-se do local de trabalho sem a devida comunicação e autorização do superior;
- Valer-se do cargo para tirar proveito pessoal ou para outrem;
- Apresentar-se embriagado ou com o estado de consciência alterado pelo uso de algum entorpecente.

Página 15

Nº 366



#### DOS ATOS DISCIPLINARES

Os colaboradores que descumprirem as normas da entidade, bem como as obrigações inerentes às suas funções ou cometerem alguma infração estarão sujeitos às sanções disciplinares, tais como advertência, suspensão e demissão por justa causa.



Conforme Art. 482, CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), em que diz:

\*Art. 482 - Constituem justa causa para rescisão do contrato de trabalho pelo empregador:

- a) Ato de improbidade;
  - b) Incontinência de conduta ou mau procedimento;
  - c) Negociação habitual por conta própria ou alheia sem permissão do empregador, e quando constituir ato de concorrência à empresa para a qual trabalha o empregado, ou for prejudicial ao serviço
- Condenação criminal do empregado, passada em julgado, caso não tenha havido suspensão da execução da pena;

- d) Desídia no desempenho das respectivas funções;
- e) Embriaguez habitual ou em serviço;
- f) Violação de segredo da empresa;
- g) Ato de disciplina ou de insubordinação;
- h) Abandono de emprego;
- i) Ato lesivo da honra ou da boa fama praticado no serviço contra qualquer pessoa, ou ofensas físicas, nas mesmas condições, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- j) Ato lesivo de honra ou da boa fama ou ofensas físicas praticadas contra o empregador e superiores hierárquicos, salvo em caso de legítima defesa, própria ou de outrem;
- k) Prática constante de jogos de azar;
- l) Perda de habilitação ou dos requisitos estabelecidos em lei para o exercício da profissão, em decorrência de conduta dolosa do empregado. (Incluído pela Lei nº 13.467, de 2017).

**Parágrafo Único** – Constitui igualmente justa causa para dispensa de empregado a prática, devidamente comprovada em inquérito administrativo, de atos atentatórios à segurança nacional (Incluído pelo Decreto-lei nº 3, de 27.1.1966).

Página 17

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 11013-153  
Telefone: (13) 3322-7379 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

*Handwritten initials: S, P, M, P*



## DA CONCLUSÃO

Nós, do Instituto Alpha, esperamos que nossos colaboradores se realizem por meio de seu trabalho e sabemos que para isso, o caminho da ética e da integridade é o único capaz de gerar a realização plena.

Busquemos sempre que necessitarmos, orientação junto aos nossos diretores.

É fundamental que esse documento esteja sempre ao nosso alcance em nosso local de trabalho.

Este Manual tem um caráter educativo e disciplinar, por isso deve ser lido e consultado com frequência.

Sendo assim, esperamos que todos ajam em total conformidade com as normas estipuladas neste Manual de forma coerente com padrões éticos da empresa.



## INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

Página 18

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 33394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 33394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br



## 14.7. Segurança do Trabalho

Segurança do trabalho é o conjunto de normas, atividades, medidas e ações preventivas praticadas para melhorar e garantir a segurança dos ambientes e campos de trabalho. A Segurança do Trabalho também atua na prevenção de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, além de proteger a integridade física do trabalhador.

Por meio de estudos e técnicas específicas, ela analisa a possível causa de um acidente e de doenças ocupacionais com o objetivo de prevenir novos incidentes que podem afetar a qualidade de vida e a saúde dos colaboradores de uma empresa.

A segurança do trabalho é um setor importantíssimo para qualquer empresa, pois zela pela qualidade de vida e mantém um ambiente de trabalho seguro, o que influencia diretamente na produtividade e até na redução dos custos — as ações preventivas evitam gastos com o tratamento de um funcionário acidentado e, até mesmo, com processos judiciais.

Os profissionais que atuam na segurança do trabalho visam a manter um ambiente livre de riscos de acidentes e doenças ocupacionais, sempre em caráter preventivo, evitando possíveis danos ao empregado que afetam também a empresa.

No Brasil, a segurança do trabalho é referenciada por Normas Regulamentadoras — as chamadas NRs —, decretos e portarias que são utilizados como base para o trabalho e o exercício das atividades profissionais.

É imprescindível que todo empreendimento tenha uma equipe e os profissionais podem ser de nível técnico, superior, médicos e enfermeiros do trabalho. O dimensionamento da equipe varia de acordo com o número de empregados e o grau de risco da empresa.

### Quais são os objetivos da segurança do trabalho?

Os objetivos são muitos, dentre eles destacamos: promover qualidade de vida, evitando acidentes e doenças ocupacionais, como lesões e dores no corpo ou



limitações nas atividades cotidianas, temporária ou permanente.

Seus objetivos podem variar conforme o segmento de cada negócio, mas, em sua maioria, são:

Redução de acidentes e doenças relacionadas às atividades laborais, garantindo a integridade dos funcionários;

Definição de responsabilidades para o empregador, eliminando condições de trabalho que gerem inseguranças na empresa;

Foco na saúde dos trabalhadores, conscientizando-os sobre a importância da prevenção;

Certificação de que equipamentos de proteção individual (EPI) estão em bom funcionamento, realizando ensaios constantes para checagem de desempenho;

Realização de cursos, workshops, palestras, entre outros formatos de atividades educativas sobre boas práticas de segurança e redução de acidentes de trabalho;

Participação de comissões técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT);

Seguir a legislação vigente e os requisitos legais que a compõe;

Propor melhores condições de trabalho, visando a saúde física, mental e social de cada colaborador, entre outros.

### **A importância do uso dos Equipamentos de uso individual.**

Entender o que é EPI e qual sua importância é vital para manter a saúde e segurança do trabalho na empresa. Diariamente, inúmeros trabalhadores estão expostos a situações de risco, seja ele mínimo, moderado ou alto. Uma das principais formas de mitigar esses riscos e contribuir com a segurança em ambiente de trabalho é a utilização de EPIs.

### **O que é EPI?**

EPI significa Equipamento de Proteção Individual. São equipamentos e acessórios desenvolvidos para proteger uma parte do corpo ou o indivíduo todo contra riscos específicos.

De acordo com a NR 6, a definição de EPI seria: "todo dispositivo ou produto de uso individual utilizado pelo trabalhador que tem como finalidade protegê-lo de riscos ou ameaças à segurança e à saúde".

Dessa forma, entram na lista dos EPIs itens como:

- Óculos de proteção;
- Luvas;
- Capacetes;
- Protetores auriculares;
- Máscaras;
- Abafadores de som;
- Cintos de segurança;
- Equipamentos de segurança para alturas.

Há ainda outros EPIs, sendo que cada função ou cada tipo de risco necessita de equipamentos próprios.

### Sua importância

Depois de entender o que é EPI, também é preciso entender sua importância. Os Equipamentos de Proteção Individual são capazes de prevenir grande parte dos acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

Eles tornam a empresa mais segura tanto para empregados quanto para

empregadores, já que, dentro do local de trabalho, acidentes podem acontecer com qualquer pessoa.

Além disso, a empresa que não fornece e não fiscaliza a utilização de EPIs, está descumprindo os termos da NR 6, ficando sujeita a multas e processos judiciais.

Preocupar-se com a saúde e segurança das pessoas é a melhor forma de garantir que o trabalho continuará acontecendo com o mínimo possível de imprevistos.

O uso correto e contínuo dos EPIs deve ser diário, para a segurança de Colaboradores e dos Pacientes, devendo ser visto como um acessório de trabalho que pode salvar vidas. Portanto, os fatores consciência e bom senso ganham destaque dentro desse processo, sendo importante reiterar que, a não obediência à estas solicitações, são passíveis de sanções punitivas em consonância com a CLT.



Segue abaixo o modelo de Ficha de EPI:



**Recibo de entrega de Equipamento de Proteção Individual (EPI)**

Empresa		
Nome do Colaborador	Função	Região

Declaro ter recebido GRATUITAMENTE os EPI's (Equipamentos de proteção individual) abaixo relacionados, bem como todo treinamento para o uso correto, manutenção, higienização e conservação dos mesmos, conforme determina a NR 6. Declaro ainda, estar ciente que:

É obrigatório o uso dos EPI's recebidos sempre que estiver executando atividades e/ou em locais que seja necessário o uso destes, seguindo instruções por mim recebidas, treinamento e/ou avisos constantes nestes locais.

O não uso poderá em qualquer momento ser considerado falta disciplinar de natureza grave, conforme as Normas Regulamentadoras e regulamentos da empresa.

Respeito-me pela guarda e conservação dos EPI's que me foram confiados.

Deverei comunicar imediatamente ao responsável qualquer alteração nos EPI's que os tornem parcialmente ou totalmente danificados.

Devolverei os EPI's à empresa quando por esta solicitado, quando sem condições de uso ou por rescisão do contrato de trabalho, sob pena de ser cobrada no valor correspondente ao EPI.

É proibido o empréstimo ou doação de EPI's, pois isto é de uso pessoal.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Quantidade	EPI	CA	Recebido		Entreguido		Data
			Quantidade	Assinatura	Quantidade	Assinatura	

**14.8. O E-Social e a Segurança do Trabalho**

O sistema eSocial foi desenvolvido pelo Governo Federal, com o objetivo de centralizar os dados trabalhistas, tributários e previdenciários dos empregadores e empregados.

O sistema também ajuda a facilitar o envio dessas informações aos órgãos públicos responsáveis. Nos últimos meses, o sistema vem passando por várias atualizações, entre elas, está o envio dos eventos SST (Segurança e Saúde no Trabalho) no eSocial.

Diante das novas regras, muitos se perguntam: o que mudou? Por que é preciso enviar esses eventos? As empresas dos grupos 2 e 3 estão incluídas? Quem é o responsável pela separação e envio dos documentos e como o SST deve ser repassado para o eSocial?

- **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)**

O S-2210 é utilizado pelas empresas para comunicar um acidente de trabalho ao eSocial. Essa comunicação deve ser realizada mesmo que o trabalhador acidentado não seja afastado das atividades na organização.

No caso de dúvidas sobre questões técnicas relacionadas ao sistema eSocial, o Governo Federal disponibilizou um canal de atendimento. Sendo assim, as empresas conseguem resolver problemas durante o envio de documentos referentes ao S-2210.

- **Monitoramento da Saúde do Trabalhador**

Esse evento apresenta dados sobre o monitoramento da saúde do colaborador durante o vínculo de trabalho na empresa. Essas informações são obtidas por meio dos exames periódicos, complementares, admissionais e demissionais.

Porém, o resumo desses dados fica no documento "Atestado de Saúde Ocupacional" (ASO). Com o atestado em "mãos", a empresa consegue preencher todos os campos exigidos no S-2220. Se surgirem dúvidas, é só acessar o canal de atendimento do eSocial para esse evento.



#### 14.9. Condições Ambientais do Trabalho — Agentes nocivos

Já o S-2240 é usado para transmitir as condições ambientais da empresa. A finalidade principal é indicar se existem fatores de risco (agentes nocivos) durante os serviços prestados pelos colaboradores. Para entender quais são esses agentes nocivos, é importante consultar o Decreto nº 3.048/1999.

**Só para termos uma ideia, os agentes nocivos são divididos em três categorias:**

Químicos — exposição a produtos que provocam intoxicação ou corrosão: benzeno, chumbo, carvão mineral, arsênio etc.;

Biológicos — materiais biológicos e componentes orgânicos que podem gerar doenças: lixo, animais infectados, material hospitalar etc.;

Físicos — condições de trabalho que podem prejudicar o corpo humano: radiação, frio extremo, umidade, pressões anormais, altos ruídos etc.

O Governo Federal também criou um canal de atendimento específico para dúvidas técnicas sobre o S-2240. Vale ressaltar a importância de tirar todas as dúvidas antes de enviar o formulário. Dessa forma, se evita pendências e atrasos na finalização do processo.

#### **Acidentes Biológicos – Normas e protocolos**

As exposições ocupacionais a materiais biológicos potencialmente contaminados são um sério risco aos profissionais em seus locais de trabalho. Estudos desenvolvidos nesta área mostram que os acidentes envolvendo sangue e outros fluidos orgânicos correspondem às exposições mais frequentemente relatadas.

Os ferimentos com agulhas e material perfurocortante, em geral, são considerados extremamente perigosos por serem potencialmente capazes de

transmitir patógenos diversos, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B e o da hepatite C, os agentes infecciosos mais comumente envolvidos.

Evitar o acidente por exposição ocupacional é o principal caminho para prevenir a transmissão dos vírus das hepatites B e C e do vírus HIV. Entretanto, a imunização contra hepatite B e o atendimento adequado pós-exposição são componentes fundamentais para um programa completo de tratamento dessas infecções e elementos importantes para a segurança no trabalho.

O risco ocupacional após exposições a materiais biológicos é variável e depende do tipo de acidente e de outros fatores, como gravidade, tamanho da lesão, presença e volume de sangue envolvido, além das condições clínicas do paciente-fonte e uso correto da profilaxia pós exposição.

O risco de infecção por HIV pós-exposição ocupacional com sangue contaminado é de aproximadamente 0,3%

No caso de exposição ocupacional ao vírus da hepatite B (HBV), o risco de infecção varia de seis a 30%, dependendo do estado do paciente fonte, entre outros fatores.

Quanto ao vírus da hepatite C (HCV), o risco de transmissão ocupacional após um acidente percutâneo com paciente-fonte HCV positivo é de aproximadamente 1,8% a 10%.

Apesar de todos esses riscos, a falta de registro e notificação desses acidentes é um fato concreto. Alguns trabalhos demonstram aproximadamente 50% de sub notificação das exposições de um conjunto estimado em aproximadamente 600 mil a 800 mil exposições ocupacionais, anualmente, nos Estados Unidos (NIOSH, 1999).

No Brasil, de acordo com dados publicados em anais de congressos, o cenário dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico é semelhante aos observados em outros países, quando comparamos a incidência de acidentes e de sub notificação.

Estudos recentes em Projetos de Pesquisa Clínica que manipulam Materiais Biológicos em seu escopo em projetos aprovados em Centro de Pesquisa não

apresentam em sua grande maioria cuidados em Biossegurança, tanto para os pesquisadores bem como para o ambiente de pesquisa.

Este alerta deve servir como fator de incorporação dos cuidados necessários na manipulação, armazenamento e no descarte do material biológico.

Atualmente estão sendo desenvolvidos estudos em nosso País, analisando a utilização da Vacina Hiper antigênica em não respondedores à Vacina da Hepatite B, este estudo está sendo elaborado em parceria com grupos internacionais e pela equipe do HCPA.

Outro dado nacional preocupante está relacionado à taxa de abandono do tratamento dos profissionais que, inicialmente, procuraram assistência e notificaram seus acidentes. Um levantamento de um hospital público de ensino de São Paulo, aponta para uma taxa de abandono de 45% em 326 acidentes notificados já em um hospital público de ensino em Porto Alegre, esta taxa foi de 36% em 241 acidentes notificados.

### Condutas após o acidente

#### **Cuidados com a área exposta**

- Lavagem do local exposto com água e sabão nos casos de exposição percutânea ou cutânea.
- Nas exposições de mucosas, deve-se lavar exaustivamente com água ou solução salina fisiológica.
- Não há evidência de que o uso de antissépticos ou a expressão do local do ferimento reduzam o risco de transmissão, entretanto, o uso de antisséptico não é contraindicado.
- Não devem ser realizados procedimentos que aumentem a área exposta, tais como cortes e injeções locais. A utilização de soluções irritantes (éter, glutaraldeído, hipoclorito de sódio) também está contraindicada.

### **Avaliação do acidente**

- Estabelecer o material biológico envolvido: sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor, líquido sinovial, líquido pleural, peritoneal, pericárdico e amniótico), fluidos orgânicos potencialmente não infectantes (suor, lágrima, fezes, urina e saliva), exceto se contaminado com sangue.

- Tipo de acidente: perfurocortante, contato com mucosa, contato com pele com solução de continuidade.

- Conhecimento da fonte:

- 1) fonte comprovadamente infectada;
- 2) fonte exposta à situação de risco;
- 3) fonte desconhecida, material biológico sem origem estabelecida.

### **Orientações e aconselhamento ao acidentado**

Com relação ao risco do acidente:

- Possível uso de quimioprofilaxia.
- Consentimento para realização de exames sorológicos.
- Comprometer o acidentado com seu acompanhamento durante seis meses.
- Prevenção da transmissão secundária.
- Suporte emocional devido ao estresse pós-acidente.

Orientar o acidentado a relatar de imediato os seguintes sintomas:

- Infadenopatia, rash, dor de garganta, sintomas de gripe (sugestivos de soro conversão aguda);
- Reforçar a prática de biosegurança e precauções básicas em serviço.

### **Notificação do acidente (CAT/Sinan)**

- Registro do acidente em CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).



- Preenchimento da ficha de notificação do Sinan (Portaria n.º777) (BRASIL, 2004a).

### **Avaliação da exposição no acidente com material biológico.**

- Deve ocorrer imediatamente após o acidente e, inicialmente, basear-se em uma adequada anamnese do acidente, caracterização do paciente fonte, análise do risco, notificação do acidente e orientação de manejo e medidas de cuidado com o local exposto.

- A exposição ocupacional ao material biológico deve ser avaliada quanto ao potencial de transmissão de HIV, HBV e HCV com base nos seguintes critérios:

- Tipo de exposição.
- Tipo e quantidade de fluido e tecido.
- Status sorológico da fonte.
- Status sorológico do acidentado.
- Susceptibilidade do profissional exposto.

### **Quanto ao tipo de exposição:**

As exposições ocupacionais podem ser:

- Exposições percutâneas: lesões provocadas por instrumentos perfurantes e/ou cortantes (p. ex.: agulhas, bisturis, vidrarias).
- Exposições em mucosas: respingos em olhos, nariz, boca e genitália.
- Exposições em pele não-integra, por exemplo: contato com pele com dermatite, feridas abertas, mordeduras humanas consideradas como exposição de risco, quando envolverem a presença de sangue.

Nesses casos, tanto o indivíduo que provocou a lesão quanto aquele que foi lesado devem ser avaliados.

### **Quanto ao tipo de fluido e tecido**

Fluidos biológicos de risco:

• Hepatite B, C e HIV: sangue, líquido orgânico contendo sangue visível e líquidos orgânicos potencialmente infectantes (sêmen, secreção vaginal, liquor e líquidos peritoneal, pleural, sinovial, pericárdico e amniótico).

OBS: Devem ser observados os protocolos das especialidades médicas.

### **Materiais biológicos considerados potencialmente não-infectantes**

• Hepatite B e C: escarro, suor, lágrima, urina, vômitos, fezes, secreção nasal, saliva, escarro, suor e lágrima exceto se tiver sangue.

### **Quantidade de fluidos e tecidos;**

As exposições de maior gravidade envolvem:

- Maior volume de sangue;
- Lesões profundas provocadas por material cortante;
- Presença de sangue visível no instrumento;
- Acidentes com agulhas previamente utilizadas em veia ou artéria de paciente-fonte;
- Acidentes com agulhas de grosso calibre;
- Agulhas com lúmen;
- Maior inoculação viral;
- Paciente-fonte com hiv/aids em estágio avançado;
- Infecção aguda pelo hiv;
- Situações com viremia elevada;
- Deve-se observar, no entanto, que há a possibilidade de transmissão,



mesmo quando a carga viral for baixa e quando houver a presença de pequeno volume de sangue.

### **Status sorológico da fonte (origem do acidente)**

O paciente-fonte deverá ser avaliado quanto a infecção pelo HIV, hepatite B e hepatite C, no momento da ocorrência do acidente. As informações disponíveis no prontuário só nos auxiliam se os resultados de exames forem positivos para determinada para infecção (HIV, HBV, HCV).

- Ca  
so a fonte seja conhecida, mas sem informação de seu status sorológico, é necessário orientar o profissional acidentado sobre a importância da realização dos exames HBsAg, Anti-HBc IgM, Anti-HCV e Anti-HIV.

- Deve ser utilizado o teste rápido para HIV, sempre que disponível, junto com os exames acima especificados.

- Ca  
so haja recusa ou impossibilidade de realizar os testes, considerar o diagnóstico médico, sintomas e história de situação de risco para aquisição de HIV, HBC e HCV.

- Exames de detecção viral não são recomendados como testes de triagem.

### **Quando a fonte é desconhecida:**

- Levar em conta a probabilidade clínica e epidemiológica de infecção pelo HIV, HCV, HBV – prevalência de infecção naquela população, local onde o material perfurante foi encontrado (emergência, bloco cirúrgico, diálise), procedimento ao qual ele esteve associado, presença ou não de sangue, etc.

### **Status sorológico do acidentado**

- Verificar realização de vacinação para hepatite B.
- comprovação de imunidade por meio do Anti-HBs.
- realizar sorologia do acidentado para HIV, HBV e HCV.

### Manejo frente ao acidente com material biológico

#### • **Condutas frente ao acidente com exposição ao HIV**

Paciente-fonte HIV positivo: Um paciente-fonte é considerado infectado pelo HIV quando há documentação de exames anti-HIV positivos ou o diagnóstico clínico de aids. Conduta: análise do acidente e indicação de quimioprofilaxia antirretroviral.

Paciente-fonte HIV negativo: Envolve a existência de documentação laboratorial disponível e recente (até 30 dias para o HIV) ou no momento do acidente, através do teste convencional ou do teste rápido. Não está indicada a quimioprofilaxia antirretroviral.

Paciente-fonte com situação sorológica desconhecida: Um paciente-fonte com situação sorológica desconhecida deve, sempre que possível, ser testado para o vírus HIV, depois de obtido o seu consentimento; deve-se colher também sorologias para HBV e HCV.

Paciente-fonte desconhecido: Na impossibilidade de se colher as sorologias do paciente-fonte ou de não se conhecer o mesmo (Ex.: acidente com agulha encontrada no lixo), recomenda-se a avaliação do risco de infecção pelo HIV, levando em conta o tipo de exposição (agulha, bisturi), dados clínicos e epidemiológicos (local do acidente de acordo com a fonte).

Indicação de Profilaxia Pós-Exposição (PPE): Quando indicada, a PPE deverá ser iniciada o mais rápido possível. Estudos em animais sugerem que a quimioprofilaxia não é tão eficaz quando iniciada 24 a 48 horas após a exposição. Recomenda-se



que a PEP iniciada com 12, 24 ou 36 horas é mais efetiva que com 48 a 72 horas após exposições. Estes mesmos estudos estabeleceram que a PEP não é efetiva quando indicada acima de 72 horas após a exposição e são a base para que os trabalhadores da saúde atendidos com mais de 72 horas após a evolução não sejam elegíveis para esta quimioprofilaxia.

A duração da quimioprofilaxia é de 28 dias. Atualmente, existem diferentes medicamentos antirretrovirais potencialmente úteis, embora nem todos indicados para PPE, com atuações em diferentes fases do ciclo de replicação viral do HIV.

Mulheres em idade fértil: oferecer o teste de gravidez para aquelas que não sabem informar sobre a possibilidade de gestação em curso.

Nos casos em que se suspeita que o paciente-fonte apresenta resistência aos antirretrovirais, iniciar a PPE com os antirretrovirais habituais e encaminhar o acidentado para um especialista.

#### Prevenção à transmissão secundária

Nos casos de exposição ao HIV, o profissional acidentado deve realizar atividade sexual com proteção pelo período de seguimento, mas principalmente nas primeiras seis a 12 semanas pós-exposição. Deve também evitar: gravidez, doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos e sêmen.

O aleitamento materno deve ser interrompido.

#### Condutas frente ao acidente com exposição ao HBV

As recomendações vão depender do status sorológico do paciente-fonte e dos níveis de Anti-HBs do profissional acidentado.

Segue abaixo ilustrado, o Quadro de Situação Vacinal e Sorológica do Profissional de Saúde exposto:

SITUAÇÃO VACINAL E SOROLÓGICA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE EXPOSTO	PACIENTE-FONTE		
	HBs Ag + ou HBs Ag - e Anti-HBc Total +	HBs Ag -	HBs Ag desconhecido ou não testado
Não vacinada	IGHAHB* - 1 dose e iniciar esquema de vacinação para hepatite B	Iniciar vacinação para hepatite B	Iniciar vacinação para hepatite B. Indicar IGHAB dependendo do risco do acidente.
Com vacinação incompleta	IGHAB + completar vacinação	Completar vacinação	Completar vacinação
Previamente vacinado Responder** Com resposta vacinal conhecida e adequada	Nenhum tratamento	Nenhum tratamento	Nenhum tratamento
Não respondedor. Sem resposta vacinal após a 1ª série (três doses)	IGHAB duas doses**** ou IGHAB uma dose e iniciar re-vacinação	Completar 2ª esquema de vacinação	Dependendo do risco do acidente, tratar como se fosse HBs Ag (+)
Não respondedor Sem resposta vacinal após a 2ª série (seis doses)	IGHAB duas doses e/ou vacina hiperantigênica****	Nenhum tratamento	IGHAB 2 doses e/ou vacina hiperantigênica****
Nível de anticorpos desconhecido	Testar a pessoa exposta para Anti-HBs: 1) se adequada**, nenhum tratamento; 2) se inadequada, *** IGHAB uma dose e vacinação de reforço.	Testar a pessoa exposta para Anti-HBs: 1) se adequada**, nenhum tratamento; 2) se inadequada, *** iniciar revacinação	Testar a pessoa exposta para Anti-HBs: 1) se adequada**, nenhum tratamento; 2) se inadequada, *** iniciar revacinação

A dosagem de anticorpos pós-vacina, para verificação de imunidade quando houve aplicação de IGHAB, deve aguardar um período de três a seis meses.

Com o objetivo de excluir a possibilidade da fonte ou do acidentado estar na janela imunológica de um quadro agudo ou em fase de convalescença de hepatite B, quando o HBsAg pode ser negativo, solicita-se também o Anti-HBc IgM para o acidentado. Os acidentados cuja fonte for HBsAg positiva ou Anti-HBc IgM positiva





ou desconhecida e não estiverem imunizados para hepatite B, devem entrar em protocolo de seguimento realizando HBsAg, três e seis meses após o acidente e as demais condutas estabelecidas no quadro acima.

A vacina atual para HBV é aplicada, na dosagem de 10 a 20 mcg/ml (conforme o fabricante), no esquema de três doses, exclusivamente em deltoide, com intervalos de zero, um e seis meses; o esquema de zero, um e dois meses pode ser utilizado em situações em que a imunização rápida seja necessária, pois os anticorpos protetores são observados em quase todos os vacinados a partir do terceiro mês. É esperado o desaparecimento do título de anticorpos ao longo do tempo, mas a imunidade está mantida. Cerca de 95% a 99% atingem níveis protetores de anticorpos.

O uso de dosagem dupla de vacina 20 ou 40mcg/2ml (conforme o fabricante) nos esquemas habituais, ou variantes desse, estão indicados nos casos de trabalhadores com imunidade comprometida. Situações individuais específicas (portadores de HIV, talassêmicos, poli transfundidos, etc.) podem exigir a adoção de outros esquemas, cuja responsabilidade é do serviço especializado que o acompanha.

O volume a ser administrado varia de acordo com o produtor, há produtos com 10mcg e 20mcg. Após obter-se uma dosagem de Anti-HBsAg >10 UI/l não estão indicadas dosagens posteriores. As pessoas que fizeram um esquema vacinal completo e não responderam à vacinação, ou seja, Anti-HBs < 10 UI/L, devem realizar um segundo esquema vacinal, com dosagem de anti-HBs 1 a 2 meses após o término da vacinação, não ultrapassando 6 meses.

Se ainda persistirem não-respondedoras, não são indicadas outras doses da vacina convencional, no entanto pode ser utilizada a vacina "hiper antigênica"

Não há nenhuma restrição quanto às atividades laborais, para as pessoas que não responderam à vacinação para hepatite B. Entretanto, caso sofram acidente com

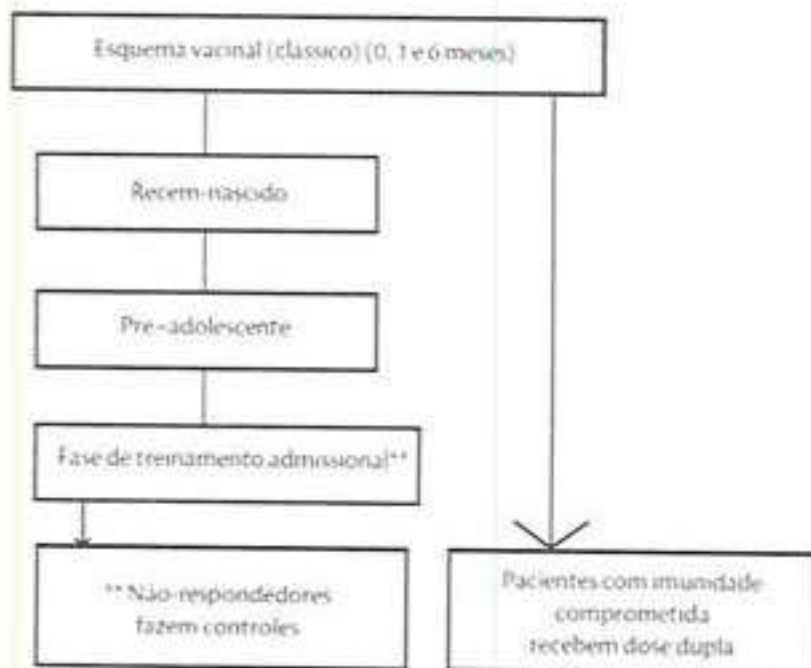
material biológico, elas devem procurar o serviço médico de referência com a maior brevidade para avaliar a necessidade de profilaxia pós-exposição.

Prevenção da transmissão secundária: O profissional de saúde exposto ao vírus da hepatite B precisa tomar precauções especiais para transmissão secundária, durante o período de seguimento. Deve evitar doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos ou sêmen.

Deve adotar práticas sexuais seguras. Na prevenção da transmissão vertical do HBV, não há necessidade de evitar a gravidez ou suspender o aleitamento materno desde que as medidas de profilaxia tenham sido para a mãe e o recém-nascido.

A profilaxia pré-exposição da hepatite B é feita por meio da vacinação.

Segue Fluxograma abaixo:



Conduitas frente ao acidente com exposição ao HCV ,Até o momento não existe nenhuma profilaxia pós-exposição contra o HCV. A incubação do HCV é de duas a 24 semanas (em média seis à sete semanas). Pode ocorrer alteração na TGP em torno de 15 dias e a positividade do RNA -HCV (PCR – reação em cadeia da polimerase) aparece entre oito e 21 dias. O Anti-HCV (3.ª geração) já pode ser detectado cerca de seis semanas após a exposição. Considerando que a positivação do Anti-HCV pode ser tardia, é recomendada a realização do RNA -HCV qualitativo no máximo até 90 dias após a data do acidente.

Caso positivo, o profissional acidentado será orientado a realizar o acompanhamento com profissional especializado.

Dessa forma, o acompanhamento preconizado para trabalhadores que se acidentaram com fonte HCV positiva ou desconhecida consiste na realização dos seguintes exames:

Nos locais que disponham de laboratórios de Biologia Molecular, realizar:

EXAME/ TEMPO	Momento zero	90 dias	180 dias
ALT (TGP)	realizar	realizar	realizar
Anti-HCV	realizar	-	realizar
PCR (RNA-HCV)	-	realizar*	-

Se positivo, encaminhar para tratamento da hepatite C aguda em centro de referência. Se negativo, um novo Anti-HCV deverá ser feito em 180 dias.

Em caso de soro-conversão deve-se realizar teste confirmatório por PCR.

Quando se identifica precocemente a infecção pelo HCV, o acidentado deve ser informado sobre a possibilidade de tratamento e encaminhado para um serviço de referência.

Prevenção da transmissão secundária: O profissional de saúde exposto ao vírus da hepatite C precisa tomar precauções especiais para transmissão secundária, durante o período de seguimento. Deve evitar doação de sangue, plasma, órgãos, tecidos ou sêmen. Sugere-se adotar práticas sexuais seguras e evitar a gravidez. O aleitamento materno será discutido caso a caso.

#### Medidas preventivas e gerenciais

São medidas estabelecidas pelas instituições que contratam profissionais da área da Saúde que visam:

- 1) À identificação dos riscos aos quais os profissionais estão expostos;
- 2) Ao estabelecimento das práticas de trabalho (ex.: não recapar agulha, descarte adequado de material);
- 3) Aos controles de engenharia que compreendem todas as medidas de controle que isolem ou removam um risco do local de trabalho. Abrangem instrumentos perfuro cortantes modificados com proteção contra lesões e sistemas sem agulha, bem como dispositivos médicos destinados a reduzir o risco de exposição a material biológico;
- 4) À utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) nas circunstâncias em que as práticas de trabalho e o controle de engenharia são insuficientes para propiciar uma proteção adequada;



5) à investigação, controle e registro dos casos de exposição à sangue ou fluidos corporais.

### Capacitação e educação em saúde

O programa de treinamento é fundamental e deve ser repetido regularmente a fim de se formar uma consciência prevencionista. O conteúdo do programa deve contemplar:

- 1) os tipos de riscos a que o profissional está exposto;
- 2) o modo de transmissão dos agentes veiculados pelo sangue e outros fluidos corporais;
- 3) as ações a serem adotadas em caso de acidentes:
  - Higiene adequada do local onde ocorreu o acidente com material biológico;
  - Lavar o local do corpo atingido com água em abundância;
  - Identificar, se possível, a fonte do acidente;
  - Comunicar a exposição por meio do preenchimento da ficha de notificação (CAT /Sinan);
  - Realizar os controles médicos indicados.
- 4) As recomendações sobre o uso de EPI, sobre as práticas de trabalho adotadas e as limitações desses meios. Fazem parte dessas recomendações:
  - Lavagem frequente das mãos: é a medida de controle de infecção mais importante e deve ser realizada sempre após contato com paciente e/ou material biológico e ao descalçar as luvas;

- Uso de luvas: no exame de paciente, incluindo contato com sangue, fluidos corporais, mucosas ou pele não-integra;
- Uso de óculos, protetor facial, máscara: deve ser utilizado sempre que se antecipar a possibilidade de respingo de sangue ou fluidos corporais;
- Uso de avental: deve ser restrito à área de trabalho, evitando se seu uso em refeitórios;
- Adequação do uso de EPI à NR 32.

Importante salientar que, o processo interno estabelecido pelo Instituto aos casos de Acidentes Biológicos envolvem gestores, superiores hierárquicos, Recursos Humanos e a parceria da Prefeitura com os locais de referência ao atendimento dos esquemas vacinais e, todo e qualquer episódio de Acidentes Biológicos têm que ser notificado, inclusive com a abertura da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), mas sobretudo se faz necessário a preservação e a integridade física de nossos Colaboradores.

#### **14.10. A Lei Geral De Proteção De Dados – LGPD**

- **O que é a LGPD?**

A Lei Geral de Proteção de Dados (13.709/2018) tem como principal objetivo proteger os direitos fundamentais de liberdade e de privacidade e o livre desenvolvimento da personalidade da pessoa natural. Também tem como foco a criação de um cenário de segurança jurídica, com a padronização de regulamentos e práticas para promover a proteção aos dados pessoais de todo cidadão que esteja no Brasil, de acordo com os parâmetros internacionais existentes.



A lei define o que são dados pessoais e explica que alguns deles estão sujeitos a cuidados ainda mais específicos, como os dados pessoais sensíveis e dados pessoais sobre crianças e adolescentes. Esclarece ainda que todos os dados tratados, tanto no meio físico quanto no digital, estão sujeitos à regulação. Além disso, a LGPD estabelece que não importa se a sede de uma organização ou o centro de dados dela estão localizados no Brasil ou no exterior: se há o processamento de informações sobre pessoas, brasileiras ou não, que estão no território nacional, a LGPD deve ser observada. A lei autoriza também o compartilhamento de dados pessoais com organismos internacionais e com outros países, desde que observados os requisitos nela estabelecidos.

### **Consentimento**

Na LGPD, o consentimento do titular dos dados é considerado elemento essencial para o tratamento, regra excepcionada nos casos previstos no art. 11, II, da Lei.

A lei traz várias garantias ao cidadão, como: poder solicitar que os seus dados pessoais sejam excluídos; revogar o consentimento; transferir dados para outro fornecedor de serviços, entre outras ações. O tratamento dos dados deve ser feito levando em conta alguns requisitos, como finalidade e necessidade, a serem previamente acertados e informados ao titular.

### **Quem fiscaliza?**

Para fiscalizar e aplicar penalidades pelos descumprimentos da LGPD, o Brasil conta com a Autoridade Nacional de Proteção de Dados Pessoais, a ANPD. A instituição terá as tarefas de regular e de orientar, preventivamente, sobre como aplicar a lei. No entanto, não basta a ANPD (Lei nº 13.853/2019) e é por isso que a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais também prevê a existência dos agentes de tratamento de dados e estipula suas funções, nas organizações, como: o controlador, que toma as decisões sobre o tratamento; o operador, que realiza o tratamento, em nome do

controlador; e o encarregado, que interage com os titulares dos dados pessoais e a autoridade nacional.

Com relação à administração de riscos e falhas, o responsável por gerir dados pessoais também deve redigir normas de governança; adotar medidas preventivas de segurança; replicar boas práticas e certificações existentes no mercado; elaborar planos de contingência; fazer auditorias; resolver incidentes com agilidade, com o aviso imediato sobre violações à ANPD e aos indivíduos afetados.

As falhas de segurança podem gerar multas de até 2% do faturamento anual da organização no Brasil – limitado a R\$ 50 milhões por infração. A autoridade nacional fixará níveis de penalidade segundo a gravidade da falha e enviará alertas e orientações antes de aplicar sanções às organizações.

Já em vigor, a LGPD é importante ferramenta para a preservação acerca do sigilo dos dados de nossos Colaboradores e, neste sentido, o Instituto está adequado e preza pela confidencialidade de todos os dados em sua base de cadastros, colhendo inclusive, a autorização do Colaborador assim que o mesmo ingressa no Instituto.

Segue abaixo o Termo De Consentimento para tratamento de dados pessoais Lei Geral De Proteção De Dados Pessoais – LGPD

**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS  
LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS – LGPD**

Através do presente instrumento, eu \_\_\_\_\_  
inscrito no CPF sob nº \_\_\_\_\_, aqui denominada como  
TITULAR, venho por meio deste, autorizar que a empresa Instituto Alpha de Medicina para  
Saúde, aqui denominada como CONTROLADORA, inscrita no CNPJ sob nº  
14.512.229/0001-10, em razão de contrato de prestação de serviços firmado, meus dados  
pessoais e dados pessoais sensíveis, de acordo com os artigos 7º e 11 da Lei nº  
13.709/2018, conforme disposto neste termo:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

**Dados Pessoais**

O Titular autoriza a Controladora a realizar o tratamento, ou seja, a utilizar os seguintes  
dados pessoais, para os fins que serão relacionados na cláusula segunda:

– Nome completo; – Data de nascimento; – Número e imagem da Carteira de Identidade  
(RG); – Número e imagem do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF); – Número e imagem do  
Título de Eleitor; – Número e imagem do Certificado de Reservista; – Número e imagem da  
Carteira Nacional de Habilitação (CNH) (quando necessário para a função contratada); –  
Número e imagem do cartão de vale transporte (quando utilizado pelo empregado); –  
Número e imagem do Programa de Integração Social (PIS); – CTPS física e/ou digital; –  
Fotografia 3x4; – Imagem da Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável; –  
Imagem do Diplomas (Nível de instrução ou escolaridade); – Endereço completo; – Números  
de telefone, WhatsApp e endereços de e-mail; – Banco, agência e número de contas  
bancárias; – Nome de usuário e senha específicos para uso dos serviços da Controladora; –  
Comunicação, verbal e escrita, mantida entre o Titular e o Controlador; – Exames e  
atestados médicos, especialmente admissionais, periódicos, incluídos de retorno por  
afastamento superior a 30 dias em caso de doença, acidente ou parto, de mudança de  
função, demissionais e ainda aqueles que atestem doença ou acidente; – Certidão de  
nascimento dos filhos menores de 14 anos, Carteira de vacinação dos menores de 7 anos,  
e atestado de matrícula e frequência escolar semestral dos maiores de 4 anos; Documento  
de filiação a Sindicato; Número e imagem da Carteira Profissional; etc.).

**CLÁUSULA SEGUNDA**

**Finalidade do Tratamento dos Dados**

O Titular autoriza que a Controladora utilize os dados pessoais e dados pessoais sensíveis  
listados neste termo para as seguintes finalidades:

– Permitir que a Controladora identifique e entre em contato com o titular, em razão do  
contrato de trabalho;

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, CJ-1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, CJ-1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

- Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação, principalmente trabalhista e previdenciária, incluindo o disposto em Acordo ou Convenção Coletiva da categoria da Controladora;

- Para procedimentos de admissão e execução do contrato de trabalho, inclusive após seu término;

- Para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização;

- Quando necessário para a executar um contrato, no qual seja parte o titular;

- A pedido do titular dos dados;

- Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou arbitral;

- Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;

- Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;

- Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais;

- Para contratação de serviços internos (por exemplo: vale alimentação, com a Empresa de sistema do relógio de ponto, Vale Transporte de modo que somente serão repassados para a empresa contratada os dados pessoais de identificação do titular);

- Permitir que a Controladora utilize esses dados para a contratação e prestação de serviços diversos dos inicialmente ajustados, desde que o Titular também demonstre interesse em contratar novos serviços.

Parágrafo Primeiro: Caso seja necessário o compartilhamento de dados com terceiros que não tenham sido relacionados nesse termo ou qualquer alteração contratual posterior, será ajustado novo termo de consentimento para este fim (§ 6º do artigo 8º e § 2º do artigo 9º da Lei nº 13.709/2018).

Parágrafo Segundo: Em caso de alteração na finalidade, que esteja em desacordo com o consentimento original, a Controladora deverá comunicar o Titular, que poderá revogar o consentimento, conforme previsto na cláusula sexta.

#### CLÁUSULA TERCEIRA

##### Compartilhamento de Dados

A Controladora fica autorizada a compartilhar os dados pessoais do Titular com outros agentes de tratamento de dados, caso seja necessário para as finalidades listadas neste instrumento, desde que, sejam respeitados os princípios de boa-fé, finalidade, adequação, necessidade, livre acesso, qualidade dos dados, transparência, segurança, prevenção, não discriminação e responsabilização e prestação de contas.

#### CLÁUSULA QUARTA

##### Responsabilidade pela Segurança dos Dados

A Controladora se responsabiliza por manter medidas de segurança, técnicas e administrativas suficientes a proteger os dados pessoais do Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD), comunicando ao Titular, caso ocorra algum incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante, conforme artigo 48 da Lei nº 13.709/2020.

#### CLÁUSULA QUINTA

##### Término do Tratamento dos Dados

A Controladora, é permitido manter e utilizar os dados pessoais do Titular durante todo o período contratualmente firmado para as finalidades relacionadas nesse termo e ainda após o término da contratação para cumprimento de obrigação legal ou impostas por órgãos de fiscalização, nos termos do artigo 16 da Lei nº 13.709/2018.

#### CLÁUSULA SEXTA

##### Direito de Revogação do Consentimento

O Titular poderá revogar seu consentimento, a qualquer tempo, por e-mail ou por carta escrita, conforme o artigo 8º, § 5º, da Lei nº 13.709/2020.

O Titular fica ciente de que a Controladora poderá permanecer utilizando os dados para as seguintes finalidades:

- Para cumprimento de obrigações decorrentes da legislação trabalhista e previdenciária, incluindo o disposto em Acordo ou Convenção Coletiva da categoria da Controladora.-
- Para procedimentos de admissão e execução do contrato de trabalho, inclusive após seu término.-
- Para cumprimento, pela Controladora, de obrigações impostas por órgãos de fiscalização.-
- Para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo ou

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (13) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

arbitral;- Para a proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros;- Para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, serviços de saúde ou autoridade sanitária;- Quando necessário para atender aos interesses legítimos do controlador ou de terceiros, exceto no caso de prevalecerem direitos e liberdades fundamentais do titular que exijam a proteção dos dados pessoais.

#### CLÁUSULA SÉTIMA

##### Tempo de Permanência dos Dados Recolhidos

O titular fica ciente de que a Controladora deverá permanecer com os seus dados pelo período mínimo de guarda de documentos trabalhistas, previdenciários, bem como os relacionados à segurança e saúde no trabalho, mesmo após o encerramento do vínculo empregatício.

#### CLÁUSULA OITAVA

##### Vazamento de Dados ou Acessos Não Autorizados – Penalidades

As partes poderão entrar em acordo, quanto aos eventuais danos causados, caso exista o vazamento de dados pessoais ou acessos não autorizados, e caso não haja acordo, a Controladora tem ciência que estará sujeita às penalidades previstas no artigo 52 da Lei nº 13.709/2018:

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Colaborador(a)

\_\_\_\_\_

Instituto Alpha de Medicina Para Saúde

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (15) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP: 11013-153  
Telefone: (15) 3394-5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

#### 14.11. Pesquisa de Clima Organizacional e Uso das Informações

Para determinar o nível de satisfação das pessoas que trabalharão no Instituto serão desenvolvidos os seguintes meios:

Pesquisa de Clima: realizada anualmente através de consultoria externa, e que incluirá os principais aspectos de relevância para satisfação das pessoas.

Esta pesquisa contemplará as seguintes etapas:

- Planejamento do Projeto de Pesquisa de Clima organizacional;
- Preparação para Pesquisa de Clima;
- Aplicação e Tabulação da Pesquisa e Tabulação da Pesquisa e Tabulação da Pesquisa de Clima Organizacional;
- Processamento, Análise e Diagnóstico dos Dados da Pesquisa de Clima
- Construção do Plano de Ação e Monitoramento da Implantação

Participarão desta pesquisa os representantes de todos os grupos de pessoas da força de trabalho e os resultados serão tabulados pela empresa de consultoria que também fará a comparação com valores de referência no mercado nacional. Nesta etapa, a Contratada deve tabular os dados coletados a partir das respostas dos empregados, realizar análises quantitativas e qualitativas (questões abertas) e cruzamentos de dados.

A Contratada deverá elaborar relatório com a análise quantitativo-descritiva e comparativa dos dados contendo, no mínimo:

- Caracterização da amostra;
- Quantidade de questionários iniciados e não concluídos;
- Validação estatística do questionário;
- Médias, desvios-padrão e índices de favorabilidade obtidos nos itens e nas dimensões de clima organizacional, de satisfação com o emprego atual e de comprometimento ou engajamento dos empregados da Unidade considerando-se cada um dos diferentes estratos da amostra.
- Análise da correlação entre as dimensões do clima organizacional;
- Identificação dos pontos fortes e oportunidades de melhoria;
- Comparação das práticas com as melhores práticas do mercado;
- Todas as análises devem ser acompanhadas de seus respectivos gráficos, sempre que for o caso.

A Contratada deverá sempre preservar a confidencialidade dos respondentes, agrupando segmentos (demografias), que permitam a identificação dos grupos.

O relatório preliminar deverá contemplar as conclusões sobre o clima organizacional, a satisfação e o comprometimento ou engajamento dos empregados. A Contratada deverá entregar e apresentar o Relatório Preliminar à Diretoria do Instituto, contendo todas as análises acima descritas em versão impressa e arquivo digital do tipo Word. Estes dados serão apresentados a Diretoria e a partir daí serão desencadeados uma série de planos de ações a serem implementados por área.

Pesquisas de Avaliação da Satisfação das Pessoas com o Ambiente de Trabalho: realizada semestralmente em áreas escolhidas por serem críticas ou por apresentarem resultados desfavoráveis na Pesquisa de Clima, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação dos colaboradores desta área com alguma questão que afete o ambiente ou o clima de trabalho.

Levantamentos Informais: através de um canal aberto de comunicação entre a Diretoria e a área de RH / Gestão de Pessoas e toda a força de trabalho.



### Uso das Informações:

Todos os resultados destes levantamentos serão analisados e tratados pela área de RH/ Gestão de Pessoas, envolvendo outras pessoas de diversas áreas conforme necessidade. Para tratamento dos dados (que normalmente são verbais) e estabelecimento de Planos de Ações serão utilizadas Ferramentas de Gestão apropriadas. Os casos de maior impacto na Unidade ou que envolvam necessidades de recursos adicionais serão levados para apreciação da Diretoria.

Os resultados da Pesquisa de Clima e da Pesquisa de Satisfação servirão de indicadores gerenciais, visando melhorias constantes no ambiente de trabalho. As informações prestadas pelos funcionários do Instituto no formulário destinado a Pesquisa de Clima serão confidenciais, assim como, a identificação dos mesmos.

O objetivo sobretudo é captar informações acerca do que os colaboradores entendem como prioridades no cotidiano, permitindo aos gestores do Instituto perceberem os focos para as ações de melhorias contínuas.

Uma vez tabulados, cabe análises dos fatores preponderantes e ações que podem ir desde intensificação dos treinamentos, reuniões de gestão visando a parte comportamental, revisão de benefícios e até mesmo da parte estrutura física das unidades de trabalho.

Segue Modelo de Pesquisa de Clima:

## Pesquisa de Clima Organizacional



### 1. Tempo de serviço no INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

- Menos de 06 meses
- De 06 meses a 01 ano
- De 01 a 02 anos
- Acima de 02 anos

### 2. Idade

- Até 20 anos
- De 21 a 30 anos
- De 31 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- Mais de 50 anos

### 3. Nível de escolaridade

- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- Superior
- Pós-graduação / MBA

### 4. Sexo

- Feminino
- Masculino

9



Pesquisa de Clima Organizacional



5. Trabalho Realizado

	Discordo totalmente (1)	2	3	4	Concordo Plenamente (5)
O INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE oferece os recursos necessários para desenvolvimento do meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O volume de serviço é adequado a minha jornada de trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Salário

	Discordo totalmente (1)	2	3	4	Concordo Plenamente (5)
Considero meu salário adequado em comparação ao salário de outros colaboradores do INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considero meu salário adequado em comparação ao salário de outras pessoas que executam tarefas semelhantes em outras empresas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liderança

	Discordo totalmente (1)	2	3	4	Concordo Plenamente (5)
O líder está sempre pronto para prestar o suporte necessário à equipe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O líder incentiva e aceita ideias e sugestões dos colaboradores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Comunicação Organizacional

	Discordo totalmente	2	3	4	Concordo Plenamente
Os meios de comunicação internos funcionam (quadro de avisos, mural, email, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE ouve seus colaboradores e dá retorno.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pesquisa de Clima Organizacional



13. Comprometimento / Lealdade / Fidelidade

	Discordo totalmente (1)	2	3	4	Concordo Plenamente (5)
Recomendo o INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE para parentes e amigos como um ótimo lugar para trabalhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eu não trocaria de emprego para ganhar 10% a mais no salário.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Diversidade

	Discordo totalmente (1)	2	3	4	Concordo Plenamente (5)
As pessoas aqui são bem tratadas independentemente da sua cor ou raça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As pessoas aqui são bem tratadas independentemente da sua orientação política.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Assinale o seu grau de satisfação com relação ao benefício abaixo:

	Totalmente insatisfeito	Parcialmente insatisfeito	Parcialmente satisfeito	Totalmente satisfeito	Não Utilizo
Vale alimentação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Em sua opinião, por que as pessoas deixam de trabalhar no INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE?

- Problema pessoal
- Melhor oportunidade de trabalho
- Salário
- Benefícios
- Relacionamento com a liderança
- Relacionamento com os colegas
- Condições de trabalho

## Pesquisa de Clima Organizacional



17. De modo geral, gosto muito de trabalhar na trabalhar no INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE.

- 1= Discordo totalmente
- 2
- 3
- 4
- 5= Concordo Plenamente

18. Descreva abaixo os comentários que desejar (elogios, críticas e sugestões).

-----  
-----  
-----

### 14.12. Registro e controle de ponto

Todos os funcionários celetistas admitidos no Projeto, serão registrados no formulário "Registro de Empregado" apropriado para tal fim. Mensalmente as Coordenações dos setores elaborarão as escalas de serviço, referente a sua área encaminhando ao Setor Pessoal. Os funcionários celetistas registrarão diariamente seus turnos de trabalho definidos em escala, no relógio de ponto localizado nas dependências da Unidade de trabalho. Ao final de cada mês o Setor Pessoal emitirá o relatório individual de cada funcionário constando os atrasos, faltas e horas extras do mês, encaminhando a coordenação do setor para apuração e justificativas e posterior fechamento da Folha de Pagamento.



Todos os Colaboradores terão acesso às suas folhas de ponto que serão emitidas mensalmente, ocasião em que poderão conferi-las, verificar o Banco de Horas e deixá-las assinadas.

Segue abaixo imagem ilustrativa do relógio de ponto biométrico



Abaixo segue o modelo de Ocorrências de ponto, documento utilizado para as tratativas diárias referentes ao sistema de ponto:



### OCORRÊNCIAS DE PONTO

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADVERTÊNCIA          | <input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA            |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE HORÁRIO | <input type="checkbox"/> LICENÇA NOJO              |
| <input type="checkbox"/> ATESTADO             | <input type="checkbox"/> OMISSÃO DE PONTO          |
| <input type="checkbox"/> BANCO HORAS          | <input type="checkbox"/> SAÍDA ANTECIPADA A BONADA |
| <input type="checkbox"/> EXTRA REMUNERADO     | <input type="checkbox"/> SUSPENSÃO                 |
| <input type="checkbox"/> FALTA INJUSTIFICADA  | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA             |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA GALA         | <input type="checkbox"/> TROCA DE FOLGA            |
| <input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE  | <input type="checkbox"/> TROCA DE PLANTÃO          |

Observações: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura Chefe Imediata: \_\_\_\_\_

Assinatura Colaborador: \_\_\_\_\_

Assinatura RH: \_\_\_\_\_

### 14.13. Férias

A legislação assegura a todos os trabalhadores um período de folga ou descanso, denominada férias. Após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho (período aquisitivo), o empregado terá direito ao gozo de um período de férias, sem prejuízo da remuneração. O período aquisitivo é computado da data em que o empregado é admitido até que ele complete um ano de serviço. Após

vencimento do período aquisitivo o Instituto terá até 12 meses para a concessão das férias respectivas. De acordo com o artigo 130 da CLT, após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho o funcionário terá direito à férias na seguinte proporção:

Número de faltas	Número de dias férias que o empregado terá direito
Até 05 faltas no período	30 dias corridos de férias
De 06 a 14 faltas no período	24 dias corridos de férias
De 15 a 23 faltas no período	18 dias corridos de férias
De 24 a 32 faltas no período	12 dias corridos de férias
Acima de 32 faltas no período	O empregado perde o direito à férias

No caso de licença saúde ou licença maternidade, serão suspensas as férias programadas, devendo ser gozadas após o término da licença. O Setor Pessoal encaminhará anualmente para cada coordenação de setor, uma programação de férias constando nome de todos os funcionários do setor, o período aquisitivo, o período de concessão e a data limite para o gozo das férias.

Mensalmente o RH divulgará internamente a relação dos funcionários que estarão de férias no mês seguinte. Os critérios utilizados inicialmente pelo Instituto, para programação das férias dos funcionários (critérios de afastamento) serão os seguintes:

- Alternância de gozo de férias nos períodos de janeiro e julho;
- Quantidade de férias acumuladas não gozadas (prioridade);

Fica à critério da Gestão Interna do Instituto a liberação ou alteração das datas das férias, em situações de altos fluxos de Pacientes em razões de doenças endêmicas ou pandêmicas.



#### 14.14. Regulamento de Contratação

Este processo estabelece os procedimentos e regras a serem adotados no recrutamento e seleção de pessoal para preenchimento de vagas administrativas, técnicas, assistenciais e operacionais pela Instituição administrada com recursos financeiros provenientes de Contrato de Gestão firmado com o Poder Público Municipal e pelo Instituto Alpha, para a execução da gestão dos equipamentos de Saúde do Município de Mairiporã.

O processo compreende as seguintes etapas:

- Recrutamento
- Seleção
- Admissão
- Integração

#### Objetivo

Esta norma define regras e procedimentos de recrutamento, seleção e contratação de profissionais, de modo a permitir ampla participação de interessados e a contratação daqueles que melhor atendam às necessidades da Instituição.

As regras e procedimentos definidos nesta norma devem ser observados para o recrutamento, seleção, contratação e integração de:

- **Empregado:** Profissional com vínculo empregatício regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), podendo ser por prazo determinado ou indeterminado, considerando também acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho de cada categoria profissional;



- **Profissionais Autônomos:** Poderá ser realizada a contratação de profissionais autônomos toda vez que a atividade realizada pelo profissional contratado não caracterizar vínculo empregatício sendo possível efetuar o pagamento do serviço como autônomo, incidindo os encargos legais. O pagamento de profissional autônomo será feito por meio de requisição enviado à Instituição, onde deverão constar, no mínimo, os seguintes dados: Nome, endereço, telefone, e-mail, CPF, RG, número do NIT/PIS/PASEP, Comprovante de Residência e dados bancários.
- **Estagiário:** estudante que esteja frequentando instituição de ensino superior, de acordo com o estabelecido na Lei 11.788/2008 e demais normas aplicáveis.

Compreende o estágio não obrigatório, aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga regular e obrigatória (art. 2º, § 2º da Lei 11.788/2008). O estágio não obrigatório é acrescidas à carga horária regular e obrigatória, quando tal previsão integrar o currículo acadêmico do curso. A carga horária de estágio está limitada a seis horas diárias e a trinta horas semanais, para estudantes do ensino superior, da educação profissional de nível médio e do ensino regular, ou quatro horas diárias e vinte horas semanais para estudantes de educação especial e dos anos afins do ensino fundamental, na modalidade profissional de educação de jovens e adultos.

A contratação dar-se-á com a assinatura do Termo de Compromisso de Estágio entre as partes.

A data do início do estágio não poderá ser anterior a da assinatura do Termo de Compromisso de Estágio.

A duração máxima do estágio na Instituição será de 2 (dois) anos, exceto ao se tratar de estagiário portador de deficiência.

Quando a duração do estágio for igual ou superior a 1 (um) ano, o estagiário tem direito a um período de recesso de 30(trinta) dias, que devem ser gozados preferencialmente durante as férias escolares.

Nos casos em que o estágio tiver duração inferior a 1 (um) ano, os dias de recesso serão concedidos proporcionalmente.



**Procedimento: o processo será realizado em cinco etapas:**

- **Solicitação do Serviço:** É requisito para que seja dado pela área de Recursos Humanos o início ao processo de recrutamento e seleção de candidatos às vagas existentes. A solicitação deve ser por meio de requisição de pessoal emitida pela área, setor, departamento etc. onde se estabeleceu a necessidade, descrevendo o necessário perfil técnico e comportamental do profissional a ser contratado e deverá contar com a anuência formal do Diretor a que está subordinado o solicitante. A requisição deverá ser emitida por ocasião da implantação de novas parcerias ou em substituição de pessoal ou ainda por aumento de quadro.

Segue abaixo o modelo do documento de Abertura de Vaga:



**ALPHA**  
INSTITUTO

Formação em Saúde e Bem-Estar



**ALPHA**  
INSTITUTO

Formação em Saúde e Bem-Estar

## ABERTURA DE VAGAS

Projeto: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

Substituição     Vaga Nova     Aumento de Quadro

Jornada:  Horário Diurno     Horário Noturno     Horário Administrativo

Nome do colaborador Substituído:

\_\_\_\_\_

Requisitante: \_\_\_\_\_

Autorizado por: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 13013-153  
Telefone: (13) 3394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br

Razão Social: Instituto Alpha de Medicina para Saúde - CNPJ: 14.512.229/0001-10  
Endereço: Rua Amador Bueno, nº 333, Cj. 1816, Centro - Santos/SP CEP.: 13013-153  
Telefone: (13) 3394.5103 / E-mail: contato@alphainstituto.com.br  
Site: www.alphainstituto.com.br



• **Recrutamento:** Processo que busca atrair candidatos para as vagas existentes. A Instituição realizará o recrutamento à luz dos requisitos e competências definidos para cada função. As vagas serão divulgadas por meio de jornais de expressiva circulação, rádio, sites de recrutamento, empresas de seleção de pessoal, centrais de apoio ao trabalhador ou outros meios de divulgação, observando os meios de comunicação disponíveis na região e obedecendo aos princípios da publicidade, da impessoalidade e da eficiência. O conteúdo da divulgação das vagas conterá:

- ✓ As funções a serem preenchidas;
- ✓ Os requisitos exigidos para cada função;
- ✓ O local para informações, entrega de currículo e/ou inscrições.
- ✓ Seleção: seleção tem como objetivo avaliar as competências dos candidatos, a partir do perfil, da trajetória de carreira e do nível de complexidade definidos para a vaga. A etapa de seleção é composta pelas seguintes fases:
  - ✓ Análise de currículo. Visa observar a conformidade do candidato com os requisitos mínimos exigidos para a vaga a qual se candidatou;
  - ✓ Avaliação escrita. Visa detectar as competências e postura profissional do candidato à vaga;
  - ✓ Avaliação técnica. Visa apurar o conhecimento técnico, quando necessário;
  - ✓ Aplicação de testes psicológicos. Visa apurar aspectos cognitivos e psicológicos, quando necessário;
  - ✓ Provas situacionais, dinâmica de grupo. Visa conhecer as características comportamentais relevantes a cada candidato auxiliando na identificação de talentos, quando necessário;
  - ✓ Entrevistas individuais. Visa confirmar e checar as informações colocadas no currículo. É o momento para aprofundar e conhecer o candidato, sua atuação, competências, e verificar se atende ao perfil que a posição da função/Atividade exige, quando necessário.



Pela transparência dos processos de Contratação, prioriza-se a elaboração de Editais de Processos Seletivos, feitos através do site do Instituto.

### **Fases Do Ciclo Do Processo Rh**

#### **Da Divulgação**

É imprescindível a divulgação da seleção. O material de divulgação deverá ser afixado em pontos estratégicos podendo ser veiculado em meios de comunicação, sendo concentradas as informações no site [www.alphainstituto.com.br](http://www.alphainstituto.com.br), sendo este o endereço eletrônico que trará todas as informações do Edital do Processo Seletivo e todas as suas fases.

#### **• Critérios Para Convocação**

- a) Para profissionais com cargos de gestão, que irão atuar na condução de liderança de equipes e/ou setores afins, será feito processo seletivo via banco de currículos, elaborado pelo setor de Recursos Humanos, com entrevistas de seleção, testes teóricos/redação, sempre que houver necessidade.
- b) Para posteriores Cargos que eventualmente sejam elencados em Termo de Referência, haverá Processo Seletivo via Edital.

#### **• Processo Seletivo**

- a) Profissionais Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, administrativos e demais categorias, poderão realizar avaliação escrita com questões objetivas,

direcionadas para prática das ações básicas de saúde e para todas as categorias deverá ocorrer entrevista individual. O processo poderá constar de prova escrita, dinâmica de grupo e entrevista final.

- I. 1ª Fase – AVALIAÇÃO ESCRITA: Consistirá na resolução de questões alternativas com múltiplas escolhas;
- II. 2ª Fase – Dinâmica de grupo: Serão convocados apenas os candidatos que atingirem média igual ou superior a 60% (sessenta por cento);
- III. 3ª fase – Entrevista;
- IV. 4ª fase – Divulgação dos Aprovados no site;
- V. 5ª fase – Prazo para recursos;
- VI. 6ª fase – Processo de admissão (Encaminhamento para o exame médico admissional e coleta de documentos).

Para cada Edital de Processo Seletivo, haverá normas alternadas estabelecidas para as fases alinhadas às funções contempladas.

Não haverá segunda chamada ou repetição de provas, importando a ausência do candidato na sua eliminação, seja qual for o motivo.

#### **Resultado Da Classificação Dos Candidatos.**

A divulgação do candidato aprovado será realizada através das sedes dos projetos e pelo site do Instituto Alpha.

#### **Validade Do Processo Seletivo**

Todos serão válidos pelo período de 01 ano a partir da data de sua homologação, podendo ser prorrogado por até igual período, ou elaborados por um período menor. Os candidatos aprovados poderão ser admitidos para as vagas

existentes durante o prazo de validade desta seleção, conforme sua classificação.

Para Contratos firmados do tipo EMERGENCIAL, a validade do Contrato obedecerá ao prazo estipulado pela Prefeitura.

#### **Considerações Gerais:**

Outros modelos de processo seletivo poderão ser desenvolvidos de acordo com as necessidades do Projeto, porém, todos serão acompanhados por responsável indicado pelo Instituto Alpha.

#### **Admissão:**

Ato de dar acesso, acolher o empregado na Instituição. De acordo com o número de vagas em aberto, todos os candidatos que atendam aos requisitos do instrumento de divulgação de vagas e avancem em todas as etapas do processo de seleção, serão encaminhados para o setor de Admissão de Pessoal, devendo entregar os documentos para contratação conforme a legislação trabalhista em vigor e passar pelo exame médico admissional.

#### **Integração:**

Concluída a admissão, o colaborador inicia o processo de integração que visa o acolhimento ao Instituto, onde ele é apresentado a equipe de multiprofissionais, assim como as dependências da unidade de trabalho. Neste momento ainda, lhe é apresentado o regimento interno da empresa que contempla todas as normas institucionais, assim como deveres e benefícios integrantes na filosofia e acordos/convenções coletivas vigentes no período.



Segue abaixo a Ficha Cadastral de admissão:



**FICHA CADASTRAL DE ADMISSÃO**

Função: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Horário: \_\_\_\_\_ Salário: R\$ \_\_\_\_\_

**Dados Pessoais e Endereço**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 N°: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_

**Documentação**

Dps n° \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data de Exp: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Título de Eleitor n° \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_  
 N° Pl: \_\_\_\_\_ Cart. de Habitação n° \_\_\_\_\_  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RazaCar: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Cart. Resposta: \_\_\_\_\_ Categoria: \_\_\_\_\_

**Estado Civil**

Casado  Solteiro  Divorciado  Separado  Outros  
 Nome do Cônjuge: \_\_\_\_\_

**Grau de Instrução:**

Ensino Fundamental  Ensino Médio  Superior  
 Completo  Completo  Completo  
 Incompleto  Incompleto  Incompleto  
 Curso: \_\_\_\_\_

**Dependentes**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Dados Bancários**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ CC: \_\_\_\_\_



- **Registros e Controles de Pessoal:** Os modelos de Fichas e Controles estarão de acordo com a legislação vigente e dispostos nos Anexos Gerais dessa Proposta Técnica, além do modelo de controle de escalas e previsão de férias dos funcionários contratados.
- **Integração:** Consiste na aplicação contínua de informações/orientações ao novo funcionário, visando ajustá-lo ao ambiente e às tarefas que lhe serão exigidas na função. São informações/ orientações desde a apresentação do espaço físico da Instituição onde irá atuar até as normas de segurança praticada. A responsabilidade pela condução do processo de integração de novos funcionários é dos Recursos Humanos e do gestor demandante da vaga.

## 14.15. Salários

### Fixação de Salários

Os Salários correspondentes a cada cargo serão propostos pelo Departamento de Recursos Humanos.

As propostas Salariais serão elaboradas sempre levando em conta:

- Prioritariamente os Acordos e/ou Convenções Coletivas vigentes;
- Os Salários de mercado obtidos por meio de pesquisa de mercado em empresas e entidades da rede privada com padrões de excelência e qualidade no atendimento para funções semelhantes;
- O contexto regional;



- A disponibilidade, ou não, de mão de obra e;
- A experiência profissional do candidato;
- Qualquer cargo poderá ter apenas um único Salário uniforme sendo estabelecidas faixas distintas (horizontal), permitindo a progressão Salarial conforme a ampliação das funções exercidas;
- Exceto os respectivos dissídios de cada carreira haverá duas possibilidades de progressão Salarial;
- Ampliação de funções no mesmo cargo;
- Promoção para outro cargo.

#### **14.16. Administração de Pessoal:**

- Trata das relações entre o empregador e o empregado. É uma unidade de execução, incumbida de administrar a parte burocrática dessa relação. É o organizador de toda a documentação da relação trabalhista expedida.
- É de sua competência: a admissão, atualização cadastral, demissões, concessão de licenças, afastamentos, férias, cálculo trabalhista, 13º Salário, entre outros. Poderá funcionar na própria Instituição ou ainda ser um serviço terceirizado.

Segue abaixo a Convenção Coletiva do Sindicato preponderante para a região de  
Mairiporã:

UP



**CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO 2022/2023**

NÚMERO DE REGISTRO NO MTE: SP009268/2022  
DATA DE REGISTRO NO MTE: 28/09/2022  
NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: MR044428/2022  
NÚMERO DO PROCESSO: 14021.113033/2022-07  
DATA DO PROTOCOLO: 01/09/2022

Confira a autenticidade no endereço <http://www3.mte.gov.br/sistemas/mediador/>.

SINDICATO DOS HOSP.CL. C.SAU., LAB.DE PESQ. ANAL.CL.DO E.L. DE S.PAULO, CNPJ n. 47.438.373/0001-73, neste ato representado(a) por seu;

E

SINDICATO UNICO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM, TECNICOS DE ENFERMAGEM E DEMAIS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE GUARULHOS, CNPJ n. 59.650.655/0001-58, neste ato representado(a) por seu;

celebram a presente CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO, estipulando as condições de trabalho previstas nas cláusulas seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - VIGÊNCIA E DATA-BASE**

As partes fixam a vigência da presente Convenção Coletiva de Trabalho no período de 01º de maio de 2022 a 30 de abril de 2023 e a data-base da categoria em 01º de maio.

**CLÁUSULA SEGUNDA - ABRANGÊNCIA**

A presente Convenção Coletiva de Trabalho abrangerá a(s) categoria(s) União dos Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem e Demais Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde de Guarulhos, com abrangência territorial em Guarulhos/SP, Itaquaquecetuba/SP e Mairiporã/SP.

**Salários, Reajustes e Pagamento**

**Piso Salarial.**

**CLÁUSULA TERCEIRA - SALÁRIO NORMATIVO**

A partir de 1º de maio de 2022, o PISO SALARIAL DA CATEGORIA será corrigido da seguinte forma:

	MAI/2022	NOV/2022	JAN/2023
	5%	9%	12,47%
PISO SALARIAL	R\$1.484,06	R\$1.540,60	R\$1.589,64



**PARÁGRAFO 1º - SOMENTE PARA OS HOSPITAIS:**

A partir de 1º de maio de 2022, os pisos salariais dos Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Enfermagem será corrigido conforme abaixo:

	MAI/2022	NOV/2022	JAN/2023
	5%	9%	12,47%
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	RS1.824,17	RS1.893,66	RS1.953,94
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	RS2.226,09	RS2.310,90	RS2.384,47

**PARÁGRAFO 2º - PISOS PARA CLÍNICAS E LABORATÓRIOS** - As Clínicas e Laboratórios com até 20 empregados, observarão os pisos salariais de a partir de 1º de maio de 2022 corrigidos conforme abaixo:

	MAI/2022	NOV/2022	JAN/2023
	5%	9%	12,47%
PISO SALARIAL	RS1.369,68	RS1.421,86	RS1.467,13
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	RS1.700,51	RS1.765,29	RS1.821,49
TÉCNICO EM ENFERMAGEM	RS1.916,92	RS1.989,95	RS2.053,30



**PARÁGRAFO 3º** - Sobre o piso salarial não haverá incidência dos percentuais previstos na Cláusula 1ª - Reajuste Salarial retro aludida.

**PARÁGRAFO 4º** - As diferenças salariais dos meses de maio, junho, julho e agosto de 2022 serão pagas a título de abono indenizatório, na competência do mês de setembro, ou seja, até o quinto dia útil de outubro de 2022.

#### Reajustes/Correções Salariais

#### CLÁUSULA QUARTA - REAJUSTE SALARIAL

Reajuste salarial de 12,47%, aplicados sobre os salários corrigidos pela Convenção anterior, a ser pago da seguinte forma:

- a) 5% em maio de 2022, aplicado sobre os salários de janeiro de 2022, corrigidos pela Convenção Coletiva anterior;
- b) 9% em novembro de 2022, aplicado sobre os salários de janeiro de 2022, corrigidos pela Convenção Coletiva anterior, sem incidência retroativa e sem sobreposição de percentuais;
- c) 12,47% em janeiro de 2023, aplicado sobre os salários de janeiro de 2022, corrigidos pela Convenção Coletiva anterior, sem incidência retroativa e sem sobreposição de percentuais.

**PARÁGRAFO 1º:** O reajuste salarial acima proposto, para todas as empresas, será aplicado até os salários de R\$ 7.087,22. Acima desse valor, o reajuste salarial será negociado diretamente entre empregado e empregador.

**PARÁGRAFO 2º:** As diferenças salariais dos meses de maio, junho, julho e agosto de 2022 serão pagas a título de abono indenizatório, na competência do mês de setembro, ou seja, até o quinto dia útil de outubro de 2022.

**Pagamento de Salário - Formas e Prazos**

**CLÁUSULA QUINTA - COMPROVANTES DE PAGAMENTO**

Serão fornecidos obrigatoriamente demonstrativos de pagamentos, com a discriminação dos títulos que compõe a remuneração, importâncias pagas e descontos efetuados, contendo a identificação da empresa e o valor do recolhimento do FGTS.

**CLÁUSULA SEXTA - PAGAMENTO DE SALÁRIOS**

As empresas que não efetuarem o pagamento dos salários e vales em moeda corrente deverão proporcionar aos empregados tempo hábil para o recebimento no banco ou posto bancário, dentro da jornada de trabalho, quando coincidente com o horário bancário, excluindo-se os horários de refeição.

Outras normas referentes a salários, reajustes, pagamentos e critérios para cálculo

**CLÁUSULA SÉTIMA - COMPENSAÇÕES**

Serão compensadas as antecipações salariais espontaneamente concedidas no período revisando, excluindo-se das compensações os aumentos decorrentes de promoção, transferência, equiparação salarial e os aumentos reais expressamente concedidos a esse título, por acordo coletivo.

**CLÁUSULA OITAVA - ANTECIPAÇÕES SALARIAIS**

As empresas poderão antecipar reajustes salariais independentemente da política salarial vigente.

**CLÁUSULA NONA - ERRO NA FOLHA DE PAGAMENTO**

Ocorrendo erro na folha de pagamento, as empresas pagarão aos empregados, as eventuais diferenças no prazo de 10 (dez) dias, a contar da comunicação, por escrito, feita pelo trabalhador ao empregador.

**Gratificações, Adicionais, Auxílios e Outros**

**Adicional de Hora-Extra**



#### CLÁUSULA DÉCIMA - HORAS EXTRAORDINÁRIAS

Concessão de 100% (cem por cento) de sobretaxa para as horas extraordinárias prestadas pelo trabalhador.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As clínicas e laboratórios com até 20 (vinte) empregados poderão remunerar as duas primeiras horas extras diárias com 80% (oitenta por cento) de sobretaxa. A partir da terceira hora extra diária, a sobretaxa será de 100% (cem por cento).

#### Adicional Noturno

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - ADICIONAL NOTURNO

Fica assegurado aos empregados lotados no período da noite, adicional noturno equivalente a 40% (quarenta por cento) a incidir sobre o valor da hora diurna, para o trabalho realizado das 22h00 de um dia até 05h00 do dia seguinte.

#### Outros Adicionais

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - BANCO DE HORAS

Os empregadores poderão adotar o sistema de banco de horas, através do qual o excesso de horas trabalhadas em um dia poderá ser compensado pela correspondente diminuição em outro dia, de maneira que não exceda, no período máximo de 1 (um) ano, a referida compensação. O empregador poderá optar pela compensação no período destinado à concessão de férias, adicionando-se aos dias de férias, os correspondentes à compensação prevista nesta cláusula.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Na hipótese de rescisão do contrato de trabalho, ou após o decurso do prazo supra estabelecido, sem que tenha havido a compensação integral da jornada extraordinária, o trabalhador fará jus ao pagamento das horas extras não compensadas, calculadas sobre o valor da remuneração na data da rescisão, ou do efetivo pagamento, observando-se o adicional estabelecido na presente norma coletiva.

#### Auxílio Alimentação

#### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - LANCHE NOTURNO





Fornecimento gratuito de lanche aos empregados que laboram em jornada noturna.

#### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - CESTA BÁSICA

Concessão pelos empregadores aos empregados que não tiverem 3 (três) ou mais faltas injustificadas durante o mês, de uma cesta básica mensal, ou vale cesta, ou ticket cesta, sem caráter salarial, que será entregue até o dia 15 do mês subsequente ao de referência, devendo o empregado retirá-la na empresa, ou onde esta indicar, no prazo de 20 (vinte) dias.

**PARÁGRAFO 1º** - A cesta básica a que se refere esta cláusula conterá a seguinte composição:

- 10 quilos de arroz
- 03 quilos de feijão
- 03 latas de óleo de soja
- 1/2 quilo de café torrado e moído
- 05 quilos de açúcar
- 1/2 quilo de farinha de mandioca
- 1 quilo de macarrão
- 1 quilo de farinha de trigo
- 02 latas de 140 grs. de extrato de tomate
- 1 quilo de sal refinado



1/2 quilo de farinha

1 pacote de 200 grs. de biscoito doce

1 pacote de 200 grs. de biscoito salgado

02 latas de leite em pó de 400 grs.

**PARÁGRAFO 2º** - A partir de 1º de maio de 2022, o vale cesta ou ticket cesta será fornecido no valor de R\$ 176,82 (cento e setenta e oito reais e oitenta e dois centavos), para todos os estabelecimentos.

**PARÁGRAFO 3º** - As diferenças decorrentes da aplicação desta cláusula poderão ser pagas no mês de competência setembro de 2022.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - REFEITÓRIO**

Em face do disposto no artigo 7º, inciso XXVI da Constituição Federal, as empresas com mais de 300 empregados, que fornecem vale-refeição aos mesmos, ficam desobrigadas de manter refeitório à disposição dos trabalhadores, nos termos da Portaria 3214, NR-24, item 24.3.1., em suas dependências, enquanto perdurar o referido benefício.

#### **Auxílio Transporte**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - VALE TRANSPORTE**

Concessão de vale transporte na forma da lei, facultando-se ao empregador a antecipação do valor correspondente em pecúnia, até o quinto dia útil de cada mês, competindo ao trabalhador comunicar, por escrito ao empregador, as alterações nas condições declaradas inicialmente para a concessão do vale-transporte. A concessão do vale transporte em pecúnia tem por fundamento o disposto no artigo 7º, XXVI, da Constituição Federal, bem como os dispositivos da Lei nº 7.418/85, regulamentada pelo Decreto nº 95.247/87 e, ainda, acórdão proferido pela Seção de Dissídios Coletivos do Tribunal Superior do Trabalho, nos autos do Processo TST-AA-386.360/97.4.

#### **Auxílio Saúde**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - ASSISTÊNCIA HOSPITALAR**



Os hospitais, dentro de sua especialidade, concederão a todos os empregados assistência hospitalar com direito a internação em enfermaria, ressalvadas as entidades que mantenham convênio hospitalar para seus empregados. A assistência hospitalar ora concedida será extensiva às esposas e filhos menores (homens até 18 anos e mulheres até 21 anos), enquanto solteiros, facultando-se a participação dos trabalhadores no custeio da assistência até o limite de 20% (vinte por cento).

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Suscitante e Suscitado comprometem-se a constituir uma comissão com 5 (cinco) representantes dos trabalhadores e 5 (cinco) representantes dos empregadores, com o objetivo de estudar a viabilização de um plano de saúde básico para os trabalhadores representados pelo Sindicato Profissional.

#### Auxílio Doença/Invalidez

#### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - ANTECIPAÇÃO EM CASO DE AUXÍLIO DOENÇA

Em caso de concessão de auxílio-doença ao empregado, a empresa se obriga a antecipar 50% (cinquenta por cento) do montante correspondente aquele a ser percebido do órgão previdenciário durante os primeiros 60 (sessenta) dias após o afastamento e desde que a solicitação seja feita pelo trabalhador, por escrito. Esses valores serão compensados, a critério da empresa, após o retorno do empregado ao serviço.

#### Auxílio Morte/Funeral

#### CLÁUSULA DÉCIMA NONA - AUXÍLIO FUNERAL

No caso de falecimento do empregado, o empregador pagará à família do mesmo, o equivalente a 1,5 (um e meio) salário nominal, sendo que, se motivada a morte por acidente do trabalho ou moléstia profissional, o pagamento será em dobro. Tais pagamentos serão efetuados independentemente das verbas remanescentes devidas.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As empresas que oferecem seguro de vida aos seus funcionários, em condições mais vantajosas, ficam desobrigadas de cumprir o benefício acima estabelecido.

#### Auxílio Creche

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA - CRECHE OU AUXÍLIO CRECHE

As empresas que não possuem creche própria ou convênio creche, concederão auxílio creche, a título de reembolso, no importe equivalente a até 20% (vinte por cento) do piso geral da categoria R\$ R\$1.484,06, base de cálculo de maio a outubro de 2022, R\$ R\$1.540,60 base de cálculo de novembro a dezembro de 2022 e R\$1.589,64 a partir de janeiro de 2023, por mês. Quando o convênio creche distanciar-se do estabelecimento de serviço de saúde mais de 500 metros, distância que poderá ser ampliada quando comprovada a inexistência de estabelecimento dentro do limite previsto anteriormente, as empresas colocarão à disposição da empregada mãe, condução para ida e volta, para levar as crianças no percurso entidade-creche-entidade. Se não houver possibilidade de o empregador fornecer a condução retro aludida, a empresa deverá proceder o pagamento do auxílio creche, na forma acima estabelecida.

**PARÁGRAFO 1º** - A documentação exigível das empregadas para o recebimento do auxílio creche será: certidão de nascimento do filho, carteira de vacinação, declaração anual de próprio punho afirmando o direito de guarda e a dependência econômica da criança, além de declaração que comprove ficar a criança sob cuidados de terceiros (instituição ou pessoa física).

**PARÁGRAFO 2º** - As diferenças dos meses de maio, junho, julho e agosto de 2022 serão, na competência do mês de setembro de 2022.

**Contrato de Trabalho Admissão, Demissão, Modalidades  
Desligamento/Demissão**

**CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - HOMOLOGAÇÕES**

As homologações das rescisões contratuais serão feitas na forma da Lei, sendo facultado ao empregado a realização das homologações internamente ou no âmbito do Sindicato.

**PARÁGRAFO 1º** - O Sindicato Profissional ofertará o serviço de verificação dos cálculos da rescisão, que será gratuito para os sócios da entidade e oneroso para os não associados.

**PARÁGRAFO 2º** - Uma vez notificado pelo Sindicato Profissional, o empregador deve realizar a prestação de contas da homologação impugnada no prazo de 10 (dez) dias corridos.

**PARÁGRAFO 3º** - O empregador, no ato da homologação, deve entregar documento ao empregado, documento com o conteúdo integral da presente Cláusula.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - COMUNICAÇÃO DE DISPENSA**



Entrega ao empregado de carta com a respectiva fundamentação no caso de despedida por justa causa, sob pena de gerar presunção de dispensa imotivada.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - QUITAÇÃO GERAL

É facultado ao empregador firmar Termo de Quitação Anual de obrigações trabalhistas na vigência ou término do contrato de trabalho perante o Sindicato Profissional, mediante o pagamento de taxa a ser por este estabelecida.

#### Aviso Prévio

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - AVISO PRÉVIO

Concessão de aviso prévio na forma da Lei nº 12.506, de 11/10/2011, ou outra que a substitua.

**PARÁGRAFO 1º** - Para os trabalhadores com mais de 45 (quarenta e cinco) anos de idade e mais de um ano de casa, será concedido aviso prévio de 45 (quarenta e cinco) dias, sem prejuízo do disposto no item acima, limitando a soma total do período de aviso prévio de 90 (noventa) dias.

**PARÁGRAFO 2º** - Os primeiros 30 (trinta) dias do aviso prévio serão trabalhados, se assim desejar o empregador. Os dias excedentes a 30 (trinta) serão sempre indenizados.

Outras normas referentes a admissão, demissão e modalidades de contratação

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - ADMITIDOS APÓS DATA BASE

Aos admitidos após a data-base, será aplicado o percentual de reajuste ora acordado, de forma proporcional, observando-se o respectivo mês de admissão, conforme tabela abaixo:

MÊS	5%	9%	12,47%
jun/21	4,62%	8,25%	11,44%
jul/21	4,20%	7,50%	10,40%
ago/21	3,78%	6,75%	9,36%



set/21	3,36%	6,00%	8,32%
out/21	2,94%	5,25%	7,28%
nov/21	2,52%	4,50%	6,24%
dez/21	2,10%	3,75%	5,20%
jan/22	1,68%	3,00%	4,16%
fev/22	1,26%	2,25%	3,12%
mar/22	0,84%	1,50%	2,08%
abr/22	0,42%	0,75%	1,04%

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - GARANTIAS SALARIAIS NA ADMISSÃO

Garantia ao empregado admitido para a função de outro dispensado sem justa causa, de igual salário ao do empregado de menor salário na função, sem considerar as vantagens pessoais.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - SUBSTITUIÇÃO EVENTUAL

Garantia ao empregado substituído do mesmo salário percebido pelo substituído, sem considerar as vantagens pessoais, desde que a substituição seja por prazo superior a 90 dias.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - CARTA DE APRESENTAÇÃO

Os empregadores fornecerão aos empregados, quando demitidos sem justa causa, carta de apresentação, que deverá ser entregue aos mesmos no ato da homologação da rescisão contratual, quando tal carta for solicitada pelo empregado.

#### CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - ATESTADO DE AFASTAMENTO E SALÁRIOS

As empresas fornecerão o atestado de afastamento e salários no ato da homologação da rescisão contratual, quando solicitado pelo empregado por escrito, bem como quando solicitado pelo INSS.



**CLÁUSULA TRIGÉSIMA - OBRIGATORIEDADE DO REGISTRO EM CARTEIRA**

Fica terminantemente proibida a prestação de serviço após 48 (quarenta e oito) horas da data do ingresso, sem o devido registro em carteira, na forma da lei.

Relações de Trabalho Condições de Trabalho, Normas de Pessoal e Estabilidades

Estabilidade Mãe

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA - ESTABILIDADE À GESTANTE**

Garantia de estabilidade à gestante, desde o início da gravidez até 60 (sessenta) dias após o término da licença compulsória.

Estabilidade Serviço Militar

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEGUNDA - ESTABILIDADE PARA O SERVIÇO MILITAR**

Garantia de emprego ao menor, em idade de prestação do serviço militar, desde o seu alistamento até 30 (trinta) dias após a baixa.

Estabilidade Portadores Doença Não Profissional

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA TERCEIRA - ESTABILIDADE NA LICENÇA MÉDICA**

Garantia de emprego e salário pelo período de 30 (trinta) dias a contar da alta médica, ao empregado afastado por auxílio doença, desde que o afastamento seja por prazo superior a 90 (noventa) dias.

Estabilidade Aposentadoria

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUARTA - ESTABILIDADE AS VÉSPERAS DA APOSENTADORIA**



A partir de 1 (um) ano na empresa, de forma ininterrupta, será assegurado aos empregados a garantia de emprego e salário quando estejam a menos de 2 (dois) anos do direito da aposentadoria, sendo que adquirido o direito, cessa a estabilidade.

Para os empregados com mais de 5 (cinco) anos na mesma empresa, a estabilidade será de 36 (trinta e seis meses), sendo que adquirido o direito a aposentadoria, extingue-se a estabilidade.

**PARÁGRAFO 1º** - Para obtenção desta garantia, o trabalhador deverá informar à empresa, por escrito, mediante apresentação do CNIS e contagem efetuada no Sindicato Profissional, encontrar-se em período de pré-aposentadoria, comprovando tal condição durante o prazo do aviso prévio e 30 (trinta) dias, sob pena de perda da estabilidade.

**PARÁGRAFO 2º** - Caso haja a rescisão do contrato de trabalho, o período faltante para complemento da estabilidade prevista nesta cláusula poderá ser indenizado de forma simples.

#### Outras normas referentes a condições para o exercício do trabalho

#### CLÁUSULA TRIGÉSIMA QUINTA - QUADRO DE AVISOS

Afixação de quadro de avisos no local da prestação de serviços.

#### CLÁUSULA TRIGÉSIMA SEXTA - CORRESPONDÊNCIA

As empresas distribuirão aos seus empregados, toda correspondência dirigida aos mesmos pelo Sindicato Suscitante e não se oporão a que o Sindicato efetue, nos termos da presente cláusula, a divulgação da faculdade de associação dos empregados à entidade, conforme previsto em lei.

#### CLÁUSULA TRIGÉSIMA SÉTIMA - MULTAS

a) Fica estabelecida a multa de 01 (um) salário-dia do empregado por dia de atraso, caso o empregador não satisfaça nos prazos previstos em lei o pagamento dos salários e gratificações natalinas, em favor do empregado;





b) Multa por descumprimento de todas as obrigações de fazer inseridas na presente norma coletiva e que não possuam cominações próprias, equivalente a 5% (cinco por cento) do piso geral da categoria, observado o valor estabelecido na Cláusula 4ª, em favor da parte prejudicada.

**Jornada de Trabalho Duração, Distribuição, Controle, Faltas**  
**Controle da Jornada**

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA OITAVA - CONTROLE DE PONTO**

É obrigatório o controle de ponto, seja qual for o número de empregados. A marcação do ponto poderá ser feita por meio mecânico ou similar, ou livro de ponto.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Faculta-se ao empregador dispensar a assinalação diária do horário destinado à refeição e descanso, presumindo-se o seu cumprimento integral, desde que haja a respectiva indicação no controle de ponto e o empregado tenha assinado o documento respectivo relativo a cada mês trabalhado, quando for o caso.

**CLÁUSULA TRIGÉSIMA NONA - REGISTRO ALTERNATIVO DE CONTROLE DE JORNADA DE TRABALHO**

As empresas poderão adotar sistemas alternativos de controle de jornada de trabalho, desde que observadas as regras da Portaria MTP nº 671, de 8/11/2021, com as alterações da Portaria MTP nº 1.255, de 27/05/2022.

Parágrafo Primeiro: O Sistema de Ponto Eletrônico não admite:

- a) restrições à marcação do ponto;
- b) marcação automática do ponto;
- c) alteração ou eliminação dos dados registrados pelo empregado.

-

-



**Parágrafo Segundo:** O Sistema de Ponto Eletrônico adotado deverá reunir, também, as seguintes condições:

- a) encontrar-se disponível no local de trabalho para o registro dos horários de trabalho e consulta;
- b) permitir a identificação de empregador e empregado;
- c) possibilitar ao empregado, a qualquer tempo, através da central de dados, a consulta eletrônica e impressa do registro fiel das marcações realizadas;
- d) possibilitar à fiscalização, quando solicitado, através da central de dados, a extração eletrônica e impressa do registro fiel das marcações realizadas.

#### Faltas

#### CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA - ABONO DE FALTAS

Abono de falta a 1 (um) empregado, por empresa, uma vez por mês, para participar de Assembleia Geral convocada pelo Suscitante, durante o período necessário à participação da aludida Assembleia.

#### CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA PRIMEIRA - AUSÊNCIAS JUSTIFICADAS

- a) Por 03 (três) dias consecutivos em virtude de morte de filhos, cônjuge ou ascendentes e irmãos;
- b) Por 05 (cinco) dias consecutivos, em virtude de casamento.

#### Jornadas Especiais (mulheres, menores, estudantes)

#### CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA SEGUNDA - GARANTIAS AO EMPREGADO ESTUDANTE

Serão abonadas as faltas de empregados estudantes, para prestação de exame em escolas oficiais autorizadas ou reconhecidas, desde que pré-avisado o empregador com um mínimo de 72 (setenta e duas) horas de antecedência e comprovação posterior no mesmo prazo e que o horário da prova seja incompatível com o horário de trabalho.

#### Outras disposições sobre jornada

#### CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA TERCEIRA - JORNADA ESPECIAL DE TRABALHO



Conforme permite o Artigo 59-A, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), as empresas poderão adotar a jornada de trabalho 12 x 36, ou seja, doze horas de trabalho, com intervalo de uma hora para refeição, por trinta e seis horas de descanso, assegurando-se duas folgas mensais, não podendo essas folgas serem concedidas em dias já compensados, ou o pagamento das horas extras correspondentes, observada a escala de trabalho estabelecida pelo empregador.

#### **CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA QUARTA - TRABALHO AOS DOMINGOS**

Os estabelecimentos de serviços de saúde poderão funcionar em dias destinados a repouso, domingos e feriados, sem a incidência do acréscimo relativo às horas extraordinárias, mediante escala elaborada pelo empregador, desde que as horas trabalhadas nesses dias sejam compensadas na mesma semana, ou na semana seguinte, ou conforme estabelecido na cláusula de Banco de Horas da presente norma coletiva.

#### **CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA QUINTA - FERIADO PARA A CATEGORIA**

Será considerado feriado para a categoria o dia 12 de maio, data em que se comemorará o "Dia do Empregado em Estabelecimento de Serviços de Saúde", na base territorial abrangida pelo Suscitante, resguardada a prestação de serviços, conforme escala prévia elaborada pela Administração da empresa, selvguardando ao empregado que prestar serviço nesse dia o direito de compensação, ou de receber as horas trabalhadas como extras. As empresas que não concederem o feriado no dia 12 de maio deverão fazê-lo até 30 de novembro de 2022.

#### **Férias e Licenças**

##### **Duração e Concessão de Férias**

#### **CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA SEXTA - FÉRIAS**

Aviso prévio de 30 (trinta) dias para a concessão das férias, não podendo as mesmas ter início aos sábados, domingos, feriados e dias já compensados, devendo o respectivo pagamento ser realizado com antecedência de, no mínimo, 2 (dois) dias.

##### **Licença Adoção**

#### **CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA SÉTIMA - LICENÇA ADOÇÃO**



A empregada mãe adotante será concedida licença na forma da Lei nº 10.421, de 15/04/2002.

**Outras disposições sobre férias e licenças**

**CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA OITAVA - LICENÇA PATERNIDADE**

Após o nascimento de seu filho, o empregado terá direito a uma licença de 05 (cinco) dias contados a partir do nascimento do filho, sem prejuízo da remuneração.

**Saúde e Segurança do Trabalhador**

**Equipamentos de Segurança**

**CLÁUSULA QUADRAGÉSIMA NONA - FORNECIMENTO DE MATERIAL INDISPENSÁVEL**

Fornecimento de todo material indispensável ao exercício digno da atividade do empregado.

**Equipamentos de Proteção Individual**

**CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA - FORNECIMENTO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO**

Obrigatoriedade no fornecimento de equipamento de proteção aos empregados para o exercício das respectivas funções, de conformidade com a legislação de higiene, segurança e medicina do trabalho de modo a atenuar-lhes os riscos eventuais, sendo obrigatório seu uso pelo empregado.

**Uniforme**

**CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA PRIMEIRA - UNIFORMES**

Os empregadores fornecerão uniformes aos empregados lotados no Setor Operacional (enfermagem, limpeza, cozinha, lavanderia), excetuando-se o pessoal Administrativo, salvo se o empregador exigir o uso de uniforme também para a Administração.

**CIPA - composição, eleição, atribuições, garantias aos cipeiros**

**CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA SEGUNDA - ESTABILIDADE AOS CIPEIROS**

Handwritten initials and a checkmark.



Estabilidade aos Cíperos, na forma da Lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As empresas comprometem-se a remeter ao Sindicato Suscitante cópia da ata de posse dos membros da CIPA.

#### Exames Médicos

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA TERCEIRA - EXAMES MÉDICOS

Os exames médicos, por ocasião da admissão e dispensa dos empregados, na forma da lei, serão custeados exclusivamente pelas empresas.

#### Aceitação de Atestados Médicos

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA QUARTA - ATESTADOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS

Reconhecimento pelas empresas de atestados médicos e odontológicos passados pelos facultativos da entidade suscitante, desde que mantenham convênio com o SUS.

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Fica facultado ao empregador o abono das faltas ou atrasos do empregado que apresentar atestado de acompanhamento de filhos menores em atendimento médico, vedada a aplicação de punição disciplinar no caso de recusa, ressalvado o direito ao respectivo desconto do dia ou horas não trabalhadas, bem como o direito do empregador de aplicação de medidas punitivas quando demonstrado dolo, má-fé ou abuso de direito por parte do empregado.

#### Relações Sindicais

#### Contribuições Sindicais

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA QUINTA - MENSALIDADES SINDICAIS

Handwritten initials and a large 'D' mark.

Obrigatoriedade de recolhimento das contribuições (mensalidades sindicais) descontadas dos associados, em consonância com os artigos 545 e seu parágrafo único, sob as penas previstas no artigo 553 da CLT.

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA SEXTA - CONTRIBUIÇÃO ASSISTENCIAL PATRONAL

Fica estabelecida a contribuição assistencial patronal, para associados ou não, no importe de **12% (doze por cento)** a ser paga em duas parcelas de **6%** cada uma, sendo que a primeira parcela incidirá a folha de pagamento do mês de setembro de 2022 e a segunda parcela sobre a folha de pagamento do mês de março de 2023, devidamente reajustadas pelo índice estabelecido na presente norma coletiva, devendo o recolhimento ser efetuado em 31 de outubro de 2022 e 30 de abril de 2023, limitado à R\$ 16.911,57.

**PARÁGRAFO 1º** - O valor mínimo para recolhimento da referida contribuição será de **R\$ 674,82** (seiscentos e setenta e quatro reais e oitenta e dois centavos), pagável em 2 parcelas de **R\$ 337,41** (trezentos e trinta e sete reais e quarenta e um centavos) cada uma.

**PARÁGRAFO 2º** - Os estabelecimentos de serviços de saúde que estão quites com a contribuição confederativa ficam isentos da contribuição assistencial.

**PARÁGRAFO 3º** - Na hipótese de atraso no pagamento da referida contribuição, haverá incidência de multa no percentual de **2%** (dois por cento), juros de **1%** (um por cento) ao mês, tudo a incidir sobre o principal devidamente corrigido.

Outras disposições sobre relação entre sindicato e empresa

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA SÉTIMA - CONTRIBUIÇÃO PARA SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA SINDICAL

As empresas recolherão ao Sindicato Suscitante, o que segue:

a) Empresas com até 100 (cem) empregados pagarão contribuição de **R\$ 23,06**, correspondente a 1,5% da média dos valores do piso salarial geral, ou seja, R\$ 1.538,10 por empregado abrangido por esta convenção coletiva de trabalho, em duas parcelas iguais, sendo cada parcela de **R\$ 11,54**, por empregado, em cada mês, com vencimento em 10 de setembro e 10 de outubro de 2022, mediante

depósito em conta corrente do Banco Caixa Econômica Federal, agência 0250, conta corrente 0929-0, CNPJ 59.650.655/0001-58, em caso de transferência entre contas ou PIX. As empresas deverão enviar ao Sindicato Suscitante o número de empregados abrangidos pela presente convenção coletiva e o comprovante de depósito, até o dia 15 de outubro e 15 de novembro de 2022.

b) Empresas com mais de 100 (cem) empregados pagarão contribuição de R\$ 38,46, correspondente a 2,5% da média dos valores do piso salarial geral, ou seja, R\$ 1.538,10, por empregado abrangido por esta convenção coletiva de trabalho, em duas parcelas iguais de R\$ 19,23 cada, com vencimento em 10 de setembro e 10 de outubro de 2022, mediante depósito em conta corrente do Banco Caixa Econômica Federal, agência 0250, conta corrente 0929-0, CNPJ 59.650.655/0001-58, em caso de transferência entre contas ou PIX. As empresas deverão enviar ao Sindicato Suscitante o número de empregados abrangidos pela presente convenção coletiva e o comprovante de depósito, até o dia 20 de outubro e 20 de novembro de 2022.

#### Disposições Gerais

#### Aplicação do Instrumento Coletivo

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA OITAVA - GARANTIAS GERAIS

Ficam asseguradas as condições mais favoráveis decorrentes de acordos coletivos, com relação a quaisquer das cláusulas constantes da presente Convenção Coletiva de Trabalho.

#### CLÁUSULA QUINQUAGÉSIMA NONA - NORMAS CONSTITUCIONAIS

A promulgação de legislação ordinária e/ou complementar regulamentadora dos preceitos constitucionais, substituirá, onde aplicável, direitos e deveres previstos na presente Convenção Coletiva de Trabalho, ressalvando-se sempre as condições mais favoráveis aos empregados, vedada, em qualquer hipótese, a acumulação de benefícios.

#### Outras Disposições

#### CLÁUSULA SEXAGÉSIMA - PIS

Para recebimento do PIS, sendo necessária a ausência do funcionário durante o horário normal de trabalho, esta não será considerada para efeito de desconto do DSR, férias, 13º salário, cesta básica, bem como do dia do recebimento.

#### CLÁUSULA SEXAGÉSIMA PRIMEIRA - JUÍZO COMPETENTE



O cumprimento de quaisquer das cláusulas da presente norma, será exigido perante a Justiça do Trabalho.

**CLÁUSULA SEXAGÉSIMA SEGUNDA - TELEMEDICINA - EXAMES ADMISSIONAIS, PERIÓDICO E DEMISSIONAL NR7**

As EMPRESAS poderão se utilizar de todos os meios e formas, inclusive a TELEMEDICINA, para dar cumprimento a previsão da Norma Regulamentadora (NR7), ficando assegurado ao Médico do Trabalho a solicitação de exames complementares, inclusive a solicitação do exame presencial, haja vista ser uma conduta médica.

**CLÁUSULA SEXAGÉSIMA TERCEIRA - TELETRABALHO/HOME OFFICE OU OUTRAS MODALIDADES**

As empresas podem se utilizar de todos os meios e formatos para realização e cumprimento de suas atividades, desde que essas situações e previsões estejam em políticas internas, devendo a alteração constar de aditamento contratual devidamente assinado pelo empregado.

**CLÁUSULA SEXAGÉSIMA QUARTA - CASO FORTUITO, FORÇA MAIOR, PANDEMIAS, CALAMIDADE**

Fica desde já ajustado, convencionando e acordado que as EMPRESAS podem se utilizar de todas as condições previstas em Legislação Específica editadas em decorrência de Caso Fortuito, Força Maior, Pandemia ou qualquer outra calamidade, assim como flexibilizar direitos trabalhistas para atender as legislações pertinentes aos temas, devendo o respectivo documento ser assinado pelo empregado e encaminhado à Entidade Sindical Profissional.

**FRANCISCO ROBERTO BALESTRIN DE ANDRADE**

Presidente

SINDICATO DOS HOSP. CL. C. SAU., LAB. DE PESQ. ANAL. CL. DO E. DE S. PAULO

**WILSON GALDINO DA SILVA**

Presidente

SINDICATO UNICO DOS AUXILIARES DE ENFERMAGEM, TECNICOS DE ENFERMAGEM E  
DEMAIS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS DE SERVICOS DE SAUDE DE



GUARULHOS,

ANEXOS  
ANEXO I - ATA ASSEMBLEIA PATRONAL

[Anexo \(PDF\)](#)

ANEXO II - ATA ASSEMBLEIA PROFISSIONAL

[Anexo \(PDF\)](#)

A autenticidade deste documento poderá ser confirmada na página do Ministério da Economia na internet, no endereço <http://www.mte.gov.br>.

#### 14.17. Educação Permanente em Saúde/Capacitação.

A Educação em serviço de saúde (ES), ou Capacitação em Saúde, é tida como prática educativa integrada ao processo de educação no trabalho, conceituando a Capacitação em Saúde como um processo a ser aplicado nas relações humanas, do trabalho, objetivando o desenvolvimento de capacidade cognitiva, psicomotoras e relacionais, assim como o aperfeiçoamento diante da evolução tecnológica, dessa maneira contribui para a valorização profissional e institucional. E ainda, "A educação em serviço objetiva o desenvolvimento profissional, provendo os serviços de profissionais mais capacitados para o trabalho", ou seja, é prática inerente ao processo de trabalho, composta por ações educativas no ambiente de trabalho para fazer com que o profissional consiga relacionar o que lhe está sendo transmitido a sua prática diária.

## **Integração das Práticas e Modelos**

Destaca-se que a Educação Permanente em Saúde, Educação Continuada e a Capacitação em Saúde podem incentivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, sanando as dificuldades existentes na realidade de ensino dos enfermeiros, pensando numa enfermagem com objetivos coletivos que devem ser alcançados por todos os integrantes da equipe.

Para tanto, a Educação Permanente, Continuada e a Capacitação em Saúde, podem motivar o profissional e incentivá-lo a mudança, e assim buscar minimizar as dificuldades nas práticas de ensino, objetivando uma enfermagem com propósitos que almejem serem alcançados por todos da equipe.

A partir das definições acima, vimos a importância da educação na saúde e principalmente como esses conceitos se complementam e interagem entre si. Portanto, todo processo educativo não tem um fim em si mesmo. Ele é um processo inacabado, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente pela dinâmica do setor saúde, e a Educação Permanente, Continuada e Capacitação em Saúde são ferramentas para essa construção.

A Educação Permanente em Saúde e Capacitação é voltada ao cotidiano do trabalho, à necessidade de construção de processos de trabalho mais eficientes e ao aprimoramento das práticas visando à melhoria da assistência e satisfação dos usuários. Ao colocar o trabalho na saúde sob as lentes da "Educação Permanente em Saúde", o Instituto Alpha coloca a informação científica e tecnológica, a informação administrativa setorial e a informação social e cultural, entre outras, como informação capaz de contribuir para pôr em evidência os "encontros rizomáticos" que ocorrem entre ensino, trabalho, gestão e controle social em saúde, carregando consigo o contato e a permeabilidade às redes sociais que tornam os atos de saúde mais humanos e de promoção da cidadania.



A educação permanente é alcançada por meios que necessitam ser atendidos concretamente. Para tanto, se faz necessário à constituição de ações palpáveis, tais como:

- Capacitar os profissionais de saúde multidisciplinar;
- Treinar e solidificar o conhecimento técnico científico para tomada de decisões;
- Criar um ambiente educacional padrão para troca de experiências e melhoria dos processos de trabalho;
- Proporcionar forma de registro de avaliação de aprendizagem do conhecimento técnico-científico, com vistas a monitorar progresso e garantir a qualificação do corpo de saúde;
- Viabilizar a padronização das condutas entre os diversos serviços de Saúde por meio da gestão do Instituto Alpha, de forma que possibilite o alinhamento entre valores, demandas técnicas do sistema de saúde e parâmetros locais;
- Gerenciar os espaços físicos, equipamentos e agendamentos destinados aos eventos; viabilizar atividades de extensão científica na área da saúde;
- Promover a saúde por intermédio de cursos, palestras, eventos e campanhas para informação sobre temas relacionados;
- Promover estratégias para atualização e aprimoramento dos profissionais da área de saúde por meio da aplicação de recursos tecnológicos interativos;
- Articular, conjuntamente, com os profissionais da unidade, ações de treinamento e desenvolvimento profissional.

#### 14.17.1. Cronograma

O cronograma das ações será baseado em problemas aferidos nas práticas do dia-a-dia, mensurados através de indicadores de produção, metas, taxas e outros apontados na Proposta de Técnica.

Tais ações ocorrerão através de intervenções diagnósticas das Comissões constituídas, chefias imediatas, colaboradores e usuários. O setor de Educação Continuada do Instituto Alpha apoiará os programas realizados no **Pronto Socorro**, buscando construir novas práticas de trabalho, pautadas no trabalho em equipe, supervisões, planejamento participativo e alcance das metas pactuadas.

CRONOGRAMA		
MÊS	TEMA	PÚBLICO ALVO
1º mês	ESTUDO SOBRE LAVAGENS DE MÃOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM E MEDICOS
	INTRODUÇÃO PRÁTICA PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	EQUIPE ENFERMAGEM
	TREINAMENTO SOBRE AÇÕES DE SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE ENFERMAGEM
2º mês	REUNIÃO	COLOBORADORES
	IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DIGITAL	
	ATUALIZAÇÃO DA ROTINA DE LIMPEZA E DESINFECÇÃO DE MATERIAL NÃO CRITICO	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	IMPLANTANÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE RELACIONADOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM / EQUIPE MÉDICA
	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
	IMPLANTAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS PARA VISITANTES/ ACOMPANHANTES	EQUIPE DE ENFERMAGEM/ ADMINISTRATIVO
	CUIDADOS E MANEJOS COM PACIENTE EM SURTO PISICOTICO (CONTEÇÃO FISICA)	EQUIPE ENFERMAGEM
	REVISÃO DO PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (MANCHESTER)	EQUIPE DE ENFERMAGEM
REFORMULAÇÃO O SAE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL	ENFERMEIROS / EQUIPE DE ENFERMAGEM	

3º mês	BRIGADA DE INCEDIO	EQUIPE BRIGADA E DEMAIS PROFISSIONAIS
	REVISÃO PROTOCOLO PRÁTICA HIGIENE DAS MÃOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM
4º mês	PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	EQUIPE DE ENFERMAGEM
5º mês	TREINAMENTO DE BIOSSEGURANÇA	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	LIMPEZA E DESINFECÇÃO DA UNIDADE	ENFERMAGEM /AUX.LIMPEZA
6º mês	RECICLAGEM E TREINAMENTO SOBRE NR 32	EQUIPE DE ENFERMAGEM
7º mês	PRÁTICA DESCARTE DE LIXO CORRETAMENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM / AUX. DE LIMPEZA
8º mês	REVISÃO E RECICLAGEM DOS TREINAMENTOS DE IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE SEGURANÇA DO PACIENTE	EQUIPE DE ENFERMAGEM
9º mês	GESTÃO DE EQUIPES	COORDENADORES DE EQUIPES
10º mês	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS	EQUIPE DE ENFERMAGEM
	PALESTRA	EQUIPE TECNICA
11º mês	RISCOS DO USO DO CELULAR EM AMBIENTES INSALUBRES	
12º mês	REFORMULAÇÃO DO NOVO CODIGO DE ETICA	ENFERMEIROS / FARMACEUTICA

Na proposta do Instituto Alpha para a Educação Continuada, as ações serão divididas em fases. Abaixo consta o cronograma para a implantação e a execução destas atividades. As fases serão as que seguem:

**Fase 1:** realizaremos um diagnóstico situacional das necessidades e problemas do cotidiano do trabalho e implantaremos o Serviço de Educação Continuada.

**Fase 2:** realizaremos ações de Educação Continuada e elaboração dos Protocolos de Atendimento, Protocolos de Fluxo e Procedimentos Operacionais Padrão.

CRONOGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA												
ATIVIDADE	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º
E	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês	mês
	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s	s
Fase 1	x											
Fase 2		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Da forma como montamos as ações, acreditamos que a aplicação constituir-se-á num constante aperfeiçoamento dos profissionais das Unidades de Saúde geridas. Nesse sentido, as ações propostas serão organizadas de forma a garantir efetivamente as condições necessárias e indispensáveis ao desempenho, com qualidade de todas as etapas para os profissionais multidisciplinares, dispondo de estratégias de ensino e aprendizagem, orientadas por uma metodologia participativa e dialógica, na abordagem dos conteúdos e estratégias de formação de pessoal.

As diretrizes para as ações desenvolvidas serão calcadas na oferta de cursos que visem o aperfeiçoamento profissional e pessoal, traduzindo-se então em melhoria na prestação dos serviços de saúde. Propomos que sejam realizadas atividades que contemplem alguns perfis, como segue:

**PERFIL I** – Curso introdutório destinado a todos os profissionais da saúde, enquanto capacitação inicial para o início do trabalho e para implantação da nova metodologia de trabalho nos respectivos territórios.

**PERFIL II** – Curso destinado a médicos e enfermeiros das equipes de saúde para capacitação técnica desses profissionais para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Projeto que será desenvolvido.



**PERFIL III** – Curso destinado aos demais profissionais para o desempenho de suas atribuições nas áreas temáticas do Projeto que será desenvolvido.

**PERFIL IV** – Curso destinado a todo o conjunto dos trabalhadores.

### 14.17.2. Quadro de Cargos e Salários

QUADRO DE RH - CLT E PRO LABRE						
FUNÇÃO	CARGA HORÁRIA	1º MÊS IMPLANTAÇÃO	2º a 12º MÊS	CUSTO UNICÁRIO POR FUNÇÃO	REGIME DE CONTRATAÇÃO	
ADMINISTRADOR HOSPITALAR	40h	1	1	25.046,33	CLT	
COORDENAÇÃO ENFERMAGEM RT	40h	1	1	14.784,48	CLT	
ENFERMEIRO (CCH/NIR/EDUC.CONT)	30h	3	3	6.945,85	CLT	
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL (ENFERMARIA) - DIA	12x36	0	5	7.237,77	CLT	
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL (ENFERMARIA) - NOITE	12x36	0	5	8.463,90	CLT	
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL (P.A) - DIA	12x36	0	5	7.237,77	CLT	
ENFERMEIRO ASSISTENCIAL (P.A) - NOITE	12x36	0	5	8.483,90	CLT	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (INTERNAÇÃO) - DIA	12x36	0	7	5.103,68	CLT	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (INTERNAÇÃO) - NOITE	12x36	0	6	5.993,67	CLT	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (P.A) - DIA	12x36	0	7	5.103,68	CLT	
TÉCNICO DE ENFERMAGEM (P.A) - NOITE	12x36	0	6	5.965,67	CLT	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM (INTERNAÇÃO) - DIA	12x36	0	4	4.392,29	CLT	
AUXILIAR DE ENFERMAGEM (INTERNAÇÃO) - NOITE	12x36	0	5	5.126,22	CLT	
ASSISTENTE ADM INTERNO - DIA	12x36	0	7	4.374,54	CLT	
RECEPCIONISTA (DIURNO E NOTURNO)	12x36	0	8	3.982,83	CLT	
COORDENADOR ADM	40H/S	1	1	12.505,92	CLT	
COORDENADOR DE RH	40H/S	1	1	7.879,28	CLT	
AUXILIAR ADM	40H/S	2	2	3.337,50	CLT	
AUXILIAR DE FARMÁCIA - DIA	12x36	2	2	3.876,83	CLT	
AUXILIAR DE FARMÁCIA - NOITE	12x36	0	3	4.536,34	CLT	
SUPERVISOR ADM	12x36	3	3	6.762,62	CLT	
SUPERVISOR LIMPEZA	40H/S	0	1	6.470,15	CLT	
AUX DE ATEND. (9H AS 23H)	12x36	0	2	3.185,27	CLT	
FARMACÊUTICO	12x36	2	2	6.469,24	CLT	
FISIOTERAPÊUTA - DIURNO	12x36	0	5	6.616,48	CLT	
SUPERVISOR DE MANUTENÇÃO	40H/S	1	1	4.705,02	CLT	
AUXILIAR DE FATURAMENTO	40H/S	0	2	3.417,80	CLT	
ASSISTENTE DE COMPRAS	40H/S	1	1	4.705,02	CLT	
PSICÓLOGO	40H/S	0	2	6.192,15	CLT	
NUTRICIONISTA	40H/S	1	1	6.026,91	CLT	
ASSISTENTE SOCIAL	30H/S	0	2	6.192,15	CLT	
TEC DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA - DIA	12x36	0	3	4.208,51	CLT	
TÉCNICO DE INFORMÁTICA	12x36	4	4	4.011,02	CLT	
SUPERVISOR DE INFORMÁTICA	40H/S	1	1	5.806,06	CLT	
COPEIRO	12x36	0	7	5.596,94	CLT	
DIRETOR PRESIDENTE	-	1	1	26.200,00	PRO-LABORE	
DIRETOR FINANCEIRO	-	1	1	24.400,00	PRO-LABORE	
DIRETOR SECRETÁRIO	-	1	1	24.400,00	PRO-LABORE	
DIRETOR JURÍDICO	-	1	1	20.800,00	PRO-LABORE	
DIRETOR ADMINISTRATIVO	-	1	1	20.800,00	PRO-LABORE	
DIRETOR DE RH	-	1	1	20.800,00	PRO-LABORE	
DIRETOR INSTITUCIONAL	-	1	1	20.800,00	PRO-LABORE	
DIRETOR DE PROJETOS	-	1	1	20.800,00	PRO-LABORE	
DIRETOR TÉCNICO	-	1	1	24.400,00	PRO-LABORE	
TOTAL		26	123			

Os Recursos Humanos para os serviços de imagem, Portaria/Cotrolador de acesso, Limpeza e manutenção serão contratados por Pessoa Jurídica.

Página 448



O RH acima apresentado para o primeiro mês refere-se a profissionais que atuarão no Protocolo de Implantação. Os demais serão contratados no segundo mês para início do atendimento assistencial.

### Equipe Médica

MÉDICOS	QTD POR PLANTÃO DE 12HS	HORÁRIO ADM
Clínico Diurno	3	-
Clínico Noturno	3	-
Pediatra Diurno	2	-
Pediatra Noturno	2	-
Ortopedista Diurno	1	-
Ortopedista Noturno	1	-
Emergencista Diurno	1	-
Emergencista Noturno	1	-
Diretoria Clínica	-	1
Coordenação Geral	-	1
Médico CCIH	-	1
Total	14	3

### 14.18. Descrição dos cargos

#### Administrador Hospitalar:

- Planejar e administrar recursos humanos, tendo muitas vezes que estimar e definir o número de médicos, enfermeiros e especialidades adequadas à instituição.
- Controlar pedidos e estoque de materiais, desde medicamentos até itens de higiene e limpeza, para que não haja falta nem desperdício.

- Avaliar orçamentos, negociar com fornecedores e organizar toda a logística de entregas.
- Prever a manutenção e atualização dos equipamentos médicos.
- Dar destino correto aos resíduos hospitalares.
- Equilibrar o balanço do hospital de modo a promover sua saúde financeira, assim como definir uma política viável de preços e salários.
- Administrar licitações e convênios.
- Promover e coordenar ações de marketing e comunicação.

#### **Ajudante de Limpeza:**

- Auxiliar na Limpeza e conservação do local e ambiente de trabalho.
- Fazer a desinfecção das dependências.
- Abastecer enfermarias, salas, sanitários com produtos de limpeza e higiene.
- Manter material e equipamentos de trabalho organizados.

#### **Almoxarife:**

- Receber, conferir e armazenar produtos/materiais/mercadorias;
- Efetua o controle de estoque e a movimentação (entrada e saída);
- Efetua pedido produtos/materiais/mercadorias conforme necessidade.
- Higieniza e organiza seu ambiente de trabalho.



**Assistente Administrativo:**

- Executam serviços de apoio nas áreas de recursos humanos, administração, finanças e logística;
- Elaboram planilhas para análise da gestão;
- Atendem fornecedores e Colaboradores para tratativas diárias.

**Assistente de Compras:**

- Responsável por fazer cotação dos preços de equipamentos, insumos, material de limpeza e escritório.
- Conferir e elaborar Relatórios e Planilhas sobre os processos de compras.
- Realiza a interface direta com fornecedores.

**Assistente Social:**

- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto à órgãos da administração pública direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;
- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam de âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;
- Encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;
- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de

identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

- Planejar, organizar e administrar benefícios e serviços sociais;
- Planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais;
- Prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta, indireta, empresas privadas e outras entidades;
- Prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade;
- Planejamento, organização e administração de Serviço Social e de Unidade de Serviço Social;
- Realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

#### **Auxiliar Administrativo:**

- Preenchimento de formulários;
- Trâmite de correspondências e documentos;
- Recepção de usuários dos serviços da organização;
- Realização de atividades de registros de receitas e contas a pagar;
- Emissão de notas fiscais;
- Elaboração de ofícios e memorandos;
- Serviços auxiliares de controle de estoque (registros em sistemas);
- Elaboração da minuta de relatórios financeiros (que serão posteriormente consolidados pelo departamento contábil);
- Atualização de arquivos e cadastros de informações;
- atuação no apoio ao setor de pessoal (como entrega de vales, por exemplo);



- Assessoramento de gestores com questões práticas da rotina de trabalho, como responder e-mails, controlar a folha de ponto dos funcionários, preparar documentos, prestar informações ao público etc.

#### **Auxiliar de Atendimento:**

- Atendimento e esclarecimento de dúvidas dos pacientes dentro das Unidades de atendimento;
- Efetua Pesquisas de satisfação dos usuários do equipamento, realizando posteriormente relatórios de tabulações e resultados finais.

#### **Auxiliar de Enfermagem:**

- Prestar assistência médica ao paciente zelando pelo seu conforto e bem-estar;
- Organiza o ambiente de trabalho para a continuidade aos plantões;
- Administra medicações via oral, venosa ou intramuscular e realiza coleta de material biológico;
- Realizam registro e elaboram relatórios diários de trabalho.

#### **Auxiliar de Farmácia:**

- Ajudar no atendimento;
- organizar os medicamentos por setor;
- Repor medicamentos e materiais;



- Interpretar prescrições médicas;
- Esclarecer dúvidas em geral e auxiliar o farmacêutico.

#### **Auxiliar de Faturamento:**

- Analisar faturamento de contas médicas, como materiais, medicamentos, exames e honorários;
- Conferir despesas/receitas em geral;
- Acompanha recursos de glosas;
- Realizar fechamento de guias;
- Emitir notas fiscais, Darfs e impostos devidos.

#### **Controlador de Acesso:**

- Zelar pela guarda do patrimônio e exercem a vigilância, percorrendo-os sistematicamente e inspecionando suas dependências, para evitar incêndios e outras anormalidades;
- Controlam fluxo de pessoas, identificando, orientando e encaminhando-as para os lugares desejados;

#### **Coordenador de RH:**

- Coordenar operações diárias das funções e obrigações de RH
- Prover suporte administrativo para executivos de Recursos Humanos;
- Compilar e atualizar registros do funcionário (cópias impressas e digitais);



- Processar a documentação e preparar relatórios relacionados com as atividades do pessoal (agenciamento, recrutamento, treinamento, reclamações, avaliações de desempenho etc.);
- Viabilizar projetos de RH (encontros, treinamento, pesquisas etc.) e registrar minutas;
- Negociar as solicitações de funcionário relacionadas com problemas, regras e regulamentos de recursos humanos;
- Dar suporte na preparação da folha de pagamento fornecendo dados relevantes (ausências, bônus, licenças etc.);
- Comunicar-se com os administração pública, quando necessário;
- Tratar adequadamente as reclamações e procedimentos de denúncia;
- Coordenar a comunicação com candidatos e agendar entrevistas;
- Conduzir a orientação inicial para funcionários recentemente contratados;
- Coordenar os nossos recrutadores na seleção de candidatos e atualizar o nosso banco de dados.

#### **Copeiro:**

- Executar pré-preparo e porcionamento e alimentos e bebidas, conforme requisitos de boas práticas na manipulação de alimentos.
- Executar a montagem das bandejas das dietas, conforme a prescrição de cada paciente, de acordo com requisitos de boas práticas na manipulação de alimentos.
- Distribuir refeições aos pacientes de acordo com as boas práticas na manipulação de alimentos.
- Recolher e pesar resíduos decorrentes das refeições dos pacientes para alimentação de indicadores.
- Higienizar utensílios e equipamentos utilizados pela copa.

### Enfermeiro

- Responsável pela rotina de enfermagem, por realizar triagens, preencher prontuários, oferecer os primeiros atendimentos, coletar exames, administrar medicamentos e monitorar o estado de saúde dos pacientes.
- No nível de suas competências, executar assistência básica, intermediária e avançada;
- Notificar os casos seguindo estratégia local;
- Coordenar e realizar atividades de educação permanente;
- Prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;
- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde;
- Desenvolver suas atividades utilizando normas e procedimentos de biossegurança e/ou segurança do trabalho;
- Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.
- Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- Realizar outras atividades de competência de sua área conforme necessidade do serviço

### Enfermeiro CCIH:

- Identifica casos de infecção hospitalar, implementa e avalia





programas de controle;

- Elabora normas de padronização e capacita colaboradores da instituição para prevenção;
- Monitora o uso de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares;
- Desenvolve indicadores, notificação de suspeita e agravos de doenças e contribui com medidas para que não ocorra disseminação de micro-organismos no ambiente hospitalar.

#### **Enfermeiro Coordenador (RT):**

- Organizar e direcionar os serviços de enfermagem e suas atividades;
- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem;
- Elaborar escala de folgas e escala de atribuições;
- Capacitar membros da equipe quanto a práticas de enfermagem em urgência/emergência;
- Enviar ao setor competente informações pertinentes a UPA;
- Notificar os casos seguindo estratégia local;
- Coordenar e realizar atividades de educação permanente;
- Prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar;
- Preencher relatórios e registros de produção das atividades de enfermagem, bem como efetuar a análise dos mesmos;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade de Saúde;
- Desenvolver suas atividades utilizando normas e procedimentos de biossegurança e/ou segurança do trabalho;
- Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.
- Participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a Assistência de Enfermagem;
- Participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

#### **Farmacêutico:**

- Supervisiona e orienta o processo de compra de medicamentos, demais materiais e insumos da farmácia;
- Estabelece critérios para suprir a demanda com qualidade, quantidade e menor custo, sinalizando para sobras ou faltas dentro da Unidade. Realiza a dispensação de forma segura aos profissionais que irão administrar os medicamentos e/ou materiais;
- Emite e confere relatórios para gestores; Realiza o dimensionamento da equipe da farmácia e realiza o inventário do setor.

#### **Fisioterapeuta**



- Admitir o usuário/cliente no setor juntamente com a equipe médica e de enfermagem;
- Realizar atendimento fisioterapêutico respiratório e/ou motor, mantendo vias aéreas pèrvias e mobilidade de acordo com a clinica do paciente;
- Garantir adequada ventilação do paciente durante o procedimento de intubação;
- Montar circuito do respirador, ajustar parâmetros iniciais de ventilação e conferir funcionamento;
- Instalar copo humidificador ou filtro de barreira e trocá-lo conforme protocolo estabelecido pela SCIH;
- Conectar cliente/usuário no respirador no respirador ajustando parâmetros conforme patologia, biótipo e necessidade apresentada;
- Analisar a gasometria e demais exames complementares do paciente, monitorar e corrigir parâmetros ventila tórios quando se fizer necessário;
- Orientar posicionamento do paciente no leito;
- Garantir integridade do circuito respiratório utilizado;
- Conferir pressão de "cuff" diariamente quando em UTI Adulto e Pediátrica;
- Registrar no prontuário evolução diária do paciente, intercorrências e alterações de parâmetros ventilatórios;
- Iniciar desmame da ventilação mecânica em conformidade com a equipe médica;



- Reavaliar o paciente durante todo o processo de retirada da ventilação mecânica;
- Entubar o paciente, retirando-o da ventilação da ventilação mecânica e colocando-o sob suporte de oxigênio adequado;
- Avaliar necessidade de reintubação ou Ventilação Não Invasiva (VNI);
- Auxiliar a equipe médica e/ou de enfermagem nos procedimentos necessários ou que envolva a parte ventilatória;
- Informar verbalmente todas as informações pertinentes do turno na troca de plantão;
- Integrar a equipe multidisciplinar de saúde, sempre que necessário, com participação plena na atenção prestada ao cliente;
- Orientar a equipe multidisciplinar quanto aos cuidados necessários que visem à evolução do paciente;
- Realizar transferência de decúbito, retirada do paciente do leito e deambulação quando indicado;
- Elaborar relatórios relativos ao desenvolvimento do trabalho;
- Registrar diariamente em livro próprio do setor atendimentos realizados em cada turno, altas, óbitos, internamentos e transferências;
- Coletar aspirado traqueal protegido para análise de cultura sempre que solicitado;
- Orientar familiares quanto à necessidade de continuidade de tratamento e cuidados domiciliares;
- Zelar pela integridade dos equipamentos e mobiliários sob sua responsabilidade;

- Manter limpo e organizado o seu setor de trabalho;
- Cumprir políticas, normas, regulamento e/ou regimento interno do hospital;
- Realizar plano terapêutico e participar do plano de alta multidisciplinar;
- Executar outras tarefas correlatas à área.

**Nutricionista:**

- Responsável por cuidar da alimentação e do processo de produção de alimentos (envolvendo preparo, higiene e distribuição) aos pacientes e acompanhantes pela elaboração do cardápio, monitoramento do estado nutricional;
- Cuidado personalizado em conjunto com a equipe multidisciplinar.

**Psicólogo:**

- Realizar análise de prontuário do paciente visando caracterização dos dados clínicos e conhecimento sobre histórico de saúde;
- Identificar possibilidade de realização do atendimento;
- Realizar avaliação psicológica;
- Dar retorno à equipe multiprofissional sobre aspectos que possam ter impacto no planejamento de cuidados do paciente;
- Encaminhar, quando necessário, para outros serviços de psicologia ou afins;
- Efetuar registros em prontuário, de acordo com o artigo 12 do Código de Ética;
- Acompanhamento psicológico ao paciente e/ou familiar.

### **Recepcionista**

- Executar serviços de digitação;
- Atender e fazer ligações telefônicas de interesse do local de trabalho, prestando as informações solicitadas;
- Atender e/ou recepcionar o público;
- Receber e distribuir correspondências;
- Organizar o ambiente de recepção;
- Apoiar a área administrativa;
- Desenvolver suas atividades utilizando normas e procedimentos de segurança do trabalho;
- Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.

### **Supervisor Administrativo:**

- Responsável por gerenciar equipe;
- Realiza o controle e distribuição das atividades;
- Supervisionam rotinas administrativas, prestando suporte à Coordenação nos serviços gerais, elaboração de relatórios gerenciais, escalas e análise de indicadores;
- Organizam documentos;
- Administram recursos humanos, bens patrimoniais e materiais de consumo.

#### **Supervisor de Limpeza:**

- Supervisiona as atividades da equipe de hotelaria e zeladoria;
- Administra custos e compras de materiais de limpeza e controlar os serviços prestados, a fim de garantir a qualidade e padrões de higiene.

#### **Supervisor de Manutenção:**

- Supervisiona os serviços de manutenção elétrica, mecânica, hidráulica, carpintaria e alvenaria, substituindo, trocando, limpando, reparando e instalando peças, componentes e equipamentos;
- Conservam vidros e fachadas, limpam recintos e acessórios.

#### **Técnico de Enfermagem**

- Orientar e executar assistência de enfermagem aos usuários da instituição;
- Auxiliar nas atividades de planejamento, ensino e pesquisa da instituição inserida;
- Trabalhar em conformidade com as normas e procedimentos de biossegurança;
- Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos usuários, sob supervisão do Enfermeiro, assim como colaborar nas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na instituição;
- Auxiliar o superior imediato na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância Epidemiológica e no controle sistemático da infecção;



- Preparar usuários para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos;
- Colher e/ ou auxiliar o usuário na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação;
- Realizar exames de eletro diagnósticos e registrar os eletrocardiogramas efetuados, segundo instruções médicas ou de enfermagem;
- Orientar e auxiliar os usuários, prestando informações relativas à higiene, alimentação, utilização de medicamentos e cuidados específicos em tratamento de saúde;
- Verificar os sinais vitais e as condições gerais dos usuários, segundo prescrição médica e de enfermagem;
- Preparar e administrar medicações via oral, tópica, intradérmica, subcutânea, intramuscular, endovenosa e retal, segundo prescrição médica, sob supervisão do Enfermeiro;
- Cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem;
- Realizar a movimentação e o transporte dos usuários de maneira segura;
- Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência;
- Efetuar o controle diário do material utilizado, bem como requisitar, conforme as normas da instituição, o material necessário para a prestação da assistência à saúde do usuário;
- Controlar materiais, equipamentos e medicamentos, manter os mesmos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela conservação e comunicando ao superior eventuais problemas;
- Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos, bem como seu armazenamento e distribuição;
- Auxiliar na preparação do corpo após o óbito;



- Participar de programa de treinamento, quando convocado;
- Executar demais atividades inerentes à área de atuação, conforme solicitação do superior imediato;
- Executar outras tarefas correlatas à área.

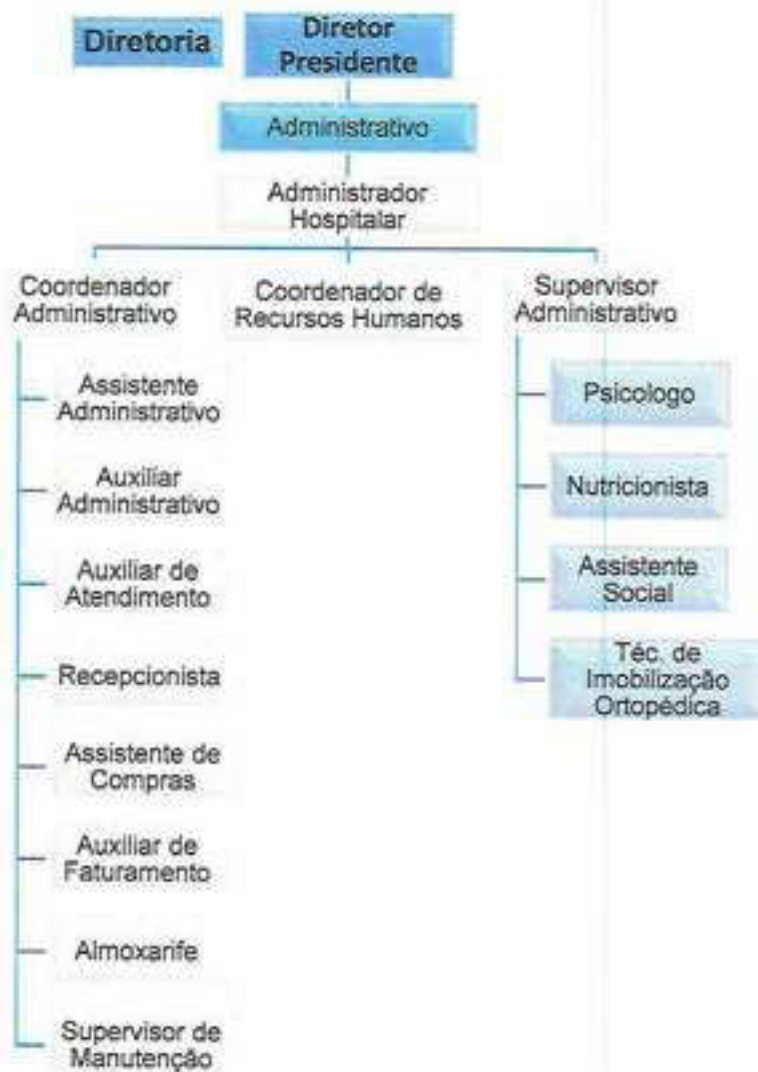
#### **Técnico de Imobilização Ortopédica:**

- Confecciona e retira aparelhos gessados, talas gessadas e enfaixamentos com o uso de material convencional e sintético;
- Executa imobilizações com uso de esparadrapo e talas digitais (imobilizações para os dedos);
- Prepara e executa trações cutâneas, auxilia o médico ortopedista na instalação de trações esqueléticas e nas manobras de redução manual;
- Prepara sala para procedimentos, como suturas e anestesia local para manobras de redução manual, punções e infiltrações.

#### **14.19. Organograma da Unidade**

Apresentamos a seguir o Organograma Proposta para o Hospital de Clínicas Anjo Gabriel:

### Organograma Hierárquico - Setor Administrativo

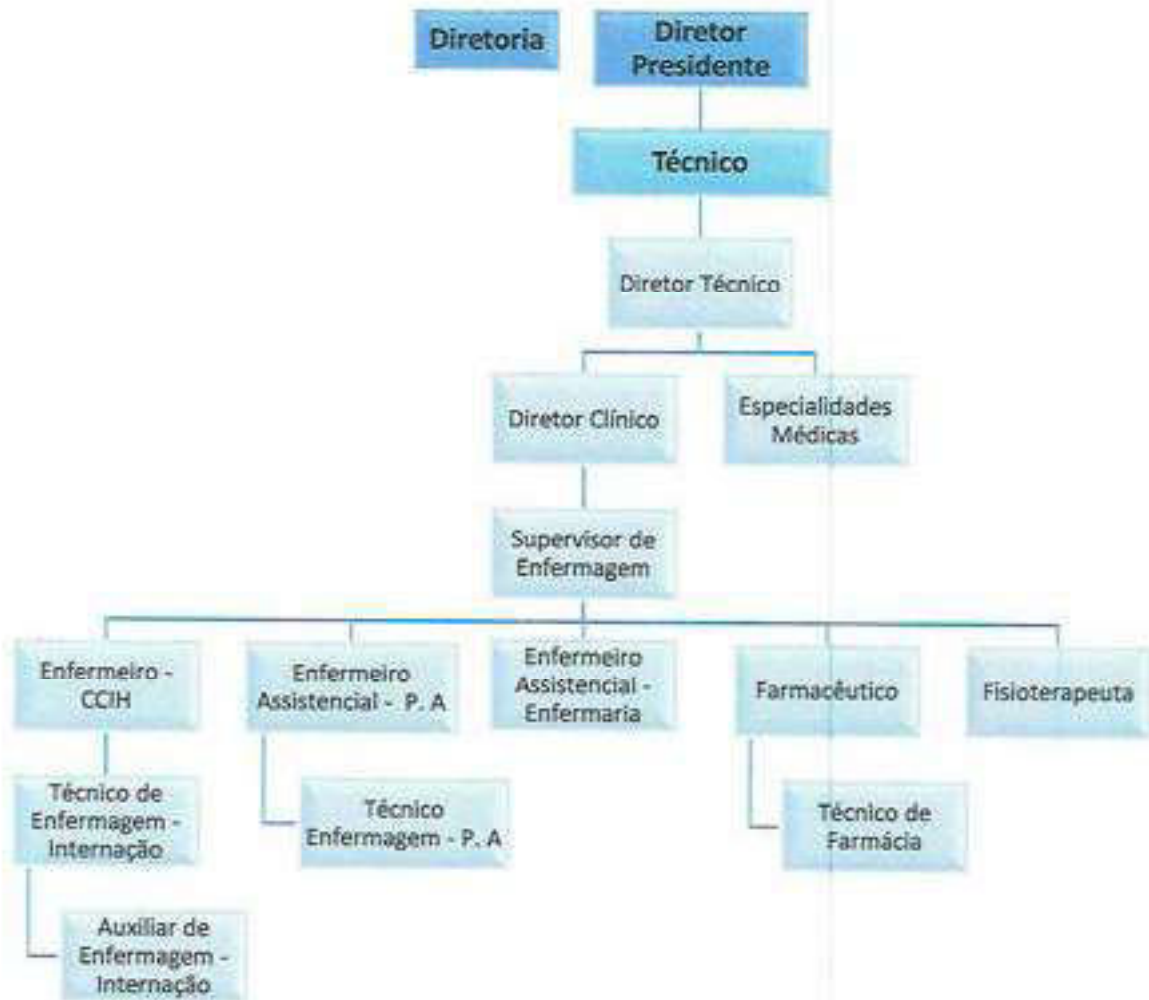


Nº 466





### Organograma Hierárquico - Setor Técnico





**ALPHA**  
INSTITUTO

Realizando o melhor para a sua saúde

## 15. REGIMENTO INTERNO 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 ALHA 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 aos 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.

IX- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos

## 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;

**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 sendo por plantão 12x36 em Serviço de Urgência e Emergência e com 1h de intervalo por turno de serviço, as Unidades Básicas de Saúde sendo 8h diárias de segunda a sexta feira com intervalo de 1h, 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. O uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), descritos na NR 32, são obrigatórios, sendo a retirada de máscara N95 na farmácia e devidamente registrada sua retirada, óculos de proteção retirados na admissão com RH e devidamente registrados na retirada e demais EPIs estando dispostos no setor de atuação nas 24h do dia. Caberá a Coordenação e supervisão controlar sua utilização.
- IV. 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.
- V. 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, ser alterado em conformidade com as especificidades de cada equipamento de saúde, 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.

xxxxxxx, xx de xxxxxx de xxxxxx.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Coordenadora de Enfermagem  
INSTITUIÇÃO XXXXXXXXX

Página 485



## 16. REGIMENTO INTERNO CORPO CLÍNICO

### REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO HOSPITAL DE CLÍNICA ANJO GABRIEL

O Hospital de Clínica Anjo Gabriel está situado a Rua São Judas Tadeu, 200 Jardim Odorico Pereira Bairro - Jardim Capuavinha, Mairiporã - SP, CEP: 07629-658, inscrito no CNPJ sob o nºXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

O Regimento Interno do Corpo Clínico está sendo elaborado com base na Resolução CREMESP nº 134, de 21 de março de 2006, e na Resolução CFM nº 2.147, de 17 de junho de 2016, e dispões sobre as normas de relacionamento ético e científico, devendo ser seguido por todo e qualquer médico que utilize as instalações do Estabelecimento de Saúde para prática profissional.

#### Capítulo I – Conceituação

**Artigo 1º** - O Corpo Clínico será composto por médicos devidamente registrados no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e credenciados na Instituição, com a incumbência de prestar assistência aos pacientes, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural, respeitadas as disposições do presente Regimento.

**Parágrafo Único** – Além dos médicos poderão fazer parte deste, profissionais de nível superior, formados em odontologia, farmácia, nutrição e demais profissionais da área da saúde, nos termos do Item 1.2 da Resolução CREMESP nº 134, de 21 de março de 2006. " Os demais profissionais da área da saúde poderão a critério exclusivo do Diretor Clínico, participar como ouvintes nas Assembléias do Corpo Clínico.

#### Capítulo II - Objetivos principais do Corpo Clínico

**Artigo 2º** - Reunir o conjunto de médicos do Estabelecimento de Saúde;

Promover a melhoria no atendimento ao paciente;

Estimular a pesquisa médica;

Cooperar com a administração do Estabelecimento de Saúde para melhoria do serviço;

Colaborar com o cumprimento do Código de Ética Médica.

### **Capítulo III – Composição do Corpo Clínico do Estabelecimento de Saúde**

Será composto pelos seguintes membros:

Membros Titulares e Membros Eventuais.

**Artigo 4º** - São Membros Titulares os médicos contratados ou não pelo Estabelecimento de Saúde, que participarão efetivamente de forma contínua da vida hospitalar da Instituição devendo apresentarem documentação que comprovem sua área profissional om ou sem título de especialidades.

**Artigo 5º** - São Membros Eventuais os profissionais, contratados ou não pelo Pronto Socorro, que atuam esporadicamente na vida hospitalar da instituição.

**Artigo 6º** - Os Membros Titulares e os Membros Assistentes poderão participar das Comissões instituídas pelo presente Regimento.

### **Capítulo IV – Das Comissões obrigatórias**

**Artigo 7º** - O Estabelecimento de Saúde instituirá ao menos, as seguintes Comissões: Comissão de Ética Médica, nos termos da Resolução CFM nº 2152/2016; Comissão de Revisão de Prontuários; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; Comissão de Revisão de Óbito.

**Parágrafo Primeiro.** As comissões indicadas neste Artigo serão regidas por regimentos próprios.

**Parágrafo Segundo.** O Regimento da Comissão de Ética Médica deverão ser aprovados por seus membros e, os demais, pelos membros da referida comissão e Diretoria Técnica.

## **Capítulo V – Administração, Direção Técnica**

**Artigo 9º** - O Pronto Socorro será gerido nos termos do Estatuto Social do Instituto.

**Artigo 10º** - O Diretor Técnico será escolhido pela administração do Estabelecimento de Saúde e tem as seguintes atribuições: Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos pacientes da instituição, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar na pasta do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.056/2013;

Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;



Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974/ 2011, ou aquela que a suceder

Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.

Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico visitador;

Exigir do médico visitador evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário seja físico ou digital;

Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002e nº 2.056/2013 ou legislação superveniente;

Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

**Parágrafo Primeiro.** Para o cargo de Diretor Técnico pode ser nomeado médico não integrante do Corpo Clínico.

**Parágrafo Segundo.** O Diretor Técnico é responsável perante o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

**Parágrafo Terceiro.** Nos impedimentos do Diretor Técnico, a Administração do Pronto Socorro designará, imediatamente, substituto médico enquanto durar o impedimento.

**Parágrafo Quarto.** Nos termos do artigo 11 da Resolução CFM nº 2.147/2016, é obrigatório o exercício presencial da Direção Técnica.

**Artigo 11º** - É assegurado ao Diretor Técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas neste regimento, nos termos indicados pelos Artigos 17 e 18 da Resolução CFM nº 2056/2013.

#### **Capítulo VI – Direitos e Deveres dos Membros do Corpo Clínico**

**Artigo 12º** - É dever dos integrantes do Corpo Clínico do Estabelecimento de Saúde obedecer ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao presente Regimento.

**Artigo 13º** - São direitos dos membros do Corpo Clínico exercer a medicina com plena autonomia nas funções, sendo seu dever a comunicação, à Administração do Estabelecimento de Saúde, de falhas na assistência prestada.

#### **Capítulo VII – Do pedido de Admissão ao Corpo Clínico**

**Artigo 14º** - O profissional médico que pretender ser admitido/credenciado ao Corpo Clínico do Estabelecimento de Saúde deverá apresentar pedido de credenciamento ao Diretor Técnico, instruído com os documentos a seguir indicados: Ficha de credenciamento devidamente preenchida; 01 foto recente; Currículo atualizado ou Curriculum Lattes atualizado no último ano; Diploma de conclusão de Curso Superior em Medicina; Comprovante de registro perante o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Certidão negativa emitida pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Certidão de regularidade de pagamento junto ao Conselho Regional de Medicina Certificado de Residência Médica registrada no Conselho

Regional de Medicina (CREMESP) e/ou Título de Especialista registrado na AMB;  
Cópia das habilitações e/ou especializações realizadas em sua área de atuação,  
quando aplicável; Declaração de que o profissional médico recebeu, leu e tem plena  
ciência das disposições do presente Regimento, e das Normas de conduta ética do  
hospital, obrigando-se a cumpri-lo integralmente;

**Parágrafo Primeiro** - O Cadastro deverá ser atualizado anualmente no mês de  
aniversário do médico com envio dos documentos por e-mail e/ou atualização no site  
específico.

### **Capítulo VIII – Das Penalidades**

**Artigo 15º** - Será passível de punição o membro do Corpo Clínico que:

Descumprir as disposições do Código de Ética Médica;

Desrespeitar o presente Regimento;

Desrespeitar normas administrativas do Estabelecimento de Saúde;

Desrespeitar as Normas Técnicas do Pronto Socorro, especialmente, mas não se  
limitando, as Diretrizes e Protocolos Clínicos;

Revelar-se, por fato grave danoso à vida ou à saúde do paciente, inábil ao exercício da  
medicina; Desrespeitar qualquer empregado, contratado, paciente ou acompanhante  
nas dependências do Estabelecimento de Saúde;

Violar o sigilo médico trazendo danos, de qualquer natureza, ao Estabelecimento de  
Saúde ou a paciente, salvo por disposição legal;

Abandonar suas funções, sem justo motivo;

Praticar atos que violem a imagem do Estabelecimento de Saúde;

Apresentar informações falsas no ato do credenciamento;

Cometer crimes nas dependências do Estabelecimento de Saúde, relacionado ou não ao atendimento aos pacientes.

**Parágrafo Primeiro** - As infrações éticas, indicadas nesse Artigo, serão apuradas pela Comissão de Ética Médica e/ou pelo Conselho Regional de Medicina, nos termos da Resolução CFM nº 2152/2016.

**Artigo 16º** - As transgressões cometidas por membro do Corpo Clínico, sujeitará o infrator às seguintes penas:

Advertência; Suspensão temporária das atividades no Corpo Clínico pelo prazo máximo de 06 meses;

Desativação de Cadastro;

Exclusão do Corpo Clínico.

**Parágrafo Primeiro.** A imposição das penas dependerá da gravidade da infração.

**Parágrafo Segundo.** A aplicação da pena de Advertência por três vezes sujeitará o Membro do Corpo Clínico à Suspensão.

**Parágrafo Terceiro.** Diante da gravidade dos fatos, a Administração do Estabelecimento de Saúde deverá aplicar imediatamente a pena de suspensão, impossibilitando que o Membro do Corpo Clínico continue atuando no Estabelecimento de Saúde até o término da apuração dos fatos.

**Parágrafo Quarto.** Para as infrações, a pena de suspensão será aplicada até a finalização dos trabalhos da Comissão de Ética Médica.

**Parágrafo Quinto.** A depender da gravidade dos fatos, a Administração do Estabelecimento de Saúde aplicará a pena de Desativação de Cadastro.

**Artigo 17º** - Competirá à Administração do Estabelecimento de Saúde aplicar as penas de Advertência, Suspensão ou Desativação de Cadastro.

**Parágrafo Único.** As infrações éticas, apuradas pela Comissão de Ética, poderão sujeitar o infrator à pena de exclusão, após a finalização do processo de investigação.

#### **Capítulo IX – Disposições Finais e Transitórias**

**Artigo 18º** - Em até 90 dias, contados da aprovação do presente Regimento, serão aprovados os regimentos das comissões indicadas no Artigo 8º.

**Artigo 19º** - Os Membros do Corpo Clínico que, na data de aprovação do presente Regimento, estavam devidamente credenciados serão requalificados, nos termos a seguir indicados:

Os Membros Efetivos, que preencham os requisitos indicados no Artigo 4º serão qualificados como Membros Titulares; Os Membros Eventuais continuarão sendo qualificados como Membros Eventuais.

**Artigo 20º** - Parágrafo único. Casos omissos, não previstos no presente Regimento, relacionados a aspectos éticos serão dirimidos pela Comissão de Ética Médica. Artigo

**Artigo 21º** - O presente Regimento será alterado por deliberação da Administração do Estabelecimento de Saúde

**Artigo 22º** - O presente Regimento entra em vigor na data de sua aprovação

---

Diretor Clínico

## 17. 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 mairiporã. 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.

### 17.1. 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 DO HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL – MAIRIPORÃ/SP – CONTRATO DE GESTÃO n°. XXX ANO 2022.**

#### 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 (XXXXX 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 conterá, 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 conterá:

- 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 definem 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.

## 18. CRONOGRAMA DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS

AÇÕES, SERVIÇOS ASSISTENCIAIS, GERENCIAIS E SERVIÇOS DE APOIO A SEREM EXECUTADOS NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE JACUPIRANGA	Mês 1 (Implantação)	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
Contratação da Equipe Gestora Conforme Organograma Funcional												
Contratação dos Profissionais Médicos												
Contratação via Processo seletivo público - equipe não médica												
Contratação de Serviços de Terceiros												
Manutenção dos Serviços Médicos e Enfermagem												
Organização das Funções Contempladas												
Execução da Política de Recursos Humanos												
Manutenção do Acolhimento de Risco da PNH												
Continuidade da Execução do Serviço Humanizado de Pronto Atendimento												
Avaliação e Renovação das Contratações de Terceiros (Empresas Terceirizadas)												
Implantação de Sistemas para visualização de Exames de Imagem para a Rede												
Implantação do Dashboard para as Painéis Informativos												
Implantação dos Sistemas de Governança												
Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP)												
Implantação dos Programas de Qualidade em Atenção ao Usuário												
Implantação de Educação Permanente e Continuada												
Implantação do Regimento Interno da Unidade												
Implantação das Comissões Multidisciplinares												
Revisão dos Protocolos Assistenciais												
Orientações de Acomodação e Conduta dos Acompanhantes												
Monitoramento dos Instrumentos de Controle de Risco para Visitação												
Revisão da Padronização de Medicamentos, Materiais, e Equipamentos												
Implantação de TI - Treinamento das Novas Ferramentas												
Revisão dos Fluxos de Organização das Atividades												
Revisão das Ferramentas e de Instrumentos de Modernização Gerencial												
Revisão do Manual de Rotinas Administrativas e Financeiras												
Revisão do Manual de Rotinas para Gestão de Almoxarifado e Patrimônio												
Reorganização das Rotinas Administrativas para Faturamento de Procedimento (BPA)												
Reorganização dos Serviços Administrativos, Financeiros e Gerais												
Gestão Logística dos Estoques da Farmácia e do Departamento de Suprimentos												
Revitalização da Comunicação Visual da Unidade da Unidade												
Instrumentos de Comunicação e Informação com SMS de Meliporã												
Elaboração do Novo Cronograma/Execução de Manutenção Preventiva dos Equipamentos												
Implantação da Briade de Incêndio												
Realização das Pesquisas de Satisfação												
Verificação de Indicadores de Impacto												
Prestação de Contas Financeiras e Fiscais												
Apresentação de Relatório de Atividades Assistenciais												
Avaliação Global - Comissão de Avaliação e Fiscalização do Contrato de Gestão												

Será avaliado junto a equipe técnica bem como a Secretaria Municipal de Saúde de Mairiporã a necessidade de qualquer alteração no cronograma. Será inserido ainda cronograma para as demais ações e atividades necessárias para o pleno funcionamento da Unidade.

## 19. PROPOSTA FINANCEIRA

O presente Plano de Trabalho tem vigência por 12 meses, podendo ser renovado, demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos das metas estabelecidas, havendo concordância de ambas as partes, por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses.

Os repasses dos recursos financeiros se darão em conformidade à execução do objeto, avaliado, continuamente, pela Comissão de Acompanhamento do Convênio.

Os recursos serão aplicados no desenvolvimento de atividades relacionadas ao componente da execução da assistência hospitalar e ambulatorial, descritas neste Plano de Trabalho, perfazendo os valores financeiros abaixo relacionados.

O primeiro mês do Contrato é destinado à fase de implantação, logo as despesas deste período referem-se a mesma. A contratação de RH será conforme descrito no quadro de RH apresentado nesta Proposta.







### VALOR TOTAL DO CONTRATO DE GESTÃO

O Valor total do Contrato de Gestão por 12 meses: R\$ 30.479.847,75 (trinta milhões, quatrocentos e setenta e nove mil, oitocentos e quarenta e sete reais e setenta e cinco centavos)

Esta Proposta é válida por até 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de abertura dos envelopes.

Santos, 18 de outubro de 2022.

Adriana Coluci da Costa Marques  
Presidente – Instituto Alpha de Medicina para Saúde



**ALPHA**  
INSTITUTO

Atualizando e a sua saúde

# ANEXOS

9

# ANEXO I

# Protocolos Clínicos

Conteúdo	
<b>GINECOLOGIA</b>	521
<b>ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	521
PROCOLO DE ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	526
<b>DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA</b>	528
PROCOLO DE ATENDIMENTO À DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	531
<b>SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL</b>	532
PROCOLO DE ATENDIMENTO A SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL	534
<b>OBSTETRÍCIA</b>	535
<b>CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE/ TARDIO</b>	535
PROCOLO DE ATENDIMENTO A ABORTAMENTO	539
<b>PLACENTA PRÉVIA</b>	540
PROCOLO DE ATENDIMENTO À PLACENTA PRÉVIA	543
<b>PRÉ-ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا</b>	544
PROCOLO DE ATENDIMENTO À PRÉ-ECLÂMPسيا	551
PROCOLO DE ATENDIMENTO A TRABALHO DE PARTO	555
<b>CARDIOLOGIA</b>	556
<b>ANGINA INSTÁVEL / INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST</b>	556
PROCOLO DE ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST	563
<b>DOR TORÁCICA</b>	565
PROCOLO DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA	569
<b>CRISE HIPERTENSIVA</b>	570
PROCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS	575
<b>INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b>	577
PROCOLO DE ATENDIMENTO A IAM COM SUPRA DE ST	584
<b>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA</b>	585
PROCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA	593
<b>TAQUIARRITMIAS</b>	595
PROCOLO DE ATENDIMENTO A TAQUIARRITMIAS	608
<b>CCIH</b>	609
<b>SEPSE / CHOQUE SÉPTICO</b>	609
PROCOLO DE ABORDAGEM SIMPLIFICADA DA SEPSE	617
(CONTINUAÇÃO) PROCOLO DE Tratamento DE Choque Séptico	618
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	619
<b>CETOACIDOSE DIABÉTICA</b>	619
PROCOLO DE ATENDIMENTO À CETOACIDOSE DIABÉTICA	625

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

<b>CRISE TIREOTÓXICA</b> .....	628
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE TIREOTÓXICA</b> .....	630
<b>ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)</b> .....	631
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)</b> .....	633
<b>ESTADO MIXEDEMATOSO</b> .....	633
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO MIXEDEMATOSO</b> .....	638
<b>INSUFICIÊNCIA ADRENAL</b> .....	637
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA ADRENAL</b> .....	639
<b>GASTROENTEROLOGIA</b> .....	639
<b>DIVERTICULITE</b> .....	639
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DIVERTICULITE</b> .....	643
<b>ENCEFALOPATIA HEPÁTICA</b> .....	644
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENCEFALOPATIA HEPÁTICA</b> .....	648
<b>PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA</b> .....	649
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA</b> .....	651
<b>HEMATO-ONCO</b> .....	652
<b>ANEMIA FALCIFORME</b> .....	652
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AVC NA ANEMIA FALCIFORME</b> .....	659
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A CRISES ÁLGICAS EM ADULTOS COM ANEMIA FALCIFORME</b> .....	660
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PRIAPISMO NA ANEMIA FALCIFORME</b> .....	661
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO SEQUESTRO ESPLÊNICO</b> .....	662
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME TORÁCICA AGUDA</b> .....	663
<b>NEUTROPENIA FEBRIL</b> .....	664
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À NEUTROPENIA FEBRIL</b> .....	666
<b>REAÇÕES TRANSFUSIONAIS</b> .....	667
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b> .....	671
<b>SÍNDROME DE LISE TUMORAL</b> .....	672
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME DE LISE TUMORAL</b> .....	674
<b>TROMBOCITOPENIA AUTOIMUNE</b> .....	675
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À TROMBOCITOPENIA IMUNE AGUDA</b> .....	676
<b>INFECTOLOGIA</b> .....	677
<b>CHIKUNGUNYA</b> .....	677
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CLÍNICO DE CHIKUNGUNYA</b> .....	679
<b>DENGUE</b> .....	680
<b>PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DENGUE</b> .....	684
<b>FEBRE TIFOIDE</b> .....	685
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A QUADRO SUSPEITO DE FEBRE TIFOIDE</b> .....	686

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

<b>INFLUENZA</b> .....	687
PROCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL .....	690
<b>LEPTOSPIROSE</b> .....	691
PROCOLO DE ATENDIMENTO A SUSPEITA DE LEPSTOPIROSE .....	693
<b>MORDEDURA ANIMAL E HUMANA</b> .....	694
PROCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMAS DE MORDEDURA ANIMAL/HUMANA .	700
<b>ZIKA</b> .....	701
PROCOLO DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE ZIKA, EM NÃO GESTANTES.....	704
<b>NEFROLOGIA</b> .....	705
<b>HIPOCALCEMIA</b> .....	705
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPOCALCEMIA .....	706
<b>HIPERCALCEMIA</b> .....	707
PROCOLO DE ATENDIMENTO A DISTÚRBIOS DO CÁLCIO.....	708
<b>DISTÚRPIO ACIDOBÁSICO</b> .....	709
PROCOLO DE ATENDIMENTO A DISTÚRBIOS ÁCIDOSBÁSICOS.....	712
<b>HIPERNATREMIA</b> .....	713
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPERNATREMIA.....	715
<b>INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA</b> .....	715
PROCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA .....	718
<b>INFECÇÃO URINÁRIA NA EMERGÊNCIA</b> .....	719
PROCOLO DE ATENDIMENTO À INFECÇÃO URINÁRIA NA EMERGÊNCIA .....	721
<b>RABDOMIÓLISE</b> .....	722
PROCOLO DE ATENDIMENTO À RABDOMIÓLISE .....	724
<b>HIPERCALEMIA</b> .....	724
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPERCALEMIA.....	726
<b>HIPOCALEMIA</b> .....	727
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPOCALEMIA .....	728
<b>NEUROLOGIA</b> .....	729
<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> .....	729
PROCOLO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	732
<b>FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA (PARAPARESIA OU TETRAPARESIA)</b> .....	732
Protocolo de atendimento à Fraqueza Muscular Aguda .....	738
PROCOLO DE ATENDIMENTO A MENINGITE.....	745
<b>PNEUMOLOGIA</b> .....	746
<b>ASMA</b> .....	746
PROCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE DE ASMA NA EMERGÊNCIA.....	751
<b>DERRAME PLEURAL</b> .....	752
PROCOLO DE ATENDIMENTO AO DERRAME PLEURAL – TORACOCENTESE...	767

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO DERRAME PLEURAL – LÍQUIDO PLEURAL .....	768
<b>DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA</b> .....	769
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DPOC NA EMERGÊNCIA .....	777
(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DPOC EM EXACERBAÇÃO .....	778
<b>PNEUMONIA</b> .....	779
ATB – ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA INICIAL CONFORME ESTRATIFICAÇÃO POR NÍVEL DE GRAVIDADE .....	785
(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE GRAVE .....	786
(CONTINUAÇÃO) ESCORE DA AVALIAÇÃO CRB-65 .....	787
(CONTINUAÇÃO) ESCORE DA AVALIAÇÃO CURB-65 .....	788
(CONTINUAÇÃO) ETAPAS PARA AVALIAÇÃO DO LOCAL DE TRATAMENTO DA PAC .....	789
<b>PNEUMOTÓRAX</b> .....	790
TIPOS E CAUSAS DE PNEUMOTÓRAX I .....	795
(CONTINUAÇÃO) TIPOS E CAUSAS DE PNEUMOTÓRAX II .....	796
<b>PSIQUIATRIA</b> .....	797
<b>EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS</b> .....	797
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS .....	799
<b>ORTOPEDIA</b> .....	800
<b>DORSALGIA</b> .....	800
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DORSALGIA .....	803
<b>ENTORSE DE JOELHO</b> .....	803
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENTORSE DE JOELHO .....	806
<b>ENTORSE DE TORNOZELO</b> .....	807
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENTORSE DE TORNOZELO .....	810
<b>LUXAÇÃO DE OMBRO</b> .....	810
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO DE OMBRO .....	814
<b>TORCICOLO</b> .....	815
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TORCICOLO .....	816
<b>PROTOCOLO ENFERMAGEM</b> .....	817
<b>POP - CARRINHO DE EMERGÊNCIA</b> .....	817
<b>MEDICAMENTOS E INSUMOS – CARRINHO DE EMERGÊNCIA</b> .....	819

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## PROTOCOLO DE GINECOLOGIA

### ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

#### 1. INTRODUÇÃO

A violência sexual produz consequências traumáticas e irreparáveis para quem a sofre, guardando proporções pandêmicas e universais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A ordem patriarcal é de tal sorte violenta que inverte responsabilizações e desloca, na maioria das vezes, sensações de culpa e medo para as próprias mulheres, fazendo com que se sintam humilhadas, envergonhadas e desonradas à vista da sociedade e, muitas vezes, diante da própria família, o que multiplica o trauma sofrido, provocando o silenciamento e a dificuldade de expor a situação aos profissionais de saúde. Daí é importante compreender que as agressões e os abusos sexuais vêm acompanhados por chantagens e ameaças que atemorizam, humilham e intimidam quem os sofre ou sofreu.

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica – forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada –, sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticados pelo próprio companheiro ou marido.

A violência sexual repercute na saúde física, desde o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV, até a gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático, e na saúde mental – com quadro de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter que procurar o sistema de saúde e/ou a delegacia de polícia já é um agravo resultante dessa violência.

Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da CEDAW (Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres), da Convenção de Belém do Pará, da Conferência de Beijing e do Cairo, entre outras. Há, ainda, em âmbito nacional, marcos políticos de suma importância, como: a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM); a Lei de Notificação Compulsória, no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10778/2003, art. 13 da Lei nº 8069/1990, art. 19 da Lei nº 10741/2003); e a Lei Maria da Penha (Lei nº 11340/2006), entre outras.

O processo de acolhimento e orientação profissional tem que ser livre de julgamento ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas, também por parte dos profissionais, é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária.

As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda a população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher.

Não há obrigatoriedade da organização de um serviço específico para esse fim, e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais do serviço.

É importante a notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência; essa notificação deverá ser realizada pelo médico, possuindo caráter sigiloso.

A recusa do atendimento à vítima de violência sexual é caracterizada como omissão de socorro (art. 13, § 2º do Código Penal).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



A exigência de apresentação de boletim de ocorrência policial e laudo do IML para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.

## 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A maioria das vítimas pode não apresentar lesões, o que não significa que não houve violência. Se houver lesão, esta deverá ser detalhadamente descrita e localizada por meio de desenhos e fotografias. Os hematomas e lacerações genitais são os danos físicos mais frequentes. Lesões perfurocortantes, traumatismos, escoriações, mordidas, arranhaduras, queimaduras, equimoses e abdome agudo podem estar presentes. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias de DSTs, Hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. A atenção ao abortamento, previsto por lei, necessita de mais recursos, o que reserva essa etapa do atendimento para unidades de saúde específicas.

## 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Atendimento em local específico que garanta a privacidade da paciente, com materiais e equipamentos de ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia. Equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais). Realizar medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia de DST/ HIV e hepatite). Profilaxia de DSTs, hepatites e HIV não são indicadas em caso de violência crônica e prolongada, como nos casos de crianças, em que há tipos de abusos diferentes da penetração vaginal, anal e oral. Normas gerais de atendimento: entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico (coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação de provável agressor), exames complementares e acompanhamento psicológico. Considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar. Informar à paciente tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento, e a importância de cada medida, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

### Atendimento médico

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Preencher ficha de notificação compulsória em duas vias.
- Colher material de cavidades (conteúdo vaginal, oral ou anal) até 72 horas após o ato, obtido por meio de swab estéril, acondicionado em papel filtro, em envelope lacrado e identificado, e em ambiente climatizado. Realizar esfregaço desse material em duas lâminas de vidro sem fixadores e identificadas.
- Tratar lesões agudas existentes. No caso de lesões vulvoperineais, superficiais e sem sangramento, proceder apenas à assepsia local. Havendo sangramento, indica-se sutura com fios delicados e absorvíveis com agulhas não traumáticas.
- Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis os hematomas, podem necessitar de drenagem cirúrgica.
- Avaliar necessidade de profilaxia do tétano.
- Coletar exames no pronto-atendimento: hemograma; glicemia; TGO/TGP; fosfatase alcalina; creatinina; Beta HCG; HIV; VDRL; HbSAg; Anti-HCV.
- Agendar consultas ambulatoriais de acompanhamento e continuação das medicações retrovirais.
- Avaliar necessidade de suporte psiquiátrico.

#### 4. TRATAMENTO

Anticoncepção de Emergência – para todas as pacientes expostas a gravidez por contato certo ou duvidoso com sêmen e até 5 dias após o crime sexual.

Esquemas: Levonorgestrel 2 comprimidos VO dose única, ou 1 comprimido VO 12/12 h; ou anticoncepcionais orais combinados 4 comprimidos VO dose única ou 2 comprimidos VO 12/12 h (contraindicado quando for usado retroviral Nelfinavir ou Ritonavir e em casos de AVC e tromboembolismo).

##### 4.1. Prevenção das DSTs não virais

Até 5 dias após o crime sexual; pode ser postergada em casos excepcionais.

Crianças e adolescentes < 45 kg

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Penicilina Benzatina 50 ml UI/kg dose única (opção Eritromicina 50 mg/kg/dia 6/6h VO 15 dias);
- Ceftriaxona 250 mg IM dose única;
- Azitromicina 20 mg/kg VO, dose única;
- Metronidazol 15 mg/kg/dia VO 8/8 h 7 dias. > 45 kg
- Pen Benz 2.4 milhões UI IM dose única – profilaxia sífilis (1.2 milhões UI cada nádega);
- Ceftriaxona 250 mg IM dose única – profilaxia gonorreia;
- Azitromicina 1 g VO dose única – profilaxia clamídea e cancro mole;
- Metronidazol 2 g VO dose única – profilaxia tricomoníase.

#### 4.2. Prevenção das DSTs virais

- Recomendada – violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação há menos de 72 h.
- Individualizar decisão – penetração oral com ejaculação.
- Não recomendada – penetração oral sem ejaculação; uso de preservativo durante toda a agressão; agressor sabidamente HIV negativo; violência sofrida há mais de 72 h; abuso crônico pelo mesmo agressor.

#### 4.3. Prevenção Hepatite B

- Em casos de exposição a sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor; até 14 dias após o crime sexual; contraindicada em mulheres e crianças imunizadas corretamente.
- Em mulheres, gestantes e crianças não imunizadas ou que desconhecem status vacinal. Aplicar a 1ª dose da vacina IM (deltóide) ou completar a dose que falta. No caso de 1ª dose, receber a 2ª dose com 1 mês e a 3ª dose após 6 meses.

#### 4.4. Prevenção da infecção pelo HIV

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Em casos de penetração anal/vaginal com ou sem coito oral; até 72 h após o crime sexual; contraindicada se foi usado preservativo ou se, após teste rápido anti-HIV no agressor, o resultado for negativo.

Mulheres ou adolescentes > 45 kg

- Biovir (Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg) = 1 comprimido VO 12/12 h;
- Kaletra (Lopinavir e Ritonavir) 200/150 mg = 2 comprimidos VO 12/12h por 28 dias;
- Facilitar adesão ao tratamento, pois é proporcional à efetividade;
- Interações medicamentosas com tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

#### 4.5. Profilaxia do Tétano

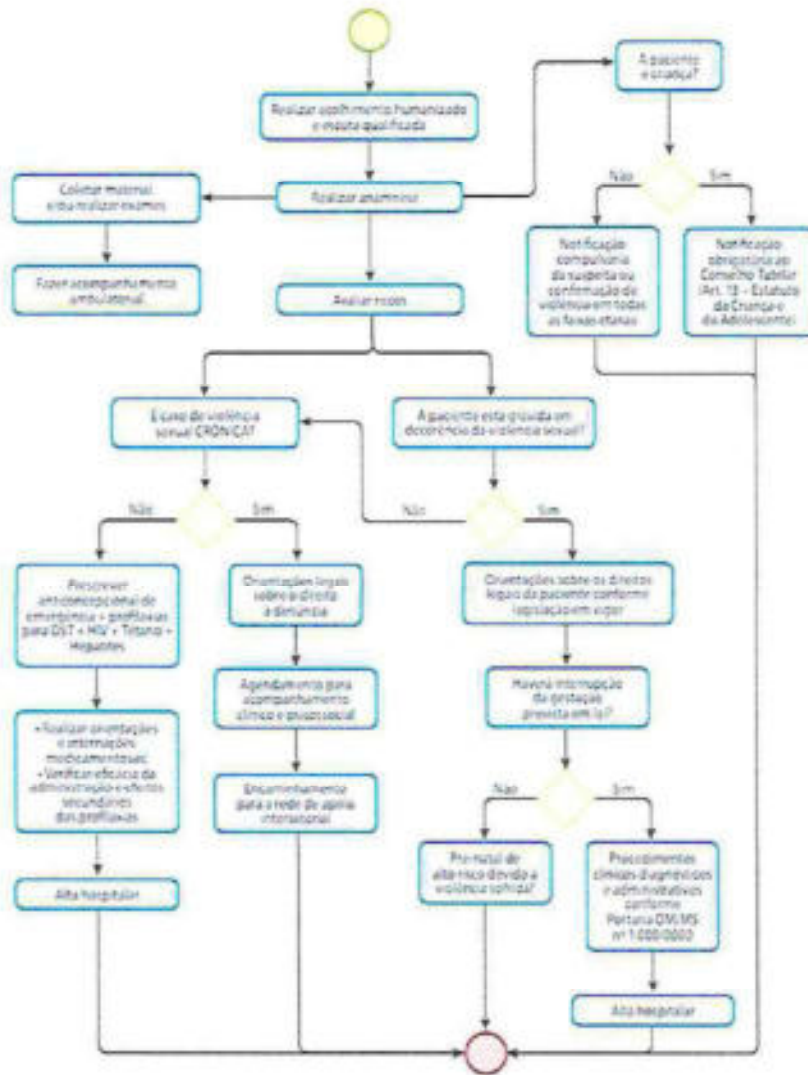
- Em casos de lesões perfurocortantes; até 72 h após a lesão; em qualquer tipo de ferimento, com história incerta de vacinação contra tétano ou vacinação com doses incompletas, sendo última dose há mais de 10 anos.
- Esquema para uso de Imunoglobulina Humana Antitetânica ou Soro Antitetânico: dose 5000 U IM de SAT (Soro Antitetânico) ou 250 U IM de Imunoglobulina Humana Antitetânica.
- Indicação: história incerta de vacinação ou doses incompletas; quando última dose ocorreu entre 5 e 10 anos antes e o ferimento não é limpo ou profundo; quando última dose foi há mais de 10 anos

#### 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica 2012. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Brasília, DF, 2012. MONTEIRO, M. V. C. Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. Hospital das Clínicas, UFMG, 2014.

#### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

### 1. INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida a manipulação (inserção de DIU, biopsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), as trompas de Falópio, os anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque podem estar presentes na DIP. A ocorrência de spotting em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativa de DIP, devendo ser investigada.

Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito mediante manifestações uroginecológicas, gastrointestinais e esqueléticas. Portanto, o profissional de saúde deve ter um elevado nível de suspeição na presença de um ou mais critérios mínimos diagnósticos com o intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

Os diagnósticos diferenciais de DIP incluem: gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, ruptura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico clínico de DIP é baseado em critérios maiores, menores e elaborados. Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade deste diagnóstico. Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de:

- três critérios maiores MAIS um critério menor; ou

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



- um critério elaborado.

Critérios diagnósticos de DIP

Critérios maiores:

- dor no hipogástrio;
- dor à palpação dos anexos;
- dor à mobilização de colo uterino. Critérios menores:
- temperatura axilar > 37,5°C ou > 38,3°C;
- conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal;
- massa pélvica;
- mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice;
- leucocitose em sangue periférico;
- proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada;
- comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasma. Critérios elaborados:
- evidência histopatológica de endometrite;
- presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem; • laparoscopia com evidência de DIP.

#### 4. TRATAMENTO

Deve-se iniciar imediatamente o tratamento antimicrobiano nas mulheres jovens, sexualmente ativas, com queixa de desconforto ou dor pélvica e que preenchem os critérios clínicos para DIP.

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. A laparotomia está indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou na ruptura destas.

Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- abscesso tubo-ovariano;
- gravidez;
- ausência de resposta clínica após 72 h do início do tratamento com antibioticoterapia oral;
- intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial;
- estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre;
- dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica).

### Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP

O tratamento pode ser dividido em ambulatorial ou hospitalar. Na sequência, estão descritos os principais esquemas de tratamento preconizados.

#### Ambulatorial

- Primeira Opção: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias.
- Segunda Opção: Cefotaxima 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias.

#### Hospitalar

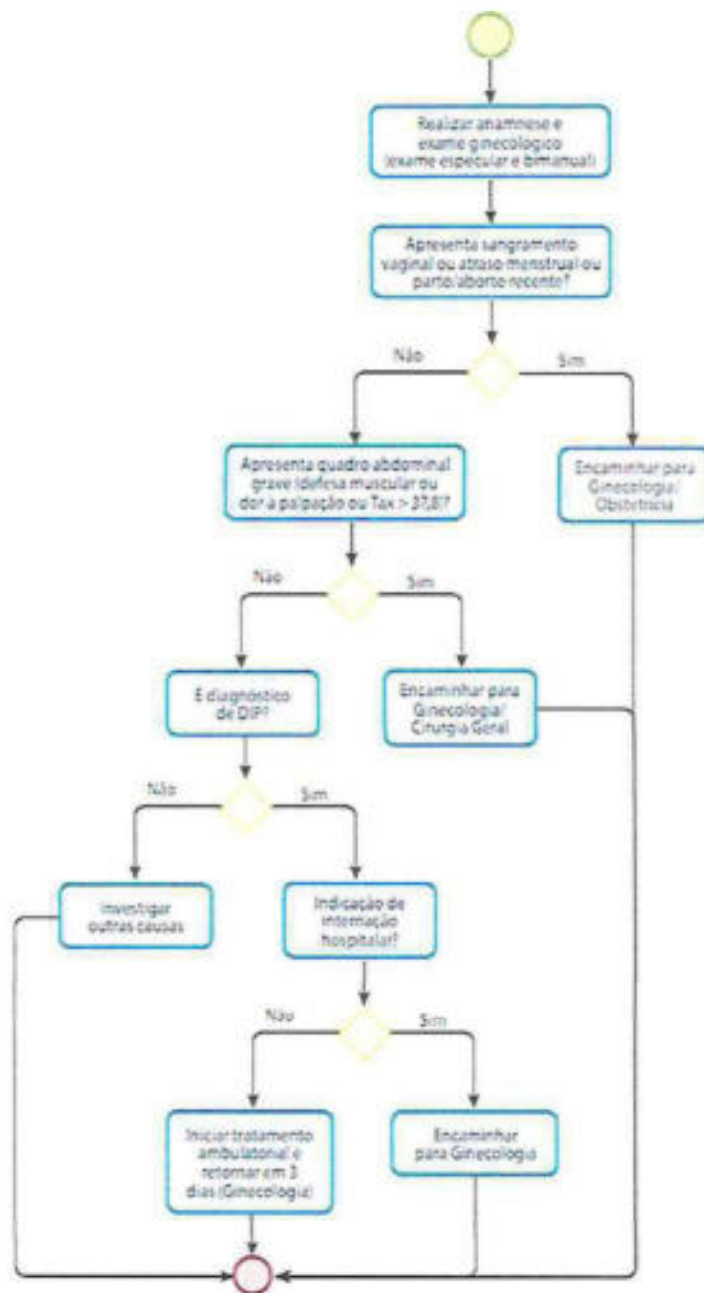
- Primeira Opção: Cefoxitina 2 g, IV, 4x dia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias.
- Segunda Opção: Clindamicina 900 mg, IV, 3x dia, por 14 dias + Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção: 3-5mg/kg/dia, por 14 dias.
- Terceira Opção: Ampicilina/sulbactam 3 g, IV, 4x dia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## 5. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2015.

### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

### 1. INTRODUÇÃO

O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é um sintoma caracterizado pela mudança do padrão menstrual da paciente, sendo mais comum por volta dos 45 anos de idade. Pode ser orgânico ou disfuncional.

**Causas Orgânicas:** alterações da tireoide, coagulopatias, nefropatias, hepatopatias, miomas, adenomiose, pólipos, hiperplasias endometriais, neoplasia uterina, DIP, tumores ovarianos, intercorrências gestacionais, DIU, hormônios e outras drogas.

**Causas Disfuncionais:** são neuroendócrinas, com alterações de estrogênio e progesterona.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Padrões anormais de sangramento uterino caracterizam essa condição:

- polimenorreia: frequência menor ou igual a 21 dias;
- oligomenorreia: frequência maior ou igual a 35 dias;
- metrorragia: sangramento com intervalos regulares mais frequentes, com volume e duração variáveis;
- menometrorragia: sangramento prolongado com intervalos irregulares;
- hipomenorreia: fluxo escasso;
- menorragia ou hipermenorreia: volume aumentado, superior a 80 ml ou durando mais de 7 dias;
- sangramento intermenstrual: sangramento entre ciclos regulares.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Anamnese.
- Exame físico.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Exames laboratoriais.
- Ultrassonografia.
- Video-histeroscopia diagnóstica com biopsia de endométrio.
- Curetagem uterina.
- Ressonância nuclear magnética.

#### 4. TRATAMENTO

- Ácido Tranexâmico 250 mg: 1 comprimido de 4/4 h ou 2 comprimidos de 8/8 h para cessar o sangramento agudo.
- Anticoncepcionais orais: 1 a 4 comprimidos ao dia por no mínimo 24 h após cessar o fluxo. Parar a medicação e recomeçar um novo ciclo com o anticoncepcional.
- Medroxiprogesterona: 5-10 mg ao dia, por 10 a 15 dias seguidos, usando de forma cíclica para oligomenorreia.
- Estrogênios orais: estrogênios conjugados 1,25 mg (2 comps de 0.625 mg) ou estradiol 2 mg a cada 4 h por 24 h e depois passar a mesma dose para 1 vez ao dia por 7 a 10 dias. Iniciar 10 dias de progesterona para posterior sangramento por privação hormonal (pausa da medicação). Avaliar riscos tromboembólicos no caso de estrogenioterapia.
- Antiprostaglandinas: ibuprofeno, ácido mefenâmico e diclofenaco sódico no início do sangramento, por 3 a 4 dias.
- Agonistas do GnRH: agem pela inibição das gonadotropinas, gerando hipogonadismo. Podem causar melhora do sangramento em pacientes com insuficiência renal, discrasia sanguínea ou transplantes. São de alto custo e causam vários efeitos colaterais.
- Curetagem uterina: procedimento de diagnóstico e também de tratamento. Necessita de material específico e, geralmente, anestesia, aumentando riscos e custos.

#### 5. REFERÊNCIAS

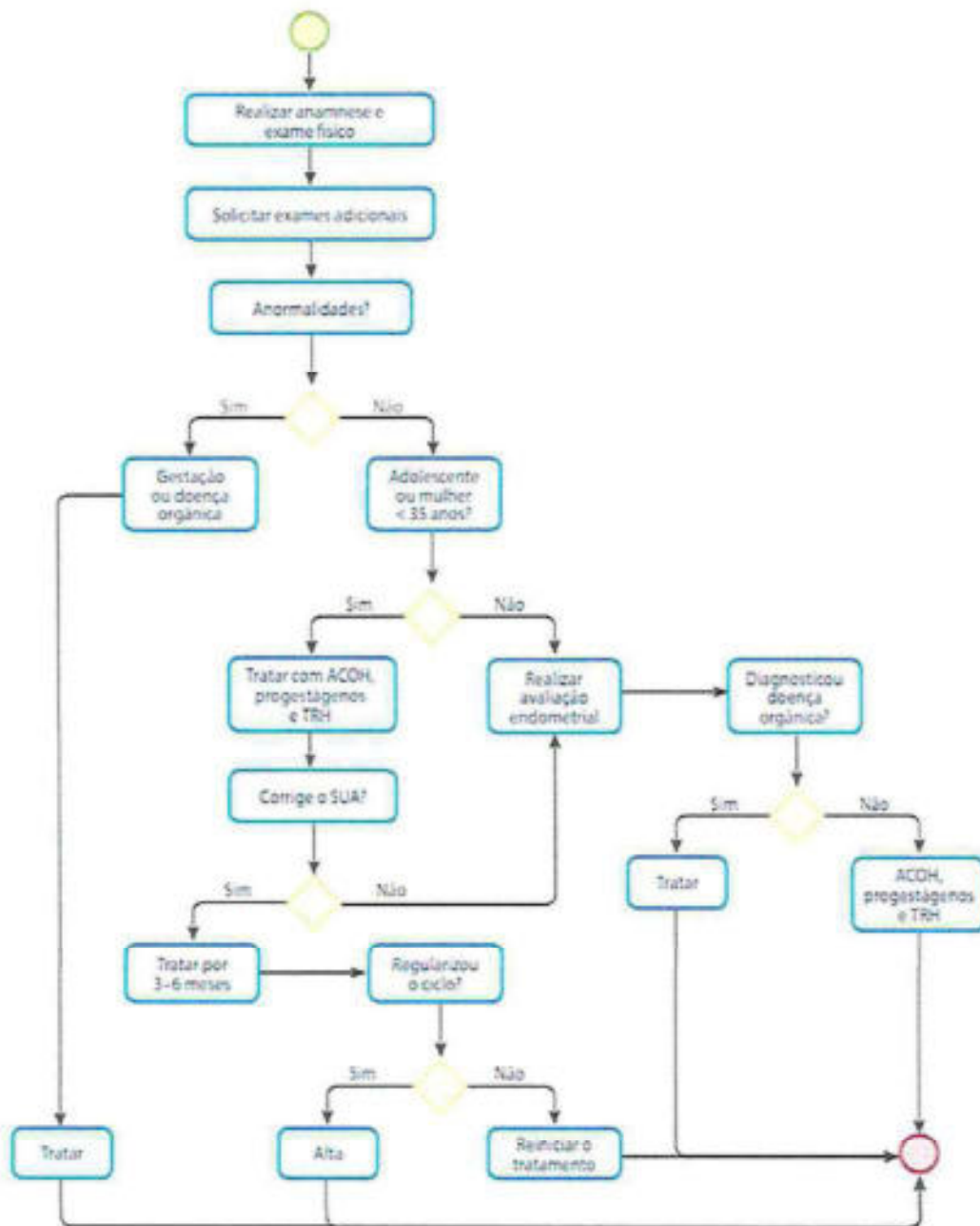
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



BARACAT, E. C; LIMA, G. R. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de ginecologia. São Paulo: Manole, 2005.

FREITAS, F. Rotinas em ginecologia. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## OBSTETRÍCIA

### CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE/ TARDIO

#### 1. INTRODUÇÃO

O aborto é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS a partir de 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso ao nascer é normalmente de 500 g. Costuma-se classificar o aborto como precoce quando ocorre antes de 13 semanas da gravidez, e como tardio quando se dá entre 13 e 22 semanas. Setenta por cento dos abortamentos até 8 semanas resolvem-se espontaneamente.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

SINAIS E SINTOMAS	ABORTAMENTO (FORMAS CLÍNICAS)					
	AMEAÇA	INEVITÁVEL	COMPLETO	INCOMPLETO	INFECTADO	RETIDO
Sangramento	Discreto	Presente e por vezes abundante	Discreto ou ausente	Presente e por vezes abundante	Variável	Ausente
Dor	Discreta ou ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Cólicas sempre presentes	Sinais de peritonite podem estar presentes	Ausente
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
Exame Especular	Sem alterações	Hemorragia pelo orifício interno	Sem alterações	Saída de material pelo colo	Secreção purulenta	Sem alterações
Orifício interno do colo uterino	Fechado	Entreaberto	Fechado	Entreaberto	Entreaberto	Fechado
Ultrassom	Sem alterações	Saco gestacional irregular e/ou muito baixo e/ou hematoma retro-ovular	Útero vazio	Sugere presença de restos ovulares intrauterinos	Pode-se visualizar restos ovulares intrauterinos	BCF ou embrião ausentes (confirmar com intervalo de 15 dias)

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Deve ser realizado exame físico (exame especular, toque com avaliação da dilatação do colo do útero) e ultrassonografia transvaginal.
- Hemograma completo deve ser solicitado na suspeita de abortamento infectado ou em caso de sangramento vaginal intenso.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Solicitar tipagem sanguínea e Coombs indireto. As pacientes apresentando sangramento importante com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300 µg IM para profilaxia de aloimunização.
- O material do abortamento deve ser encaminhado para análise histopatológica sempre. A avaliação do cariótipo deve ser avaliada segundo cada caso.

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Ameaça de abortamento

- Deverá ser feito acompanhamento ambulatorial, com repouso relativo. A paciente deverá manter abstinência sexual.
- O método de imagem mais indicado é a ultrassonografia seriada em intervalos dependentes da evolução do quadro.
- A medicação mais utilizada é a hioscína (Buscopam®): 1 comprimido VO de 6/6 horas em caso de cólicas. Em caso de suspeita de insuficiência de corpo lúteo, prescrever progesterona natural micronizada (Utrogestam®): 200 a 400 mg via vaginal por dia, divididos em duas doses até a 12ª semana de gestação.

##### 4.2. Abortamento inevitável e abortamento incompleto

- A paciente deverá ser internada, com aferição de sinais vitais a cada seis horas: temperatura axilar, pulso radial e pressão arterial.
- Solicitar hemograma completo para monitorar a espoliação e rastrear infecção.
- A presença de sangramento volumoso requer a opção pelo tratamento imediato através da correção da volemia (estabilização da paciente) e esvaziamento uterino:

IG ≤ 12 semanas: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou, quando não disponível, dilatação e curetagem uterina por técnica convencional.

IG > 12 semanas: só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto (ver tratamento medicamentoso com misoprostol adiante).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



- A conduta expectante tem boa resposta nas pacientes com abortamento incompleto, podendo ser feita nos casos de sangramento leve, sem repercussões hemodinâmicas e ultrassonografia evidenciando pequena quantidade de restos ovulares.

- Pacientes com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300 µg IM para profilaxia de aloimunização.

#### 4.3. Abortamento infectado

- Devem ser adotadas as mesmas medidas gerais do abortamento inevitável, porém, com antibioticoterapia associada. Nos casos sem peritonite, iniciar esquema antibiótico com cefazolina 2 g IV 8/8 horas associado a metronidazol 500 mg IV 8/8 horas. Nos casos com peritonite, iniciar clindamicina 900 mg IV 8/8 horas associado a gentamicina 3-5 mg/kg IV (máx. 240 mg) uma vez ao dia. O tempo recomendado de tratamento é de 7 a 10 dias.

- É prudente aguardar no mínimo uma hora após a administração de antibiótico e ocitócito para esvaziamento uterino.

IG ≤ 12 semanas: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou, quando não disponível, dilatação e curetagem uterina por técnica convencional.

IG > 12 semanas: só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto (ver tratamento medicamentoso com misoprostol adiante).

- Pacientes com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300 µg IM para profilaxia de aloimunização.

#### 4.4. Abortamento retido

- A ultrassonografia realizada com intervalo de 15 dias define o diagnóstico dos dois tipos de abortamento retido: com retenção do ovo morto ou aborto retido (presença de embrião sem vida no SG íntegro) e ovo anembrionado ou ovo cego (ausência de embrião no SG íntegro).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A conduta expectante pode ser uma opção nessas pacientes. Lembrar que até 70% dos abortamentos até 8 semanas resolvem-se espontaneamente.

- Quando se opta pelo esvaziamento uterino, a paciente deverá ser internada para medidas gerais.

IG  $\leq$  12 semanas: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou, quando não disponível, dilatação e curetagem uterina por técnica convencional.

IG  $>$  12 semanas: só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto (ver tratamento medicamentoso com misoprostol adiante).

- O uso de misoprostol na dose de 200 a 400  $\mu$ g via vaginal é admissível para a preparação do colo uterino (nos casos de colo muito rígido e fechado) 4 a 6 horas antes do procedimento de esvaziamento uterino.

- Pacientes com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300  $\mu$ g IM para profilaxia de aloimunização.

#### 4.5. Tratamento medicamentoso com Misoprostol

- As doses a serem utilizadas na indução do abortamento dependem da idade gestacional:

- até 12 semanas e 6 dias: 800  $\mu$ g 12/12 h;

- de 13 a 16 semanas: 800  $\mu$ g em dose única diária;

- de 16 semanas e 1 dia a 20 semanas: 400  $\mu$ g 12/12 h por 48 h; ou, em caso de falha (não resposta em 48 h), 800  $\mu$ g em dose única diária.

- Após dois dias de uso do misoprostol, deve-se aguardar 72 horas pelo abortamento. Caso ele não ocorra, pode-se repetir o mesmo esquema de misoprostol, considerando-se as condições clínicas e a concordância da mulher para manter o tratamento.

- As contraindicações são: cesárea anterior, cirurgia uterina prévia (cautela: usar metade da dose recomendada), paciente asmática, uso concomitante com

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

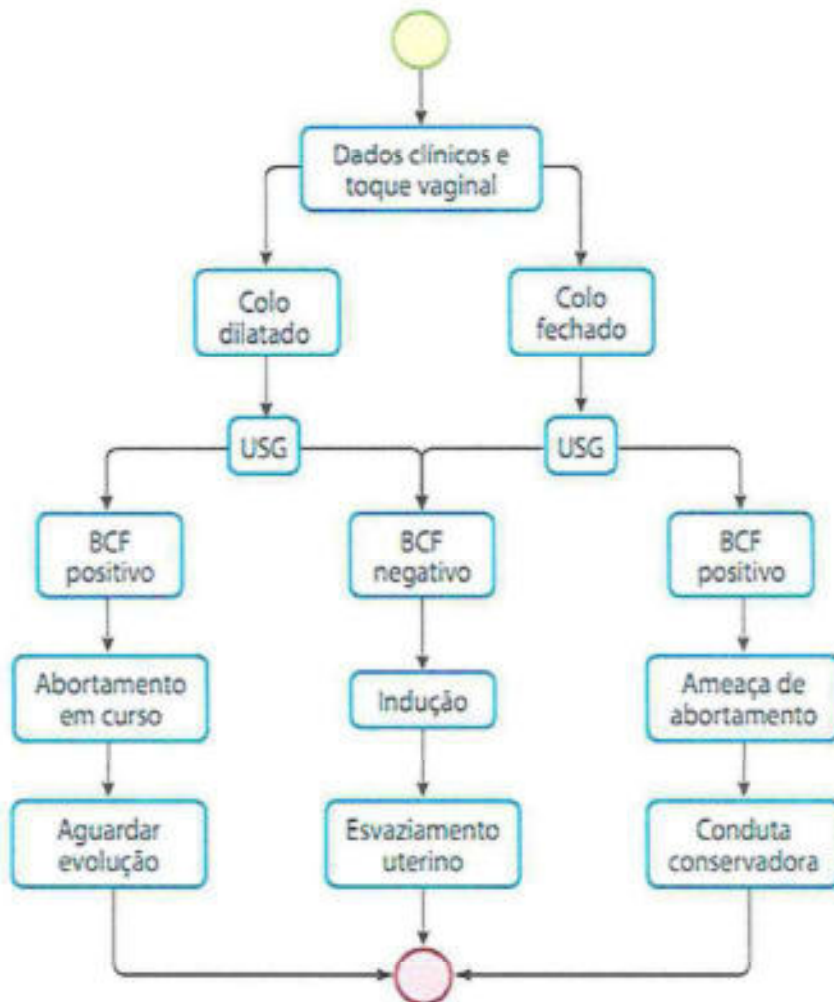
ocitocina (não usar ocitocina dentro de seis horas após a última dose de misoprostol) e placenta prévia.

### 5. REFERÊNCIAS

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. Manual de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A ABORTAMENTO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PLACENTA PRÉVIA

### 1. INTRODUÇÃO

É caracterizada pela presença de tecido placentário próximo ou cobrindo o orifício interno (OI) do colo uterino após 28 semanas. É causa importante de hemorragia e complica 0,3% a 0,5% das gestações.

Esta condição está associada ao aumento significativo na morbimortalidade perinatal por aumento de prematuridade, baixo peso ao nascer, distúrbios respiratórios e óbito perinatal.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A placenta prévia pode ser classificada como: completa, quando recobre completamente o OI; parcial, quando recobre parcialmente o OI; e marginal, quando a placenta chega ao OI, mas não o cobre. Esse termo deve ser utilizado quando a distância da borda placentária ao OI é de 2,5 cm ou menos.

São fatores de risco para a ocorrência de placenta prévia: multiparidade, idade materna avançada, tabagismo, gestações múltiplas, história anterior de placenta prévia, curetagens prévias, cesariana anterior, residência em local de altas altitudes.

A presença de placenta prévia está associada a um risco aumentado das seguintes condições: sangramento anteparto, necessidade de histerectomia, aderência mórbida da placenta, hemorragia intraparto, hemorragia pós-parto, transfusão sanguínea, sepse, tromboflebite, nascimentos pré-termo, aumento da morbimortalidade perinatal.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A apresentação clássica da placenta prévia é um sangramento indolor no final do segundo trimestre ou no início do terceiro. Contudo, algumas pacientes apresentarão hemorragia dolorosa, possivelmente em consequência das contrações uterinas ou da separação placentária.

A ultrassonografia é o método de escolha para confirmação do diagnóstico de placenta prévia. É seguro, não tendo sido observada associação com

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

hemorragia devido ao seu uso. É importante avaliar a localização placentária no exame de rotina realizado com 20 semanas, porém, somente a partir de 28 semanas podemos fechar o diagnóstico de placenta prévia. Atenção especial deve ser dada às pacientes com cesariana prévia e placenta anterior localizada próximo ao OI na gestação atual, pois estas possuem três problemas a serem excluídos: placenta prévia, placenta acreta e placenta prévia e acreta implantadas na cicatriz da cirurgia anterior. As três condições são de risco e merecem cuidadoso acompanhamento.

#### 4. TRATAMENTO

A ocorrência de sangramento requer hospitalização e imediata avaliação do bem-estar materno e fetal, e, ainda, instalação de hidratação venosa com acesso venoso calibroso. Solicitar exames laboratoriais: hemograma completo, tipagem sanguínea, Coombs indireto, coagulograma e provas de função renal. Realizar monitorização fetal.

Uma vez estabilizado o sangramento, a paciente deve ser mantida internada, em repouso no leito. Nos casos de gestações com menos de 34 semanas, principalmente nos casos de sangramento intenso, deve-se considerar a administração de corticóide para maturação pulmonar fetal.

A avaliação do hematócrito materno após o(s) episódio(s) de sangramento é de suma importância, pois, em alguns casos, há necessidade de transfusão sanguínea. Na ausência de indicação do uso de hemoderivados, recomenda-se a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico.

As pacientes com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti- -Rh quando houver sangramento.

Pacientes assintomáticas ou aquelas com pequeno sangramento com resolução espontânea em período menor ou igual a sete dias são potenciais candidatas ao regime domiciliar desde que tenham boa aderência ao acompanhamento, entendam os riscos associados à placenta prévia e tenham disponibilidade de transporte 24 horas por dia. Pacientes manejadas em casa devem estar cientes do risco de sangramento.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

#### 4.1. O parto

- A paciente e seus familiares mais próximos devem ser orientados sobre a indicação da via de parto, e o risco de hemotransusão e histerectomia. A via de parto deve ser baseada no julgamento clínico associado às informações obtidas através da ultrassonografia transvaginal.
- Na presença de placenta prévia total ou parcial, a via de parto é sempre a cesariana.
- Na presença de placenta prévia marginal (borda placentária distando menos que 2 cm do OI no terceiro trimestre), é indicada cesariana. Nos casos cuja distância do OI seja de 2 cm a 3 cm, o parto vaginal pode ser considerado, porém, precauções devem ser tomadas devido ao risco de uma cesariana de urgência.
- O parto através de cesariana eletiva em mulheres com placenta prévia assintomáticas não é recomendado antes de 38 semanas.

#### 4.2. Preparações para o parto

- Fornecer Termo de Consentimento Informado considerando os riscos de hemotransusão e histerectomia. Solicitar: reserva de sangue e derivados (concentrado de hemácias, plasma fresco e crioprecipitado); sala ampla que permita a circulação dos membros da equipe; bandeja de parto preparada para histerectomia.
- A equipe da obstetrícia deverá: definir o plano cirúrgico, como o local da histerotomia (tentativa de realizar longe da placenta), e avaliar se o local da histerotomia dificultará a extração do feto; nos casos de placenta anterior, prever dificuldades da extração transplacentária; estar ciente da possibilidade de acretismo; rever os passos da histerectomia de urgência (se necessário); definir plano cirúrgico com a equipe da anestesia e da pediatria.

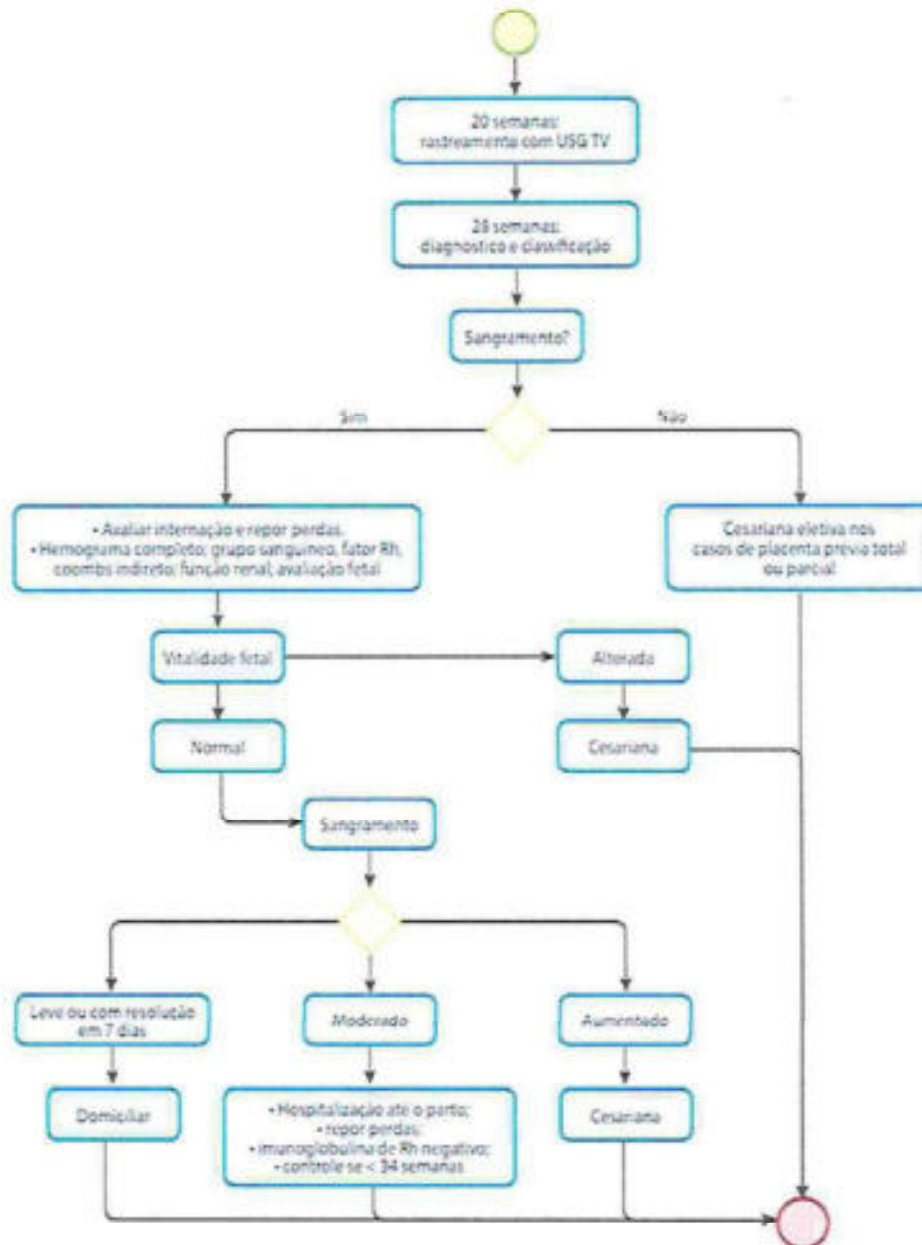
#### 5. REFERÊNCIAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. Manual de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PLACENTA PRÉVIA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PRÉ-ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا

### 1. INTRODUÇÃO

Pré-eclâmpسيا é doença exclusiva da gestação humana e se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão e proteinúria após a 20ª semana de gestação. Na sua vigência, a mortalidade perinatal está aumentada em cinco vezes. A hipertensão arterial permanece no Brasil como a primeira causa de morte materna direta, atingindo 15,1 óbitos por cem mil nascidos vivos (Datusus, 2007).

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A doença hipertensiva na gestação é classificada nos seguintes tipos:

1. Doença Vascular Hipertensiva Crônica (DVHC);
2. pré-eclâmpسيا leve ou grave – ver Tabela 1 / Eclâmpسيا;
3. pré-eclâmpسيا sobreposta à hipertensão crônica – surgimento de pré-eclâmpسيا em gestante hipertensa crônica, caracterizada por aumento súbito da PA, aparecimento ou aumento súbito de proteinúria, hiperuricemia e/ou síndrome HELLP (forma grave de pré-eclâmpسيا caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia – ver Tabela 2);
4. hipertensão gestacional – hipertensão sem proteinúria em uma paciente previamente normotensa após 20 semanas de gravidez, cujos níveis tensionais retornam ao normal entre 6 a 12 semanas após o parto.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



**Críticas de gravidade na pré-eclâmpsia**

**Síntomas de alteração da consciência ou visão**

- Cefaleia intensa ou refratária a analgésicos\*
- Turvação visual ou escotomas\*\*
- Alteração do nível de consciência

**Síntomas de alteração respiratória**

- Dor no tórax ou em hipotórax inferior\*
- Náusea e vômitos\*\*
- Aumento dos batimentos cardíacos

**Monitorização vital**

PA > 160/110 mmHg ou 170 mmHg em duas aferições com intervalo em hora de repouso

Temperatura > 38,0°C

Diúrese < 300 ml em 24 h

Proteína > 50 mg/24 h\*\*

**Síntomas relacionados ao feto**

**Crescimento intrauterino restrito**

\* Sinais de melhora de eclâmpsia

\*\* Em alguns casos, a proteinúria de 24 horas pode ser valor prognóstico de eclâmpsia em mulheres com doença renal crônica

**Críticos Diagnósticos de Síndrome Hellp**

**Hemólise**

- Elevação de sangue periférico em nível grave de esferócitos ou leucócitos, esquistócitos e buracos
- LDH > 600 U/L
- Bilirrubina total > 1,2 mg/dl

Aumento de enzimas hepáticas (TGO ou TGP > 22 U/L)

Plaquimetria < 100.000

**Profilaxia**

• São fatores de risco para a ocorrência de pré-eclâmpsia: nuliparidade; idade > 40 anos ou < 18 anos; história de pré-eclâmpsia em gestação anterior; história de resultado adverso em gestação anterior; crescimento intrauterino restrito, descolamento prematuro de placenta ou óbito fetal; história familiar de pré-eclâmpsia; gestação múltipla; obesidade; condições médicas/genéticas preexistentes, como hipertensão arterial crônica; doença renal; diabetes mellitus; síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAF); doenças do colágeno; doenças vasculares; e trombofilias.

• A aspirina em baixa dose (AAS 60-150 mg VO 1 x/dia) é a única droga com evidência científica de benefício na prevenção da pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco quando iniciada precocemente na gestação.

• Gestantes portadoras de quaisquer das condições a seguir apresentam alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia: hipertensão arterial crônica; história de doença hipertensiva durante gestação anterior; diabetes tipo 1 ou tipo 2; doença renal crônica; doenças autoimunes, tais como lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome do anticorpo antifosfolípídeo. Essas pacientes devem iniciar AAS 100 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas, mantendo-o até 37 semanas.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Pacientes que apresentem mais de um dos seguintes fatores possuem risco moderado de desenvolver pré-eclâmpsia: primeira gestação; idade materna  $\geq 40$  anos; intervalo entre as gestações superior a 10 anos; IMC  $\geq 35$  na primeira consulta; história familiar de pré-eclâmpsia; gestação múltipla. Nestes casos, também se recomenda o uso de AAS 100 mg/ dia, desde 12 até 37 semanas.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- O diagnóstico de pré-eclâmpsia é estabelecido na presença destes dois achados numa paciente com mais de 20 semanas de gestação, previamente normotensa: hipertensão arterial (PAS  $\geq 140$  e/ou PAD  $\geq 90$  mmHg) em duas aferições com intervalo de pelo menos quatro horas, mas não mais que sete dias; e proteinúria de 300 mg ou mais em coleta de urina de 24 h. Obs.: O aumento de 30 mmHg na PAS e/ou de 15 mmHg na PAD, assim como a presença de edema, não são mais considerados critérios para diagnóstico de pré-eclâmpsia.

### 4. TRATAMENTO

#### Pré-eclâmpsia leve

- O tratamento é feito de forma ambulatorial em consultas semanais, com períodos diários de repouso em decúbito lateral, dieta normossódica e hiperproteica. Não devem ser prescritos diuréticos. Deverá ser avaliada a vitabilidade fetal e realizada avaliação laboratorial: proteinúria de 24 horas, clearance da creatinina, hematócrito, hematoscopia, contagem de plaquetas, ureia, creatinina, ácido úrico, proteínas totais e frações, enzimas hepáticas e bilirrubinas. Interromper a gestação apenas se houver comprometimento da vitabilidade fetal.

#### Pré-eclâmpsia grave

- A paciente deverá ser internada e para estabilizar seu quadro clínico com controle rígido da pressão arterial (PA) e dos sintomas, realização de cateterismo venoso e vesical, dieta normossódica e hiperproteica, avaliação da vitabilidade fetal, administração de corticoterapia para maturação pulmonar fetal se a idade

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

gestacional estiver entre 24 e 34 semanas, e realização de avaliação laboratorial conforme rotina da pré-eclâmpsia leve a cada 3 dias.

- Iniciar medicação anti-hipertensiva de ataque (manter PA diastólica entre 90 e 100 mm Hg): hidralazina na dose de 5 mg IV, em bolus, lentamente, durante um a dois minutos, repetida a cada 15 minutos (diluir 1 ampola de 20 mg em 19 ml de água destilada e aplicar 5 ml). A dose de bolus máxima é de 20 mg. A queda na pressão sanguínea começa dentro de 10 a 30 minutos e dura de duas a quatro horas.

- Para a manutenção (caso a PA diastólica se estabilize em valores < 100 mmHg), prescrever hidralazina 25 a 50 mg VO de 6/6 horas (dose máxima de 200 mg/ dia) e/ou metildopa 250 a 750 mg VO de 6/6 horas (dose máxima de 3 g/dia).

- **Profilaxia da convulsão**

- dose de ataque: Sulfato de Magnésio 4 g EV, em dose única (diluir 8 ml da solução a 50% em 42 ml de soro glicosado a 5% e ministrar, com bomba de infusão, em 10 minutos);

- dose de manutenção: Sulfato de Magnésio: 1 a 2 g por hora, EV (diluir 20 ml da solução a 50% em 480 ml de soro glicosado a 5% e ministrar com bomba de infusão 50 a 100 ml por hora);

- só continuar a medicação se: diurese > 30 ml por hora; frequência respiratória > 10 irpm; reflexo patelar presente;

- manter a medicação por 24 horas após o parto; – antídoto do Sulfato de Magnésio: Gluconato de Cálcio 1 g EV, perfundido em 10 minutos.

- Interromper a gestação nas seguintes condições: se gravidez  $\geq$  34 semanas, 4 horas após estabilizado o quadro clínico; se gravidez < 34 semanas com resposta clínica e laboratorial ao tratamento adequada, 48 horas depois de iniciada a aceleração da maturidade pulmonar fetal; ou a qualquer momento se ocorrer comprometimento da vitabilidade fetal.

### Eclâmpsia

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A paciente deverá ser internada com assistência intensiva a fim de garantir permeabilidade das vias aéreas, aspirar secreções, fornecer oxigênio sob cateter nasal. Deverá ser realizado cateterismo venoso e vesical com controle horário da diurese. Fazer contenção da paciente no leito e proteção da língua durante a convulsão.
- Solicitar exames laboratoriais conforme rotina da pré-eclâmpsia leve.
- Fazer Hidralazina parenteral e Sulfato de Magnésio conforme rotina da pré-eclâmpsia grave. Tratar complicações clínicas (como edema agudo de pulmão), se presentes.
- Interromper a gestação 4 horas depois de estabilizado o quadro clínico, em qualquer idade gestacional, e manter o tratamento até 48 a 72 horas após o parto.

### Síndrome Hellp

- Solicitar exames laboratoriais, conforme rotina da pré-eclâmpsia leve.

Corrigir os distúrbios de coagulação, se presentes.

- Manter o fibrinogênio plasmático > 100 mg% (uma unidade de crioprecipitado contém 250 mg de fibrinogênio e aumenta o fibrinogênio em 10 mg; uma unidade de plasma fresco contém 500 mg de fibrinogênio). A transfusão de plaquetas só é recomendada na presença de sangramento ativo ou quando indicado procedimento invasivo com plaquetas < 50.000 ou profilaticamente com plaquetas < 20.000. A dose preconizada para transfusão é de um concentrado a cada 10 kg de peso corpóreo. Interromper a gravidez após a estabilização do quadro clínico.

Momento e via de parto

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto.

A decisão de realizá-lo ou não depende da idade gestacional e da gravidade da doença.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Pacientes com pré-eclâmpsia a termo ( $\geq 37$  semanas de gestação) se beneficiam da interrupção da gestação.
- Na ausência de outras indicações obstétricas para a cesariana, o parto vaginal pode ser induzido. Em caso de gravidade, não há benefício em manter a gestação após 34 semanas.
- Na presença de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou síndrome HELLP, bem como no descolamento prematuro de placenta ou no sofrimento fetal agudo, o parto deve ser realizado. Considerações são feitas apenas em casos distantes do termo, com paciente estável (compensada após crise inicial ou só com alterações laboratoriais) e com comprovado bem-estar fetal. Nesses casos, deve ser individualizado o melhor momento para a interrupção da gestação e a via de parto.
- É preconizado o manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto (secundamento) através do uso de ocitocina intravenosa ou intramuscular.
- Atentar para a não administração excessiva de fluidos devido ao maior risco de edema pulmonar.
- Na ausência de trombocitopenia ou coagulopatia, é preferível a realização de anestesia regional (peridural ou raquianestesia) à anestesia geral, mesmo em uso de aspirina. Atentar apenas para a adequada expansão plasmática, uma vez que a anestesia pode levar a uma queda abrupta da pressão arterial, com comprometimento cerebral ou cardíaco.

### **Hipertensão gestacional**

- Na ausência de intercorrências ou evolução para pré-eclâmpsia, o parto deve ser induzido com 40 semanas de gestação.

### **Pré-eclâmpsia superajuntada ou sobreposta**

- Conduzir como pré-eclâmpsia isolada.

### **Puerpério**

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Monitorar a pressão arterial buscando manter a PAS < 110 mmHg, sobretudo nas primeiras 48 horas pós-parto, quando há maior risco de pico pressórico e eventos adversos.
- Quando iniciado, o sulfato de magnésio deve ser administrado por pelo menos 24 horas após o parto.
- Evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais nas pacientes com hipertensão arterial de difícil controle, trombocitopenia, coagulopatia ou injúria renal.
- Caso a paciente esteja em uso de anti-hipertensivos orais, suspender toda a medicação após o parto e monitorar a PA.
- Reintroduzir anti-hipertensivos somente se PA persistentemente > 160 x 110 mmHg.
- Repetir os exames laboratoriais até sua normalização.
- Se a pressão arterial estiver estável, agendar consulta de revisão para 6-12 semanas após o parto.
- As pacientes com pré-eclâmpsia grave e precoce devem ser rastreadas para hipertensão preexistente, doença renal subjacente, SAF e trombofilias.
- Orientar quanto a cuidados e risco cardiovascular no longo prazo.
- Preferencialmente, referenciar a um cardiologista.

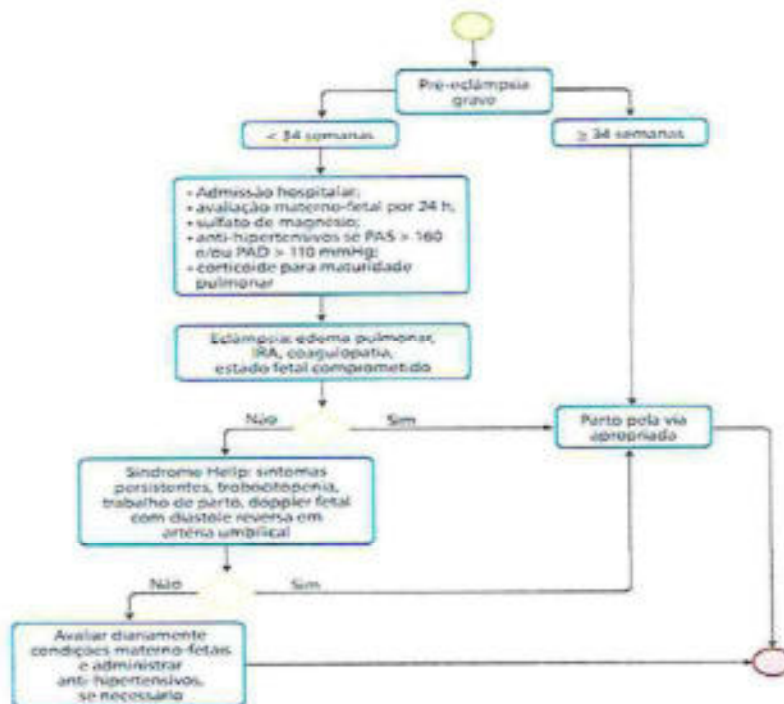
## 5. REFERÊNCIAS

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. Manual de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PRÉ-ECLÂMPSIA



## TRABALHO DE PARTO

### 1. INTRODUÇÃO

A OMS define parto normal como "aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e filho estão em boas condições".

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Período Premonitório Caracteriza-se por adaptações fisiológicas, com duração extremamente variável, que antecedem o trabalho de parto. Observa-se aumento gradual da atividade uterina (contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas). Ocorre o amadurecimento do colo uterino, amolecimento, com alteração da sua orientação no eixo vaginal e início do seu encurtamento (apagamento). Ocorre acomodação do polo fetal ao estreito superior da pelve e aumento das secreções cervicais (perda do tampão mucoso,

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue) e descida do fundo uterino, caracterizado por seu abaixamento em cerca de 2 a 4 cm.

### **Fase Latente**

Corresponde ao final do período premonitório e início do trabalho de parto, quando as contrações, embora rítmicas, são incapazes de promover a dilatação do colo uterino.

### **Trabalho de Parto**

Tipicamente, o diagnóstico é feito por contrações uterinas que resultam em dilatação e/ ou apagamento cervical. As contrações uterinas são regulares (rítmicas), em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero, com frequência mínima de duas contrações a cada 10 minutos, duração maior que 15 a 20 segundos, mantidas após repouso no leito, por período mínimo de 30 minutos. O colo uterino encontra-se dilatado no mínimo 2 cm, centralizado e com apagamento parcial ou total, com modificação progressiva.

## **3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA**

### **Período Premonitório**

Realização de exame clínico e obstétrico da paciente, orientação quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto e, caso seja necessário, orientação para retorno.

### **Fase latente**

Após exame clínico e obstétrico detalhado, manter a paciente em observação por algumas horas para avaliar a evolução para trabalho de parto.

### **Trabalho de Parto**

Solicitar a internação da paciente. Avaliação inicial dos sinais vitais (pressão arterial, pulso, temperatura) e realização do exame obstétrico detalhado, consistindo em palpação abdominal, ausculta fetal, toque vaginal. Neste último, avaliar as características do colo uterino (orientação, dilatação, apagamento), o

<b>ELABORADO POR</b>	<b>IMPLANTAÇÃO</b>	<b>REVISÃO</b>
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



diagnóstico da apresentação fetal (tipo, altura, atitude - flexão e sinclitismo -, variedade de posição) e avaliação da arquitetura da pelve.

#### 4. TRATAMENTO

##### Progressão do Trabalho de Parto

- A frequência dos toques vaginais depende da evolução do trabalho de parto. A cada toque vaginal, deverão ser avaliados: o grau de dilatação e apagamento, a altura da apresentação, a variedade de posição, o estado da bolsa amniótica e as perdas vaginais (sangue, líquido amniótico e sua coloração). As informações devem ser anotadas em um gráfico horário (partograma).
- Quando indicada a amniotomia, praticá-la durante a contração uterina e aguardar o escoamento do líquido antes de terminar o toque vaginal.
- A monitoração do parto, sempre que possível, deverá acontecer com monitoração eletrônica. Na sua impossibilidade, deve-se proceder: à palpação abdominal minuciosa a cada 60 minutos, por no mínimo 10 minutos, anotando-se a frequência e a duração das contrações e o tônus uterino; e à ausculta cardíaca fetal a cada 15/30 minutos, antes, durante e, no mínimo, um minuto após a contração uterina.

##### Período expulsivo

- A parturiente deverá ser posicionada classicamente em decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos, ou semissentada (permitida nos casos de leito PPP – pré-parto, parto e puerpério), com ausculta fetal a cada 5 minutos ou, preferencialmente, monitorização eletrônica contínua. Deverá ser feita a antisepsia perineal, com anestesia locorregional e episiotomia mediolateral quando indicada (somente nos partos com risco de laceração perineal, com distocia de partes moles ou em caso de necessidade de facilitar o parto de feto possivelmente comprometido. Quando indicada, deve ser efetuada antes que a apresentação fetal distenda o períneo).
- No desprendimento da cabeça fetal nas apresentações de vértice: deve-se proteger o períneo posterior com compressa para prevenir o prolongamento da

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

episiotomia. Evitar a deflexão brusca da cabeça para impedir traumatismos do períneo anterior. Corrigir a circular cervical de cordão, caso presente.

- Após o desprendimento do polo cefálico nas apresentações de vértice, aguardar que se complete espontaneamente a rotação fetal e auxiliar no desprendimento do ombro (abaixamento da cabeça para o ombro anterior e elevação do polo cefálico para o ombro posterior). Realizar o clampeamento do cordão umbilical 8 a 10 cm de sua inserção abdominal.

Em parto sem intercorrências, o momento ideal é entre 1 e 3 minutos após o desprendimento fetal.

### **Secundamento**

- Imediatamente após a expulsão fetal, administrar agente uterotônico: ocitocina – 10 a 20 UI em 500 ml de solução salina endovenosa, ou 5 a 10 UI IM. Não havendo resposta ou em caso de sangramento persistente, usar metilergonovina 0,2 mg IM ou misoprostol 800 mcg via retal.

- Na condução do secundamento, é indicada tração controlada do cordão associada à sustentação do útero através da parede abdominal.

- A episiorrafia, quando necessária, deverá ser realizada por planos com fios absorvíveis naturais ou sintéticos 0 ou 00. Pontos separados para aproximação do plano muscular e para a síntese da pele, chuleio na mucosa vaginal.

- A puérpera deverá ser mantida em observação por, no mínimo, uma hora após o parto (4º período do parto).

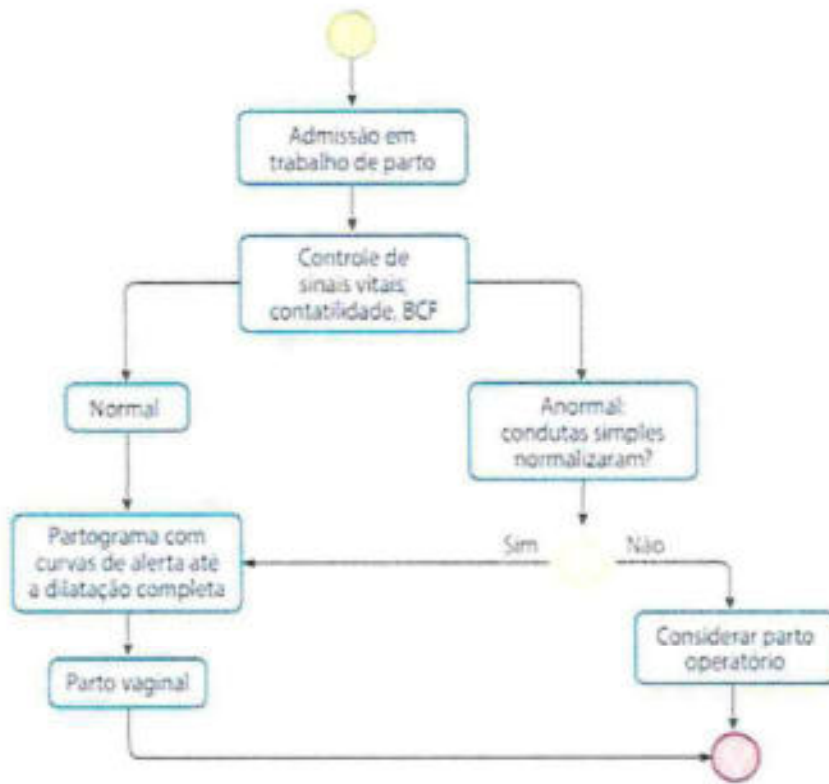
### **5. REFERÊNCIAS**

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. 4 de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TRABALHO DE PARTO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## CARDIOLOGIA

### ANGINA INSTÁVEL / INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST

#### 1. INTRODUÇÃO

Angina Instável (AI) é uma das principais causas cardiovasculares de atendimento em setores de emergência, sendo que um significativo percentual cursará com elevação de marcadores de injúria miocárdica, configurando Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível de ST (IAMSSST). O complexo AI/IAMSSST possui apresentação variada e acarreta diversas morbidades, conforme o contexto clínico.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A principal forma de apresentação da AI/IAMSSST é a dor torácica, que deverá ser avaliada com prioridade, conforme o Protocolo de Dor Torácica. A Angina Instável se caracteriza pelo surgimento recente ou evolução acelerada de sinais e sintomas de isquemia miocárdica, enquanto o IAMSSST é caracterizado pela ocorrência de sinais e sintomas de isquemia miocárdica associados à elevação de marcadores bioquímicos, porém, sem a elevação do segmento ST.

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A abordagem diagnóstica da AI/IAMSSST inicia-se pela avaliação da dor torácica pelo respectivo protocolo e deve ser complementada pela classificação do evento, estratificação de risco cardiovascular, realização de exames seriados e determinação da indicação de estudo invasivo.

##### 3..1. Classificação do quadro e estratificação de risco cardiovascular

Deverá ser realizada a classificação do quadro anginoso através da Classificação de Braunwald, e associando a estratificação de risco de eventos cardiovasculares maiores (óbito, reinfarto ou necessidade de revascularização de urgência através do score TIMI).

##### A) Classificação de Braunwald

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Utiliza três critérios: a gravidade dos sintomas, as manifestações clínicas e a intensidade do tratamento.

### 1. Gravidade dos sintomas

Classe I – Angina de início recente (menos de dois meses), frequente ou de grande intensidade (três ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores).

Classe II – Angina de repouso subaguda (um ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas).

Classe III – Angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).

### 2. Circunstâncias das manifestações clínicas

Classe A – Angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia etc).

Classe B – Angina instável primária.

Classe C – Angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de duas semanas).

### 3. Intensidade do tratamento

Classe 1 – Sem tratamento ou com tratamento mínimo.

Classe 2 – Terapia antianginosa usual.

Classe 3 – Terapia máxima.

### B) Escore de risco TIMI

Utiliza sete critérios, consignando um (1) ponto a cada:

- idade  $\geq$  65 anos;
- dor anginosa iniciada há  $<$  24 h;
- uso de AAS nos últimos 7 dias;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- infradesnível de ST > 0,5 mm;
- elevação de marcadores de injúria miocárdica
- doença arterial coronariana (DAC) prévia;
- três ou mais fatores de risco para DAC (HAS, DM, hipercolesterolemia, tabagismo, história familiar).

0-2 pontos	baixo risco
3-5 pontos	risco intermediário
6-7 pontos	alto risco

### 3.2. Eletrocardiograma

Todo paciente com AI/IAMSSST já deve ter o ECG realizado desde a admissão no setor de Emergência. O ECG deve ser repetido com intervalo de três horas do inicial nos pacientes em observação e/ou caso ocorram mudanças no quadro clínico (retorno de sintomas, hipotensão, etc.). A presença de infradesnível de ST  $\geq$  0,5 mm, bloqueio completo de ramo esquerdo (BRE), taquicardia ou bradicardia comportam pior prognóstico. Todo paciente com AI/IAMSSST deve ser mantido sob monitorização contínua de ECG.

### 3.3. Marcadores bioquímicos

Devem ser realizados de forma seriada:

- CKMB massa: apresenta maior sensibilidade e especificidade que a CKMB atividade, pois inicia a elevação após 4 h da injúria miocárdica. Pode apresentar falso positivo em torno de 4% dos casos em virtude de lesões musculares, trauma, ou presença de macromoléculas de creatinoquinase.
- Troponina I: mais específica que a CKMB massa, mantém-se elevada além das 24 h do evento.

O diagnóstico de IAMSSST será feito caso ocorra a elevação de CKMB massa em duas medidas consecutivas ou uma medida com nível duas vezes superior ao limite máximo da normalidade. No caso da Troponina I, o diagnóstico de IAMSSST será feito pela elevação acima do limite superior do normal.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Caso ocorra elevação de CKMB massa com Troponina I normal, a decisão clínica baseia-se nesta última.

A elevação isolada de Troponina I com CKMB massa normal não indica IAMSSST, mas AI de alto risco

### 3.4. Ecocardiograma

O Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) permite a avaliação estrutural e funcional do coração, auxiliando no diagnóstico diferencial com patologias de aorta, pericárdio e valvulopatias.

Embora um ECOTT normal em repouso não afaste AI/IAMSSST, a presença de alterações de motilidade segmentar aumenta a probabilidade de causa isquêmica.

A avaliação da performance cardiovascular, tanto pela Fração de Ejeção ventricular (FE) quanto pela análise subjetiva da contratilidade, permite melhor orientação da terapêutica medicamentosa.

### 3.5. Angiotomografia coronariana

A Angiotomografia Coronariana (ATC) tem demonstrado valor na estratificação de risco nas síndromes isquêmicas agudas em virtude de seu valor preditivo negativo alto.

Tem indicação nos pacientes com escore de risco baixo / intermediário que apresentem ECG inconclusivo e marcadores de injúria miocárdica normais.

### 3.6. Cineangiocoronariografia

Nos pacientes com AI/IAMSSST, a realização de Cineangiocoronariografia (CAT) deve ser realizada em até 48 horas naqueles com escore de risco intermediário a alto (TIMI  $\geq$  3), já que a estratégia de estratificação invasiva evidenciou melhor relação custo-eficácia.

Além do escore de risco TIMI  $\geq$  3, são considerados indicadores de alto risco, justificando CAT em caráter urgente, os seguintes:

- angina ou isquemia recorrente, a despeito de terapia otimizada;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- níveis elevados de troponina;
- nova depressão de segmento ST;
- angina ou isquemia recorrente associada a sinais de insuficiência cardíaca;
- disfunção ventricular subjacente (FE < 40%);
- instabilidade hemodinâmica;
- taquicardia ventricular sustentada;
- intervenção coronariana nos últimos 6 meses;
- cirurgia prévia de revascularização miocárdica.

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Princípios gerais

Todo paciente com risco intermediário ou alto deverá ser internado na Unidade Coronariana assim que possível.

Os pacientes com risco intermediário ou alto são elegíveis para realizar investigação por cineangiocoronariografia (CAT) em até 48 horas do início dos sintomas, a não ser que apresentem comorbidades importantes (p.ex. Insuficiência hepática), baixa expectativa de vida ou que a priori recusem a possibilidade de tratamento de revascularização miocárdica.

Pacientes com risco baixo devem ter sua investigação realizada em até 24 horas para definir-se alta ou internação hospitalar.

##### 4.2. Oxigenioterapia

A suplementação de oxigênio deve ser realizada nos pacientes com risco intermediário ou alto e mantida até 4 h após a cessação dos sintomas, exceto se houver queda persistente de oxigenação em ar ambiente.

Dose: 2–4 L/min

##### 4.3. Analgesia

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Indicada nos casos de dor persistente ou recorrente, a despeito do uso de nitratos. Deve ser realizada com doses seriadas para evitar depressão respiratória e hipotensão, mantendo-se aferição frequente de pulso e pressão arterial.

Morfina: 2–4 mg IV diluído a cada 5 minutos, até máximo de 25 mg.

Em caso de alergia a morfina: Meperidina (Dolantina) 20–50 mg IV

#### 4.4. Nitratos

Devem ser utilizados para controle da dor anginosa, especialmente nos pacientes de risco intermediário ou alto.

A administração sublingual ou intravenosa tem igual eficácia, sendo a última preferida para manutenção do efeito nos casos de dor recorrente ou para auxiliar o controle da hipertensão arterial.

É contraindicada em pacientes com hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou que fizeram uso de sildenafil ou similares nas últimas 24 h).

- Dinitrato de isossorbida 5 mg: 1 cp SL a cada 5 minutos (até máximo de 15 mg).
- Nitroglicerina: 10 a 200 mcg/min – diluição:
  - 1 ampola de 5 ml + 245 ml SG 5% ou SF 0,9% (6 ml/h = 10 mcg/min);
  - 1 ampola de 10 ml + 240 mL SG 5% ou SF 0,9% (3 ml/h = 10 mcg/min).

#### 4.5. Betabloqueadores

Atuam reduzindo primariamente a frequência cardíaca, podendo diminuir a pressão arterial e o consumo de oxigênio miocárdico e potencializar o efeito antiisquêmico dos nitratos.

São contraindicados em pacientes com hipotensão, bradicardia e sinais de disfunção ventricular esquerda (presença de terceira bulha, crepitações pulmonares, etc.).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

A preferência é para a via oral, iniciando com a menor dose, a fim de manter a FC em torno de 60 bpm. A via endovenosa pode ser usada, com cautela, em caso de dor isquêmica persistente ou taquicardia não compensatória de insuficiência cardíaca.

Durante a administração IV, mensurar seriadamente pulso, pressão arterial, ausculta pulmonar, e monitorizar ECG.

- Atenolol: 25–50 mg VO 12/12 h;
- Metoprolol 5 mg/5 ml: 5 mg IV lento (1–2 min); pode-se repetir a dose a cada 5 minutos (máximo 15 mg).

#### 4.6. Antiplaquetários

Os agentes antiplaquetários têm impacto direto na redução de eventos cardiovasculares maiores.

O Ácido Acetilsalicílico (AAS) deve ser administrado a todos os pacientes com síndrome isquêmica, exceto em caso de alergia conhecida ou presença de sangramento digestivo ativo.

Pacientes com risco intermediário ou alto devem receber, além do AAS, o Clopidogrel ou Ticagrelor. Em virtude do início mais rápido de ação e da maior taxa de antiagregação plaquetária, o Ticagrelor, se disponível, deve ser preferido ao Clopidogrel.

Em pacientes com alergia a AAS, deve-se usar outro antiadesivo plaquetário em substituição.

- AAS 100 mg: dose de ataque 200 mg, manutenção 100 mg/dia.
- Ticagrelor 90 mg: dose de ataque 180 mg, manutenção 90 mg/dia.
- Clopidogrel 75 mg: dose de ataque 300 mg, manutenção 75 mg/dia.

#### 4.7. Heparinas

Todos os pacientes com AI/IAMSSST devem receber heparinização, que reduz os eventos cardiovasculares maiores.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

A preferência é pela Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) em virtude da facilidade de administração, não necessidade de controle laboratorial e eficácia similar à da Heparina Não Fracionada (HNF).

A HNF deve ser preferida nos pacientes com perfil de alto risco que tenham indicação de realizar CAT em caráter urgente.

- Enoxaparina: 1 mg/kg SC 12/12 h.
  - 0,75 mg/kg SC 12/12 h (pacientes com mais de 70 anos);
  - 1 mg/kg SC 1 x/dia (clearance de creatinina  $\leq$  30 ml/min).
- Heparina: apresentação frasco 5 ml / 25000 U;
  - diluição: 5 ml em 245 ml SG 5%;
  - dose: ataque bolus de 5000 U (1ml).
  - manutenção: iniciar com 10 ml/h (1000 U/h); ajustar infusão para PTT 2 a 3 x o normal; avaliar PTT 4/4 h.

## 5. REFERÊNCIAS

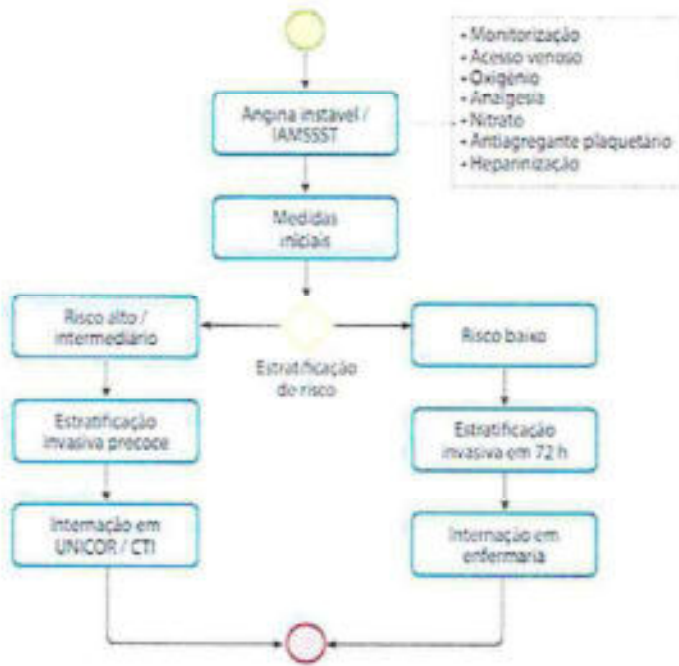
GLUCKMANN, T. J. et al A Simplified Approach to the Management of Non–ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. JAMA, January 19, 2005–Vol. 293, No. 3, 2005.

HILAL-DANDAN, R. BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw Hill, 2011.

NICOLAU, J. C. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do segmento ST. 2. ed. – Atualização 2013-2014. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 102, nº 3, Supl. 1, mar, 2014.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## DOR TORÁCICA

### 1. INTRODUÇÃO

A dor torácica é uma causa comum de atendimento em emergências, sendo que entre 15 e 30% dos casos correspondem realmente a Síndrome Coronariana Aguda (Infarto Agudo do Miocárdio ou Angina Instável). Em virtude da alta morbimortalidade cardiovascular associada à Síndrome Coronariana Aguda (SCA), o paciente com queixa de dor torácica deve ter o seu atendimento realizado de forma diferenciada.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O paciente com dor torácica deve ter as características do sintoma analisados para diferenciar a dor anginosa da não anginosa. A dor anginosa típica tem por características:

- dor ou desconforto em opressão ou queimação em região precordial ou retroesternal;
- pode haver irradiação para membro superior esquerdo, mandíbula, membro superior direito;
- frequentemente acompanhada de sudorese, náuseas, vômito ou dispneia;
- duração de minutos;
- idoso e mulheres podem ter dor pouco intensa ou dispneia como manifestação.

Como diagnóstico diferencial de dor precordial aguda, temos:

#### a) Dissecção aguda de aorta

- mais comum em pacientes hipertensos, com trauma torácico recente;

#### b) Síndrome de Marfan

- dor torácica anterior dilacerante de início súbito;
- irradiação para pescoço, dorso ou mandíbula;
- pode haver sopro de regurgitação aórtica e assimetria significativa de pulsos de membros superiores;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

c) Embolia pulmonar

- comumente, há situação predisponente para trombose venosa profunda;
- o sintoma mais comum é a dispneia;
- dor torácica de início súbito;
- presença de taquipneia e taquicardia; pode haver cianose;

d) Pericardite

- dor de característica pleurítica retroesternal ou torácica esquerda;
- piora com decúbito e deglutição, melhora com inclinação de tórax;
- pode haver presença de atrito pericárdico;

e) Prolapso valvar mitral

- dor em pontada, de localização variável e curta duração;
- sem irradiação;
- sem relação clara com esforço;

f) Refluxo esofageano

- dor retroesternal em queimação ou opressiva (menos comum);
- melhora com posição ereta ou uso de antiácidos;
- pode melhorar com nitratos ou bloqueadores de canal de cálcio;

g) Dor ulcerosa péptica

- dor mais frequentemente epigástrica;
- ocorrência mais comum após alimentação;
- dor à palpação de região epigástrica;

h) Costocondrites

- mais comum em idosos ou após esforços físicos;
- dor tipo pleurítica, localizada sobre a articulação costochondral;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- piora à palpação.

De acordo com suas características, a dor torácica será classificada como:

- Tipo A: claramente anginosa;
- Tipo B: possivelmente anginosa;
- Tipo C: possivelmente não anginosa;
- Tipo D: claramente nãoanginosa;

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### 3.1. Pacientes com dor torácica tipos A / B

- Realizar ECG de 16 derivações em até 10 minutos da admissão na Unidade de Emergência (UE)
- Admitir em leito com monitorização, instalar Oxigenioterapia e obter acesso venoso.
- Avaliação clínica e do ECG pelo médico da UE.

Critérios clínico-eletrocardiográficos diagnósticos de SCA: Iniciar MONABCE (morfina, oxigênio, nitrato, AAS, betabloqueador, clopidogel e estatina).

– Protocolo de IAMCSST ou IAMSSST/AI.

Critérios clínico-eletrocardiográficos não diagnósticos de SCA:

- ECG seriado: admissão, 3h e 9 h.
- marcadores de injúria miocárdica seriados (Mioglobina, CPK, CK massa, Troponina I): admissão, 3h e 9 h.
- se confirmada SCA, iniciar protocolo de IAMSSST/AI

#### 3.2. Pacientes com dor torácica tipo C

- Realizar ECG à admissão.
- Manter sob observação em leito.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Avaliação clínica e de ECG pelo médico da UE. Critério clínico-eletrocardiográficos não diagnóstico de SCA:

– repetir ECG e marcadores de injúria miocárdica 3 h após admissão.

### 3.3. Pacientes com dor torácica tipo D

- Realizar ECG à admissão.
- Avaliação clínica e de ECG pelo médico da UE.
- Sem alterações no ECG: investigar causa não coronariana para dor.
- Alterações no ECG: conduzir conforme item 3.1 ou 3.2.

## 4. TRATAMENTO

Todo paciente com evidência clínico-eletrocardiográfica de SCA deverá ser tratado, inicialmente, com o esquema MONABCE:

Oxigênio:

- suplementação de oxigênio por máscara, 3 a 5 L/min, para manter SaO<sub>2</sub> maior que 90%.

Antiagregante plaquetário:

- AAS: – ataque: 200 mg VO / manutenção: 100 mg VO/dia;

– para todo paciente com SCA;

- Ticagrelor:

– ataque: 180 mg VO / manutenção: 90 mg VO 12/12 h;

– para todo paciente com SCA sem contraindicação;

Contraindicações ao Ticagrelor: FC < 50 bpm, IR em hemodiálise, cirrose hepática, asma, BAV 1º grau > 240 ms, BAV 2º ou 3º graus, uso de varfarina, uso de claritromicina, sangramento ativo;

- Clopidogrel:

– ataque: 300 mg VO / manutenção: 75 mg VO/dia;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



– uso em caso de contraindicação ao Ticagrelor;

Nitrato:

- Isossorbida 5 mg SL se PA sistólica > 90 mmHg; repetir em caso de persistência de dor precordial a cada 5 minutos (dose máxima 15 mg);
- Nitroglicerina IV contínua se dor anginosa em vigência de hipertensão moderada a severa (10 a 200 mcg/min); ajuste de dose a cada 5–10 minutos.

Betabloqueador IV:

- Metoprolol 2,5 a 5 mg em pacientes hemodinamicamente estáveis com FC entre 60 e 100 bpm; repetir dose, se necessário, a cada 10 minutos (dose máxima 15 mg);

Contraindicações a betabloqueador: ICC , FC < 60 ou > 100 bpm, bloqueio AV.

Morfina:

- 2 a 4 mg IV, a cada 5 minutos se necessário (quando o paciente estiver com dor refratária).

Atorvastatina:

- 40 mg/dia

## 5. REFERÊNCIAS

BASSAN, R.; PIMENTA, L.; LEÃES, P. E.; Timerman, A. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2002; 79 (supl II ): 1, 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>>.

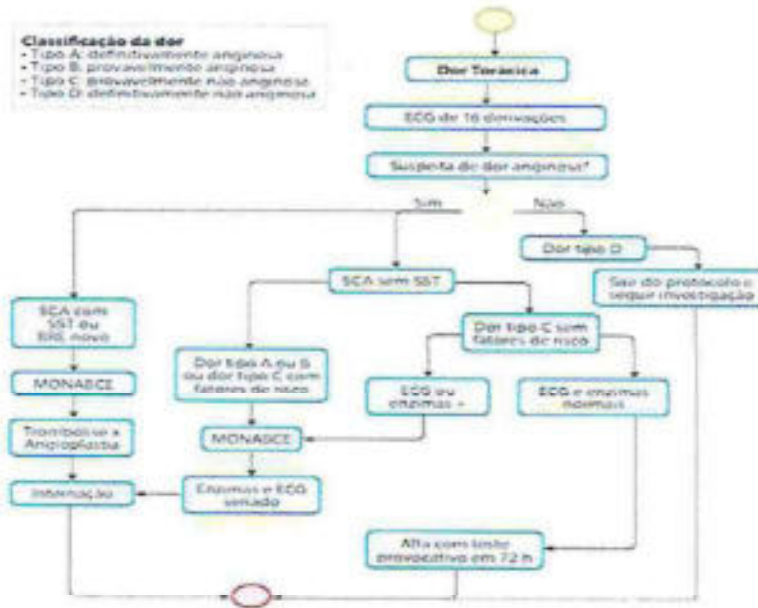
HILAL-DANDAN, R. BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw Hill, 2011

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Classificação da dor**

- Tipo A: definitivamente anginal
- Tipo B: provavelmente anginal
- Tipo C: provavelmente não anginal
- Tipo D: definitivamente não anginal



## CRISE HIPERTENSIVA

### 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Emergência Hipertensiva (EH) é definida pela elevação dos níveis pressóricos associada à lesão aguda em órgãos-alvo ou risco eminente de morte; requer

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

internação em unidade de cuidados intensivos e redução imediata da PA, a redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial.

Urgência Hipertensiva (UH) é definida pela elevação da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo, geralmente associada à interrupção ou redução da medicação anti-hipertensiva. Pacientes com urgência hipertensiva devem ter sua pressão arterial reduzida em 24 a 48 horas.

Existem, ainda, as pseudocrises hipertensivas, situações nas quais o aumento acentuado da pressão arterial é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia), desconforto (tontura), ansiedade. O tratamento visa ao controle dos fatores desencadeantes.

### 2.1. Manifestações Clínicas das Emergências e Urgências Hipertensivas

EMERGÊNCIAS	URGÊNCIAS
Encefalopatia hipertensiva	Angina instável
Edema agudo do pulmão	Pré-eclâmpsia
Infarto agudo do miocárdio	Anticoagulação
Aneurisma dissecante da aorta	Intoxicação por cocaína ou anfetamina
Eclâmpsia	Pré e pós-operatório
Sangramento pós-operatório	Transplante renal
Crises de feocromocitoma	Rebote hipertensivo após suspensão súbita de clonidina ou outras medicações anti-hipertensivas
Hipertensão acelerada/maligna com papiledema	

## 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

### 3.1. Anamnese

História prévia de HAS, tratamento atual, uso de drogas hipertensoras (cocaína, anfetamina, simpaticomiméticos), sintomas de disfunções cardíacas, cerebrais, visuais e/ ou renais (cefaleia, dispneia, angina, alteração do nível de consciência).

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

### 3.3. Exames complementares:

Hemograma, EAS, ureia, creatinina, eletrólitos, ECG, RX tórax para todos os pacientes em Emergência Hipertensiva. Ecocardiograma transtorácico, TC crânio e RNM de acordo com a apresentação do quadro clínico.

## 4. TRATAMENTO

O tratamento das Emergências e Urgências Hipertensivas depende do órgão-alvo que está sendo comprometido e varia desde a não redução, ou redução extremamente cautelosa, da pressão arterial, como no AVE, até a redução abrupta e agressiva dos níveis tensionais, como na Dissecção Aórtica ou EAP.

O objetivo do tratamento medicamentoso é a redução da PA média nas primeiras horas em 25% dos níveis pressóricos aferidos na admissão do paciente, o que habitualmente é o necessário para controlar a complicação em curso ou instalada. Essa medida visa à preservação da autorregulação cerebral, coronariana e renal, evitando o hipofluxo e a isquemia nesses órgãos. Quanto à normalização dos níveis tensionais, é uma meta a ser alcançada em regime de tratamento ambulatorial.

A única exceção a essa regra fica por conta dos pacientes com dissecção de aorta, nos quais a redução pressórica deve ser a máxima tolerada. Essa medida permite a estabilização do quadro e a abordagem cirúrgica precoce da dissecção.

As EH devem ser tratadas com fármacos endovenosos, enquanto as UH podem ser tratadas com fármacos sublinguais ou orais.

#### 4.1. Características farmacológicas dos hipotensores endovenosos

a) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial):

- dose: 0,25–10 mcg/kg/min;
- diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG5% (200 mcg/ml);
- início de ação: imediato;
- duração: 1–2 minutos;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- efeitos adversos: intoxicação por cianeto

b) Nitroglicerina (vasodilatador venoso):

- dose: 10–200 mcg/min;
- diluição: 5 ml + 245 mL SG 5% (6ml/h = 10 mcg/min);
- 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);
- início de ação: 2–5 minutos;
- duração: 5–10 minutos;
- efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.

c) Metoprolol (betabloqueador):

- dose: 5–15 mg (5 mg IV lento a cada 5 minutos, máximo 15 mg);
- apresentação: ampola 5 mg/ 5ml;
- início de ação: 2–5 minutos; • duração: 1–2 h;
- efeitos adversos: bradicardia, broncoespasmo.

d) Hidralazina (vasodilatador arterial):

- dose: 10–20 mg (bolus); • apresentação: ampola 20 mg;
- início de ação: 5–15 minutos;
- duração: 2–6 h;
- efeitos adversos: taquicardia, metabolização reduzida em hepatopatia e nefropatia.

#### 4.2. Características farmacológicas dos hipotensores sublinguais

a) Captopril:

- dose: 6,25–25 mg SL ou VO;
- apresentação: comprimido de 25 mg;
- início de ação: 15–30 minutos;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- duração: 2–6 h (SL); 6–8 h (VO);
- efeitos adversos: tosse, hipercalemia, insuficiência renal (na presença de estenose de artéria renal).

b) Clonidina:

- dose: 0,1–0,2 mg VO 1/1 h (dose máxima 0,6 mg);
- apresentação: comprimido de 0,1 e 0,2 mg;
- início de ação: 30–60 minutos;
- duração: 6–8 h;
- efeitos adversos: hipotensão postural, boca seca, sonolência.

4.3. Terapêutica para cada tipo de emergência hipertensiva

a) Acidente Vascular Encefálico:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- indicado se PA sistólica > 200 mmHg e/ou PA diastólica > 110 mmHg;
- evitar PA diastólica inferior a 110 mmHg;

b) Encefalopatia hipertensiva:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- realizar TC de crânio para afastar AVE.

c) Síndrome coronariana aguda:

- fármaco de escolha: Nitroglicerina + Betabloqueadores.

d) Dissecção aórtica:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Betabloqueadores.

e) Edema Agudo de Pulmão (EAP):

- fármaco de escolha: Nitroglicerina + Morfina + Furosemida.

f) EAP em paciente renal crônico:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Hidralazina (Furosemida se apresenta diurese);
- avaliar hemodiálise.

g) Crise simpática:

- fármaco de escolha: Verapamil + Betabloqueador + Benzodiazepínico;
- betabloqueador contraindicado em intoxicação por cocaína.

h) Eclâmpsia:

- fármaco de escolha: Hidralazina;
- antecipar parto.

## 5. REFERÊNCIAS

HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw-Hill, 2011.

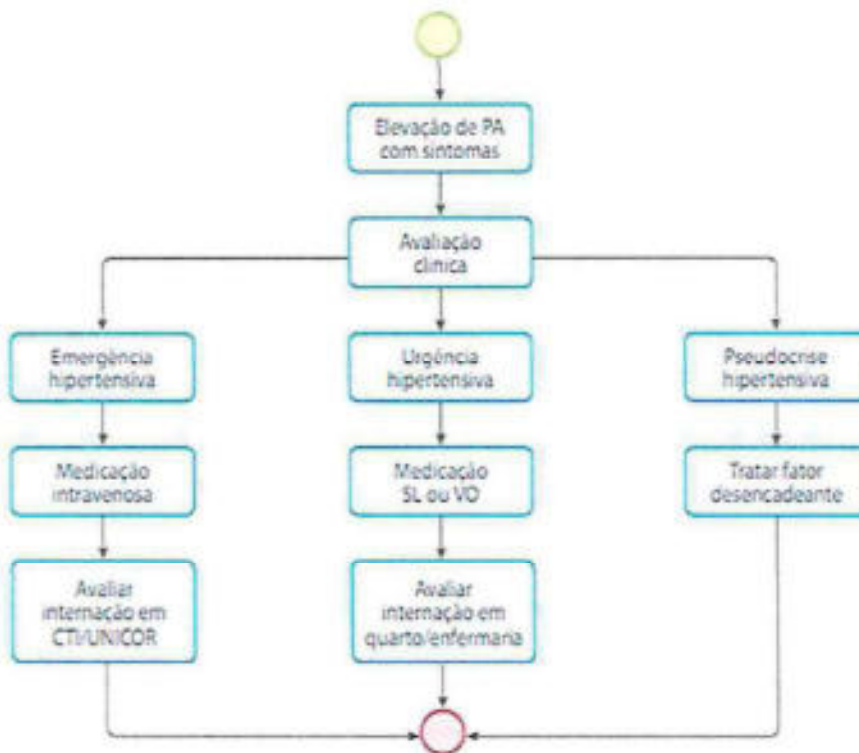
MALACHIAS, M. V. B. et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro, 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>.

MANCIA, G.; DE BACKER, G.; DOMINICZAK, A.; CIFKOVA, R.; FAGARD, R.; GERMANO, G. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007, Jun;25(6):1105-87.

ROSEI, E. A.; SALVETTI, M.; FARSANG, C. European Society of Hypertension Scientific Newsletter: treatment of hypertensive urgencies and emergencies. J Hypertens. 2006 Dec;24(12):2482-5

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

### 1. INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a despeito dos avanços no diagnóstico e na terapêutica, continua a ser uma das principais causas de mortalidade em nível mundial. O reconhecimento precoce e o tratamento urgente são indispensáveis para reduzir seu impacto na morbimortalidade.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de ST (IAMCSST) será diagnosticado se o paciente apresentar duas das seguintes alterações:

- história típica de dor precordial;
- alterações eletrocardiográficas compatíveis.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### 3.1. Sintomas

Dor precordial, retroesternal, constrictiva, não pleurítica, com duração superior a 30 minutos, irradiada para ombros ou mento e não aliviada pelo repouso ou uso de nitratos. A dor pode ser acompanhada pelos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, sudorese e fraqueza muscular generalizada. O infarto agudo do miocárdio pode ser assintomático em até 12% dos pacientes ou se apresentar com quadros atípicos de dor ou desconforto em braços, dorso, mandíbula, ou ter como sintoma básico: síncope, palpitações, ortopneia ou agravamento da insuficiência cardíaca.

#### 3.2. Exame Físico

Fácies de angústia, diaforese, palidez cutânea, taquifisgmia, às vezes com frequência de pulso irregular e febre.

Na disfunção do ventrículo esquerdo, podemos encontrar: hipotensão, taquicardia, crepitações pulmonares e galope de VE.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Na disfunção do ventrículo direito, podem ser constatadas: hipotensão, turgência venosa jugular e hepatomegalia.

O achado auscultatório mais comum é o aparecimento de B4. Pode, ainda, ser, auscultado atrito pericárdico e haver surgimento de sopros, secundários a disfunção ou ruptura do músculo papilar, insuficiência mitral por dilatação do anel mitral, formação de comunicação interventricular e insuficiência tricúspide.

### 3.3. Eletrocardiograma

Deve ser realizado dentro de 10 minutos da admissão de paciente com dor precordial na Emergência.

A presença de supradesnível de ST de, ao menos, 2 mm em duas derivações contíguas caracteriza o IAMCSST.

### 3.4. Fases do Infarto Agudo do Miocárdio

Superaguda: Ondas T aumentadas, lembrando hipercalemia.

Aguda: elevação do ST, diminuição de T e aparecimento de Q.

Subaguda: T invertida, ST retorna à linha de base.

Crônica: Ondas Q e elevação de ST.

Atualmente, não se classifica o infarto em transmural e subendocárdico.

### 3.5. Provável segmento acometido conforme derivações do ECG

Inferior: D2, V3 e AVF.

Posterior: V7 e V8, em espelho, V1 e V2.

Septal: V1 e V2.

Anterior extenso: V1 a V6, D1 e AVL.

Ântero-lateral: D1, AVL, V3 a V6.

Ântero-septal: V1 a V4.

Anterior: V3 a V4.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Lateral: D1, AVL, V5 e V6.

Infarto de VD é sugerido pela elevação do segmento ST em V1, V3R, V4R, principalmente na presença de infarto inferior.

O diagnóstico eletrocardiográfico é extremamente difícil na presença de bloqueio de ramo esquerdo; os sinais descritos (onda Q maior que 3 mm em D1, AVL, V5 e V6, regressão do R de V1 a V4, sinal de Cabrera), têm boa especificidade, porém, a sensibilidade é inferior a 40%.

A elevação de marcadores de injúria miocárdica NÃO é necessária para o diagnóstico do IAMCSST.

### 3.6. Classificação hemodinâmica do IAM

Classificação de Killip:

- Classe I: sem sinais de ICC;
- Classe II: ICC discreta;
- Classe III: edema agudo de pulmão;
- Classe IV: choque cardiogênico;

## 4. TRATAMENTO

### 4.1. Medidas Gerais

a) Admissão em leito com monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva.

b) Obter acesso venoso periférico de bom calibre; se possível, dois acessos.

c) Instalar suplementação de O<sub>2</sub> se oximetria inferior a 94%.

d) Antiagregante plaquetário: administrar AAS 200 mg VO associado a:

Ticagrelor 180 mg VO se for ser submetido a angioplastia primária;

Clopidogrel 300 mg VO se for ser submetido a trombólise farmacológica.

e) Nitrato: mononitrato ou dinitrato de isossorbida 5 mg SL. Contraindicações: PA sistólica < 90 mmHg, uso de sildenafil ou similares, suspeita de infarto de VD.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- f) Analgesia: Morfina 2–4 mg IV; dose pode ser repetida em 5 a 15 minutos.
- g) Heparinização: Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12 h (0,75 mg/kg se idade > 75 anos).

#### 4.2. Medidas de Estabilização Clínica

- a) Hipertensão: iniciar Nitroglicerina IV 10–200 mcg/min.
- b) Insuficiência cardíaca:
  - Furosemda 20 mg IV em caso de congestão, intermitente;
  - Nitroglicerina IV para redução de pré-carga;
  - Dobutamina 5–20 mcg/kg/min, se necessário.

#### 4.3. Reperusão Miocárdica

##### a) Opção 1 – Angioplastia Primária

É a estratégia preferencial nos pacientes com IAMCSST com sintomas iniciados < 12 h ou com sintomas iniciados > 12 h e < 24 h e que tenham evidências de isquemia persistente.

O tempo ótimo é a realização da cineangiocoronariografia em até 90 minutos da admissão do paciente na Emergência.

Devem ser instituídas as medidas gerais e as de estabilização clínica até a chegada do paciente à sala de Hemodinâmica.

##### b) Opção 2 – Trombólise Farmacológica

Deve ser realizada nos paciente com IAMCSST em que a angioplastia primária não possa ser realizada em tempo hábil. Deve-se, obrigatoriamente, avaliar os critérios de inclusão e exclusão antes da instituição da trombólise.

##### b.1) Critérios de inclusão:

- idade inferior a 75 anos;
- dor típica e persistente, com mais de 30 minutos de duração;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- elevação do segmento ST-T maior que 2 mm em duas derivações, de preferência com imagem de necrose (raramente presente);
- ausência de resposta ao uso de nitratos via sublingual;
- quadro de IAM anterior ou inferior sob alto risco, IAM prévio ou extenso evidenciado por depressão do segmento ST em V1 a V3;
- todo IAM com disfunção de bomba, bloqueio A-V de 2o e 3o graus, e bloqueio intraventricular;
- quadro clínico em fase aguda com até 4-6 horas de início, sendo preferível com menos de 3 horas.

b.2) Critérios de exclusão:

**Absolutos**

- fenômenos hemorrágicos ativos;
- suspeita de dissecação aórtica aguda;
- PCR traumática ou prolongada;
- traumatismo craniano recente;
- neoplasia intracraniana diagnosticada;
- retinopatia diabética ou outra lesão retiniana hemorrágica;
- gestação;
- reação alérgica à estreptoquinase ou APSAC;
- pressão arterial maior que 200/120 mmHg;
- AVC comprovadamente hemorrágico;
- traumatismo ou cirurgia com menos de 2 semanas.

**Relativos**

- traumatismo ou cirurgia com mais de 2 semanas;
- hipertensão crônica grave com ou sem tratamento;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- ulcera péptica em atividade;
- história de AVC;
- diátese hemorrágica;
- disfunção hepática importante;
- exposição prévia a estreptoquinase ou APSAC.

b.3) Protocolo de Alteplase:

b.3.1) Pacientes com > 65 kg:

Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 50 mg em bomba infusora em 30 minutos, e depois 35 mg em bomba infusora em 60 minutos (dose total: 100 mg).

b.3.2) Pacientes com < 65 kg:

Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 0,75 mg/kg em bomba infusora em 30 minutos e após 0,5 mg/kg em bomba infusora por 60 minutos

b.3.3) Em seguida à infusão da alteplase, faz-se heparina em bolus na dose de 5000 UI, com manutenção dose de 1000 UI/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 a 3 vezes o valor normal. A determinação do PTT deve ser feita de 4/4 h.

b.4) Protocolo de Estreptoquinase:

b.4.1) A dose ideal é de 1.500.000 UI diluídos em 100 ml de solução glicosada a 5%, com gotejamento para 30-60 minutos;

b.4.2) Em seguida à infusão da estreptoquinase, faz-se heparina em bolus na dose de 40 UI/kg, com dose de manutenção de 15 UI/kg/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 e 3 vezes o valor normal.

b.5) Medidas gerais pós-trombólise:

Manter o mesmo esquema terapêutico usado no protocolo do IAM (nitratos, betabloqueadores, sedativos).

Oxigenioterapia por cateter nasal contínuo a 3 L/min.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Evitar linha arterial, injeções via IM, cateterização venosa central (caso necessário, dissecar uma veia).

A dissolução ocorre em 45% dos pacientes tratados, e a reoclusão em 9-29%, sendo a última mais por interrupção da anticoagulação ou por estenoses residuais graves.

A reoclusão, na maioria dos casos, passa despercebida.

b.6) Exames de controle:

ECG a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas. Em seguida, de 6/6 horas até 24 horas. Depois de 24 horas, ECG diário como rotina.

CPK-MB na admissão (antes da infusão de SK), com 4–6 h e 24 h após a SK. Pico antes das 24 h = recanalização. Pico após 36 h = não houve recanalização. Hemograma completo com VHS.

Coagulograma completo (PTT/plaquetas/TS/TC/TAP).

Classificação sanguínea com reserva de 2 litros de sangue total.

Outros exames de rotina: glicose, ureia, creatinina e ionograma. Avaliação da necessidade da cineangiocoronariografia de acordo com a gravidade dos casos.

b.7) Sinais indiretos de reperfusão:

Clínico: melhora da precordialgia e outros sintomas.

Eletrocardiográfico: normalização progressiva e rápida do ST, aparecimento ou acentuação da onda "Q", desaparecimento de bloqueios atrioventriculares ou intraventriculares, e aparecimento ou elevação na frequência de arritmias (extrassistolia, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, bradicardia).

Ecocardiográfico: aumento da fração de ejeção de VE.

Enzimático: elevação precoce dos valores de CK-MB, menos de 6 h, pico até 24 h.

## 5. REFERÊNCIAS

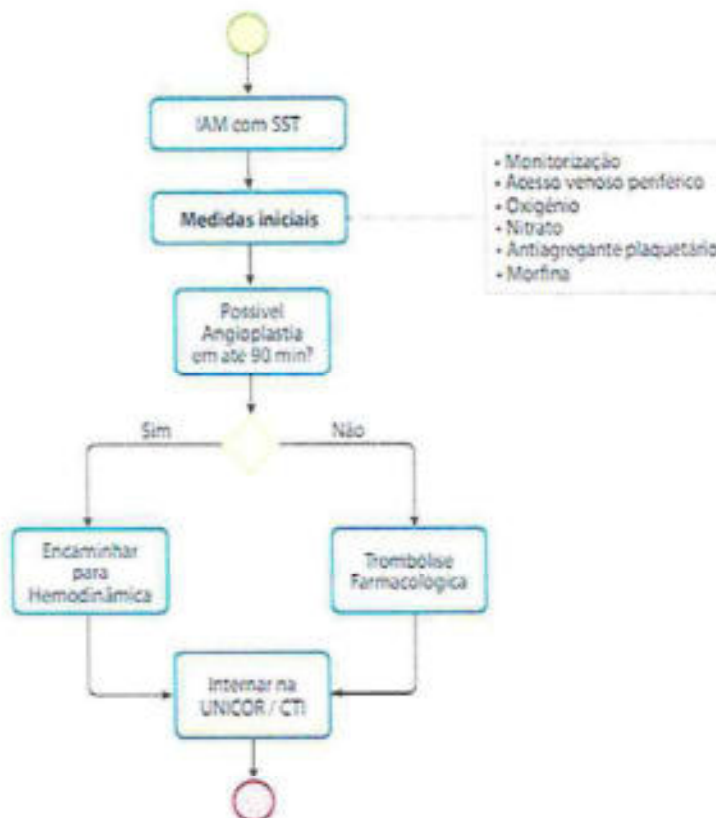
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

PIEGAS, L. S.; TIMERMANN, A. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto, 2015. Disponível em:

<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)>.

STEG, P. G.; JAMES, S. K.; et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/33/20/2569/447818/ESC-Guidelines-for-the-management-of-acute>>

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A IAM COM SUPRA DE ST



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

### 1. INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) aguda descompensada, que resulta em hospitalização, acarreta problemas específicos. Primeiro: a IC aguda marca uma mudança fundamental na história natural da progressão da doença. As taxas de mortalidade no ano seguinte à internação por IC são mais elevadas do que naqueles que não foram internados, e a hospitalização por IC permanece como um dos fatores de risco mais importantes para mortalidade. Segundo: a internação por IC aguda por si gera mais hospitalização, com taxas de rehospitalização de 50% dentro dos 12 meses após alta hospitalar. Terceiro: a internação por IC continua a ser a grande responsável por mais de trinta bilhões de dólares usados anualmente para o custeio dos cuidados a esses doentes. Assim, qualquer redução nessas internações pode resultar em ganhos econômicos substanciais e melhora clínica dos pacientes.

A incidência da IC tem aumentado no mundo e no Brasil. Vários fatores são apontados como causas desse cenário no nosso país. A cardiopatia isquêmica ultrapassou a doença de Chagas como etiologia mais frequente de IC no Brasil. Muitos avanços ocorreram no diagnóstico e nos tratamentos clínico e cirúrgico da doença cardiovascular, além do rápido envelhecimento populacional no Brasil, devido principalmente ao adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

2.1. Definição A insuficiência cardíaca aguda é definida como início rápido ou mudança clínica dos sinais e sintomas de IC, resultando na necessidade urgente de terapia. A IC aguda pode, ainda, ser nova ou decorrente da piora de uma IC pré-existente (IC crônica descompensada).

#### 2.2. Classificação

Dentre as classificações atuais, adotaremos a de Gheorghiadé.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

1) IC aguda com pressão arterial elevada: pressão arterial elevada, com sintomas que aparecem rapidamente. Em geral, costuma ser o primeiro episódio de IC aguda, ou o paciente era assintomático, ou foi pouco sintomático por um longo período. Ocorre aumento da pressão capilar pulmonar e a redistribuição dos líquidos sistêmicos para o pulmão.

2) IC aguda com pressão arterial normal: pressão arterial normal, com história prévia de piora dos sintomas de IC crônica. Os sinais e sintomas desenvolvem-se gradualmente, em questão de dias, e, além da congestão pulmonar, há edema periférico. A fração de ejeção (FE) é usualmente reduzida. O tratamento é mais difícil e muitos pacientes mantêm os sintomas, apesar da terapia otimizada.

3) IC aguda com pressão arterial baixa: segundo os registros publicados, apresenta-se em menor percentagem, com sinais e sintomas de hipoperfusão tecidual, pressão arterial baixa ou choque cardiogênico.

### 2.3. Causas e fatores precipitantes de IC aguda

- Ingestão excessiva de sal e água.
- Falta de aderência ao tratamento e/ou falta de acesso ao medicamento.
- Sobrecarga de volume não detectada (falta de controle do peso diário).
- Sobrecarga de líquidos intravenosos durante internação.
- Fibrilação atrial (FA) aguda ou outras taquiarritmias.
- Bradiarritmias.
- Hipertensão arterial sistêmica.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Isquemia miocárdica.
- Infecções (especialmente pneumonia).
- Anemia e carências nutricionais.
- Fístula AV.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Disfunção tireoidiana.
- Diabetes descompensado.
- Consumo excessivo de álcool.
- Insuficiência renal.
- Gravidez.
- Depressão e/ou fatores sociais (abandono, isolamento social).
- Uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, ecstasy, entre outros).
- Fatores relacionados a fármacos: – intoxicação digitálica;
  - drogas que retêm água ou inibem as prostaglandinas: AINE, esteroides, estrógenos, andrógenos, clorpropamida, minoxidil, glitazonas;
  - drogas inotrópicas negativas: antiarrítmicos do grupo I, antagonistas de cálcio (exceto anlodipino), antidepressivos tricíclicos;
  - drogas cardiotoxicas: citostáticos, como adriamicina, trastuzumab;
  - automedicação, terapias alternativas.

### 3. DIAGNÓSTICO

#### 3.1. Diagnóstico clínico

a) Sintomas: sintoma mais comum da IC aguda é a dispneia, que também está presente em outras patologias, como infecções pulmonares, tromboembolismo pulmonar, etc. A história prévia de IC e o relato de dispneia paroxística noturna ou dispneia de decúbito aumentam a especificidade do sintoma.

Outros sintomas comuns são cansaço aos esforços, fadiga e sintomas digestivos (sensação de plenitude, anorexia, etc.).

b) Sinais: Devem ser observados sinais de aumento de pressão de ventrículo esquerdo (presença de terceira bulha), congestão venosa pulmonar (estertores pulmonares), congestão venosa sistêmica (edema ascendente de membros

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

inferiores, ascite) e de baixo débito cardíaco (extremidades frias, enchimento capilar lentificado, hipotensão arterial, oligúria, alteração de consciência).

### 3.2. Exames complementares

#### a) Eletrocardiograma

É incomum que um paciente com IC aguda tenha o ECG normal, o que confere a ele um poder preditivo negativo próximo a 90% para afastar disfunção sistólica de VE.

Os achados mais comuns no ECG são alterações isquêmicas, fibrilação atrial e bloqueio de ramo esquerdo.

#### b) Radiografia de tórax

Todo paciente com IC aguda deve realizar radiografia de tórax. A presença de sinais de congestão venosa pulmonar, especialmente associada a derrame pleural, indica sobrecarga de ventrículo esquerdo. Cardiomegalia pode estar presente, aumentando a especificidade dos demais achados clínicos, mas paciente com IC pode ter RX de tórax normal. O RX de tórax ajuda, ainda, a identificar infecções pulmonares como causa de descompensação.

#### c) Exames laboratoriais

Todo paciente com IC aguda deve realizar hemograma completo, bioquímica (glicemia, sódio, potássio, ureia e creatinina). Na presença de hepatomegalia ou ascite, avaliar transaminases, proteínas séricas e TAP.

Pacientes com desconforto respiratório e/ou sinais de baixo débito devem realizar gasometria arterial.

Embora pequenas elevações de troponina possam ocorrer em IC aguda, estas devem ser avaliadas em caso de suspeita de síndrome coronariana aguda.

O peptídeo atrial natriurético (BNP) auxilia na avaliação de casos duvidosos pelo seu poder preditivo negativo: uma dosagem < 100 exclui a descompensação cardíaca e valores > 400 a tornam provável. Pacientes com insuficiência renal e clearance de creatinina < 60 ml/min tendem a ter níveis mais elevados de BNP.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

d) Ecocardiograma Todo paciente com IC aguda deve ter avaliação ecocardiográfica para auxiliar na definição diagnóstica e orientar a terapêutica.

### 3.3. Identificação da causas de descompensação

Após a avaliação médica inicial, deve-se tentar identificar a causa da descompensação do paciente utilizando o acrônimo CHAMP como forma de lembrar as cinco causas mais comuns:

C – insuficiência Coronariana

H – Hipertensão Arterial

A – Arritmias

M – Mecânica (disfunção valvar, ruptura cardíaca, trauma, dissecação aórtica)

P – Embolismo Pulmonar

## 4. TRATAMENTO

Visando a abordagem uniforme, utiliza-se o mnemônico A B C D E F G H.

A) Avaliação Clínica/ Hemodinâmica com classificação do paciente

Para orientar a terapêutica, todo paciente com IC aguda deverá ser classificado conforme a presença ou ausência de congestão visceral e/ou periférica em "congesto" ou "seco", e conforme a perfusão periférica em "quente" ou "frio", o que leva a quatro formas de apresentação da IC aguda:

A - "Quente – seco": paciente sem congestão e sem baixo débito;

B - "Quente – congesto": paciente com congestão e sem baixo débito;

L - "Frio – seco": paciente sem congestão e com baixo débito;

C - "Frio – congesto": paciente com congestão e com baixo débito;

A presença de congestão acarreta pior prognóstico, sendo de mau prognóstico a apresentação "Frio – congesto".

Pacientes com insuficiência respiratória e/ou choque cardiogênico exigem tratamento imediato com suporte ventilatório e inotrópico.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Pacientes congestos:**

Em pacientes com IC crônica descompensada, há acúmulo de líquido intersticial com hipervolemia, enquanto os pacientes com IC aguda apresentam congestão pulmonar por redistribuição de fluxo, estando habitualmente euvolêmicos. Dessa forma, os primeiros têm maior benefício com o uso de diuréticos e os segundos, de vasodilatadores.

**Pacientes com baixa perfusão:**

Habitualmente, os pacientes com baixa perfusão deverão necessitar de vasodilatadores e/ou inotrópicos. Em caso de baixa perfusão sem congestão, avaliar reposição volêmica.

**B) Boa ventilação com Oxigenioterapia e suporte ventilatório não invasivo**

Todo paciente com hipoxemia ( $SpO_2 < 90\%$ ) deverá receber suplementação de oxigênio.

Pacientes dispneicos são elegíveis para ventilação não invasiva (CPAP), a fim de aliviar desconforto e reduzir risco de intubação traqueal.

Pacientes com acidose respiratória, hiper carbacia ou hipoxemia refratários à ventilação não invasiva devem ser submetidos à intubação traqueal e colocados em suporte ventilatório mecânico.

**C) Circulação (Perfis L ou C): avaliar reposição volêmica**

**D) Diuréticos** Deve-se utilizar diurético injetável, sendo disponível em nosso meio a furosemida. Pacientes com uso prévio de furosemida necessitam de doses maiores (em torno de 2,5 x a dose habitual) que pacientes sem uso prévio de diurético.

**Furosemida:**

- apresentação: ampola 20 mg;
- dose inicial: 10 a 40 mg IV;
- dose de manutenção: 10–20 mg a cada 6, 8 ou 12 horas.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

E) ECG

Visando isquemia, arritmia, bloqueios.

F) FC muito alta/muito baixa (avaliar e tratar, se necessário)

G) Garantir Medicacões

H) Heparina (Profilaxia de TVP/TEP)

4.1. Outras medicações

Vasodilatadores

Agem reduzindo a pré e a pós-carga ventricular e aumentando a ejeção ventricular. Especialmente importantes nos pacientes hipertensos. Devem ser utilizados com cautela em pacientes com estenose mitral ou aórtica importantes.

a) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial)

Dose: 0,25–10 mcg/kg/min;

Diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG 5% (200 mcg/ml);

Início de ação: imediato;

Duração: 1–2 minutos;

Efeitos adversos: intoxicação por cianeto.

b) Nitroglicerina (vasodilatador venoso)

Dose: 10–200 mcg/min;

Diluição: 5 ml + 245 ml SG 5% (6 ml/h = 10 mg/min); 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);

Início de ação: 2–5 minutos;

Duração: 5–10 minutos;

Efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.

Vasopressores

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Agem por estimulação adrenérgica, com vasoconstrição periférica, realizando a redistribuição da circulação para os órgãos vitais. Acarretam, entretanto, aumento da resistência periférica e da pós-carga ventricular.

#### Noradrenalina

Apresentação: ampola 8 mg/4ml.

Diluição: 40 mg + 80 ml SF 0,9% (200 mcg/ml).

Dose: 0,2–1,0 mcg/kg/min.

#### Inotrópicos

Os inotrópicos aumentam a contratilidade miocárdica, e a fração de ejeção. Devem ser reservados para pacientes com baixo débito, afastando a hipovolemia como causa.

Inotrópicos que atuam por estimulação adrenérgica (dobutamina, dopamina) podem induzir aumento de frequência cardíaca e precipitar isquemia coronariana.

A levosimendana, por não atuar sobre receptores adrenérgicos, tem indicação em pacientes com cardiopatia isquêmica conhecida e naqueles em uso prévio de betabloqueadores; por seu efeito vasodilatador só pode ser usada em pacientes hipotensos associada a um vasopressor.

#### a) Dobutamina

Apresentação: ampola com 250 mg/20 ml;

Diluição: 40 ml + 210 ml SG 5% (2000 mcg/ml);

Dose: 2–20 mcg/kg/min.

#### b) Levosimendana

Apresentação: frasco com 5 ml ou 10 ml (2,5 mg/ml);

Diluição: 10 ml + 500 ml SG 5% (0,05 mg/ml);

Dose: 0,05–1,0 mcg/kg/min;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Evitar uso em pacientes com clearance de creatinina < 30 ml/min ou insuficiência hepática grave.

#### Trombopprofilaxia

Todos os pacientes com IC aguda devem ter profilaxia para eventos tromboembólicos, exceto na presença de contraindicação ou se já estiverem em uso prévio de anticoagulação adequada.

#### Choque cardiogênico

O choque cardiogênico é definido como hipotensão (PAS < 90 mmHg) associada à baixa perfusão na ausência de hipovolemia.

Pacientes em choque cardiogênico devem ser, no mais breve tempo, admitidos em setor de terapia intensiva (CTI ou UNICOR). Requerem monitorização contínua de ECG, oximetria e pressão arterial (preferencialmente invasiva).

A base do tratamento farmacológico do choque cardiogênico é o uso de inotrópicos e vasopressores, além de diuréticos de alça em caso de congestão importante. Pacientes com IC aguda e choque cardiogênico por isquemia coronariana têm indicação de cineangiocoronariografia de urgência.

### 5. REFERÊNCIAS

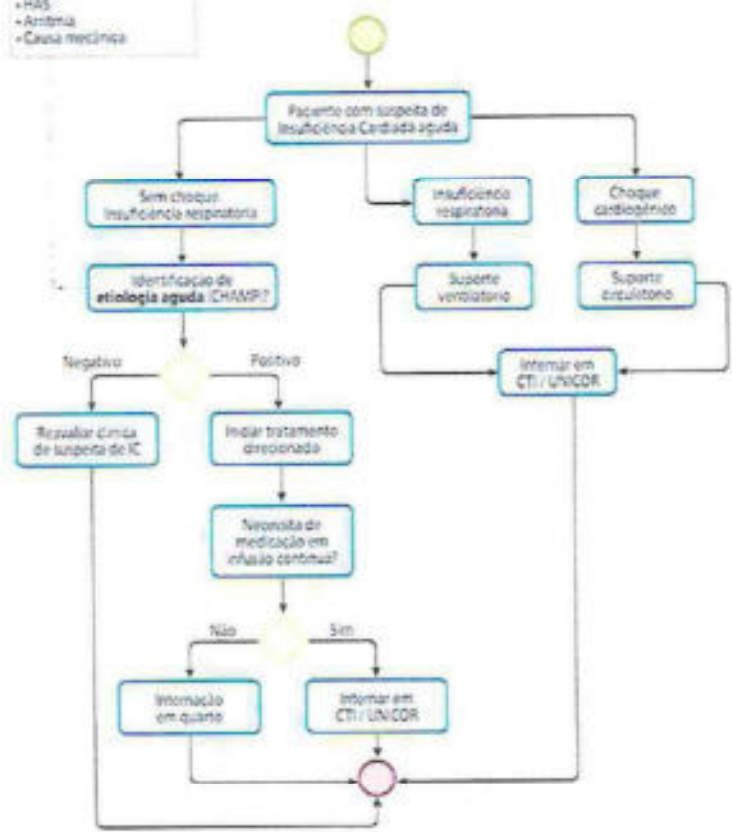
MONTERA, M. W.; ALMEIDA, R. A.; TINOCO, E. M.; ROCHA, R. M.; MOURA, L. Z.; RÉA-NETO, A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. Arq. Bras. Cardiol. 2009;93(3 supl.3):1-65. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_ica\\_93supl03.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ica_93supl03.pdf)>.

PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921/2016-ESC-Guidelines-for-the-diagnosis-and>>.

### Protocolo DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Insuficiência coronariana
- HAS
- Arritmia
- Causa mecânica



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and initials]*

## TAQUIARRITMIAS

### 1. INTRODUÇÃO

As taquiarritmias são uma causa frequente nos atendimentos emergenciais, exigindo diagnóstico rápido e instituição de terapêutica apropriada. O presente protocolo procura apresentar de forma sequencial os passos a serem seguidos no manejo do paciente que chega à Emergência com quadro clínico compatível com taquiarritmia.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Por definição, taquiarritmia é a frequência cardíaca maior ou igual a 100 bpm causada por ritmo não sinusal.

Se a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, não há taquicardia e, mesmo que o ritmo de base não seja sinusal (p. ex.: fibrilação atrial), é improvável que esta seja a causa dos sintomas.

O ritmo sinusal é diagnosticado pela presença de onda P positiva em D1, D2 e D3, negativa em aVR. Nas derivações precordiais, pode ser bifásica em V1, mas é positiva nas demais. A melhor derivação para sua análise é D2, pela maior amplitude.

Se o ritmo é sinusal, não há arritmia e deve ser investigada a causa da taquicardia, sendo esta um sintoma da patologia de base.

Habitualmente, taquiarritmias com frequência inferior a 150 bpm não causam sintomatologia importante, exceto em presença de importante disfunção ventricular.

Se o paciente apresenta-se com taquiarritmia e sinais de instabilidade hemodinâmica, está indicada a cardioversão elétrica sincronizada para sua reversão imediata, sendo, neste caso, indiferente a sua etiologia.

Se o paciente não está em instabilidade hemodinâmica deve-se analisar o ECG para tentar o diagnóstico etiológico da arritmia e correlacioná-lo à(s) patologia(s)

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

de base e ao uso de medicações; é importante afastar a isquemia coronariana aguda como causa da arritmia pela análise do intervalo ST e da onda T.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### 3.1. Avaliação inicial

Todo paciente admitido na Emergência com queixa de palpitação ou em que se verifique aceleração da frequência cardíaca deve ser avaliado para a presença ou não de ritmo sinusal, realizando-se:

- levantamento de história clínica sucinta direcionada para os sintomas atuais, patologias pregressas e medicações em uso;
- exame físico direcionado para o aparelho cardiovascular (aferição dos sinais vitais, ausculta pulmonar e cardíaca, pesquisa de sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica);
- obtenção de acesso venoso;
- ECG de 12 derivações e monitorização eletrocardiográfica.

#### 3.2. Avaliação diagnóstica

Para fins práticos, podemos dividir as taquiarritmias em dois grandes grupos, que têm abordagem diferenciada: as taquiarritmias com QRS estreito e as taquiarritmias com QRS largo.

Ao analisar o ECG, devemos olhar o QRS e medi-lo: se apresenta duração menor que 120 ms (três quadradinhos), o QRS é dito estreito; se maior ou igual a 120 ms, é dito largo.

##### a) Classificação inicial das taquiarritmias

Se a taquiarritmia apresenta QRS largo:

- se o ritmo é irregular, trata-se de Fibrilação Atrial (FA);
- se o ritmo é regular, trata-se de Taquicardia Ventricular (TV) ou Taquicardia Supraventricular (TSV) com aberrância de condução.

Se a taquiarritmia apresenta QRS estreito:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- se o ritmo é regular (o intervalo R-R é regular), trata-se de Taquicardia Supraventricular (TSV);

- se o ritmo é irregular (o intervalo R-R é irregular), pode tratar-se de Fibrilação Atrial (FA).

b) Avaliação das taquiarritmias com QRS largo:

- se paciente hemodinamicamente estável, aplicar algoritmo de diagnóstico diferencial entre TV e TSV com aberrância;

- se paciente hemodinamicamente instável, tratar como TV

c) Avaliação das taquiarritmias supraventriculares:

- se é uma TSV, procurar a onda P;

- se há onda P precedendo o QRS:

- a relação P:QRS é  $> 1$  (há mais de uma onda P por QRS) e a frequência de P é  $> 250$  bpm: trata-se de Flutter Atrial;

- a relação P:QRS é  $> 1$  (há mais de uma onda P por QRS) e a frequência de P é  $< 250$  bpm: trata-se de Taquicardia Atrial (TA);

- a relação P:QRS é  $= 1$  (há uma onda P para cada QRS): é uma taquicardia por reentrada (AV nodal ou via anômala), frequentemente com onda P negativa;

- se o intervalo R-P (entre o início do QRS e a onda P seguinte) for até 140 ms: é uma Taquicardia por Reentrada AV Nodal (TRAVN);

- se o intervalo R-P estiver entre 140 e 200 ms, é uma Taquicardia por Reentrada por Via Anômala (TRVA);

- se o intervalo R-P for maior que 200 ms, é uma Taquicardia Atrial; se houver mais de duas morfologias de P, trata-se de Taquicardia Atrial Multifocal (habitualmente com irregularidade de ritmo);

- se não há onda P visível:

- a frequência cardíaca é de 150 bpm: provavelmente, trata-se de Flutter Atrial;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- se há Bloqueio Incompleto de Ramo Direito (r' em V1) trata-se de Taquicardia por Reentrada AV nodal (TRAVN);
- se há alternância elétrica (QRS de amplitude variável), trata-se de Taquicardia por Reentrada por Via Anômala (TRVA).

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Taquiarritmia com QRS estreito

Taquicardia por Reentrada (AV Nodal ou Via Anômala).

A primeira opção é a realização de manobra vagal por meio de Massagem de Seio Carotídeo para aumentar o período refratário do Nódulo AV (NAV) e interromper o circuito da arritmia.

Caso não haja sucesso, usa-se Adenosina EV em bolus na dose inicial de 6 mg (1 amp), que pode ser repetida em caso de insucesso após dois minutos com dose de 12 mg (2 amp). A Adenosina causa bloqueio atrioventricular fugaz (meia vida < 5 s), interrompendo o circuito da arritmia.

Em caso de insucesso, está indicada a Cardioversão Elétrica Sincronizada (CVES).

Por vezes, a manobra vagal, ou a adenosina, "abre" o traçado, revelando a presença de Flutter Atrial ou Fibrilação Atrial, que estavam mascarados pela frequência acelerada, devendo ser feito o tratamento específico.

##### 4.2. Flutter Atrial

Por tratar-se de uma arritmia por reentrada que não utiliza o NAV no seu circuito, ela não é revertida por manobra vagal ou Adenosina.

O sucesso da reversão farmacológica com antiarrítmicos é pequena, sendo a primeira opção a Cardioversão Elétrica Sincronizada.

A opção de reversão do Flutter deve se basear no tempo de início.

Se a arritmia teve início há < 48 h – cardioverter o paciente e, concomitantemente, iniciar anticoagulação plena com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Se a arritmia teve início há > 48h ou tempo indeterminado – controlar a frequência cardíaca, iniciar anticoagulação plena com HBPM e programar Ecocardiograma Transesofágico (ETE) para afastar trombo intra-atrial; a cardioversão será feita a posteriori.

#### 4.3. Taquicardia Atrial

São taquiarritmias que têm como substrato principal o aumento do automatismo de foco ectópico atrial que assume o controle do ritmo; frequentemente, estão associadas a distúrbio sistêmico que facilita seu início. São arritmias que não respondem a manobras vagais, Adenosina ou Cardioversão, sendo sua primeira opção de reversão o uso de antiarrítmicos.

A presença de ondas P de diferentes morfologias configura a Taquicardia Atrial Multifocal, frequentemente associada à doença pulmonar, como DPOC, e de pobre resposta aos antiarrítmicos, sendo a primeira opção o controle da frequência cardíaca e o tratamento da doença de base.

Para a reversão da arritmia, podem ser usados a Amiodarona, a Propafenona e o Verapamil.

Para controle da frequência cardíacas as principais opções são os Betabloqueadores e o Verapamil.

#### 4.4. Fibrilação Atrial

Trata-se da mais comum causa de internação hospitalar por arritmia, tendo ainda uma prevalência aumentada nos pacientes idosos e nos cardiopatas.

Se a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, não há indicação de tratamento de urgência, devendo ser feita avaliação posterior da necessidade de reversão da arritmia.

Em presença de FA com frequência acelerada (> 100 bpm), a estratégia a seguir é determinada pelo tempo de início da arritmia:

- se a FA teve início há < 48 horas, pode-se fazer a tentativa de cardioversão farmacológica ou por CVES, iniciando-se concomitantemente anticoagulação

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

com HBPM. As drogas preferenciais para a cardioversão farmacológica são a Propafenona (se não houver contraindicação) e a Amiodarona;

- se a FA teve início há > 48 h ou tempo indeterminado, está contraindicada a cardioversão, sendo indicado, o controle da frequência cardíaca e a anticoagulação plena com HBPM. O controle da frequência cardíaca pode ser feito com Betabloqueadores, Verapamil, Digital (em presença de disfunção ventricular) e, em último caso, pela associação Digital + Amiodarona.

Em pacientes portadores de Wolff-Parkinson-White que apresentem período refratário curto da via anômala, a ocorrência de FA leva a frequência cardíaca muito acelerada (> 180 bpm), com risco de degeneração para TV ou fibrilação ventricular, sendo indicada CVES imediata.

#### 4.5. Taquicardia com QRS largo

Devem ser consideradas, até prova em contrário, como sendo Taquicardias Ventriculares pelo risco de degeneração para Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Como já assinalado anteriormente, a presença de instabilidade hemodinâmica indica a CVES imediata, devendo-se deixar o diagnóstico etiológico da arritmia para depois.

Se o paciente está hemodinamicamente estável, pode ser tentado o diagnóstico diferencial de TV e TSV com aberrância aplicando-se os critérios de Brugada:

- caso se trate de TSV, o tratamento segue o já descrito anteriormente;
- caso se trate de TV:
  - utilizar Amiodarona EV para reversão e como droga de manutenção para prevenção de recorrências ou caso não haja resposta;
  - usar Lidocaína 2% EV na dose de 1 mg/kg (1 ml para cada 20 kg de peso);
- se não houver reversão, realizar CVES.

#### 4.6. Cuidados após reversão / controle da taquiarritmia

Em todos os casos, deve-se realizar:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



- hemograma e bioquímica, incluindo marcadores de injúria miocárdica;
- ECG controle;
- ecocardiograma.

Manter sob monitorização eletrocardiográfica e aferição periódica de sinais vitais. Solicitar parecer à Cardiologia para a conduta de manutenção.

#### 4.7. Situações particulares

##### a) Flutter e Fibrilação Atrial

Solicitar medida de TAP/INR tendo em vista manutenção de anticoagulação com Varfarina.

Solicitar perfil tireoidiano para afastar hipertireoidismo.

Investigar uso de medicações que possam induzir a crise (betamiméticos, anfetaminas, álcool, drogas ilícitas).

##### b) Taquicardia por reentrada

Avaliar ECG para sinais de pré-excitação ventricular ( $PR \leq 100$  MS, presença de onda Delta), indicativos de Wolff-Parkinson-White.

c) Taquicardia atrial Investigar uso de medicações que possam induzir a crise (betamiméticos, anfetaminas, álcool, drogas ilícitas).

Solicitar perfil tireoidiano para afastar hipertireoidismo.

Em caso de DPOC, avaliar gasometria arterial e pesquisar infecção respiratória subjacente.

##### d) Taquicardia com QRS largo

Avaliar ECG para detectar sinais de Insuficiência Coronariana Aguda, especialmente IAM com supradesnível de ST, que justifiquem trombólise e/ou terapia antiisquêmica e antitrombótica intensiva.

Avaliar ECG para sinais de pré-excitação ventricular ( $PR \leq 100$  MS, presença de onda Delta), indicativos de Wolff-Parkinson-White.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Guidelines for the Management of Patients with Supraventricular Arrhythmias. Circulation - Journal of the AHA. 2003; 108:1871-1909.

GUIMARÃES, J. I. et al. Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. Volume 80, (suplemento II), 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v80s2/a01v80s2.pdf>>.

SOUSA, P. A.; PEREIRA, S.; CANDEIAS, R.; JESUS, I. Taquicardia de QRS largos: importância eletrocardiográfica no diagnóstico diferencial. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2014; 33(3):165-173. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255113003478/S300/>>.

ZIPES, D. P.; JALIFE, J. Cardiac Electrophysiology: from Cell to Bedside. 4. ed. New York, EUA: Elsevier, 2013.

### Técnica de Massagem do Seio Carotídeo

1. Avaliar a presença de sinais de obstrução carotídea: auscultar carótidas para pesquisa de sopro carotídeo. Perguntar por diagnóstico prévio de obstrução carotídea. Caso presente, é contra-indicação ao procedimento.
2. Manter o paciente sob monitorização cardíaca, com material para atendimento de bradicardia/PCR disponível.
3. Realizar leve hiperextensão do pescoço.
4. Palpar pulso carotídeo direito entre a cartilagem cricoide e o esternocleidomastóideo.
5. Realizar massagem circular firme durante, no máximo, 5 segundos, mantendo observação do ritmo no cardioscópio.
6. Em caso de insucesso, repetir o procedimento no seio carotídeo esquerdo.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**NUNCA REALIZAR MASSAGEM SIMULTÂNEA DOS DOIS SEIOS CAROTÍDEOS.**

Rotina de Cardioversão Elétrica Sincronizada

Preparo para o procedimento

1. Administrar Metoclopramida EV ou Bromoprida EV caso alimentação nas últimas 6h.
2. Monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso e pressão não invasiva.
3. Manter material para intubação traqueal e suporte ventilatório e hemodinâmico à disposição.
4. Manter disponível reanimador manual conectado a enriquecimento de oxigênio.
5. Não aplicar loções ou cremes que possam prejudicar a condutividade elétrica ou a aderência dos eletrodos para a cardioversão.
6. Em portadores de marcapassos e/ou cardioversores/desfibriladores, deve-se posicionar as pás em situação ântero-posterior com 15 cm de distância da unidade geradora e, se possível, colocar um ímã sobre a mesma para manutenção do marcapasso em modo assíncronico.

Técnica

1. Checar a monitoração e o funcionamento adequado do aparelho cardioversor.
2. Selecionar o modo de sincronização observando os marcadores na onda R, a fim de reduzir o risco de arritmias deflagradas no período vulnerável da repolarização ventricular.
3. Escolher a carga apropriada para o tipo de arritmia.
4. Utilizar os agentes de interface nas pás, como o gel condutor ou compressas úmidas com SF 0,9%.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

5. Posicionar as pás em posição ântero-posterior ou apenas na face anterior do tórax, com uma pá localizada na região infraclavicular direita e outra na projeção do ápice cardíaco.
6. Fazer sedação com uso de :
  - Midazolam 3–15 mg EV associado a Propofol 0,5–1 ml/10 kg de peso. OU
  - Midazolam 3- 15 mg EV associado a Fentanil 50–100 mcg EV. Iniciar com as menores doses; checar nível de sedação pela resposta verbal e pelo estímulo alérgico.
7. Garantir nível adequado de sedação e oxigenação.
8. Carregar as pás.
9. Evitar o contato com o leito e avisar ao restante da equipe que o choque será efetuado.
10. Aplicar de 11–13 kg de força sobre as pás.
11. Apertar os botões de descarga simultaneamente.
12. Analisar o ritmo pós-choque.
13. Avaliar o sucesso da reversão ou a necessidade de novo choque.
14. Acompanhar a recuperação do nível de consciência.
15. Realizar ECG de 12 derivações.
16. Garantir a estabilidade clínica do paciente após o procedimento.
17. Manter jejum e Oxigenioterapia suplementar até o despertar completo.

#### Cargas de Cardioversão (cardioversor monofásico)

1. Flutter atrial: iniciar com 50 J; se preciso, repetir com 100 J.
2. Fibrilação Atrial: iniciar com 200 J; se necessário, repetir com 300 J e 360 J.
3. Taquicardia por reentrada: iniciar com 50 J, se preciso, repetir com 100 J e 200 J.
4. Taquicardia ventricular: iniciar com 200 J; se necessário, repetir com 300 J e 360 J.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## Complicações

1. Indução de taquicardia/fibrilação ventricular.
2. Assistolia.
3. Depressão transitória da função ventricular por lesão miocárdica.
4. Lesão tóxica (queimadura de pele pelas pás do cardioversor).
5. Acidentes com choque elétrico envolvendo profissionais da equipe.
6. Rabdomiólise.
7. Embolia.
8. Edema pulmonar.

### 9) Drogas Antiarrítmicas

#### a) Amiodarona

- Nome comercial: Ancoron, Atlansil, Miodon.
- Apresentação: ampolas 150 mg/3 ml, comprimidos 200 mg.
- Início de ação: 2–3 h.
- Efeitos colaterais: bradicardia, hipotensão, piora de condução AV, prolongamento do QT, flebite em local de infusão.
- Dose de ataque: 300 mg (02 amp) em 100 ml SG 5% EV em 20 min (pode-se repetir 50% da dose após 2 h, se necessário).
- Manutenção: 900 mg (06 amp) em 500 ml SG 5% EV em 24 h.

#### b) Propafenona

- Nome comercial: Ritmonorm.
- Apresentação: ampolas 70 mg/20 ml; comprimidos 300 mg.
- Início de ação: 2-3 h.
- Efeitos colaterais: náuseas, bradicardia, piora de disfunção ventricular, flutter atrial com resposta acelerada.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Contraindicações: disfunção ventricular esquerda, DPOC, asma.

- Dose de ataque: 600 mg VO.

- Manutenção: 450 a 900 mg VO/dia.

c) Verapamil

- Nome comercial: Dilacoron.

- Apresentação: ampolas 2,5 mg/ml; comprimidos 80 mg e 240 mg (retard).

- Início de ação: EV 3-5 min, VO 1-2 h.

- Efeitos colaterais: bradicardia, piora de disfunção ventricular.

- Contraindicações: insuficiência cardíaca, hipotensão severa.

- Dose: 10 mg diluídos EV em 5 min; se necessário, repetir 50% da dose após 30 min.

- Manutenção: 160-240 mg VO/dia

d) Betabloqueadores

- Efeitos colaterais: hipotensão, bradicardia, piora de disfunção ventricular prévia, broncoespasmo.

- Contraindicações: DPOC, ICC, insuficiência arterial periférica.

– Metoprolol

Nome comercial: Seloken.

Apresentação: ampolas 5 mg/5 ml.

Início de ação: 5-10 min.

Dose: 5 mg EV em 3-5 min; se necessário, repetir dose após 15 min (dose máxima total: 15 mg).

– Atenolol

Nome comercial: Atenol, Ablok.

Apresentação: comprimidos de 25, 50 e 100 mg.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Dose: 25 a 150 mg/dia.

– Propanolol

Nome comercial: Inderal.

Apresentação: comprimidos de 10, 40 e 80 mg.

Dose: 30 a 240 mg/dia.

e) Adenosina

- Nome comercial: Adenocard.
- Apresentação: ampolas 6 mg/2 ml.
- Efeitos colaterais: indução de broncoespasmo, flush cutâneo.
- Início de ação: até 30 segundos.
- Dose: 6 mg EV em bolus; se necessário, repetir 12 mg EV em bolus após 2 minutos.

10) Critérios de Brugada para diagnóstico diferencial de TV e TSV com aberrância

1) Existe algum complexo QRS com padrão RS de V1 a V6?

Não →TV

Sim → continuar

2) O intervalo entre o início da onda R e o nadir da onda S é maior que 100 ms em qualquer derivação precordial?

Sim →TV

Não →continuar

3) Há dissociação AV em qualquer derivação?

Sim →TV

Não → continuar

---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

4) Os critérios morfológicos são concordantes nas derivações V1/V2 e V6?

Sim → TV

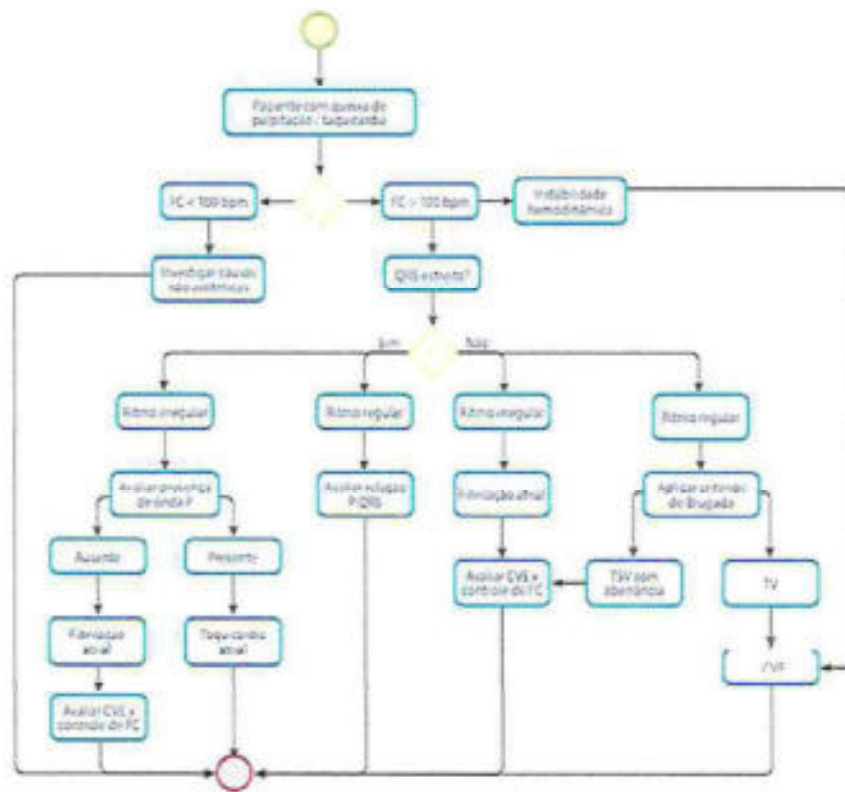
Não → TSV c/ aberrância

Critérios morfológicos

• Padrão de Bloqueio de Ramo Direito: se relação entre amplitude de ondas R/S é  $> 1$  em V1 e  $< 1$  em V6 → TV

• Padrão de Bloqueio de Ramo Esquerdo: presença de entalhe no ramo descendente da onda S → TV

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TAQUIARRITMIAS**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and marks]*



## CCIH

### SEPSE / CHOQUE SÉPTICO

#### 1. INTRODUÇÃO

A importância da implementação deste protocolo se justifica pelo cenário nacional, uma vez que estudos apontaram que 30% dos leitos de UTI do país estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico, com uma letalidade elevada da ordem de 55%, acarretando um custo elevado tanto pelo ponto de vista de vidas perdidas como pelo aspecto econômico. Trata-se, portanto, de um desafio devido à necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce por parte dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente séptico.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As descrições clínicas de Sepse e Choque Séptico encontram-se especificadas no item 3.

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

##### 3.1. Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)

Embora não seja obrigatória para o diagnóstico de sepse, a equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos seguintes sinais de alerta, por ocasião da triagem do paciente com suspeita de sepse:

- temperatura central  $> 38,3$  °C ou  $< 36$  °C;
- frequência cardíaca  $> 90$  bpm;
- frequência respiratória  $> 20$  irpm ou  $\text{PaCO}_2 < 32$  mmHg;
- leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$  ou  $< 4.000/\text{mm}^3$ , ou presença  $> 10\%$  de formas jovens (desvio à esquerda).

Observação: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais. Assim, na presença de uma das disfunções orgânicas citadas a

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

seguir, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes.

3.2. Sepse Consiste na disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro frente a uma infecção. As principais disfunções orgânicas são:

- hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg da PA basal);
- diurese < 0,5 ml/kg/h ou elevação abrupta da creatinina (> 2 mg/dl);
- relação PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> < 250 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 90%;
- contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos três dias ou INR > 1,5;
- acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato acima do valor de referência;
- rebaixamento do nível de consciência, agitação ou delirium;
- aumento significativo de bilirubinas (> 2x o valor de referência).

### 3.3. Choque séptico

Envolve aqueles pacientes com sepse que evoluíram com hipotensão refratária à reposição volêmica adequada.

## 4. TRATAMENTO

Após preenchimento da Ficha de Acompanhamento (ANEXO 1) e identificação do paciente com SUSPEITA de SEPSE, os seguintes passos devem ser cumpridos:

- Anotar o horário ("tempo ZERO") e data do início do protocolo, tratando o caso como emergência médica;
- Iniciar o PACOTE DE 3H (cumprimento dentro das primeiras 3 horas da triagem inicial):

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Passo 1:**

- coleta do Kit Sepse completo (hemoculturas, gasometria, lactato — preferencialmente arterial sérico —, hemograma completo, creatinina, bilirrubinas e coagulograma) e encaminhamento imediato ao laboratório; E
- coleta de hemoculturas (2 sítios distintos para aeróbios, 1 para anaeróbios e 1 para fungos) ANTES da administração do antibiótico; E
- coleta de culturas de outros sítios pertinentes ANTES da administração do antibiótico.

**Passo 2:**

- início do antimicrobiano empírico de amplo espectro em até uma hora (FIGURA 2).

**Passo 3:**

- Ressuscitação hemodinâmica, conforme FIGURA 1, caso LACTATO > 2 vezes o valor de referência institucional ou HIPOTENSÃO ARTERIAL (PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg) com prescrição de REPOSIÇÃO VOLÊMICA AGRESSIVA, com pelo menos 30 ml/kg de solução cristalóide em 30 a 60 minutos.

c) Iniciar o PACOTE DE 6H (cumprimento dentro das primeiras 6 horas da triagem inicial):

**Passo 4:**

- reavaliação do status volêmico (resposta clínica, PVC e métodos dinâmicos) e da perfusão tecidual, conforme FIGURA 1; E
- uso de vasopressores no caso de PAM < 65 mmHg persistente, refratária à reposição volêmica iniciada no passo anterior; E
- coleta do 2º lactato (para pacientes com o primeiro lactato acima de 2 vezes o valor normal).

d) Objetivos terapêuticos:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- PVC entre 8-12 mmHg em pacientes com ventilação espontânea e entre 12-15 mmHg em pacientes com ventilação mecânica;
- PAM > 65 mmHg;
- débito urinário > 0,5 ml/kg/h;
- saturação venosa central O<sub>2</sub> > 70%;
- clareamento do lactato em 10 a 20% em relação aos níveis anteriores visando à normalização do mesmo.

e) Recomendações e observações:

- O vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro das primeiras três horas nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica; assim, o vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central, sendo a primeira opção noradrenalina na dose de 0,2 a 2 µg/kg/min;
- Avaliar transfusão sanguínea se hemoglobina < 7 g/dl;
- Em pacientes com hemoglobina > 7 g/dl, a estratégia inicial recomendada é o uso da dobutamina e não a transfusão. A dose inicial de 2,5 µg/kg/min deve ser progressivamente aumentada em incrementos de 2,5 µg/kg/min até que se obtenha SvcO<sub>2</sub> > 70%, sendo a droga de escolha em pacientes sépticos com evidências clínicas e/ou ecocardiográficas de disfunção ventricular;
- Somente em paciente com choque séptico refratário pode-se avaliar a prescrição de hidrocortisona 50 mg 6/6 h. Não usar rotineiramente essa medicação em todos os pacientes;
- Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devem ser feitos para manter a pressão de platô de 30 cm H<sub>2</sub>O. A equipe de fisioterapia deve registrar, em todas as suas evoluções, o platô utilizado;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Deve-se usar estratégia para controle glicêmico, objetivando glicemias entre 80–180 mg/dl e evitando hipoglicemias.

## 5. REFERÊNCIAS

Campanha de Sobrevivência à Sepse: Folder de Atendimento ao paciente com sepse/choque séptico. Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; junho 2016.

DEYMOUR, C. W. Septic Shock – Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA.2015; 314 (7): 708-715.

Dias, MBGS. et al. Diagnóstico e tratamento precoces da Sepse Grave no adulto. Atualização – 2015. São Paulo, Brasil: Hospital Sírio-Libanês, 2015.

Protocolo clínico de atendimento ao paciente com sepse/choque séptico. Campanha de Sobrevivência à Sepse: Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; março 2016.

Protocolo de Sepse Adulto. Revisão agosto/2014. Ceará, Brasil: Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar/ ISGH; 2014.

Roteiro de Implementação de Protocolo Assistencial Gerenciado. 3ª edição. São Paulo, Brasil: Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; 2016.

Sepse: um problema de saúde pública. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília: CFM, 2015.

SHANKAR-HARI et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315 (8): 775-787.

Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3. Surviving Sepsis Campaign: SSC Executive Committee; 2016.

Updated Bundles in Response to new Evidence. Revised 4/2015. Surviving Sepsis Campaign: SSC Executive Committee; 2015.

---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Ficha de Acompanhamento (frente)

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO (Anexo 1)**

**1. DADOS DO PACIENTE**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº SAM: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**POU MENOS 2 CRITÉRIOS DE SIRS?**

Temperatura > 38 °C     Hipotermia < 36 °C ou fluctuante < 35 °C  
 Taquicardia > 90 bpm     Leucocitose > 12.000, leucopenia < 4000 ou desvio esquerdo > 10% de formas jovens  
 OBS: A ausência de dois critérios não exclui o diagnóstico de sepse, servindo de **CRITÉRIO** para os pacientes de risco

**SUSPEITA DE INFECÇÃO?**

Pneumonia     Infecção óssea articular     Infecção de ferida operatória  
 Infecção urinária     Infecção de pele e partes moles     Sem foco definido  
 Endocardite     Infecção abdominal aguda     Outras infecções  
 Meningite     Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter

**POU MENOS 1 DORÇÃO ORGÂNICA**

PAO<sub>2</sub> < 60 mmHg ou PAaO<sub>2</sub> < 65 mmHg ou queda de 40 mmHg na Pa basal  
 Relação PAO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 250 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 95%  
 Elevamento do nível de consciência, agitação ou delírio  
 Elevação de creatinina (> 2,0 mg/dl) ou aumento > 0,5 mg/dl/dia  
 Bilirrubinas > 2 vezes o valor de referência  
 Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> ou redução de 50% em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias de RQ > 1,5  
 Lactato acima do valor de referência e difich de base > 5,0 mEq/L

Iniciar o protocolo e anotar  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**SEPSE?**

Não → Sem do Protocolo e adotar conduta individualizada

SIM →

P	<b>PASSO 1:</b> Casos de sépsis completa: lactato e pneumatru (preferencialmente arterial), hemograma, creatinina, bilirrubinas, coagulograma, hemoculturas, 1 de 2 culturas de sítios, incluindo pesquisa de aeróbios, anaeróbios e fungos) e cultura de outros sítios, conforme o caso	P
A		A
C	<b>OBS:</b> A coleta das culturas deve, obrigatoriamente, ser realizada <b>antes</b> da administração de antibióticos	C
D		D
E	<b>PASSO 2:</b> Início de antimicrobianos empíricos de amplo espectro em até 1 hora, conforme Anexo 2	E
S		S
E	<b>PASSO 3:</b> Otimização hemodinâmica com prioridade de reposição volêmica, pelo menos com 30 ml/kg de solução cristalóide em 30 a 60 minutos, caso LACTATO > 2 vezes o valor de referência institucional OU HIPOTENSÃO SISTÓLICA (PAO < 60 ou PAa < 65 mmHg), conforme fluxograma no verso da página	E
N		N
O	<b>PASSO 4:</b> Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual (PVC e TAPCC) e - Uso de vasopressores no caso de PAa < 65 mmHg persistente, refratária à reposição volêmica iniciada no Passo 3, e - Coleta de 2 <sup>o</sup> lactato (para pacientes com o primeiro lactato acima de 2 vezes o valor normal institucional)	O

<b>ELABORADO POR</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXX	<b>IMPLANTAÇÃO</b> XXXXXX	<b>REVISÃO</b>
--	------------------------------	----------------

*[Handwritten signatures and initials]*

Ficha de Acompanhamento (verso)

**PACOTE 3/6 HORAS – PASSO 3 - OTIMIZAÇÃO HEMODINÂMICA**

Hipotensão arterial: PA < ou igual a 90 mm Hg  
ou PAM < ou igual a 65 mmHg Ou SF Lactato  
arterial > 2 x o valor normal

Crystaloides (SF ou Ringier) 30 ml/kg em 30 a  
60 min

Coleta do SF Lactato

Hipotensão arterial persistente ou  
hipotensão ameaçadora à vida ou  
Lactato > 2 vezes o valor normal

NÃO

SIM

Mantém observação clínica e colher lactato  
em caso de piora

Seguir imediatamente para o Passo 4  
- Choque Séptico -

**PACOTE 3/6 HORAS – PASSO 4 – REAVALIAÇÃO DO STATUS VOLUMÊNICO E DA PERFUSÃO TECIDUAL**

- Encaminhar o paciente para o CTI  
- Funcionar acesso venoso profundo  
- Iniciar vasopressor, Noradrenalina: 0,2 a 2 µg/kg/min  
OBS: O vasopressor deve ser iniciado dentro das 3  
primeiras horas, quando indicado

Avaliação do status volumênico:

1. Resposta clínica a partir da expansão volumênica inicial: aumento da PA, enchimento capilar, temp. extremidades, sensório, diurese e diminuição da PC **OU**
2. Pvc - realizar nova expansão volumênica se
  - a. Pvc < 8 mmHg (paciente em ventilação espontânea)
  - b. Pvc < 12 mmHg (paciente em ventilação mecânica) **OU**
3. Métodos dinâmicos - avaliar nova expansão volumênica considerando:
  - a. variação da pressão de pulso (Δ PP)
  - b. elevação passiva dos MMII e fluxo aórtico e volume cefálico
  - c. distensibilidade da veia cava inferior x colapso da veia cava superior

Avaliação da perfusão tecidual:

1. Intensidade do ruído reticular
2. Tempo de enchimento capilar
3. Temperatura das extremidades
4. Sensório
5. Diurese
6. SvO2 (meta > 70%)
7. Lactato

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## Sugestão de Antibioticoterapia Empírica Para Sepse Comunitária e Nosocomial

FOCO	INFECÇÃO COMUNITÁRIA	INFECÇÃO NOSOCOMIAL
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona, cefotaximal + clindamicina).</li> <li>Quinolonas respiratórias (levofloxacina, moxifloxacina).</li> <li>Se houver história de doença pulmonar crônica, utilizar cefalosporina de 4ª geração (cefepime).</li> <li>Em caso de pneumonia aspirativa, trocar clindamicina para dclindamicina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piperacilina-tazobactam ou cefalosporina de 4ª geração (cefepime).</li> <li>Se houver alta prevalência de estafilococos resistentes a oxacilina na instituição (MRSA), associar glicopeptídeo (vancomicina ou telcoplanina) ou linezolida.</li> <li>Em caso de uso prévio de cefalosporinas ou quinolonas, trocar piperacilina-tazobactam por carbapenêmicos (imipenem ou meropenem).</li> <li>Se houver alta prevalência de germes multiresistentes (Pseudomonas MDR/Acinetobacter MDR e Enterobactérias Resistentes ou Carbapenêmicos), avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E).</li> <li>Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</li> </ul>
Urinário	Quinolonas ou cefalosporinas de terceira geração.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporinas de 4ª geração ou</li> <li>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem)</li> </ul>
Abdominal	Cefalosporinas 3ª geração (ceftriaxona ou cefotaximal) + metronidazol + ampicilina + aminoglicosídeo (gentamicina).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporinas de 4ª geração ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) + aminoglicosídeo (gentamicina).</li> <li>Em caso de opção pela cefalosporina de 4ª geração, associar metronidazol ao esquema.</li> <li>Tigeciclina</li> </ul>
Pele e partes moles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporina de 1ª geração ou oxacilina.</li> <li>Em caso de sinais de necrose, associar dclindamicina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glicopeptídeos (vancomicina ou telcoplanina) + cefalosporinas de 4ª geração.</li> <li>Tigeciclina.</li> </ul>
Corrente sanguínea associada a cateter	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) ou piperacilina-tazobactam + glicopeptídeos (vancomicina, telcoplanina) ou daptomicina.</li> <li>Em caso de alta prevalência de germes multiresistentes (Pseudomonas MDR/Acinetobacter MDR e Enterobactérias Resistentes ou Carbapenêmicos), avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E).</li> <li>Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</li> <li>Se houver fatores de risco para candidemia, avaliar necessidade de cobertura para fungos com fluconazol ou equinocandinas (caspofungina, anidulafungina ou micafungina).</li> </ul>
FOCO	INFECÇÃO COMUNITÁRIA	INFECÇÃO NOSOCOMIAL
Indeterminado	Cefalosporina de 4ª geração (cefepime) + metronidazol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) + Glicopeptídeos (vancomicina ou telcoplanina) ou linezolida.</li> <li>Em caso de alta prevalência de germes multiresistentes (Pseudomonas MDR/Acinetobacter MDR e Enterobactérias Resistentes ou Carbapenêmicos), avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E).</li> </ul>

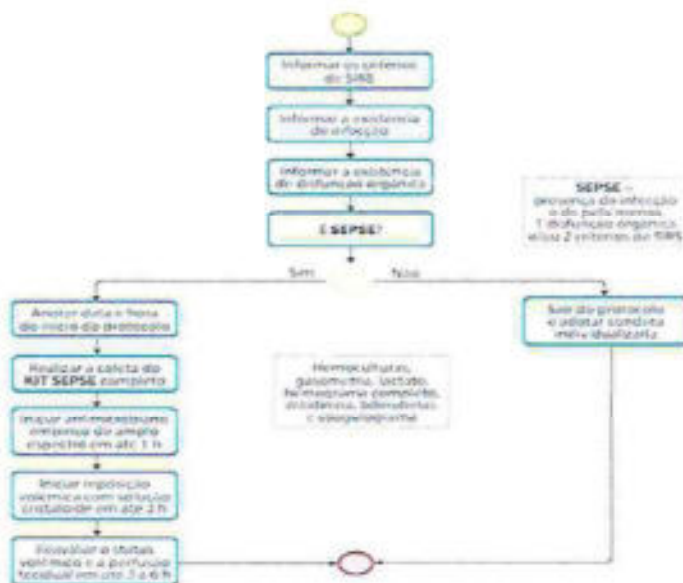
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



**Pontos-chave:**

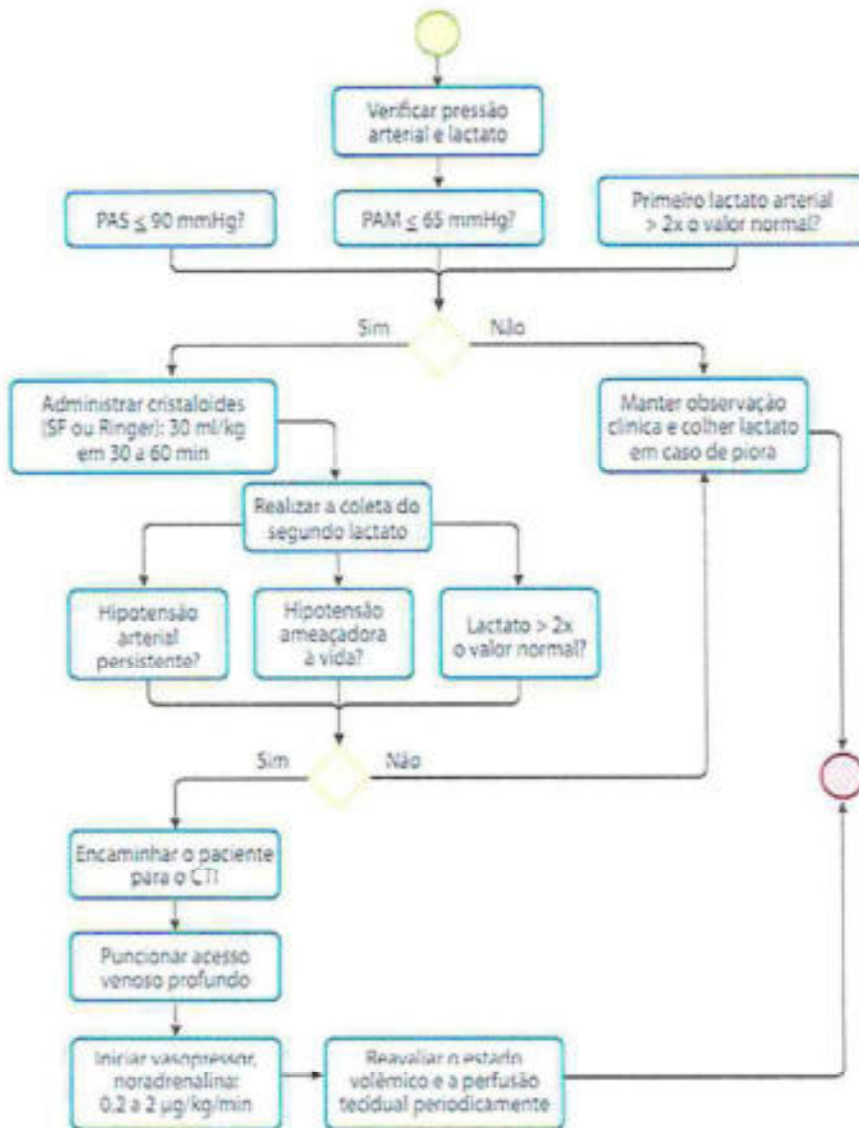
1. Colha hemoculturas e culturas dos sítios pertinentes do foco em suspeita antes da administração da primeira dose de antibióticos.
2. Administre a primeira dose de antibioticoterapia o mais rapidamente possível, idealmente em até uma hora após o diagnóstico.
3. Administre antibióticos de amplo espectro, de preferência bactericidas, em dose máxima e sem correção de dose para insuficiência renal ou hepática nas primeiras 24 horas.
4. Reavalie o esquema escolhido assim que os resultados de cultura estiverem disponíveis.
5. Utilize tempo curto de tratamento sempre que possível.
6. Suspenda os antibióticos caso seja afastada a hipótese de infecção.

**PROTOCOLO DE ABORDAGEM SIMPLIFICADA DA SEPSE**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE Tratamento DE Choque Séptico



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## ENDOCRINOLOGIA

### CETOACIDOSE DIABÉTICA

#### 1. INTRODUÇÃO

A cetoacidose diabética, que pode ser a manifestação inicial do diabetes mellitus do tipo 1 ou do tipo 2, caracteriza-se pela tríade bioquímica de: hiperglicemia (por deficiência absoluta ou relativa de insulina), cetonemia e acidose metabólica (pH < 7,3 e bicarbonato < 18 mEq/L) com hiato iônico (anion gap) elevado. Acomete principalmente pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (2/3 dos casos), mas também pode ocorrer com o tipo 2 (diabetes mellitus tipo 2 propenso à cetose ou diabetes flatbush).

A cetoacidose diabética desenvolve-se dentro de poucas horas após evento(s) precipitante(s), que podem ser vários, sendo a omissão de insulina e a infecção (principalmente pulmonar) os principais.

Os fatores precipitantes são:

- tratamento inadequado:
  - interrupção do uso de insulina ou hipoglicemiantes orais;
  - omissão da aplicação de insulina;
  - mau funcionamento do sistema de infusão subcutâneo contínuo de insulina (SICl);
- doenças agudas: infecções (pulmonar, urinária, pele, dentárias), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar, traumatismos, hemorragias de trato gastrointestinal, queimaduras, pancreatites;
- distúrbios endócrinos: hipertireoidismo, feocromocitoma, Síndrome de Cushing, acromegalia, hemocromatose, diabetes gestacional;
- fármacos: glicocorticoides, agonistas adrenérgicos, fenitoína, betabloqueadores, clortalidona, tiazídicos, diazóxido, pentamidina, inibidores de protease, antipsicóticos atípicos (aripirazol, clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidona), etc.;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- substâncias: álcool (consumo excessivo), ecstasy, cocaína, maconha, cetamina, etc.;
- desidratação: oferta inadequada de água (em idosos), uremia, diálise, diarreia, sauna, etc.;
- transtornos alimentares: compulsão alimentar ou bulimia;
- outros: ingestão de líquidos ou alimentos contendo açúcar.

## 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A cetoacidose diabética é de instalação aguda (em menos de 24 horas).

Exame físico: desidratação, turgor da pele diminuído, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, náuseas, vômitos, dor abdominal, taquicardia, hipotensão e, nos casos mais graves, até choque. A dor abdominal pode chegar até 50 a 70% dos casos e simular um abdome agudo. Na cetoacidose diabética leve (bicarbonato > 15 mEq/L) não há dor abdominal; se ela estiver presente, alertar para possibilidade de um quadro abdominal associado.

	CETOACIDOSE DIABÉTICA LEVE	CETOACIDOSE DIABÉTICA MODERADA	CETOACIDOSE DIABÉTICA GRAVE
Glicemia (mg/dl)	> 250	> 250	> 250
pH arterial	7,25 a 7,30	7,0 a 7,24	< 7,0
Bicarbonato (mEq/L)	15 a 18	10 a 14,9	< 10
Anion gap	> 10	> 12	> 12
Cetonúria (teste do nitroprussiato)	positiva	positiva	positiva
Cetonemia	positiva	positiva	positiva
Osmolaridade sérica	Variável (geralmente < 320 mOsm/kg)	variável	variável
Nível sensorial	alerta	alerta/sonolento	estupor/coma

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Exames laboratoriais: hemograma, glicemia, sódio, potássio, cloro, anion gap, ureia, creatinina, gasometria, osmolaridade plasmática, provas de função hepática, enzimas pancreáticas, EAS, culturas (urina e sangue).

Exames de Imagem: radiografia de tórax (rotina); tomografia computadorizada de tórax; tomografia computadorizada de seios da face (afastar mucormicose), eletrocardiograma (acompanhar alterações séricas de potássio e sua reposição em todos os diabéticos mellitus tipo 2 e tipo 1 com mais de 10 anos de diagnóstico).

Hemograma: na cetoacidose diabética costuma haver leucocitose com desvio à esquerda, mesmo sem infecção (leucócitos de 10 a 15 mil/mm<sup>3</sup>). Valores > 25 mil/mm<sup>3</sup> sugerem infecção. Aumento de hematócrito devido à desidratação; se houver anemia, alertar para doenças associadas, como nefropatia e hipotireoidismo.

Glicemia: geralmente  $\geq 250$  mg/dl. A cetoacidose diabética euglicêmica (glicemia  $\leq 250$  mg/dl) pode ocorrer em gestantes; nos pacientes tratados com insulina e sem receber líquidos com carboidratos; nos tratamentos tardios ou inadequados, com vômitos prolongados, sem ingestão alimentar; e naqueles em uso de inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (SGLT2) em pacientes tipo 1. Esta ocorre em 10% dos pacientes.

Sódio: normal ou baixo. Níveis altos sugerem maior grau de desidratação. Glicemias elevadas podem falsear os valores de sódio para baixo. Correção: para cada 100 mg/dl de glicose acima de 100 mg/dl adiciona-se 1,6 mEq à natremia. Deve-se lembrar de que a hipernatremia é um fator de proteção ao aparecimento de edema cerebral. O limite máximo tolerado de sódio é de 160 mEq/L antes de se optar por SF 0,45%.

Potássio: baixo ou normal, mas na fase inicial ele pode estar elevado. Os tratamentos com hidratação e insulina diminuem o potássio.

Anion Gap (AG):  $AG = Na - (Cl + HCO_3)$ . (VR:  $12 \pm 2$ ). Elevado na cetoacidose diabética (> 12 nos casos moderados ou graves).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Gasometria: a diferença entre o sangue arterial e o venoso é de 1,88 mEq/L na dosagem de bicarbonato, e entre 0,02 e 0,15 para a medida de pH. Recomenda-se a coleta venosa, exceto em casos muito graves, nos quais se faz necessário o acesso arterial para medição direta da oxigenação.

Osmolaridade plasmática (Posm): valores de Posm  $\geq$  320 mOsm/kg geralmente se fazem acompanhar de redução acentuada de consciência. Posm =  $2(\text{Na}) + \text{glicemia}/18 + \text{ureia}/2,8$ .

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Hidratação

- Reposição de líquidos deve ser generosa.
- Cuidado em idosos e/ou cardiopatas.
- Depende da desidratação, do débito urinário e do balanço hidroeletrólítico.
- Inicial: soro fisiológico (SF) 0,9% 1000 a 1500 ml (15 a 20 ml/kg) na primeira hora.
- Etapa seguinte: SF 0,45% na velocidade 250 a 500 ml/h se o sódio sérico estiver normal; ou SF 0,9% na mesma velocidade se o sódio estiver baixo.
- A reposição das perdas hídricas deve ser feita nas primeiras 24 horas.
- Estima-se que as perdas sejam de 5 a 10% do peso corporal.
- Sódio  $>$  140 mEq/L e Posm  $>$  340 mOsm/kg associam-se a maior déficit de líquido.
- Quando glicemia  $<$  200 mg/dl na CAD, a hidratação deve ser feita com SF 0,45% associado a SG 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 ml/h até correção da acidose.

##### 4.2. Reposição de potássio

É preciso ter em mente que em todos os episódios de cetoacidose diabética existe déficit de potássio corporal, independente da calemia estar alta, normal ou baixa.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Potássio sérico (mEq/L)	Conduta (usar cloreto de potássio)
< 3,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postergar uso de insulina.</li> <li>• Administrar 40 mEq K por hora até K ≥ 3,3, para não ter arritmias fatais e fraqueza da musculatura respiratória.</li> <li>• Se houver ausência de ruídos abdominais, atentar para hipocalemia grave.</li> </ul>
≥ 3,3 e < 5	Adicionar 20 a 30 mEq de K em cada litro de SF para manter K em 4 a 5.
≥ 5	NÃO administrar K, mas checá-lo 2/2 h, ECG.

### 4.3. Insulinoterapia

- Solução de 250 ml SF 0,9% com 25 ui de insulina regular (10 ml = 1 ui).
- Desprezar 50 ml iniciais.
- Dose: 0,1 ui/kg/h.
- Caso não haja queda da glicemia capilar entre 50 a 75 mg na primeira hora, fazer bolus 0,14 ui/kg de insulina e retornar ao esquema anterior, revendo essa dose até que se atinja 200-250 mg/dl cetoacidose diabética.
- Se a queda da glicemia exceder 75-100 mg/dl na primeira hora, diminuir a dose de insulina 0,05 ui/kg/h.
- Quando a glicemia estiver entre 200-250 mg/dl cetoacidose diabética, diminuir a infusão 0,02 a 0,05 U/kg/h e adicionar soro glicosado (SG) 5% à hidratação venosa.
- Na cetoacidose diabética, encontra-se resolvido o quadro quando há glicemia < 200 mg/dl e dois dos seguintes parâmetros:  $\text{HCO}_3^- \geq 15$  mEq/L, pH venoso > 7,1 e anion gap  $\leq 12$  mEq/L.
- Nesse momento, associar insulina regular subcutânea com infusão por 1 a 2 horas para evitar recorrência da hiperglicemia e da acidose.
- Nos pacientes que já faziam uso de insulina, retornar ao esquema domiciliar.
- Nos pacientes recém-diagnosticados, fazer uma dose inicial de insulina 0,5-0,8 UI/kg/dia, fracionando-se em uma a três tomadas (de acordo com a insulina), dividindo de 50-70% insulinas de efeito prolongado (NPH, Glargina, Detemir,

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Degludeca, Glargina 300 ui/ml) e 50–30% insulinas prandiais (Regular, Lispro, Asparte ou Glulisina).

#### 4.4. Bicarbonato

PH SANGUÍNEO	CONDUTA (FUNDAMENTAL MONITORAR K DURANTE INFUSÃO DE NAHCO3 DEVIDO AO RISCO DE PIORA DA HIPOCALEMIA)
> 7,0	NÃO usar NaHCO <sub>3</sub>
< 6,9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar 100 mEq de NaHCO<sub>3</sub> (2 ampolas) em 400 ml de água destilada com 20 mEq/L KCl numa velocidade de 200ml/h durante 2 horas até que o pH exceda 7.</li> <li>• Se isso não ocorrer, repete-se a infusão até pH &gt; 7.</li> </ul>
6,9–7,0	Usar 50 mEq de NaHCO <sub>3</sub>

#### 5. REFERÊNCIAS

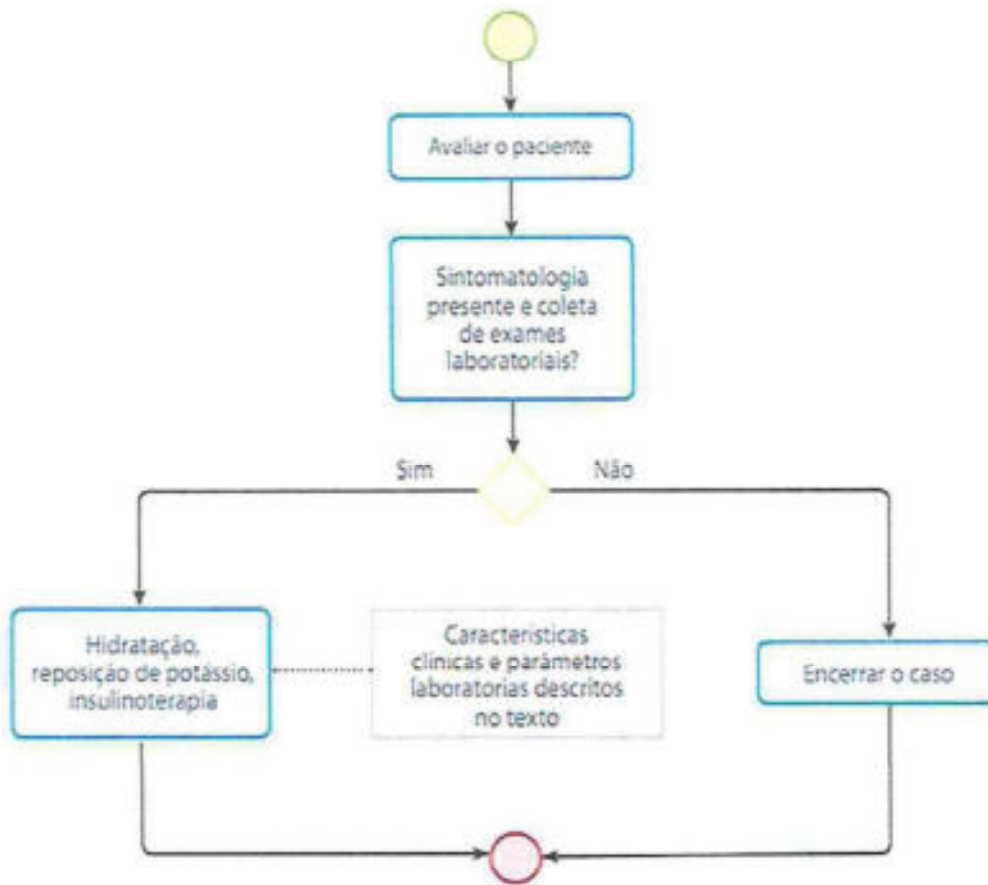
LUCIO, V.; KATER, C. E. Endocrinologia Clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

MILECHET, A. et al. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CETOACIDOSE DIABÉTICA



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## **CRISE TIREOTÓXICA**

### **1. INTRODUÇÃO**

A crise tireotóxica (ou tempestade tireoideana) é uma condição grave de exacerbação clínica do hipertireoidismo. Pode ser fatal se não tratada adequadamente. Ocorre em pacientes com hipertireoidismo prévio, conhecido ou não, sem tratamento adequado, submetidos a eventos agudos precipitantes. Não se deve adiar o tratamento aguardando resultados de dosagens séricas de hormônios tireoideanos.

### **2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Manifestações comuns: sudorese profusa, tremores e febre (podendo ocorrer hipertermia grave). Náuseas, vômitos e dor abdominal podem ocorrer desde a fase inicial.

Manifestações cardiovasculares: taquicardia grave, arritmias cardíacas (fibrilação atrial é comum) e insuficiência cardíaca. Podem evoluir para hipotensão, edema pulmonar e colapso cardiovascular.

Manifestações neuropsiquiátricas: agitação, delírio, psicose e alterações do nível de consciência que podem evoluir para apatia, estupor e coma.

Formas clínicas atípicas: ausência de febre, coma, estado epiléptico, infarto cerebral não embólico, confusão mental, insuficiência adrenal ou hepática aguda e abdome agudo.

Fatores desencadeantes: cessação abrupta das drogas antitireoideanas (DAT), cirurgias tireoideanas e não tireoideanas e enfermidades agudas graves (infecções, cetoacidose diabética, eventos vasculares).

### **3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA**

Achados laboratoriais:

- hiperglicemia;
- leucocitose leve, com pequeno desvio à esquerda (leucocitose com desvio à esquerda acentuado é indicativa de infecção);

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fósforo) habitualmente normais, mas pode haver discreta hipercalcemia;
- provas de funções hepáticas geralmente alteradas, sendo icterícia associada a um prognóstico desfavorável;
- T4 total e T3 total elevados, com frações livres de T4 e T3 mais elevadas;
- TSH suprimidos, exceto em raros casos de secreção inapropriada de TSH.

Crítérios diagnósticos de tempestade tireoideana, de acordo com índice de Burch e Wartofsky. Escore (somativo dos pontos):

- 45: altamente sugestivo de tireotoxicose;
- 25-44: sugestivo de tireotoxicose;
- < 25: baixa probabilidade de tireotoxicose.

DISFUNÇÃO TERMORREGULADORA Temperatura (°C)	PONTOS	DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR Taquicardia (bpm)	PONTOS
37,2-37,7	5	100-109	5
37,8-38,3	10	110-119	10
38,4-38,8	15	120-129	15
38,9-39,4	20	130-139	20
39,5-39,9	25	> 140	25
> 40	30		
<b>Efeitos sobre o Sistema Nervoso Central</b>		<b>Insuficiência Cardíaca Congestiva</b>	
Ausentes	0	Ausente	0
Leves: agitação	10	Leve: edema periférico	5
Moderados: delírium, psicose	20	Moderada: estertores em bases pulmonares	10
Graves: crise convulsiva, coma	30	Grave: edema pulmonar	20
<b>Disfunção gastrointestinal e hepática</b>		<b>Fibrilação atrial</b>	
Ausente	0	Ausente	0
Moderada: diarreia, náuseas/vômitos, dor abdominal	10	Presente	10
Grave: icterícia inexplicável	20		
		<b>Fator desencadeante</b>	
		Ausente	0
		Presente	10

#### 4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado precocemente, envolvendo controle da tireotoxicose e dos fatores precipitantes, além de terapia de suporte.

##### 4.1. Medidas gerais

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A identificação do fator precipitante e o tratamento são de extrema importância. A infecção deve ser rastreada e tratada precocemente.
- Monitoramento e suporte hemodinâmico e respiratório, preferencialmente em unidade de terapia intensiva.
- Hidratação, controle imediato e gradual da hipertermia. O uso de aspirina (AAS) não é recomendado, já que promove liberação de T4 de sua proteína carreadora no plasma (TBG). Usar paracetamol e bolsas de gelo, evitando-se os calafrios.
- Tratamento das manifestações cardiovasculares.
- Suporte nutricional.
- Reposição de multivitamínicos, especialmente tiamina.

#### 4.2. Medidas específicas

Doses dos medicamentos usados na crise tireotóxica:

a) Tionamidas: a ação inicia-se em cerca de 1-2 horas após. O propiltiouracil (PTU) é a droga de escolha devido ao seu efeito adicional no bloqueio da conversão periférica de T4 para T3.

Suspender se houver efeitos colaterais graves: agranulocitose, hepatotoxicidade (icterícia ou aumento de TGO/TGP > 3x limite superior do normalidade) ou reações alérgicas intensas.

- PTU via oral (VO): dose de ataque 500-1000 mg; dose de manutenção 200-400 mg 4/4 h a 6/6 h;

- Metimazol VO 20-25 mg 4/4 h a 6/6 h;

b) Soluções de iodo:

- iodeto: só usar 1 hora após uso de PTU e restrito à fase aguda grave;

- solução de lugol (ou iodeto de potássio concentrado) 4-10 gotas VO 6/6 h ou 8/8 h;

- iopodato ou ácido iopanoico (contraste radiológico) 0,5 g-1,0 g 1x/dia VO;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- iodeto de sódio 0,5 g-1,0 g IV 12/12 h;
- c) Carbonato de lítio (se houver alergia a iodo): 300 mg VO 6/6 h (manter a litemia em 0,1 mEq/L). Uso limitado devido a potencial toxicidade neurológica e renal;
- d) Betabloqueadores: se houver ICC de baixo débito ou asma grave, usar diltiazem para baixar a frequência cardíaca;
  - propranolol 40-80 mg VO: a cada 4 ou 6h; EV: 0,5-1,0 mg em 10 minutos, seguido de 1-2 mg 10/10 minutos;
  - esmolol endovenoso (EV): dose de ataque: 250-500 mcg/kg, seguida de infusão de 50-100 mcg/kg por minuto;
  - atenolol VO: 50-200 mg uma vez ao dia;
  - metoprolol VO: 100-200 mg uma vez ao dia;
  - nadolol VO: 40-80 mg uma vez ao dia;
- e) Glicocorticoides:
  - dexametasona: 2 mg IV 6/6 h;
  - hidrocortisona: dose de ataque 300 mg IV, seguida de 100 mg 8/8 h.

#### 4.3. Vias alternativas de administração das tionamidas

##### Propiltiouracil

- Enema: 4-6 comprimidos de 100 mg dissolvidos em 90 ml de água esterilizada
- Supositório: 200 mg dissolvidos em base de polietileno glicol. Dissolver comprimidos em salina isotônica com pH alcalino (utilizando hidróxido de alumínio).

##### Metimazol

- Supositório: 1200 mg dissolvidos em 12 ml de água com 2 gotas de polissorbato 80, misturados com 52 ml de manteiga de cacau.
- Endovenoso: dissolver comprimidos em salina isotônica e filtrar com filtro 0,22 µm.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

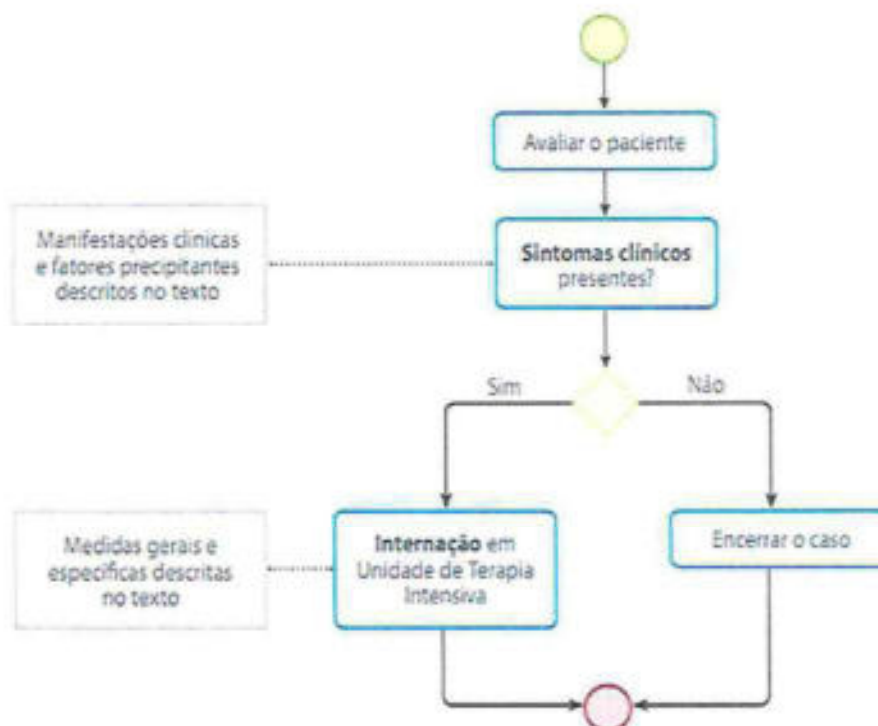
• Cirurgia: tireoidectomia total deve ser utilizada naqueles pacientes que não respondem ao tratamento clínico ou naqueles que desenvolverem efeitos colaterais graves ou alergia às tionamidas. O preparo deve ser utilizado com betabloqueadores, glicocorticoides e soluções de iodo por cerca de 5 a 7 dias, sendo a tireoidectomia total (TT) realizada entre o 8º e o 10º dia.

## 5. REFERÊNCIAS

MAIA, A. L.; SCHEFFEL, R. S. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireodismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2013.

VILAR, L.; KATER, C. Endocrinologia Clínica, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE TIREOTÓXICA



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)

### 1. INTRODUÇÃO

O Estado Hiperosmolar Não Cetótico (EHNC) cursa com hiperglicemia grave, hiperosmolaridade e desidratação, sem a presença de cetose e acidose, com instalação mais lenta (dias a semanas). A mortalidade no EHNC é maior que na Cetoacidose Diabética (CAD), chegando a cerca de 5 a 20%.

Os fatores precipitantes são semelhantes aos da CAD (ver protocolo CAD).

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O EHNC possui manifestações semelhantes às da CAD, exceto pelos sintomas e sinais de acidose, que estão ausentes no EHNC. As convulsões focais ou generalizadas são mais frequentes no EHNC.

	EHNC
Glicemia (mg/dl)	> 600
pH arterial	> 7,30
Bicarbonato (mEq/L)	> 15
Anion gap	< 12
Cetonúria (teste do nitroprussiato)	fraca
Cetonemia	fraca
Osmolaridade sérica	> 320 mOsm/kg
Nível sensorial	estupor/coma

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Exames laboratoriais: ver CAD;
- Hemograma: ver CAD;
- Glicemia: EHNC geralmente > 600 mg/dl;
- Sódio: ver CAD;
- Potássio: ver CAD;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Anion Gap (AG):  $AG = Na - (Cl + HCO_3)$ ; (VR:  $12 \pm 2$ ); variável;
- Gasometria: acidose ausente;
- Osmolaridade plasmática: no EHNC sempre excede 320 mOsm/kg.

#### 4. TRATAMENTO

Hidratação: Quando glicemia  $< 250$  e  $300$  mg/dl no EHNC, a hidratação deve ser feita com soro fisiológico (SF) 0,45% associado a soro glicosado (SG) 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 ml/h até correção da acidose.

Reposição de potássio: ver CAD.

Insulinoterapia: ver CAD.

Quando a glicemia estiver entre 250-300 mg/dl no EHNC, diminuir infusão 0,02 a 0,05 UI/kg/h e adicionar SG 5% à hidratação venosa. No EHNC, encontra-se resolvido o quadro quando houver normalização do estado mental e normalização da osmolaridade plasmática.

#### 5. REFERÊNCIAS

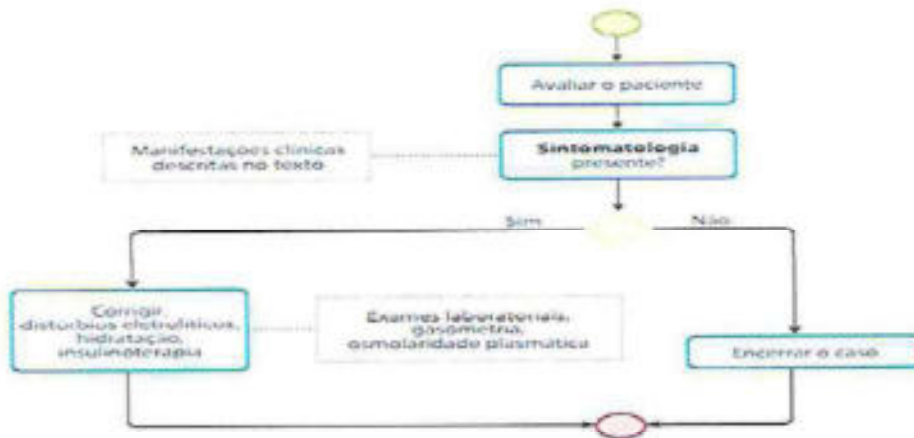
MILECHET, A. et al. Rotinas de Diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014.

VILAR, L.; KATER, C. E. Endocrinologia Clínica, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)



## ESTADO MIXEDEMATOSO

### 1. INTRODUÇÃO

O Estado Mixedematoso é definido por sinais e sintomas de hipotireoidismo grave, associados ao rebaixamento do nível de consciência e hipotermia. Representa uma manifestação grave, com taxa de mortalidade que pode alcançar de 40 a 50% sem tratamento adequado.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tríade clássica: alteração do estado mental (não necessariamente coma), termorregulação deficiente com hipotermia e um fator precipitante.

Manifestações comuns: bradicardia, hipotensão, hipoventilação, hiponatremia e hipoglicemia.

Manifestações de hipotireoidismo de longa duração não tratado: pele infiltrada, carotenêmica e fria, macroglossia, fâcies edemaciada, pseudomadarose, rarefação de pelos corporais e voz rouca. Muitos pacientes podem ter cicatriz cervical, história de radioiodoterapia ou exposição à radiação.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Manifestações cardiovasculares: bradicardia, redução da contratilidade miocárdica, baixo débito cardíaco e hipotensão. Cardiomegalia por derrame pericárdico ou, menos frequentemente, insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Hipotensão por diminuição de volume intravascular, colapso cardiovascular ou insuficiência adrenal associada. Eletrocardiograma (ECG) mostrando bradicardia, baixa voltagem, prolongamento do intervalo QT e, excepcionalmente, taquiarritmias decorrentes do prolongamento do intervalo QT.

Manifestações neuropsiquiátricas: alentecimento ou abolição de reflexos tendinosos profundos, rebaixamento de nível de consciência, confusão mental, letargia, coma. Bradipsiquismo, déficit de atenção e memória, labilidade emocional, depressão. Estado hiperativo com manifestações psicóticas denominadas "loucura mixedematosa". Convulsões focais e generalizadas em até 25% dos casos, que podem estar relacionadas à hiponatremia, hipoglicemia e/ou hipoxemia.

Termorregulação deficiente: hipotermia absoluta (35° C) ou relativa (ausência de febre na infecção). A intensidade da hipotermia está relacionada com a mortalidade. A infecção pode ser mascarada pela ausência de febre. A ausência de hipotermia pode ser indicativa de infecção.

Manifestações respiratórias: depressão respiratória e hipoventilação.

Fatores desencadeantes: infecções (o mais comum), sepse, uso de determinadas substâncias (p. ex.: sedativos, tranquilizantes, analgésicos, anestésicos, amiodarona, carbonato de lítio e diuréticos), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e respiratória, infarto agudo do miocárdio (IAM), exposição ao frio e hipotermia.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais:

- hiponatremia potencialmente grave em cerca de metade dos casos;
- hipoglicemia devido à diminuição de hormônios tireoideanos e/ou por insuficiência adrenal;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- elevação de transaminases, creatinoquinase e desidrogenase láctica.
- cortisol sérico baixo.

Achados de hormônios tireoideanos:

- T4 total e livre baixos, mas T3 pode estar normal ou baixo;
- TSH sempre elevado no hipotireoidismo primário, mas no central pode estar normal, baixo ou discretamente elevado.

#### 4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado precocemente, não se devendo aguardar os resultados de exames laboratoriais para iniciar o tratamento. A identificação dos fatores precipitantes é essencial.

Medidas gerais:

- a identificação do fator precipitante e o tratamento são de extrema importância; infecção deve ser rastreada e tratada precocemente;
- monitoramento e suporte hemodinâmico e respiratório, preferencialmente em unidade de terapia intensiva;
- aquecimento corporal passivo e gradual por meio de cobertores ou aumento da temperatura ambiente;
- correção de distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente da hiponatremia e da hipoglicemia. Deve-se evitar uso de soluções hipotônicas para que a hiponatremia não se agrave

Medidas específicas: reposição de hormônios tireoideanos 300-500 mcg/dia ou o dobro da dose de manutenção durante a fase crítica (4 a 7 dias), seguida de dose de manutenção habitual para o tratamento do hipertireoidismo (adulto: 1,0 a 2,0 mcg/kg/dia, média 1,6 mcg/kg/dia).

Glicocorticoides: hidrocortisona 50 a 100 mg endovenoso (EV) a cada 6 a 8 horas OU dexametasona 2 mg EV a cada 6 horas por cerca de 7 dias, com posterior retirada gradual.

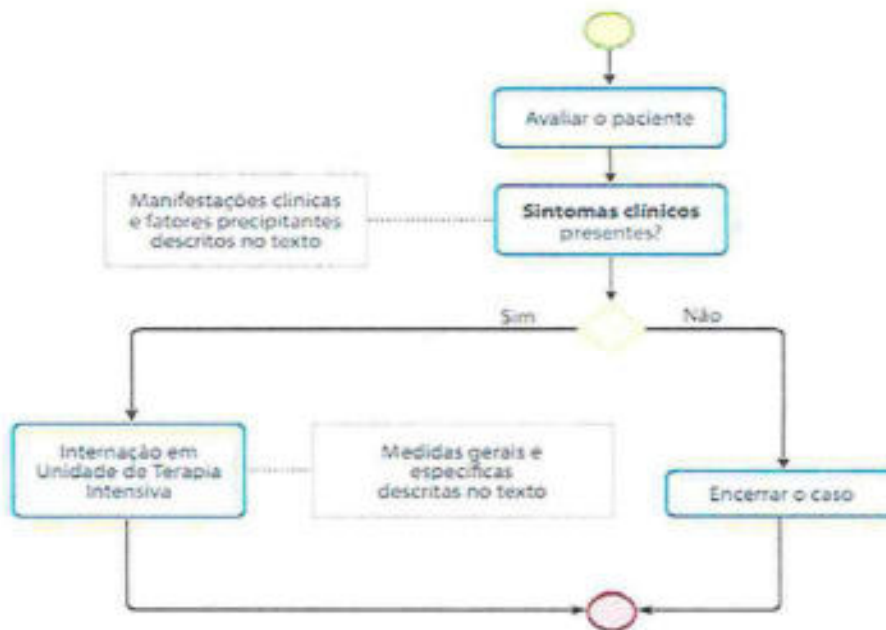
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## 5. REFERÊNCIAS

VAISMAN, B. G. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2013.

VILAR, L.; KATER, C. Endocrinologia Clínica, 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO MIXEDEMATOSO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## INSUFICIÊNCIA ADRENAL

### 1. INTRODUÇÃO

A crise adrenal é uma condição potencialmente fatal que requer tratamento imediato e adequado. Diante de uma forte suspeita clínica, não se deve, portanto, protelar o tratamento para a realização de testes diagnósticos.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sinais: hipotensão e choque, desidratação, cianose ou palidez, confusão mental, torpor, coma.

Sintomas: febre (secundária à infecção ou ao hipocortisolismo), náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal (pode simular abdome agudo), fraqueza, apatia.

O achado de petéquias e equimoses apontam para a Síndrome de Waterhouse-Friderichsen (ou adrenalite hemorrágica), que é uma doença das glândulas adrenais classicamente relacionada à bactéria *Neisseria meningitidis* e mais comumente causada pela bactéria Gram-negativa *Pseudomonas aeruginosa*.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais: uremia, hipercalcemia (rara), hiponatremia (pode ser mascarada pela desidratação), hipercalemia (se houver hipoadosteronismo), linfocitose, eosinofilia e hipoglicemia.

Importante: crise adrenal deve SEMPRE ser suspeitada em qualquer paciente com manifestações inexplicáveis de dor abdominal ou de flanco, instabilidade hemodinâmica refratária à reposição de líquidos, hiperpirexia, vômitos, hipoglicemia ou coma.

### 4. TRATAMENTO

O objetivo inicial é tratar a hipotensão, a hipoglicemia e os distúrbios hidroeletrólíticos. Medidas gerais:

- coletar amostra de sangue para hemograma, bioquímica e dosagens hormonais (cortisol e ACTH);

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- corrigir depleção de volume (com solução glicofisiológica), desidratação, distúrbios eletrolíticos e hipoglicemia;
- grandes volumes de soro fisiológico (SF) 0,9% e soro glicosado (SG) 10% (2 a 3 litros concomitantemente) devem ser infundidos tão rapidamente quanto possível;
- SF hipotônica deve ser evitada, pois agrava a hiponatremia;
- tratar a infecção ou outros fatores precipitantes.

Reposição de glicocorticóides: hidrocortisona 100 mg, endovenosa (EV) inicialmente, seguidas de 50 mg EV 4/4 h ou 6/6 h. Depois, reduzir a dose lentamente nas 72 h seguintes, administrando a medicação a cada 4 ou 6 h EV.

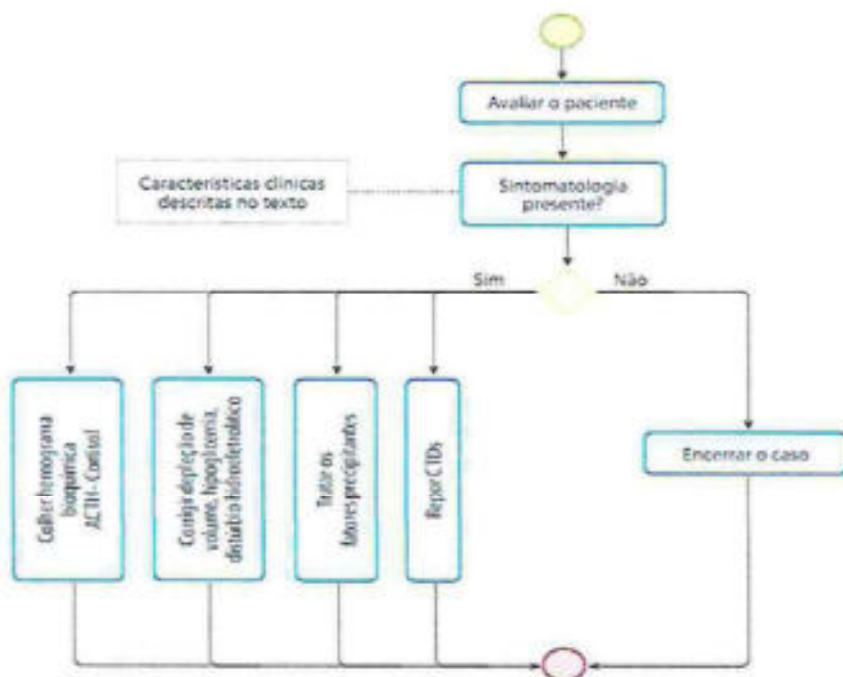
Quando o paciente estiver tolerando alimentos via oral (VO) e, terminada a fase aguda, passar a administrar o glicocorticoide VO. Prednisona 5 mg às 8 h e 2,5 mg às 16 h VO e, se necessário, adicionar fludrohidrocortisona (0,1 mg VO às 8h) apenas nos casos de insuficiência adrenal primária (Doença de Addison).

## 5. REFERÊNCIA

VILAR, L.; KATER, C. E. Endocrinologia Clínica, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA ADRENAL



### GASTROENTEROLOGIA

#### DIVERTICULITE

##### 1. INTRODUÇÃO

Perfuração de um divertículo com conseqüente infecção restrita à parede colônica que pode evoluir para peritonite generalizada.

##### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A forma mais comum de diverticulite é a microperfuração, normalmente causada por um fecalito. O resultado disso é a formação de um abscesso local com fístula intramural. Eventualmente, o processo penetra e ultrapassa a camada serosa da parede colônica. Nessa circunstância, pode ocorrer a formação de abscesso pericólico ou pélvico (caso o processo infeccioso seja bloqueado localmente), ou a peritonite generalizada (fecal ou purulenta).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Além das complicações infecciosas, a diverticulite pode evoluir com a formação de fistulas e obstrução intestinal. As fistulas ocorrem pela extensão do processo infeccioso para órgãos vizinhos, como bexiga, vagina, ureter e pele. A fistulização geralmente promove a descompressão do abscesso cavitário, levando à melhora do quadro infeccioso. Obstrução intestinal pode ser o resultado do edema da parede colônica durante um episódio de diverticulite ou da fibrose da parede colônica após processos repetidos de diverticulite. A segunda variante geralmente requer tratamento cirúrgico.

Uma classificação importante da doença diverticular complicada foi feita por Hinchey et al. (1978) e inclui quatro categorias:

- 1) microabscesso com fleimão peridiverticular;
- 2) abscesso pericólico e/ou pélvico (peritonite localizada);
- 3) peritonite purulenta (generalizada);
- 4) peritonite fecal.

O sintoma mais comum da diverticulite é a dor em fossa ilíaca esquerda, de caráter progressivo, constante, piorando com os espasmos intestinais.

Em pacientes com diverticulite dos tipos 1 ou 2, geralmente a dor é localizada, em especial na fossa ilíaca esquerda. No estágio 2 da doença, normalmente há febre, anorexia e vômitos, sobretudo nos portadores de grandes abscessos. Sintomas urinários, como urgência miccional, sugerem proximidade do processo inflamatório da bexiga. Calor, eritema e dor na parede abdominal adjacente ao processo, sugerem tendência de fistulização para a pele.

Pacientes com diverticulite dos tipos 3 ou 4 apresentam dor importante e generalizada comumente acompanhada de íleo paralítico, náuseas e vômitos.

Apesar de o quadro de peritonite associado a diverticulite ser um processo de instalação rápida, o paciente pode apresentar febre alta, alterações hemodinâmicas e rigidez abdominal.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



O diagnóstico de um processo séptico de diverticulite é clínico; entretanto, os exames laboratoriais podem oferecer subsídios importantes. O hemograma geralmente apresenta leucocitose em casos de abscesso ou peritonite, enquanto nas diverticulites mais leves metade dos pacientes tem hemograma normal. O exame de urina pode revelar hematúria ou leucocitúria.

Nos casos de fístula colovesical, podem ser encontradas bactérias da flora bacteriana colônica na urocultura. Em processos de peritonite generalizada, as alterações laboratoriais são mais marcantes. Há acidose leve.

Processos infecciosos maiores podem evoluir com obstrução e consequente formação de alças intestinais dilatadas e íleo com níveis hidroaéreos. Grandes abscessos podem aparecer como imagens extracolônicas com nível líquido. Abscessos retroperitoneais podem causar borramento da sombra do músculo psoas maior e um grande pneumoperitônio pode ser visto nas peritonites estercoráceas.

A tomografia computadorizada (TC) e o exame contrastado podem delimitar melhor a extensão do processo e ajudar no diagnóstico da doença, sobretudo no caso de pacientes idosos ou imunodeficientes, nos quais não ocorrem as manifestações clínicas do processo infeccioso.

#### 4. TRATAMENTO

Medicamentoso: pacientes com diverticulite leve, sem sinais de infecção sistêmica, sem íleo paralítico e com estado geral preservado podem ser tratados fora do ambiente hospitalar, com dieta sem resíduos, antibióticos via oral por 7 a 10 dias (cobertura para anaeróbicos e aeróbicos Gram-negativos) e acompanhamento rigoroso. A manutenção ou a piora dos sintomas após 48 h de tratamento indicam internação imediata do paciente. Em muitos casos, o tratamento medicamentoso agressivo, que inclui antibióticos endovenosos, hidratação, controle da dor e jejum, promove melhora clínica, com regressão dos sintomas em 48 a 72 horas.

Os antibióticos devem ser administrados por, pelo menos, 10 dias, e, após sinais de melhora clínica e laboratorial, pode-se trocar a antibioticoterapia endovenosa

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

por oral. A alimentação deve ser restabelecida gradualmente assim que houver melhora das dores abdominais e resolução do íleo paralítico.

Cirúrgico: as operações para o tratamento da diverticulite incluem procedimentos de emergência e eletivos. Este artigo aborda apenas os procedimentos de emergência.

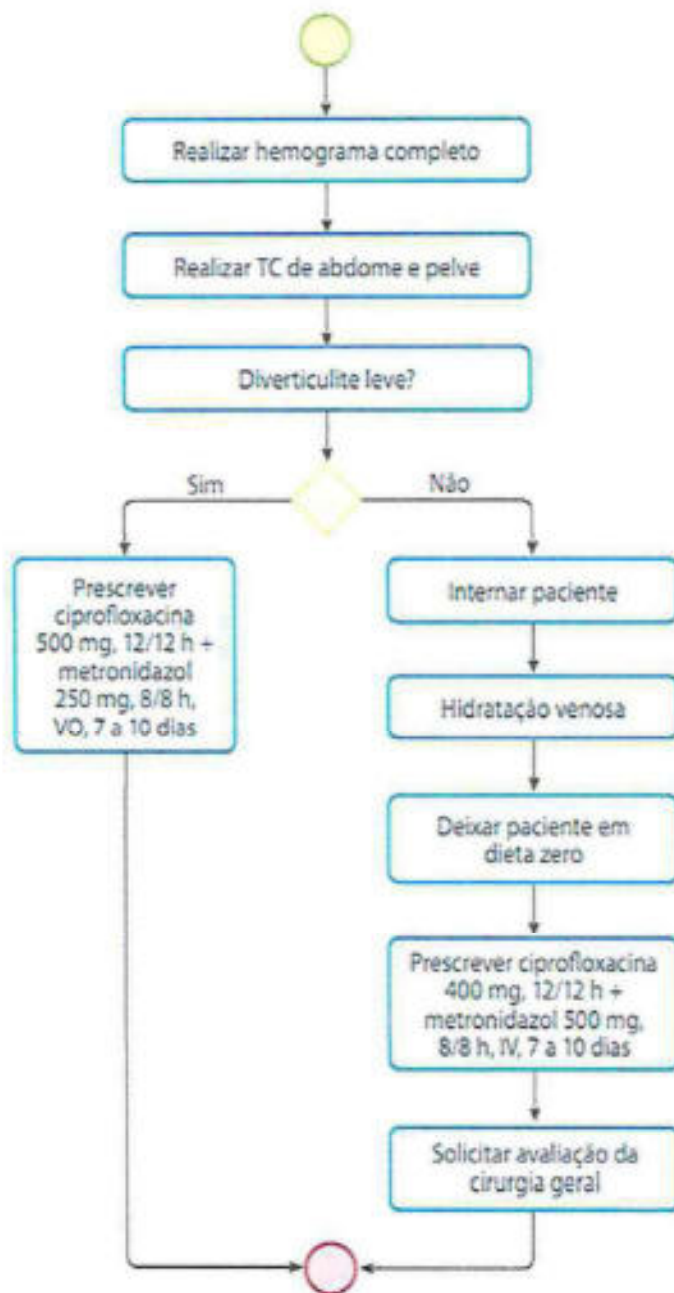
Nas peritonites purulentas e fecais, o procedimento cirúrgico de eleição é a ressecção do sigmoide com colostomia terminal e sepultamento do coto retal (cirurgia de Hartmann). Nos raros casos de diverticulite cecal ou de cólon direito, o procedimento recomendado é a colectomia direita com ileostomia e fistula mucosa.

## 5. REFERÊNCIA

GALVÃO-ALVES, J. Emergências em Gastroenterologia. 2. ed. RJ, Brasil: Rubio Editora; 2008.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DIVERTICULITE**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

## ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

### 1. INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Hepática (EH) é uma complicação frequente e uma das manifestações mais debilitantes da disfunção hepática (cirrose), afetando severamente a vida dos pacientes. O dano cognitivo associado à cirrose resulta em um pior prognóstico, além da necessidade de mais recursos para o adequado suporte clínico ao paciente.

Trata-se de uma disfunção cerebral causada por insuficiência hepática e/ou shunt portossistêmico, sendo um distúrbio metabólico potencialmente reversível. A amônia está relacionada à sua gênese, ao lado de várias neurotoxinas e fatores diversos, como o edema cerebral, o tônus GABAérgico e microelementos, como zinco e manganês.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As manifestações possuem um variado espectro neurológico, desde anormalidades que podem se apresentar de formas subclínicas até mesmo a estágios mais graves, como o coma. Classifica-se a EH de acordo com o grau de comprometimento da função hepática, a duração e as características do distúrbio neurológico, ou pela presença de fatores desencadeantes.

Os critérios mais utilizados na graduação da EH clinicamente aparente são os Critérios de West Haven (Tabela 1).

Tabela 1- Critérios de West Haven

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

CRITÉRIOS DE WEST HAVEN		
Estágio	Descrição	Achados Neurológicos
0	Sem sinais de encefalopatia.	Exame normal
1	Alterações leves de comportamento e de funções biorregulatórias, como: alternância do ritmo do sono; distúrbios discretos do comportamento, como riso e choro "fácil"; hálito hepático.	
2	Letargia ou apatia, lentidão nas respostas, desorientação no tempo e no espaço, alterações na personalidade e comportamento inadequado, presença de flapping.	
3	Sonolência e torpor com resposta aos estímulos verbais, desorientação grosseira e agitação psicomotora, desaparecimento do flapping.	Rigidez muscular e clônus, hiperreflexia
4	Coma não responsivo aos estímulos verbais e com resposta flutuante à dor.	Postura de decerebração

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico é baseado na história e no exame clínico do paciente. Classificações clínicas são usadas para analisar a gravidade da doença. Em geral, trata-se de um diagnóstico de exclusão devido à variabilidade dos sinais e sintomas inerentes a cada estágio da encefalopatia hepática.

Nos pacientes com EH de início recente, que possuem sinais e sintomas atípicos, como hipocinesia, lentidão psicomotora e uma falta de atenção, a EH pode ser facilmente esquecida no exame clínico. Em contraste, a detecção de desorientação e asterixis tem boa confiabilidade entre avaliadores. Portanto, diante desse cenário, orienta-se que o diagnóstico e a graduação da EH em cirróticos devam ser baseados em: 1) história clínica; 2) exclusão de outras causas, particularmente distúrbios metabólicos (uremia), doenças infecciosas, processos expansivos do SNC (hematomas, neoplasias), distúrbios psiquiátricos e alterações de comportamento, especialmente abstinência alcoólica; e 3) emprego dos Critérios de West Haven e/ou da Escala de Coma de Glasgow, segundo a qual a melhor resposta a estímulos verbais e à dor determinam um escore que se correlaciona com a gravidade do processo. Outros métodos complementares, incluindo testes psicométricos e investigações eletrofisiológicas, são particularmente úteis para o diagnóstico de EH grau I.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Durante análise laboratorial, o aumento isolado dos níveis de amônia não adicionam valor diagnóstico ou prognóstico; porém, quando em níveis normais, a encefalopatia hepática deve ser questionada.

Exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética do crânio (RNM), são úteis para identificação de complicações, como quadros hemorrágicos e hipertensão intracraniana por edema, e para diagnóstico diferencial, não contribuindo para o diagnóstico inicial ou informação sobre classificação.

#### 4. TRATAMENTO

A medida primária durante a abordagem terapêutica da encefalopatia hepática consiste em identificar o fator precipitante do quadro clínico, sendo os mais importantes e mais difíceis de serem controlados a hemorragia digestiva alta e as infecções bacterianas, mas ainda podem ser citados o uso de drogas, as alterações hidreletrolíticas sobrecarga proteica, entre outros. A busca ativa de eventuais fatores que possam provocar o surgimento de encefalopatia hepática é tarefa prioritária, devendo ser iniciada quando os primeiros sinais e sintomas surgirem.

A lactulose é a droga inicial para o tratamento da EH devido a sua atuação através da redução do pH do cólon, levando à conversão da amônia em sua forma não absorvível ( $\text{NH}_4^+$ ), e aumentando, assim, a velocidade do trânsito gastrointestinal e o volume das fezes. A posologia deve ser ajustada para que ocorram duas ou três evacuações por dia (15 a 60 ml/dia).

O uso de antibioticoterapia também pode ser empregado. Entre os mais usados em nosso meio encontra-se a neomicina, que, apesar de ser utilizada por muitos, não há estudos controlados que demonstrem sua eficácia em comparação com o tratamento apenas com lactulose, além de estar associada a oto e nefrotoxicidade. O metronidazol e a vancomicina têm sido eficazes em ensaios clínicos limitados e são mais bem tolerados do que a neomicina. Importante ressaltar que o metronidazol possui metabolização hepática e pode levar à neurotoxicidade em pacientes cirróticos; logo, deve ser utilizado em doses reduzidas.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Drogas antagonistas competitivas dos receptores de benzodiazepínicos, como o Flumazenil, são frequentemente utilizadas com o intuito de melhorar o estado de desorientação, sendo uma maneira de proteger a via aérea, evitando a ventilação mecânica assistida.

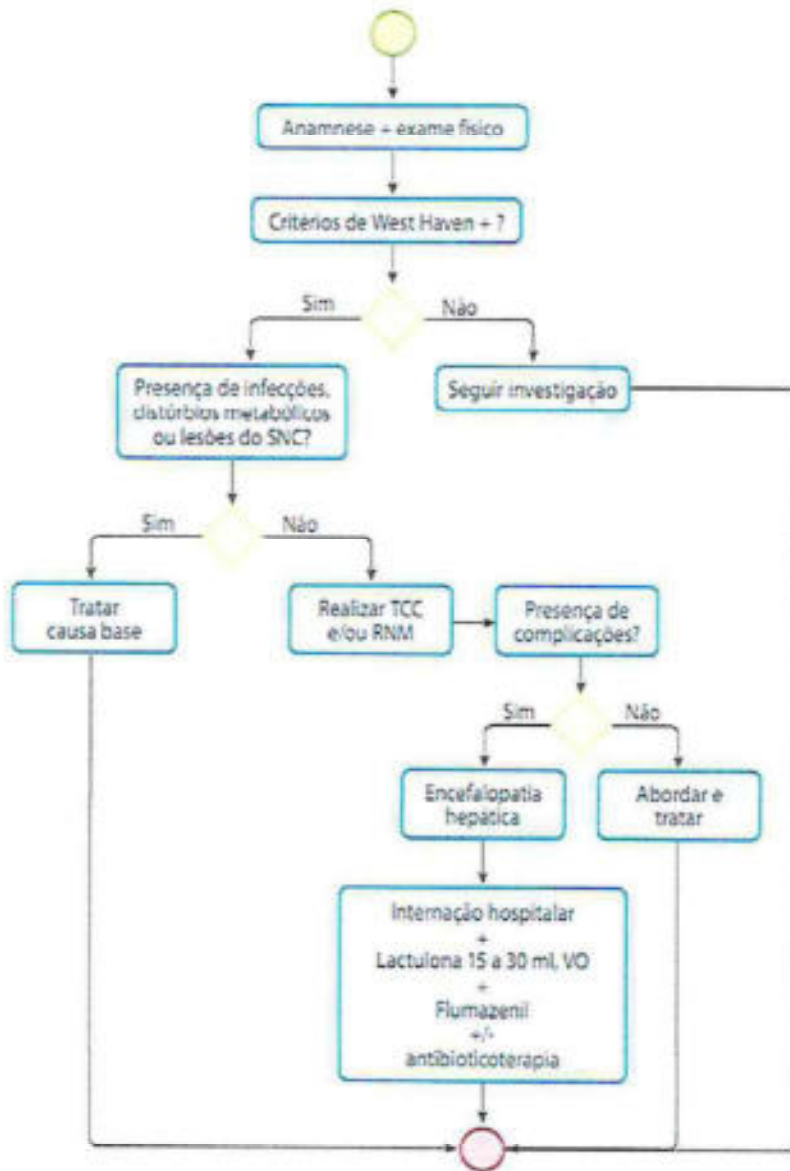
Diante do apresentado, fica evidente que o tratamento da EH exige a rápida identificação das causas precipitantes e a escolha do arsenal medicamentoso de acordo com as peculiaridades de cada paciente.

## 5. REFERÊNCIA

SLEISENGER & FORDTRAN. Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENCEFALOPATIA HEPÁTICA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA

### 1. INTRODUÇÃO

A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é definida como a infecção do líquido ascítico (LA) que ocorre na ausência de uma fonte intra-abdominal de infecção. A PBE é a infecção mais frequente no paciente com cirrose hepática, com prevalência em cirróticos hospitalizados com ascite que varia entre 10 e 30%. A infecção é, habitualmente, monobacteriana e paucibacilar. O desenvolvimento de PBE influencia negativamente o prognóstico de pacientes com cirrose.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Apesar do caráter pleomórfico de apresentação clínica, desde pacientes assintomáticos até aqueles com francos sinais de peritonite, a maior parte dos casos inclui pacientes oligossintomáticos. Frequentemente, os indivíduos apresentam queixas do tipo febre de origem indeterminada, encefalopatia hepática de início recente, desconforto/dor abdominal inespecífica, piora no controle da ascite (diminuição da resposta à diuretoterapia), ou mesmo um quadro de deterioração clínica associado à significativa queda do estado geral.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Uma vez que a PBE confere impacto negativo no prognóstico do paciente cirrótico, o diagnóstico precoce é determinante para a eficácia da terapêutica e a redução de mortalidade. Dessa forma, uma paracentese diagnóstica com análise do LA deve ser realizada em todos os pacientes cirróticos com ascite admitidos para internação hospitalar, independentemente da ausência de sinais ou sintomas que sugiram a presença da infecção. O exame citológico do LA, através da contagem dos polimorfonucleares (PMN), é, na prática, o que determina um diagnóstico mais ágil, possibilitando início imediato da terapia antimicrobiana.

A maior sensibilidade para o diagnóstico é alcançada com um cut off de 250 PMN/mm<sup>3</sup>, embora a melhor especificidade seja conseguida com a contagem de 500 PMN/mm<sup>3</sup>. Pacientes com < 250 células/mm<sup>3</sup> no LA, porém com cultura positiva, são considerados portadores de Bacteriascrite e devem ser tratados

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

somente se apresentarem sintomas sugestivos de PBE, já que em 62% dos casos há resolução espontânea do quadro.

A despeito da relevância prática do exame de celularidade no LA, o exame bacteriológico permanece importante na avaliação de pacientes com suspeita de PBE. Seu papel, mais do que estabelecer o diagnóstico, é o de orientar a terapêutica nos casos de resposta insatisfatória à terapêutica empírica inicial. Em infecções comunitárias, os microorganismos mais frequentemente isolados são as enterobactérias Gram-negativas, sendo a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae* as bactérias mais comuns. Já nas infecções nosocomiais, as bactérias Gram-positivas são as responsáveis pela maioria dos casos. Com relação à cultura do LA, a positividade varia entre 50 e 80% quando o material é coletado em frascos de hemocultura à beira do leito com 10 a 20 ml de LA.

#### 4. TRATAMENTO

A terapia antibiótica deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico de PBE ser estabelecido. O tratamento inicial é empírico e não deve ser retardado, à espera dos testes de cultura e sensibilidade antimicrobiana dos microorganismos. Atualmente, as cefalosporinas de terceira geração são consideradas o padrão ouro no tratamento da PBE, como a cefotaxima. Outras cefalosporinas de terceira geração são altamente efetivas no tratamento da PBE. A taxa de resolução com ceftriaxone (2 g IV a cada 24 h) é de 90 a 100% e a mortalidade hospitalar, de 30%. O uso de albumina na dose de 1 g por quilo de peso corporal no momento do diagnóstico de PBE e 1,5 g por quilo de peso corporal no terceiro dia de tratamento reduz a incidência de insuficiência renal e melhora a sobrevida hospitalar de três meses em pacientes cirróticos com PBE.

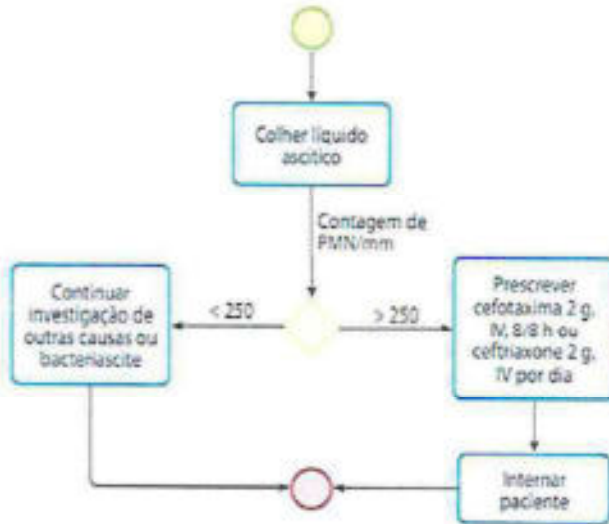
#### 5. REFERÊNCIA

ALVES, J. G. Temas de atualização em Gastroenterologia. 1. ed. Rio de Janeiro: José Galvão Alves, 2012.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

## HEMATO-ONCO

### ANEMIA FALCIFORME

#### 1. INTRODUÇÃO

A doença falciforme é umas das alterações genéticas mais frequentes no Brasil e constitui-se em um grupo de doenças genéticas caracterizadas pela predominância da hemoglobina S (HbS) nas hemácias: anemia falciforme (HbSS), HbSC, S-talasseмииs, além de outras mais raras, como as Hb SD e Hb SE. É caracterizada por anemia hemolítica crônica e fenômenos vasoclusivos que levam a crises dolorosas agudas e à lesão tecidual e orgânica crônica e progressiva.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De modo geral, além da anemia crônica, as diferentes formas de doenças falciformes caracterizam-se por numerosas complicações, que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas com expressiva morbidade e redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Além das manifestações de anemia crônica, o quadro é dominado por episódios de dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções e enfartes pulmonares, retardo do crescimento e maturação sexual, acidente vascular cerebral e comprometimento crônico de múltiplos órgãos, sistemas ou aparelhos.

Devido ao encurtamento da vida média das hemácias, pacientes com doenças falciformes apresentam hemólise crônica, que se manifesta por palidez, icterícia, elevação dos níveis de bilirrubina indireta, do urobilinogênio urinário e do número de reticulócitos. A contínua e elevada excreção de bilirrubinas resulta, frequentemente, em formação de cálculos de vesícula contendo bilirrubinato.

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A detecção efetiva das diversas formas de doenças falciformes requer diagnóstico preciso, baseado principalmente em técnicas eletroforéticas, hemograma e dosagens da hemoglobina fetal.

#### 4. TRATAMENTO

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Não há tratamento específico para as doenças falciformes. Assim, medidas gerais e preventivas no sentido de minorar as consequências da anemia crônica, as crises de falcização e a susceptibilidade às infecções são fundamentais na terapêutica desses pacientes. Essas medidas incluem: boa nutrição, profilaxia, diagnóstico e terapêutica precoce das infecções, manutenção de boa hidratação e evitamento condições climáticas adversas. É importante, também, orientar pacientes e mães da necessidade de procurar tratamento médico sempre que ocorrer febre persistente acima de 38 °C, dor torácica e dispnéia, dor abdominal, náuseas e vômito, cefaleia persistente, letargia ou alteração de comportamento, aumento súbito do volume do baço e priapismo. Exames de rotina, como, urina I, protoparasitológico, RX de tórax, eletrocardiograma e, se possível, ecocardiograma, creatinina e clearance, eletrólitos, ultrassom de abdome, proteinúria, provas de função hepática e visita ao oftalmologista com pesquisa de retinopatia devem ser realizados anualmente e repetidos sempre que necessário. Hemograma deve ser realizado pelo menos duas vezes ao ano, pois redução nos níveis basais de hemoglobina podem indicar insuficiência renal crônica ou crise aplástica.

#### 4.1. Hidratação

Desidratação e hemoconcentração precipitam crises vaso-oclusivas. Por outro lado, indivíduos com doença falciforme são particularmente susceptíveis à desidratação devido à incapacidade de concentrar a urina, com consequente perda excessiva de água. Assim, a manutenção de boa hidratação é importante, principalmente durante episódios febris, calor excessivo, ou situações que cursem com diminuição do apetite. Para indivíduos adultos, recomenda-se a ingestão, de pelo menos, dois litros de líquido por dia, na forma de água, chá, sucos ou refrigerantes, quantidade esta que deve ser aumentada prontamente nas situações acima citadas.

#### 4.2. Transfusão

Terapia transfusional deve ser evitada no tratamento rotineiro de pacientes com doenças falciformes e está contraindicada em anemia assintomática, crises dolorosas não complicadas, infecções que não comprometam a sobrevivência ou

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

instalação de necroses assépticas porque está demonstrada a ausência de eficácia. As transfusões devem ser realizadas com hemácias fenotipadas (para se evitar aloimunização) e depletadas de leucócitos, na forma de hemácias ou filtradas. Especificamente para as doenças falciformes, as indicações de transfusão incluem, ainda, a melhora nas propriedades reológicas do sangue, diminuindo a proporção de hemácias com HbS. Vários estudos demonstram que, quando a proporção de células contendo HbS excede 30 a 40%, a resistência ao fluxo aumenta abruptamente. Por outro lado, o aumento do hematócrito leva ao aumento da viscosidade sanguínea. Assim, transfusões simples podem promover o aumento da viscosidade e a oclusão vascular, impedindo o aumento da liberação do oxigênio para os tecidos. Portanto, em várias situações pode ser necessária a exsanguineotransfusão automatizada ou manual.

#### Indicações específicas de transfusão

##### a) Crises dolorosas

É uma das manifestações mais características da doença falciforme. Consiste em dor em extremidades, região lombar, abdome ou tórax, usualmente associada a febre e urina escura ou vermelha. As crises de dor frequentemente resultam de necrose avascular da medula óssea. O aumento da pressão intramedular secundário à resposta inflamatória do processo necrótico é, provavelmente, a causa da dor. Essa hipótese é corroborada pelo achado de aspirado dos sítios de dor óssea que apresenta necrose e/ou infiltrado neutrofilico purulento.

Infecções, alterações climáticas e fatores psicológicos têm sido comumente sugeridos como possíveis desencadeantes. Outros fatores associados são: altitude, acidose, sono e apneia, estresse e desidratação. Na maioria dos casos, entretanto, não é possível a identificação do fator etiológico. Normalmente, as áreas mais envolvidas são joelho, coluna lombo-sacra, cotovelo e fêmur e, em crianças menores de 5 anos, a síndrome mão-pé.

A severidade da dor é bastante variada, desde episódios moderados e transitórios (5 a 10 minutos de duração), até episódios generalizados que duram dias ou semanas, necessitando de internação hospitalar. O padrão de dor varia

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

de um paciente para outro: alguns com ataques graves repetidos (20%); outros negando qualquer sintomatologia dolorosa (30%); e uma boa parte, cerca de 50%, com uma crise grave por ano, ou múltiplas crises moderadas, ou outras variações.

O tratamento é de suporte. As metas são aliviar a dor e tratar os problemas desencadeantes, principalmente infecção, hipóxia, acidose e desidratação. Os pacientes com dor sempre devem ser avaliados para hemotransfusão, ou mesmo exsanguineotransfusão, embora raramente melhore o quadro de dor. Pacientes com quadros frequentes de dor podem se beneficiar de transfusões regulares por um curto período.

O uso cuidadoso, consistente e adequado de analgésicos é a chave para o tratamento das crises de dor.

#### b) Acidente Vascular Cerebral

Complicações neurológicas ocorrem em até 25% dos pacientes com anemia falciforme. A recorrência desse evento é frequente e acontece em cerca de 50% dos pacientes, geralmente nos primeiros três anos após o AVC. Entretanto, transfusões crônicas reduzem em até 90% a recorrência de episódios trombóticos. Estudos angiográficos demonstram que há recuperação e melhora do fluxo vascular nos pacientes que desenvolvem AVC e são submetidos a exsanguineotransfusão.

Na vigência do AVC, o paciente deve ser internado, sendo iniciada a exsanguineotransfusão a fim de mantê-lo isovolêmico, com nível de hemoglobina em torno de 10 g/dl e HbS menor do que 30%. Na fase aguda, recomenda-se troca de 75 a 100 ml de sangue/kg de peso. Desse modo, hemácias estocadas por menos de cinco dias podem ser reconstituídas em salina ou plasma para hematócrito de 28 a 30%. Os níveis de Hb S, hematócrito, cálcio, fósforo, sódio, potássio e magnésio devem ser monitorados após a transfusão.

Após a fase aguda, pode-se iniciar programa de transfusão crônica para manutenção da HbS abaixo de 30%, evitando-se hiperviscosidade ou

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

transfusões além do necessário. Uma possibilidade é a realização de transfusões simples a cada três ou quatro semanas.

Após cinco anos de terapia transfusional, pacientes com persistente obstrução ou estenose, detectada por angiografia ou ressonância magnética, devem continuar em programa de transfusão. Pacientes que apresentam franca melhora ou completa correção da vasculopatia, documentada por arteriografia, podem ter o programa interrompido. Aqueles que durante o programa não apresentaram deterioração clínica ou laboratorial podem ter o programa modificado a fim de manter a HbS em torno de 50%.

#### c) Síndrome Torácica Aguda

Exsanguineotransfusão ou transfusões simples podem ser utilizadas na síndrome torácica aguda, resultando em dramática melhora do quadro.

#### d) Anemia

Anemia não é indicação de transfusão porque ocorre adaptação com aumento do 2,3 difosfoglicerato, melhor afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, melhor liberação do oxigênio para os tecidos e aumento do rendimento cardíaco. Assim, a maioria dos pacientes com anemia falciforme tolera bem a anemia. Pacientes mais velhos, com doença cardíaca ou insuficiência respiratória às vezes necessitam de níveis de hemoglobina superiores a 8 g/dl. Formalmente, não há indicação de transfusão em pacientes assintomáticos com níveis de Hb maiores que 5 g/dl.

#### e) Crises Aplásticas

Essas crises são comuns, transitórias e, muitas vezes, não requerem transfusão. Há indicação de transfusão apenas quando há comprometimento da função cardíaca ou níveis de Hb inferiores a 4 g/dl com reticulocitopenia. Nesse caso, deve-se proceder à infusão de 1 ml de hemácias/kg/h acompanhada de diuréticos para prevenir falência cardíaca. Pode-se utilizar, também, exsanguineotransfusão a fim de evitar perturbações no volume sanguíneo em pacientes clinicamente instáveis.

#### f) Crises de Sequestro Esplênico

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Nesse caso, pode-se utilizar sangue total ou hemácias reconstituídas com salina ou plasma. Muitos pacientes requerem esplenectomia para prevenir crises recorrentes.

#### g) Priapismo

Outra indicação de exsanguineotransfusão parcial ou transfusão simples são episódios de priapismo. Se a estase é parcial, as transfusões melhoram o fluxo e previnem a obstrução.

#### h) Septicemia

Transfusões podem ser indicadas para pacientes em condições instáveis ou choque, durante episódios de septicemia, com o objetivo de elevar a Hb para níveis superiores a 10 g/dl e HbS < 30%.

#### i) Gestação

O uso de transfusões no último trimestre da gestação com o objetivo de obter níveis de Hb em torno de 10 g/dl e HbS < 30% é controverso. Importante estudo recentemente publicado sugere que transfusões profiláticas são desnecessárias na anemia falciforme. Entretanto, estão indicadas em gestações de alto risco, história prévia de mortalidade perinatal, toxemia, septicemia, anemia grave e síndrome torácica aguda.

#### j) Cirurgia

Não há estudos controlados neste tópico; entretanto, parece prudente transfundir pacientes com anemia falciforme antes de cirurgias ou anestesia com o objetivo de manter a HbS próximo de 30% e os níveis de Hb em torno de 10 g/dl. Em crianças, pode-se iniciar as transfusões seis semanas antes da cirurgia, repetindo-as com intervalos de duas semanas. Não há dados referentes à cirurgia em indivíduos com Hemoglobinopatia SC ou outras doenças falciformes não anêmicas, mas deve-se evitar hiperviscosidade e uso de transfusões simples.

## 5. REFERÊNCIAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

ARAÚJO, A. Complicações e expectativa de vida na doença falciforme: o maior desafio. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, São Paulo, 2010.

BRASIL, ANVISA. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes. Brasília, ANVISA, 2001.

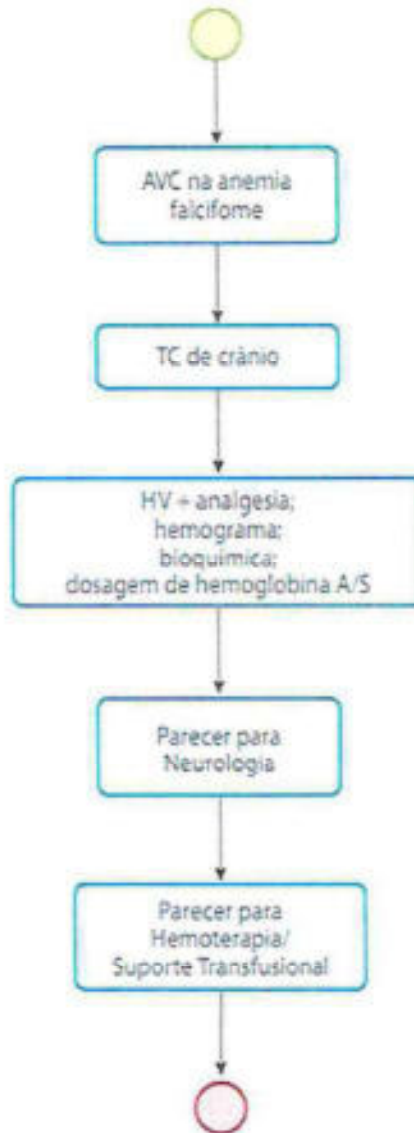
CAMPOS, J. et al. Treatment of the acute sickle cell vaso-occlusive crisis in the Emergency Department: a Brazilian method of switching from intravenous to oral morphine. European Journal of Haematology; Volume 93, Issue 1, pages 34–40, July 2014

---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*(Handwritten initials and signature are present to the right of the table)*

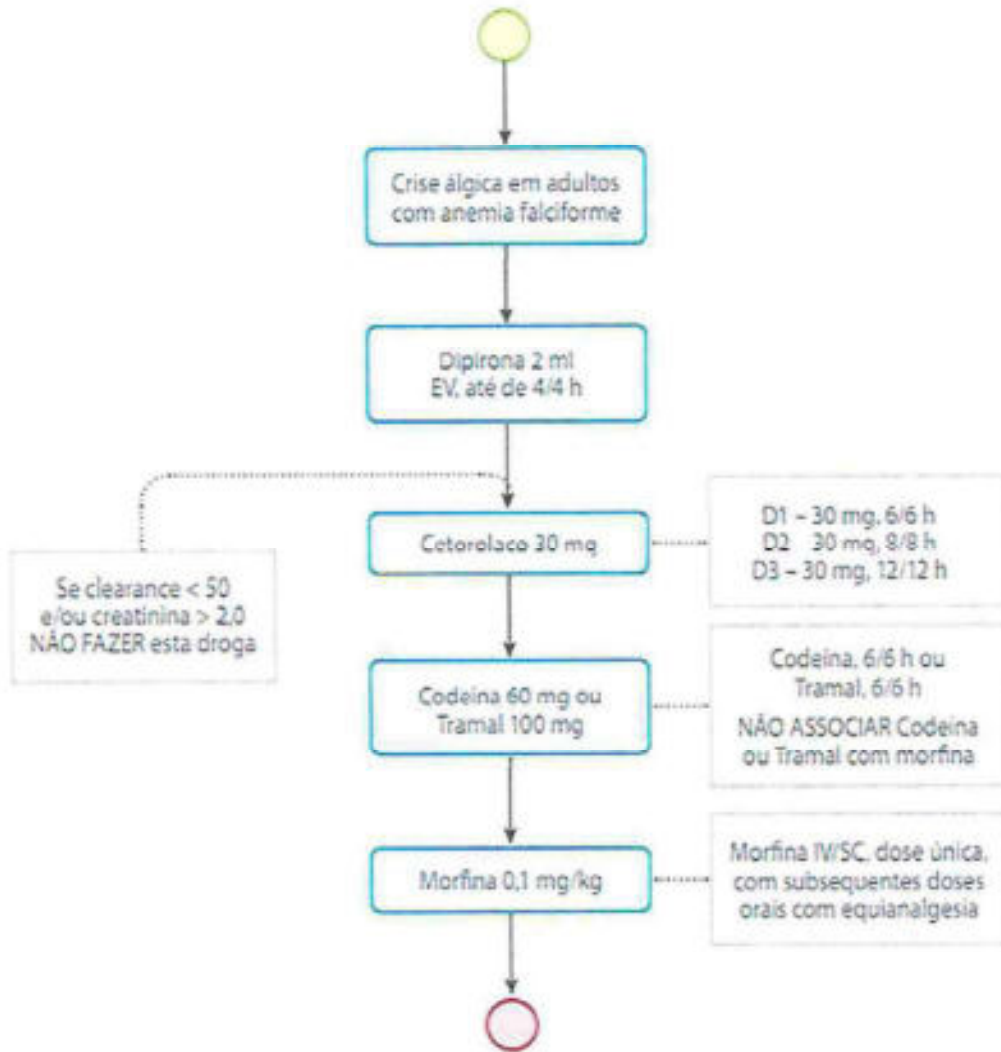
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AVC NA ANEMIA FALCIFORME



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

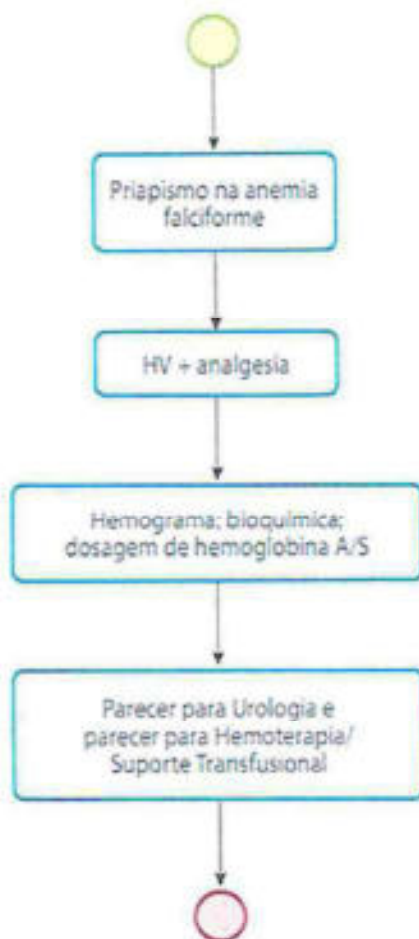
*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A CRISES ÁLGICAS EM ADULTOS  
COM ANEMIA FALCIFORME**



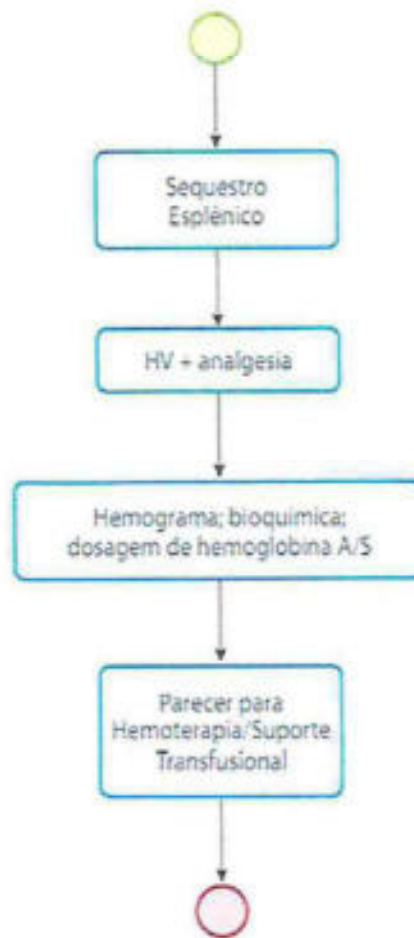
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PRIAPISMO NA ANEMIA FALCIFORME



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

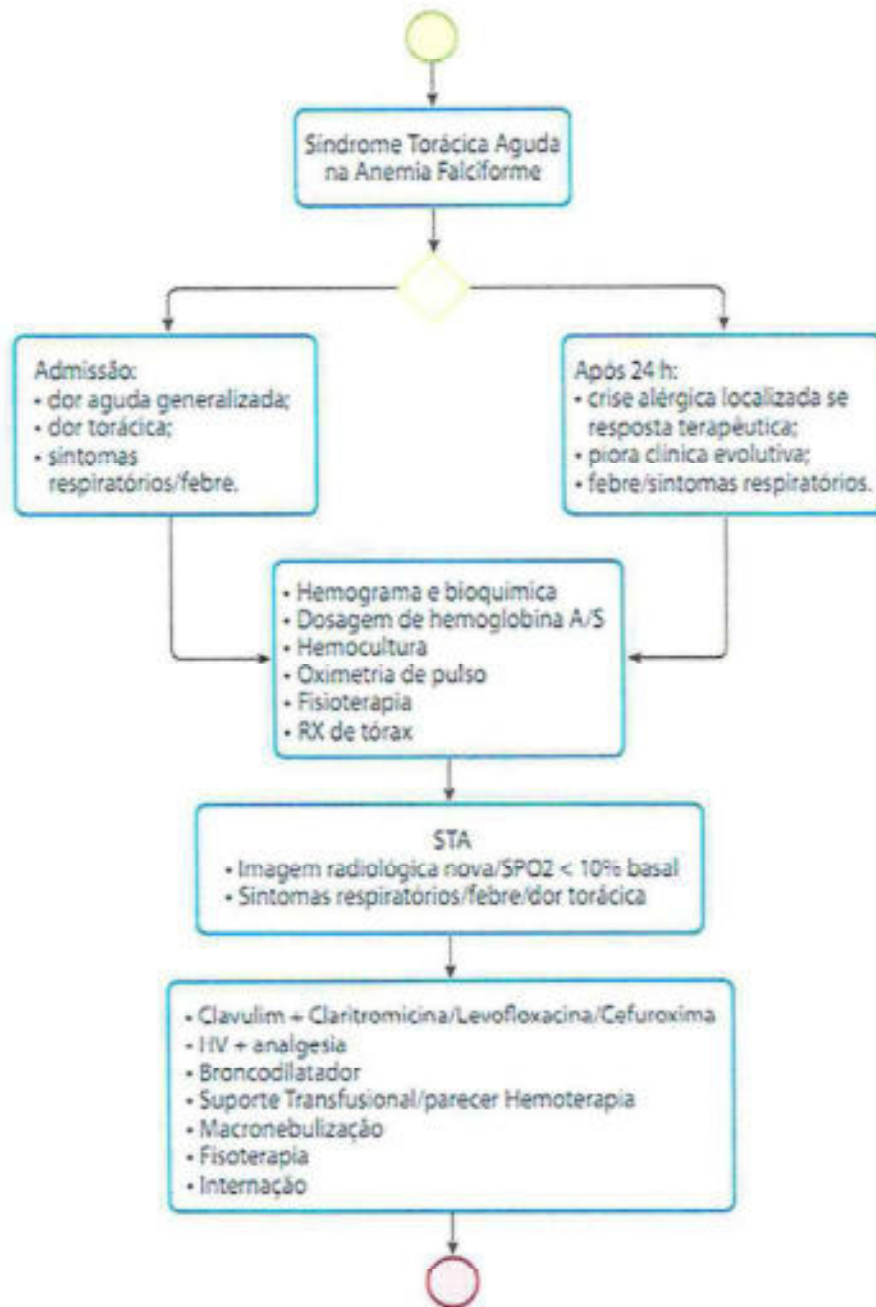
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO SEQUESTRO ESPLÊNICO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*(Handwritten signatures and initials)*

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME TORÁCICA AGUDA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*Handwritten signature and initials in blue ink.*

## NEUTROPENIA FEBRIL

### 1. INTRODUÇÃO

A Neutropenia Febril (NF) se caracteriza por febre  $\geq 37,8$  °C em pacientes com contagem de neutrófilos  $< 1000$  ou com perspectiva de queda abaixo de 1000. Tal contagem deve ser calculada somando-se o número de mielócitos, metamielócitos, bastões e segmentados no diferencial leucocitário.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A NF configura uma urgência oncológica e deve ser tratada o mais rápido possível, sendo instituída terapia com antibiótico venoso. O paciente pode se apresentar sem foco infeccioso evidente e, portanto, o rastreio deve ser feito de forma abrangente. Existe um amplo espectro de apresentações clínicas da doença, variando desde pico febril isolado até choque séptico.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Ao ser admitido na emergência, o paciente com febre e suspeita de neutropenia deve passar por anamnese completa e exame físico detalhado em busca de focos infecciosos. Os seguintes exames devem ser solicitados **IMEDIATAMENTE** e os resultados liberados em no máximo 1 hora:

- hemograma completo;
- bioquímica com dosagem de PCR, função renal e hepática, além de eletrólitos;
- EAS e urinocultura;
- coagulograma;
- 2 sets de hemoculturas de sangue periférico com amostra para germes aeróbios e anaeróbios;
- se o paciente for portador de catéter semi ou totalmente implantável, colher amostras de hemoculturas de todas as vias do cateter, além das amostras periféricas;
- RX de tórax.

### 4. TRATAMENTO

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	





O tratamento deve ser iniciado imediatamente de forma empírica após coleta do laboratório descrito, com antibioticoterapia com boa cobertura anti-pseudomonas/Beta lactamase, como Cefepime, Carbapenêmicos ou Piperacilina/Tazobactam nas doses descritas a seguir, visto que os germes Gram-negativos são os mais comumente associados ao quadro. Dosagem recomendada:


- Cefepime 2g IV 8/8 h;
- Piperacilina/Tazobactam 4,5g IV 6/6 h;
- Meropenem 1g IV 8/8 h.

Em caso de suspeita de infecção por Gram+ (menos comum, porém, geralmente, mais grave), como infecção de cateter, infecção de pele ou tecido subcutâneo, ou instabilidade hemodinâmica, associar Vancomicina 1g IV 12/12 h às drogas descritas anteriormente.

## 5. REFERÊNCIA

FREIFELD, A. G., BOW, E. J., SEPKOWITZ, K. A., BOECKH, M. J. ITO, J. I., MULLEN, C. A., RAAD, I. I., ROLSTON, K. V., YOUNG, J. H. WINGARD, J. R. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



# ANEXO I

# Protocolos Clínicos

Conteúdo	
<b>GINECOLOGIA</b>	521
<b>ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	521
PROCOLO DE ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL	526
<b>DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA</b>	528
PROCOLO DE ATENDIMENTO À DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA	531
<b>SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL</b>	532
PROCOLO DE ATENDIMENTO A SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL	534
<b>OBSTETRÍCIA</b>	535
<b>CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE/ TARDIO</b>	535
PROCOLO DE ATENDIMENTO A ABORTAMENTO	539
<b>PLACENTA PRÉVIA</b>	540
PROCOLO DE ATENDIMENTO À PLACENTA PRÉVIA	543
<b>PRÉ-ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا</b>	544
PROCOLO DE ATENDIMENTO À PRÉ-ECLÂMPسيا	551
PROCOLO DE ATENDIMENTO A TRABALHO DE PARTO	555
<b>CARDIOLOGIA</b>	556
<b>ANGINA INSTÁVEL / INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST</b>	556
PROCOLO DE ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST	563
<b>DOR TORÁCICA</b>	565
PROCOLO DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA	569
<b>CRISE HIPERTENSIVA</b>	570
PROCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS	575
<b>INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO</b>	577
PROCOLO DE ATENDIMENTO A IAM COM SUPRA DE ST	584
<b>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA</b>	585
PROCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA	593
<b>TAQUIARRITMIAS</b>	595
PROCOLO DE ATENDIMENTO A TAQUIARRITMIAS	608
<b>CCIH</b>	609
<b>SEPSE / CHOQUE SÉPTICO</b>	609
PROCOLO DE ABORDAGEM SIMPLIFICADA DA SEPSE	617
(CONTINUAÇÃO) PROCOLO DE Tratamento DE Choque Séptico	618
<b>ENDOCRINOLOGIA</b>	619
<b>CETOACIDOSE DIABÉTICA</b>	619
PROCOLO DE ATENDIMENTO À CETOACIDOSE DIABÉTICA	625

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

<b>CRISE TIREOTÓXICA</b> .....	628
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE TIREOTÓXICA</b> .....	630
<b>ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)</b> .....	631
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)</b> .....	633
<b>ESTADO MIXEDEMATOSO</b> .....	633
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO MIXEDEMATOSO</b> .....	638
<b>INSUFICIÊNCIA ADRENAL</b> .....	637
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA ADRENAL</b> .....	639
<b>GASTROENTEROLOGIA</b> .....	639
<b>DIVERTICULITE</b> .....	639
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DIVERTICULITE</b> .....	643
<b>ENCEFALOPATIA HEPÁTICA</b> .....	644
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENCEFALOPATIA HEPÁTICA</b> .....	648
<b>PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA</b> .....	649
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA</b> .....	651
<b>HEMATO-ONCO</b> .....	652
<b>ANEMIA FALCIFORME</b> .....	652
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AVC NA ANEMIA FALCIFORME</b> .....	659
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A CRISES ÁLGICAS EM ADULTOS COM ANEMIA FALCIFORME</b> .....	660
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PRIAPISMO NA ANEMIA FALCIFORME</b> .....	661
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO SEQUESTRO ESPLÊNICO</b> .....	662
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME TORÁCICA AGUDA</b> .....	663
<b>NEUTROPENIA FEBRIL</b> .....	664
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À NEUTROPENIA FEBRIL</b> .....	666
<b>REAÇÕES TRANSFUSIONAIS</b> .....	667
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À REAÇÃO TRANSFUSIONAL</b> .....	671
<b>SÍNDROME DE LISE TUMORAL</b> .....	672
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME DE LISE TUMORAL</b> .....	674
<b>TROMBOCITOPENIA AUTOIMUNE</b> .....	675
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À TROMBOCITOPENIA IMUNE AGUDA</b> .....	676
<b>INFECTOLOGIA</b> .....	677
<b>CHIKUNGUNYA</b> .....	677
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO CLÍNICO DE CHIKUNGUNYA</b> .....	679
<b>DENGUE</b> .....	680
<b>PROTOCOLO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DE DENGUE</b> .....	684
<b>FEBRE TIFOIDE</b> .....	685
<b>PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A QUADRO SUSPEITO DE FEBRE TIFOIDE</b> .....	686

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

<b>INFLUENZA</b> .....	687
PROCOLO DE ATENDIMENTO A PACIENTE COM SÍNDROME GRIPAL .....	690
<b>LEPTOSPIROSE</b> .....	691
PROCOLO DE ATENDIMENTO A SUSPEITA DE LEPSTOPIROSE .....	693
<b>MORDEDURA ANIMAL E HUMANA</b> .....	694
PROCOLO DE ATENDIMENTO À VÍTIMAS DE MORDEDURA ANIMAL/HUMANA .	700
<b>ZIKA</b> .....	701
PROCOLO DE NOTIFICAÇÃO DE CASOS DE ZIKA, EM NÃO GESTANTES.....	704
<b>NEFROLOGIA</b> .....	705
<b>HIPOCALCEMIA</b> .....	705
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPOCALCEMIA .....	706
<b>HIPERCALCEMIA</b> .....	707
PROCOLO DE ATENDIMENTO A DISTÚRBIOS DO CÁLCIO.....	708
<b>DISTÚRPIO ACIDOBÁSICO</b> .....	709
PROCOLO DE ATENDIMENTO A DISTÚRBIOS ÁCIDOSBÁSICOS.....	712
<b>HIPERNATREMIA</b> .....	713
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPERNATREMIA.....	715
<b>INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA</b> .....	715
PROCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA .....	718
<b>INFECÇÃO URINÁRIA NA EMERGÊNCIA</b> .....	719
PROCOLO DE ATENDIMENTO À INFECÇÃO URINÁRIA NA EMERGÊNCIA .....	721
<b>RABDOMIÓLISE</b> .....	722
PROCOLO DE ATENDIMENTO À RABDOMIÓLISE .....	724
<b>HIPERCALEMIA</b> .....	724
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPERCALEMIA.....	726
<b>HIPOCALEMIA</b> .....	727
PROCOLO DE ATENDIMENTO À HIPOCALEMIA .....	728
<b>NEUROLOGIA</b> .....	729
<b>ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL</b> .....	729
PROCOLO DE ATENDIMENTO AO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL.....	732
<b>FRAQUEZA MUSCULAR AGUDA (PARAPARESIA OU TETRAPARESIA)</b> .....	732
Protocolo de atendimento à Fraqueza Muscular Aguda .....	738
PROCOLO DE ATENDIMENTO A MENINGITE.....	745
<b>PNEUMOLOGIA</b> .....	746
<b>ASMA</b> .....	746
PROCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE DE ASMA NA EMERGÊNCIA.....	751
<b>DERRAME PLEURAL</b> .....	752
PROCOLO DE ATENDIMENTO AO DERRAME PLEURAL – TORACOCENTESE...	767

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO DERRAME PLEURAL – LÍQUIDO PLEURAL .....	768
<b>DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA</b> .....	769
PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA GRAVIDADE DA DPOC NA EMERGÊNCIA.....	777
(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DPOC EM EXACERBAÇÃO .....	778
<b>PNEUMONIA</b> .....	779
ATB – ANTIBIOTICOTERAPIA EMPÍRICA INICIAL CONFORME ESTRATIFICAÇÃO POR NÍVEL DE GRAVIDADE .....	785
(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE GRAVE .....	786
(CONTINUAÇÃO) ESCORE DA AVALIAÇÃO CRB-65.....	787
(CONTINUAÇÃO) ESCORE DA AVALIAÇÃO CURB-65 .....	788
(CONTINUAÇÃO) ETAPAS PARA AVALIAÇÃO DO LOCAL DE TRATAMENTO DA PAC .....	789
<b>PNEUMOTÓRAX</b> .....	790
TIPOS E CAUSAS DE PNEUMOTÓRAX I .....	795
(CONTINUAÇÃO) TIPOS E CAUSAS DE PNEUMOTÓRAX II.....	796
<b>PSIQUIATRIA</b> .....	797
<b>EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS</b> .....	797
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS .....	799
<b>ORTOPEDIA</b> .....	800
<b>DORSALGIA</b> .....	800
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DORSALGIA.....	803
<b>ENTORSE DE JOELHO</b> .....	803
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENTORSE DE JOELHO.....	806
<b>ENTORSE DE TORNOZELO</b> .....	807
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENTORSE DE TORNOZELO.....	810
<b>LUXAÇÃO DE OMBRO</b> .....	810
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À LUXAÇÃO DE OMBRO.....	814
<b>TORCICOLO</b> .....	815
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TORCICOLO .....	816
<b>PROTOCOLO ENFERMAGEM</b> .....	817
<b>POP - CARRINHO DE EMERGÊNCIA</b> .....	817
<b>MEDICAMENTOS E INSUMOS – CARRINHO DE EMERGÊNCIA</b> .....	819

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PROTOCOLO DE GINECOLOGIA

### ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

#### 1. INTRODUÇÃO

A violência sexual produz consequências traumáticas e irreparáveis para quem a sofre, guardando proporções pandêmicas e universais.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) define violência como o “uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”.

A ordem patriarcal é de tal sorte violenta que inverte responsabilizações e desloca, na maioria das vezes, sensações de culpa e medo para as próprias mulheres, fazendo com que se sintam humilhadas, envergonhadas e desonradas à vista da sociedade e, muitas vezes, diante da própria família, o que multiplica o trauma sofrido, provocando o silenciamento e a dificuldade de expor a situação aos profissionais de saúde. Daí é importante compreender que as agressões e os abusos sexuais vêm acompanhados por chantagens e ameaças que atemorizam, humilham e intimidam quem os sofre ou sofreu.

Estima-se que a violência sexual atinja 12 milhões de pessoas a cada ano no mundo. No Brasil, 23% das mulheres estão sujeitas à violência doméstica – forma mais recorrente da violência de gênero na esfera privada –, sendo que 70% desses crimes contra mulheres ocorrem dentro de casa e são praticados pelo próprio companheiro ou marido.

A violência sexual repercute na saúde física, desde o risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV, até a gravidez indesejada, agravando o quadro já traumático, e na saúde mental – com quadro de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e distúrbios psicossomáticos.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Para quem sofreu tal crime, o simples fato de ter que procurar o sistema de saúde e/ou a delegacia de polícia já é um agravo resultante dessa violência.

Em âmbito internacional, o Brasil é signatário da CEDAW (Convenção sobre Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres), da Convenção de Belém do Pará, da Conferência de Beijing e do Cairo, entre outras. Há, ainda, em âmbito nacional, marcos políticos de suma importância, como: a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM); a Lei de Notificação Compulsória, no caso de violência contra mulheres, crianças, adolescentes e pessoas idosas atendidas em serviços de saúde públicos ou privados (Lei nº 10778/2003, art. 13 da Lei nº 8069/1990, art. 19 da Lei nº 10741/2003); e a Lei Maria da Penha (Lei nº 11340/2006), entre outras.

O processo de acolhimento e orientação profissional tem que ser livre de julgamento ou valores morais. Desse modo, relativizar crenças e atitudes culturalmente enraizadas, também por parte dos profissionais, é essencial para a condução de uma saúde pública genuinamente integral, universal e igualitária.

As ações de atenção à saúde devem ser acessíveis para toda a população, do município ou da região, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo as medidas de emergência, o acompanhamento, a reabilitação e o tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher.

Não há obrigatoriedade da organização de um serviço específico para esse fim, e a assistência pode ser incluída e integrada às demais ações habituais do serviço.

É importante a notificação de qualquer suspeita ou confirmação de violência pelos profissionais de saúde que integram a rede de atenção às mulheres e aos adolescentes em situação de violência; essa notificação deverá ser realizada pelo médico, possuindo caráter sigiloso.

A recusa do atendimento à vítima de violência sexual é caracterizada como omissão de socorro (art. 13, § 2º do Código Penal).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	





A exigência de apresentação de boletim de ocorrência policial e laudo do IML para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal.

## 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A maioria das vítimas pode não apresentar lesões, o que não significa que não houve violência. Se houver lesão, esta deverá ser detalhadamente descrita e localizada por meio de desenhos e fotografias. Os hematomas e lacerações genitais são os danos físicos mais frequentes. Lesões perfurocortantes, traumatismos, escoriações, mordidas, arranhaduras, queimaduras, equimoses e abdome agudo podem estar presentes. O atendimento imediato aos casos de violência sexual recente permite oferecer medidas de proteção, como a anticoncepção de emergência e as profilaxias de DSTs, Hepatite B e HIV, evitando danos futuros para a saúde da mulher. A atenção ao abortamento, previsto por lei, necessita de mais recursos, o que reserva essa etapa do atendimento para unidades de saúde específicas.

## 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Atendimento em local específico que garanta a privacidade da paciente, com materiais e equipamentos de ambulatório de Ginecologia/Obstetrícia. Equipe multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais). Realizar medidas protetoras (anticoncepção de emergência e profilaxia de DST/ HIV e hepatite). Profilaxia de DSTs, hepatites e HIV não são indicadas em caso de violência crônica e prolongada, como nos casos de crianças, em que há tipos de abusos diferentes da penetração vaginal, anal e oral. Normas gerais de atendimento: entrevista, registro da história, exame clínico e ginecológico (coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação de provável agressor), exames complementares e acompanhamento psicológico. Considerar condições especiais, como intervenções de emergência ou internação hospitalar. Informar à paciente tudo o que será realizado em cada etapa do atendimento, e a importância de cada medida, acatando-se a eventual recusa de algum procedimento.

### Atendimento médico

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Preencher ficha de notificação compulsória em duas vias.
- Colher material de cavidades (conteúdo vaginal, oral ou anal) até 72 horas após o ato, obtido por meio de swab estéril, acondicionado em papel filtro, em envelope lacrado e identificado, e em ambiente climatizado. Realizar esfregaço desse material em duas lâminas de vidro sem fixadores e identificadas.
- Tratar lesões agudas existentes. No caso de lesões vulvoperineais, superficiais e sem sangramento, proceder apenas à assepsia local. Havendo sangramento, indica-se sutura com fios delicados e absorvíveis com agulhas não traumáticas.
- Na presença de hematomas, a aplicação precoce local de bolsa de gelo pode ser suficiente. Quando instáveis os hematomas, podem necessitar de drenagem cirúrgica.
- Avaliar necessidade de profilaxia do tétano.
- Coletar exames no pronto-atendimento: hemograma; glicemia; TGO/TGP; fosfatase alcalina; creatinina; Beta HCG; HIV; VDRL; HbSAg; Anti-HCV.
- Agendar consultas ambulatoriais de acompanhamento e continuação das medicações retrovirais.
- Avaliar necessidade de suporte psiquiátrico.

#### 4. TRATAMENTO

Anticoncepção de Emergência – para todas as pacientes expostas a gravidez por contato certo ou duvidoso com sêmen e até 5 dias após o crime sexual.

Esquemas: Levonorgestrel 2 comprimidos VO dose única, ou 1 comprimido VO 12/12 h; ou anticoncepcionais orais combinados 4 comprimidos VO dose única ou 2 comprimidos VO 12/12 h (contraindicado quando for usado retroviral Nelfinavir ou Ritonavir e em casos de AVC e tromboembolismo).

##### 4.1. Prevenção das DSTs não virais

Até 5 dias após o crime sexual; pode ser postergada em casos excepcionais.

Crianças e adolescentes < 45 kg

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Penicilina Benzatina 50 ml UI/kg dose única (opção Eritromicina 50 mg/kg/dia 6/6h VO 15 dias);
- Ceftriaxona 250 mg IM dose única;
- Azitromicina 20 mg/kg VO, dose única;
- Metronidazol 15 mg/kg/dia VO 8/8 h 7 dias. > 45 kg
- Pen Benz 2.4 milhões UI IM dose única – profilaxia sífilis (1.2 milhões UI cada nádega);
- Ceftriaxona 250 mg IM dose única – profilaxia gonorreia;
- Azitromicina 1 g VO dose única – profilaxia clamídea e cancro mole;
- Metronidazol 2 g VO dose única – profilaxia tricomoníase.

#### 4.2. Prevenção das DSTs virais

- Recomendada – violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação há menos de 72 h.
- Individualizar decisão – penetração oral com ejaculação.
- Não recomendada – penetração oral sem ejaculação; uso de preservativo durante toda a agressão; agressor sabidamente HIV negativo; violência sofrida há mais de 72 h; abuso crônico pelo mesmo agressor.

#### 4.3. Prevenção Hepatite B

- Em casos de exposição a sêmen, sangue ou outros fluidos corporais do agressor; até 14 dias após o crime sexual; contraindicada em mulheres e crianças imunizadas corretamente.
- Em mulheres, gestantes e crianças não imunizadas ou que desconhecem status vacinal. Aplicar a 1ª dose da vacina IM (deltóide) ou completar a dose que falta. No caso de 1ª dose, receber a 2ª dose com 1 mês e a 3ª dose após 6 meses.

#### 4.4. Prevenção da infecção pelo HIV

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Em casos de penetração anal/vaginal com ou sem coito oral; até 72 h após o crime sexual; contraindicada se foi usado preservativo ou se, após teste rápido anti-HIV no agressor, o resultado for negativo.

Mulheres ou adolescentes > 45 kg

- Biovir (Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg) = 1 comprimido VO 12/12 h;
- Kaletra (Lopinavir e Ritonavir) 200/150 mg = 2 comprimidos VO 12/12h por 28 dias;
- Facilitar adesão ao tratamento, pois é proporcional à efetividade;
- Interações medicamentosas com tuberculostáticos, hipnóticos, antidepressivos e anticonvulsivantes.

#### 4.5. Profilaxia do Tétano

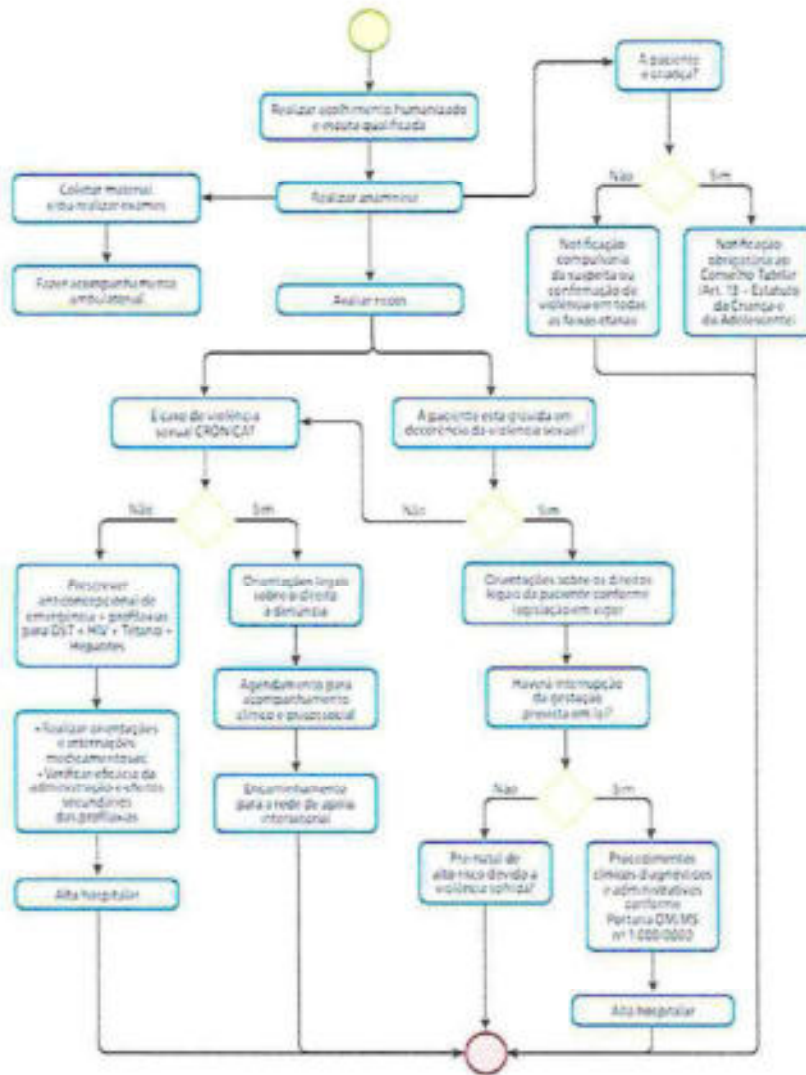
- Em casos de lesões perfurocortantes; até 72 h após a lesão; em qualquer tipo de ferimento, com história incerta de vacinação contra tétano ou vacinação com doses incompletas, sendo última dose há mais de 10 anos.
- Esquema para uso de Imunoglobulina Humana Antitetânica ou Soro Antitetânico: dose 5000 U IM de SAT (Soro Antitetânico) ou 250 U IM de Imunoglobulina Humana Antitetânica.
- Indicação: história incerta de vacinação ou doses incompletas; quando última dose ocorreu entre 5 e 10 anos antes e o ferimento não é limpo ou profundo; quando última dose foi há mais de 10 anos

#### 5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Técnica 2012. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. Brasília, DF, 2012. MONTEIRO, M. V. C. Atendimento à Mulher Vítima de Violência Sexual. Hospital das Clínicas, UFMG, 2014.

#### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA

### 1. INTRODUÇÃO

A Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microrganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida a manipulação (inserção de DIU, biopsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo o endométrio (endometrite), as trompas de Falópio, os anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sintomas de sangramento vaginal anormal em pouca quantidade (spotting), dispareunia, corrimento vaginal, dor pélvica ou dor no abdome inferior, além de dor à mobilização do colo do útero ao toque podem estar presentes na DIP. A ocorrência de spotting em usuárias de anticoncepcional de baixa dosagem é comum e pode ser indicativa de DIP, devendo ser investigada.

Nas formas sintomáticas de DIP, o diagnóstico diferencial deverá ser feito mediante manifestações uroginecológicas, gastrointestinais e esqueléticas. Portanto, o profissional de saúde deve ter um elevado nível de suspeição na presença de um ou mais critérios mínimos diagnósticos com o intuito de implantar terapêutica precoce e evitar sequelas.

Os diagnósticos diferenciais de DIP incluem: gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, ruptura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico clínico de DIP é baseado em critérios maiores, menores e elaborados. Os critérios elaborados podem aumentar a especificidade deste diagnóstico. Para a confirmação clínica de DIP, é necessária a presença de:

- três critérios maiores MAIS um critério menor; ou

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- um critério elaborado.

Critérios diagnósticos de DIP

Critérios maiores:

- dor no hipogástrio;
- dor à palpação dos anexos;
- dor à mobilização de colo uterino. Critérios menores:
- temperatura axilar > 37,5°C ou > 38,3°C;
- conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal;
- massa pélvica;
- mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice;
- leucocitose em sangue periférico;
- proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada;
- comprovação laboratorial de infecção cervical por gonococo, clamídia ou micoplasma. Critérios elaborados:
- evidência histopatológica de endometrite;
- presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem; • laparoscopia com evidência de DIP.

#### 4. TRATAMENTO

Deve-se iniciar imediatamente o tratamento antimicrobiano nas mulheres jovens, sexualmente ativas, com queixa de desconforto ou dor pélvica e que preenchem os critérios clínicos para DIP.

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve e exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite. A laparotomia está indicada nos casos de massas anexiais não responsivas ao tratamento ou na ruptura destas.

Critérios para indicação de tratamento hospitalar de DIP:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- abscesso tubo-ovariano;
- gravidez;
- ausência de resposta clínica após 72 h do início do tratamento com antibioticoterapia oral;
- intolerância a antibióticos orais ou dificuldade para seguimento ambulatorial;
- estado geral grave, com náuseas, vômitos e febre;
- dificuldade em exclusão de emergência cirúrgica (ex.: apendicite, gravidez ectópica).

### Regimes terapêuticos para o tratamento de DIP

O tratamento pode ser dividido em ambulatorial ou hospitalar. Na sequência, estão descritos os principais esquemas de tratamento preconizados.

#### Ambulatorial

- Primeira Opção: Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias.
- Segunda Opção: Cefotaxima 500 mg, IM, dose única + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias + Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos, VO, 2x dia, por 14 dias.

#### Hospitalar

- Primeira Opção: Cefoxitina 2 g, IV, 4x dia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias.
- Segunda Opção: Clindamicina 900 mg, IV, 3x dia, por 14 dias + Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção: 3-5mg/kg/dia, por 14 dias.
- Terceira Opção: Ampicilina/sulbactam 3 g, IV, 4x dia, por 14 dias + Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 2x dia, por 14 dias.

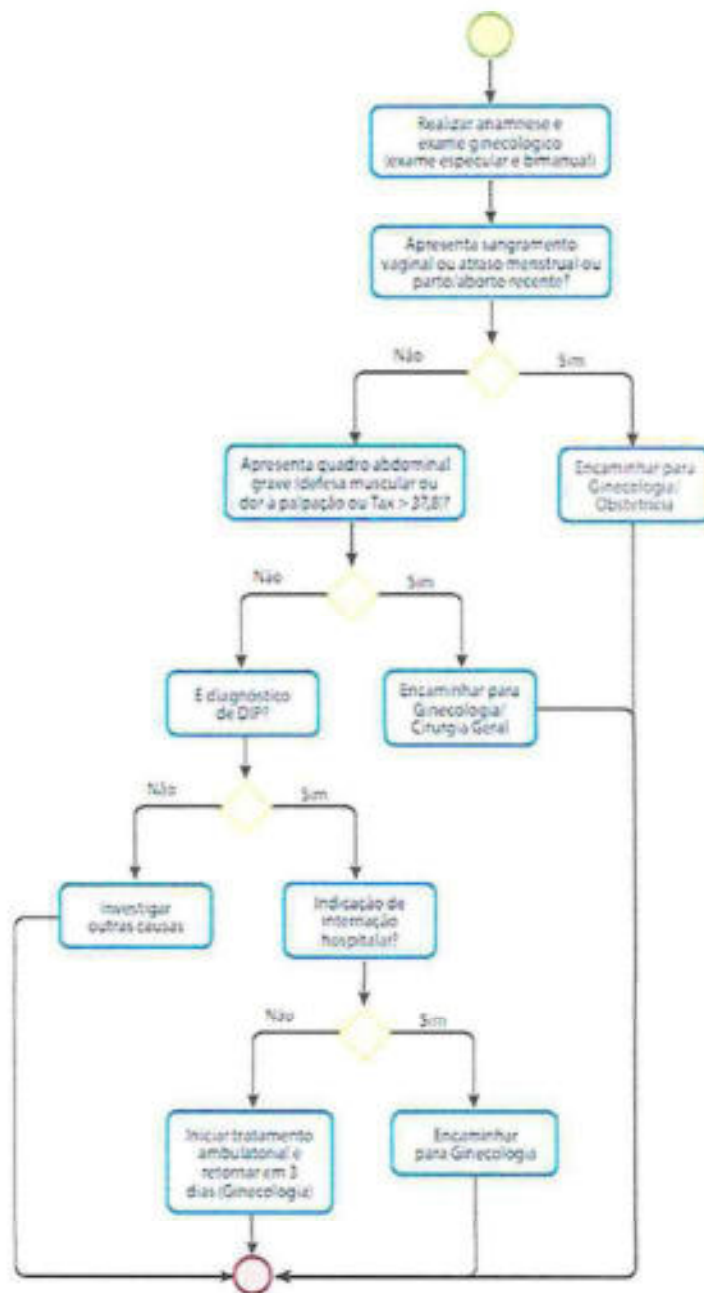
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## 5. REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, DF, 2015.

### FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO À DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL

### 1. INTRODUÇÃO

O Sangramento Uterino Anormal (SUA) é um sintoma caracterizado pela mudança do padrão menstrual da paciente, sendo mais comum por volta dos 45 anos de idade. Pode ser orgânico ou disfuncional.

**Causas Orgânicas:** alterações da tireoide, coagulopatias, nefropatias, hepatopatias, miomas, adenomiose, pólipos, hiperplasias endometriais, neoplasia uterina, DIP, tumores ovarianos, intercorrências gestacionais, DIU, hormônios e outras drogas.

**Causas Disfuncionais:** são neuroendócrinas, com alterações de estrogênio e progesterona.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Padrões anormais de sangramento uterino caracterizam essa condição:

- polimenorreia: frequência menor ou igual a 21 dias;
- oligomenorreia: frequência maior ou igual a 35 dias;
- metrorragia: sangramento com intervalos regulares mais frequentes, com volume e duração variáveis;
- menometrorragia: sangramento prolongado com intervalos irregulares;
- hipomenorreia: fluxo escasso;
- menorragia ou hipermenorreia: volume aumentado, superior a 80 ml ou durando mais de 7 dias;
- sangramento intermenstrual: sangramento entre ciclos regulares.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Anamnese.
- Exame físico.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Exames laboratoriais.
- Ultrassonografia.
- Video-histeroscopia diagnóstica com biopsia de endométrio.
- Curetagem uterina.
- Ressonância nuclear magnética.

#### 4. TRATAMENTO

- Ácido Tranexâmico 250 mg: 1 comprimido de 4/4 h ou 2 comprimidos de 8/8 h para cessar o sangramento agudo.
- Anticoncepcionais orais: 1 a 4 comprimidos ao dia por no mínimo 24 h após cessar o fluxo. Parar a medicação e recomeçar um novo ciclo com o anticoncepcional.
- Medroxiprogesterona: 5-10 mg ao dia, por 10 a 15 dias seguidos, usando de forma cíclica para oligomenorreia.
- Estrogênios orais: estrogênios conjugados 1,25 mg (2 comps de 0.625 mg) ou estradiol 2 mg a cada 4 h por 24 h e depois passar a mesma dose para 1 vez ao dia por 7 a 10 dias. Iniciar 10 dias de progesterona para posterior sangramento por privação hormonal (pausa da medicação). Avaliar riscos tromboembólicos no caso de estrogenioterapia.
- Antiprostaglandinas: ibuprofeno, ácido mefenâmico e diclofenaco sódico no início do sangramento, por 3 a 4 dias.
- Agonistas do GnRH: agem pela inibição das gonadotropinas, gerando hipogonadismo. Podem causar melhora do sangramento em pacientes com insuficiência renal, discrasia sanguínea ou transplantes. São de alto custo e causam vários efeitos colaterais.
- Curetagem uterina: procedimento de diagnóstico e também de tratamento. Necessita de material específico e, geralmente, anestesia, aumentando riscos e custos.

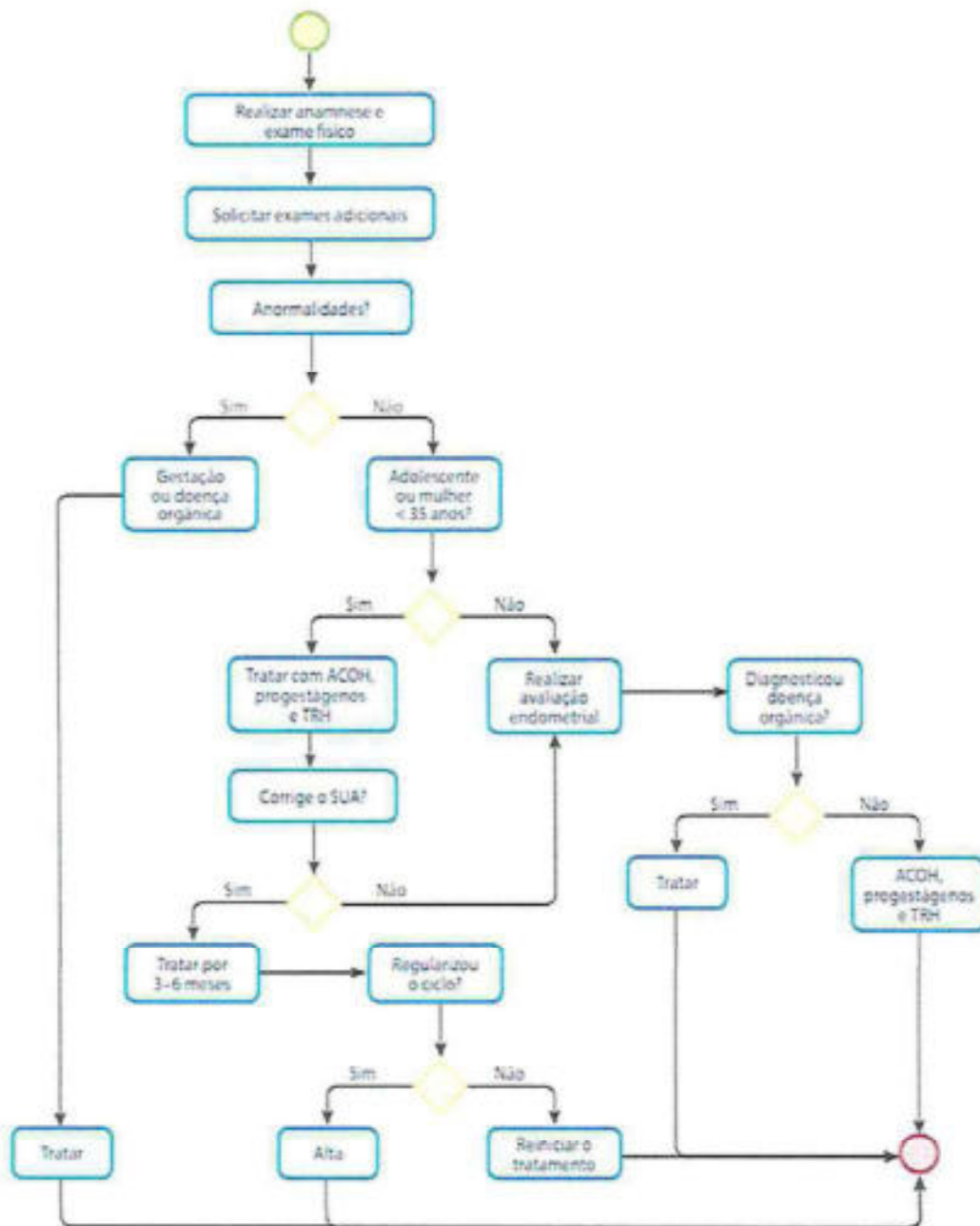
#### 5. REFERÊNCIAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

BARACAT, E. C; LIMA, G. R. Guia de medicina ambulatorial e hospitalar de ginecologia. São Paulo: Manole, 2005.

FREITAS, F. Rotinas em ginecologia. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## OBSTETRÍCIA

### CONDUTA NO ABORTAMENTO PRECOCE/ TARDIO

#### 1. INTRODUÇÃO

O aborto é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS a partir de 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso ao nascer é normalmente de 500 g. Costuma-se classificar o aborto como precoce quando ocorre antes de 13 semanas da gravidez, e como tardio quando se dá entre 13 e 22 semanas. Setenta por cento dos abortamentos até 8 semanas resolvem-se espontaneamente.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

SINAIS E SINTOMAS	ABORTAMENTO (FORMAS CLÍNICAS)					
	AMEAÇA	INEVITÁVEL	COMPLETO	INCOMPLETO	INFECTADO	RETIDO
Sangramento	Discreto	Presente e por vezes abundante	Discreto ou ausente	Presente e por vezes abundante	Variável	Ausente
Dor	Discreta ou ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Cólicas sempre presentes	Sinais de peritonite podem estar presentes	Ausente
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
Exame Especular	Sem alterações	Hemorragia pelo orifício interno	Sem alterações	Saída de material pelo colo	Secreção purulenta	Sem alterações
Orifício interno do colo uterino	Fechado	Entreaberto	Fechado	Entreaberto	Entreaberto	Fechado
Ultrassom	Sem alterações	Saco gestacional irregular e/ou muito baixo e/ou hematoma retro-ovular	Útero vazio	Sugere presença de restos ovulares intrauterinos	Pode-se visualizar restos ovulares intrauterinos	BCF ou embrião ausentes (confirmar com intervalo de 15 dias)

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Deve ser realizado exame físico (exame especular, toque com avaliação da dilatação do colo do útero) e ultrassonografia transvaginal.
- Hemograma completo deve ser solicitado na suspeita de abortamento infectado ou em caso de sangramento vaginal intenso.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Solicitar tipagem sanguínea e Coombs indireto. As pacientes apresentando sangramento importante com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300 µg IM para profilaxia de aloimunização.
- O material do abortamento deve ser encaminhado para análise histopatológica sempre. A avaliação do cariótipo deve ser avaliada segundo cada caso.

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Ameaça de abortamento

- Deverá ser feito acompanhamento ambulatorial, com repouso relativo. A paciente deverá manter abstinência sexual.
- O método de imagem mais indicado é a ultrassonografia seriada em intervalos dependentes da evolução do quadro.
- A medicação mais utilizada é a hioscína (Buscopam®): 1 comprimido VO de 6/6 horas em caso de cólicas. Em caso de suspeita de insuficiência de corpo lúteo, prescrever progesterona natural micronizada (Utrogestam®): 200 a 400 mg via vaginal por dia, divididos em duas doses até a 12ª semana de gestação.

##### 4.2. Abortamento inevitável e abortamento incompleto

- A paciente deverá ser internada, com aferição de sinais vitais a cada seis horas: temperatura axilar, pulso radial e pressão arterial.
- Solicitar hemograma completo para monitorar a espoliação e rastrear infecção.
- A presença de sangramento volumoso requer a opção pelo tratamento imediato através da correção da volemia (estabilização da paciente) e esvaziamento uterino:

IG ≤ 12 semanas: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou, quando não disponível, dilatação e curetagem uterina por técnica convencional.

IG > 12 semanas: só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto (ver tratamento medicamentoso com misoprostol adiante).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A conduta expectante tem boa resposta nas pacientes com abortamento incompleto, podendo ser feita nos casos de sangramento leve, sem repercussões hemodinâmicas e ultrassonografia evidenciando pequena quantidade de restos ovulares.

- Pacientes com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300 µg IM para profilaxia de aloimunização.

#### 4.3. Abortamento infectado

- Devem ser adotadas as mesmas medidas gerais do abortamento inevitável, porém, com antibioticoterapia associada. Nos casos sem peritonite, iniciar esquema antibiótico com cefazolina 2 g IV 8/8 horas associado a metronidazol 500 mg IV 8/8 horas. Nos casos com peritonite, iniciar clindamicina 900 mg IV 8/8 horas associado a gentamicina 3-5 mg/kg IV (máx. 240 mg) uma vez ao dia. O tempo recomendado de tratamento é de 7 a 10 dias.

- É prudente aguardar no mínimo uma hora após a administração de antibiótico e ocitócito para esvaziamento uterino.

IG ≤ 12 semanas: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou, quando não disponível, dilatação e curetagem uterina por técnica convencional.

IG > 12 semanas: só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto (ver tratamento medicamentoso com misoprostol adiante).

- Pacientes com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300 µg IM para profilaxia de aloimunização.

#### 4.4. Abortamento retido

- A ultrassonografia realizada com intervalo de 15 dias define o diagnóstico dos dois tipos de abortamento retido: com retenção do ovo morto ou aborto retido (presença de embrião sem vida no SG íntegro) e ovo anembrionado ou ovo cego (ausência de embrião no SG íntegro).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A conduta expectante pode ser uma opção nessas pacientes. Lembrar que até 70% dos abortamentos até 8 semanas resolvem-se espontaneamente.

- Quando se opta pelo esvaziamento uterino, a paciente deverá ser internada para medidas gerais.

IG  $\leq$  12 semanas: aspiração manual intrauterina (AMIU) ou, quando não disponível, dilatação e curetagem uterina por técnica convencional.

IG  $>$  12 semanas: só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto (ver tratamento medicamentoso com misoprostol adiante).

- O uso de misoprostol na dose de 200 a 400  $\mu$ g via vaginal é admissível para a preparação do colo uterino (nos casos de colo muito rígido e fechado) 4 a 6 horas antes do procedimento de esvaziamento uterino.

- Pacientes com fator Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com Imunoglobulina anti-Rh na dose de 300  $\mu$ g IM para profilaxia de aloimunização.

#### 4.5. Tratamento medicamentoso com Misoprostol

- As doses a serem utilizadas na indução do abortamento dependem da idade gestacional:

- até 12 semanas e 6 dias: 800  $\mu$ g 12/12 h;

- de 13 a 16 semanas: 800  $\mu$ g em dose única diária;

- de 16 semanas e 1 dia a 20 semanas: 400  $\mu$ g 12/12 h por 48 h; ou, em caso de falha (não resposta em 48 h), 800  $\mu$ g em dose única diária.

- Após dois dias de uso do misoprostol, deve-se aguardar 72 horas pelo abortamento. Caso ele não ocorra, pode-se repetir o mesmo esquema de misoprostol, considerando-se as condições clínicas e a concordância da mulher para manter o tratamento.

- As contraindicações são: cesárea anterior, cirurgia uterina prévia (cautela: usar metade da dose recomendada), paciente asmática, uso concomitante com

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



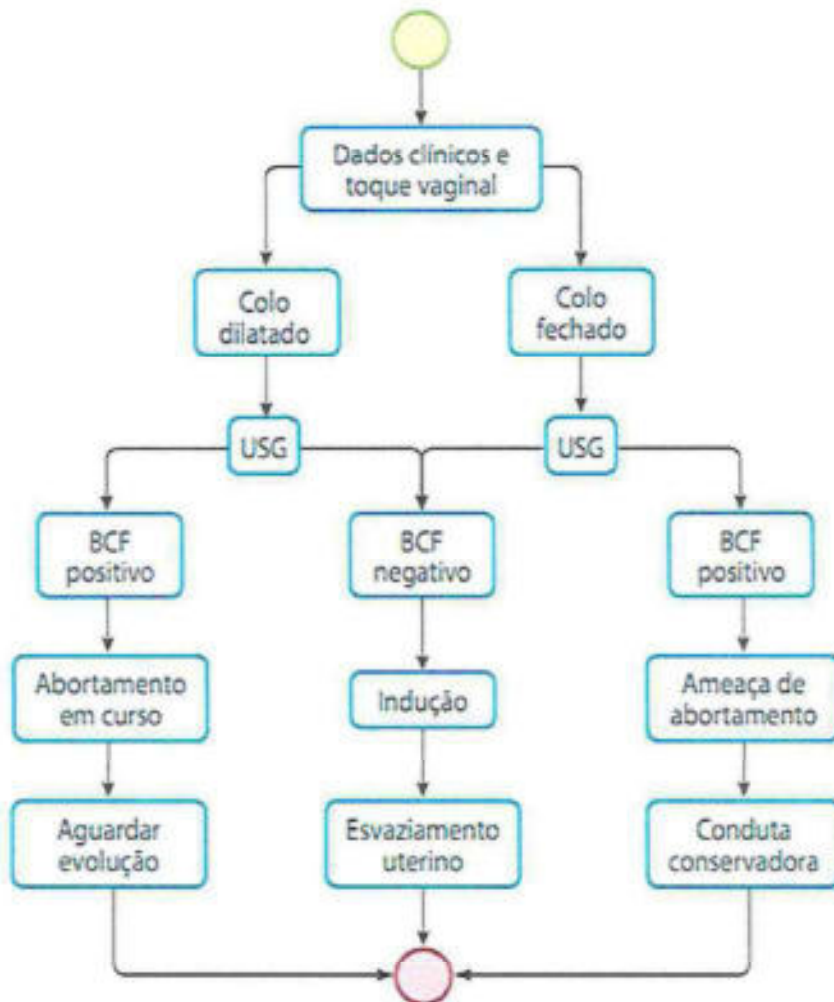
ocitocina (não usar ocitocina dentro de seis horas após a última dose de misoprostol) e placenta prévia.

### 5. REFERÊNCIAS

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. Manual de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A ABORTAMENTO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PLACENTA PRÉVIA

### 1. INTRODUÇÃO

É caracterizada pela presença de tecido placentário próximo ou cobrindo o orifício interno (OI) do colo uterino após 28 semanas. É causa importante de hemorragia e complica 0,3% a 0,5% das gestações.

Esta condição está associada ao aumento significativo na morbimortalidade perinatal por aumento de prematuridade, baixo peso ao nascer, distúrbios respiratórios e óbito perinatal.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A placenta prévia pode ser classificada como: completa, quando recobre completamente o OI; parcial, quando recobre parcialmente o OI; e marginal, quando a placenta chega ao OI, mas não o cobre. Esse termo deve ser utilizado quando a distância da borda placentária ao OI é de 2,5 cm ou menos.

São fatores de risco para a ocorrência de placenta prévia: multiparidade, idade materna avançada, tabagismo, gestações múltiplas, história anterior de placenta prévia, curetagens prévias, cesariana anterior, residência em local de altas altitudes.

A presença de placenta prévia está associada a um risco aumentado das seguintes condições: sangramento anteparto, necessidade de histerectomia, aderência mórbida da placenta, hemorragia intraparto, hemorragia pós-parto, transfusão sanguínea, sepse, tromboflebite, nascimentos pré-termo, aumento da morbimortalidade perinatal.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A apresentação clássica da placenta prévia é um sangramento indolor no final do segundo trimestre ou no início do terceiro. Contudo, algumas pacientes apresentarão hemorragia dolorosa, possivelmente em consequência das contrações uterinas ou da separação placentária.

A ultrassonografia é o método de escolha para confirmação do diagnóstico de placenta prévia. É seguro, não tendo sido observada associação com

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

hemorragia devido ao seu uso. É importante avaliar a localização placentária no exame de rotina realizado com 20 semanas, porém, somente a partir de 28 semanas podemos fechar o diagnóstico de placenta prévia. Atenção especial deve ser dada às pacientes com cesariana prévia e placenta anterior localizada próximo ao OI na gestação atual, pois estas possuem três problemas a serem excluídos: placenta prévia, placenta acreta e placenta prévia e acreta implantadas na cicatriz da cirurgia anterior. As três condições são de risco e merecem cuidadoso acompanhamento.

#### 4. TRATAMENTO

A ocorrência de sangramento requer hospitalização e imediata avaliação do bem-estar materno e fetal, e, ainda, instalação de hidratação venosa com acesso venoso calibroso. Solicitar exames laboratoriais: hemograma completo, tipagem sanguínea, Coombs indireto, coagulograma e provas de função renal. Realizar monitorização fetal.

Uma vez estabilizado o sangramento, a paciente deve ser mantida internada, em repouso no leito. Nos casos de gestações com menos de 34 semanas, principalmente nos casos de sangramento intenso, deve-se considerar a administração de corticóide para maturação pulmonar fetal.

A avaliação do hematócrito materno após o(s) episódio(s) de sangramento é de suma importância, pois, em alguns casos, há necessidade de transfusão sanguínea. Na ausência de indicação do uso de hemoderivados, recomenda-se a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico.

As pacientes com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti- -Rh quando houver sangramento.

Pacientes assintomáticas ou aquelas com pequeno sangramento com resolução espontânea em período menor ou igual a sete dias são potenciais candidatas ao regime domiciliar desde que tenham boa aderência ao acompanhamento, entendam os riscos associados à placenta prévia e tenham disponibilidade de transporte 24 horas por dia. Pacientes manejadas em casa devem estar cientes do risco de sangramento.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



#### 4.1. O parto

- A paciente e seus familiares mais próximos devem ser orientados sobre a indicação da via de parto, e o risco de hemotransfusão e histerectomia. A via de parto deve ser baseada no julgamento clínico associado às informações obtidas através da ultrassonografia transvaginal.
- Na presença de placenta prévia total ou parcial, a via de parto é sempre a cesariana.
- Na presença de placenta prévia marginal (borda placentária distando menos que 2 cm do OI no terceiro trimestre), é indicada cesariana. Nos casos cuja distância do OI seja de 2 cm a 3 cm, o parto vaginal pode ser considerado, porém, precauções devem ser tomadas devido ao risco de uma cesariana de urgência.
- O parto através de cesariana eletiva em mulheres com placenta prévia assintomáticas não é recomendado antes de 38 semanas.

#### 4.2. Preparações para o parto

- Fornecer Termo de Consentimento Informado considerando os riscos de hemotransfusão e histerectomia. Solicitar: reserva de sangue e derivados (concentrado de hemácias, plasma fresco e crioprecipitado); sala ampla que permita a circulação dos membros da equipe; bandeja de parto preparada para histerectomia.
- A equipe da obstetrícia deverá: definir o plano cirúrgico, como o local da histerotomia (tentativa de realizar longe da placenta), e avaliar se o local da histerotomia dificultará a extração do feto; nos casos de placenta anterior, prever dificuldades da extração transplacentária; estar ciente da possibilidade de acretismo; rever os passos da histerectomia de urgência (se necessário); definir plano cirúrgico com a equipe da anestesia e da pediatria.

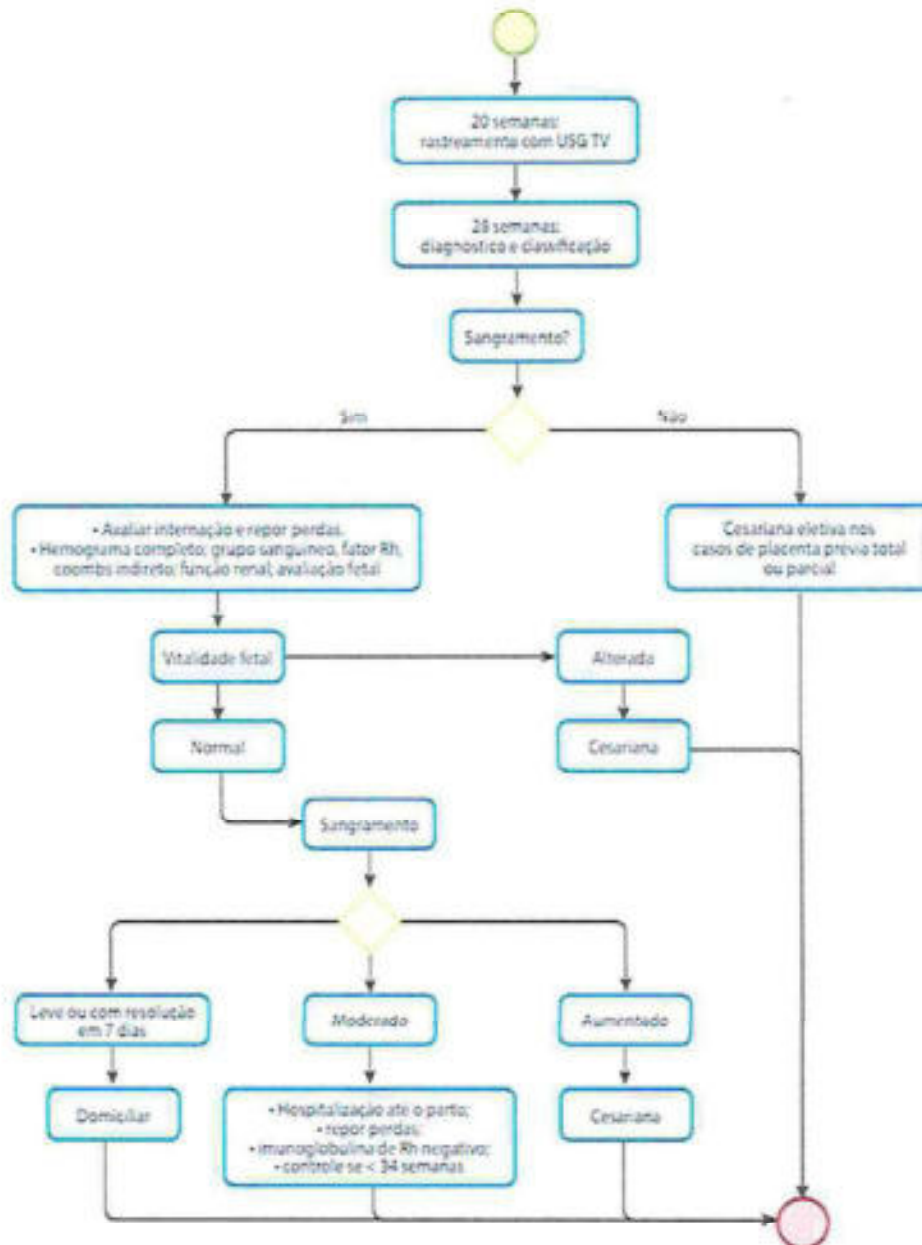
#### 5. REFERÊNCIAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. Manual de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PLACENTA PRÉVIA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PRÉ-ECLÂMPسيا / ECLÂMPسيا

### 1. INTRODUÇÃO

Pré-eclâmpسيا é doença exclusiva da gestação humana e se caracteriza pelo aparecimento de hipertensão e proteinúria após a 20ª semana de gestação. Na sua vigência, a mortalidade perinatal está aumentada em cinco vezes. A hipertensão arterial permanece no Brasil como a primeira causa de morte materna direta, atingindo 15,1 óbitos por cem mil nascidos vivos (Datusus, 2007).

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A doença hipertensiva na gestação é classificada nos seguintes tipos:

1. Doença Vascular Hipertensiva Crônica (DVHC);
2. pré-eclâmpسيا leve ou grave – ver Tabela 1 / Eclâmpسيا;
3. pré-eclâmpسيا sobreposta à hipertensão crônica – surgimento de pré-eclâmpسيا em gestante hipertensa crônica, caracterizada por aumento súbito da PA, aparecimento ou aumento súbito de proteinúria, hiperuricemia e/ou síndrome HELLP (forma grave de pré-eclâmpسيا caracterizada por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e plaquetopenia – ver Tabela 2);
4. hipertensão gestacional – hipertensão sem proteinúria em uma paciente previamente normotensa após 20 semanas de gravidez, cujos níveis tensionais retornam ao normal entre 6 a 12 semanas após o parto.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Críticas de gravidade na pré-eclâmpsia**

**Síntomas de alteração da consciência ou visão**

- Cefaleia intensa ou refratária a analgésicos\*
- Turvação visual ou escotomas\*\*
- Alteração do nível de consciência

**Síntomas de alteração respiratória**

- Dor no tórax ou em hipotórax direito\*
- Náusea e vômitos\*\*
- Aumento do consumo de oxigênio

**Resistência arterial**

PA > 160/110 ou PA > 170 mmHg em duas aferições com intervalo em hora de repouso

Proteína na urina > 300 mg/d

Diagnóstico > 300 mg/d em 24 h

Proteína > 5 mg em 24 h\*\*

**Edema pulmonar ou hêmico**

**Crescimento intrauterino restrito**

\* Sinais de melhora de eclâmpsia

\*\* Em alguns casos, a proteinúria de 24 horas pode ser valor prognóstico de eclâmpsia em mulheres com doença renal crônica

**Críticos Diagnósticos de Síndrome Hellp**

**Hemólise**

- Elevação de sangue periférico em nível grave de esferócitos ou leucócitos, esquistócitos e buracos
- LDH > 600 U/L
- Bilirrubina total > 1,2 mg/dl

Aumento de enzimas hepáticas (TGO ou TGP > 22 U/L)

Plaquimetria > 100.000

**Profilaxia**

• São fatores de risco para a ocorrência de pré-eclâmpsia: nuliparidade; idade > 40 anos ou < 18 anos; história de pré-eclâmpsia em gestação anterior; história de resultado adverso em gestação anterior; crescimento intrauterino restrito, descolamento prematuro de placenta ou óbito fetal; história familiar de pré-eclâmpsia; gestação múltipla; obesidade; condições médicas/genéticas preexistentes, como hipertensão arterial crônica; doença renal; diabetes mellitus; síndrome do anticorpo antifosfolípideo (SAF); doenças do colágeno; doenças vasculares; e trombofilias.

• A aspirina em baixa dose (AAS 60-150 mg VO 1 x/dia) é a única droga com evidência científica de benefício na prevenção da pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco quando iniciada precocemente na gestação.

• Gestantes portadoras de quaisquer das condições a seguir apresentam alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia: hipertensão arterial crônica; história de doença hipertensiva durante gestação anterior; diabetes tipo 1 ou tipo 2; doença renal crônica; doenças autoimunes, tais como lúpus eritematoso sistêmico ou síndrome do anticorpo antifosfolípideo. Essas pacientes devem iniciar AAS 100 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas, mantendo-o até 37 semanas.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Pacientes que apresentem mais de um dos seguintes fatores possuem risco moderado de desenvolver pré-eclâmpsia: primeira gestação; idade materna  $\geq 40$  anos; intervalo entre as gestações superior a 10 anos; IMC  $\geq 35$  na primeira consulta; história familiar de pré-eclâmpsia; gestação múltipla. Nestes casos, também se recomenda o uso de AAS 100 mg/ dia, desde 12 até 37 semanas.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- O diagnóstico de pré-eclâmpsia é estabelecido na presença destes dois achados numa paciente com mais de 20 semanas de gestação, previamente normotensa: hipertensão arterial (PAS  $\geq 140$  e/ou PAD  $\geq 90$  mmHg) em duas aferições com intervalo de pelo menos quatro horas, mas não mais que sete dias; e proteinúria de 300 mg ou mais em coleta de urina de 24 h. Obs.: O aumento de 30 mmHg na PAS e/ou de 15 mmHg na PAD, assim como a presença de edema, não são mais considerados critérios para diagnóstico de pré-eclâmpsia.

### 4. TRATAMENTO

#### Pré-eclâmpsia leve

- O tratamento é feito de forma ambulatorial em consultas semanais, com períodos diários de repouso em decúbito lateral, dieta normossódica e hiperproteica. Não devem ser prescritos diuréticos. Deverá ser avaliada a vitabilidade fetal e realizada avaliação laboratorial: proteinúria de 24 horas, clearance da creatinina, hematócrito, hematoscopia, contagem de plaquetas, ureia, creatinina, ácido úrico, proteínas totais e frações, enzimas hepáticas e bilirrubinas. Interromper a gestação apenas se houver comprometimento da vitabilidade fetal.

#### Pré-eclâmpsia grave

- A paciente deverá ser internada e para estabilizar seu quadro clínico com controle rígido da pressão arterial (PA) e dos sintomas, realização de cateterismo venoso e vesical, dieta normossódica e hiperproteica, avaliação da vitabilidade fetal, administração de corticoterapia para maturação pulmonar fetal se a idade

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



gestacional estiver entre 24 e 34 semanas, e realização de avaliação laboratorial conforme rotina da pré-eclâmpsia leve a cada 3 dias.

- Iniciar medicação anti-hipertensiva de ataque (manter PA diastólica entre 90 e 100 mm Hg): hidralazina na dose de 5 mg IV, em bolus, lentamente, durante um a dois minutos, repetida a cada 15 minutos (diluir 1 ampola de 20 mg em 19 ml de água destilada e aplicar 5 ml). A dose de bolus máxima é de 20 mg. A queda na pressão sanguínea começa dentro de 10 a 30 minutos e dura de duas a quatro horas.

- Para a manutenção (caso a PA diastólica se estabilize em valores < 100 mmHg), prescrever hidralazina 25 a 50 mg VO de 6/6 horas (dose máxima de 200 mg/ dia) e/ou metildopa 250 a 750 mg VO de 6/6 horas (dose máxima de 3 g/dia).

- **Profilaxia da convulsão**

- dose de ataque: Sulfato de Magnésio 4 g EV, em dose única (diluir 8 ml da solução a 50% em 42 ml de soro glicosado a 5% e ministrar, com bomba de infusão, em 10 minutos);

- dose de manutenção: Sulfato de Magnésio: 1 a 2 g por hora, EV (diluir 20 ml da solução a 50% em 480 ml de soro glicosado a 5% e ministrar com bomba de infusão 50 a 100 ml por hora);

- só continuar a medicação se: diurese > 30 ml por hora; frequência respiratória > 10 irpm; reflexo patelar presente;

- manter a medicação por 24 horas após o parto; – antídoto do Sulfato de Magnésio: Gluconato de Cálcio 1 g EV, perfundido em 10 minutos.

- Interromper a gestação nas seguintes condições: se gravidez ≥ 34 semanas, 4 horas após estabilizado o quadro clínico; se gravidez < 34 semanas com resposta clínica e laboratorial ao tratamento adequada, 48 horas depois de iniciada a aceleração da maturidade pulmonar fetal; ou a qualquer momento se ocorrer comprometimento da vitabilidade fetal.

### Eclâmpsia

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A paciente deverá ser internada com assistência intensiva a fim de garantir permeabilidade das vias aéreas, aspirar secreções, fornecer oxigênio sob cateter nasal. Deverá ser realizado cateterismo venoso e vesical com controle horário da diurese. Fazer contenção da paciente no leito e proteção da língua durante a convulsão.
- Solicitar exames laboratoriais conforme rotina da pré-eclâmpsia leve.
- Fazer Hidralazina parenteral e Sulfato de Magnésio conforme rotina da pré-eclâmpsia grave. Tratar complicações clínicas (como edema agudo de pulmão), se presentes.
- Interromper a gestação 4 horas depois de estabilizado o quadro clínico, em qualquer idade gestacional, e manter o tratamento até 48 a 72 horas após o parto.

### Síndrome Hellp

- Solicitar exames laboratoriais, conforme rotina da pré-eclâmpsia leve.

Corrigir os distúrbios de coagulação, se presentes.

- Manter o fibrinogênio plasmático > 100 mg% (uma unidade de crioprecipitado contém 250 mg de fibrinogênio e aumenta o fibrinogênio em 10 mg; uma unidade de plasma fresco contém 500 mg de fibrinogênio). A transfusão de plaquetas só é recomendada na presença de sangramento ativo ou quando indicado procedimento invasivo com plaquetas < 50.000 ou profilaticamente com plaquetas < 20.000. A dose preconizada para transfusão é de um concentrado a cada 10 kg de peso corpóreo. Interromper a gravidez após a estabilização do quadro clínico.

Momento e via de parto

O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto.

A decisão de realizá-lo ou não depende da idade gestacional e da gravidade da doença.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Pacientes com pré-eclâmpsia a termo ( $\geq 37$  semanas de gestação) se beneficiam da interrupção da gestação.
- Na ausência de outras indicações obstétricas para a cesariana, o parto vaginal pode ser induzido. Em caso de gravidade, não há benefício em manter a gestação após 34 semanas.
- Na presença de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou síndrome HELLP, bem como no descolamento prematuro de placenta ou no sofrimento fetal agudo, o parto deve ser realizado. Considerações são feitas apenas em casos distantes do termo, com paciente estável (compensada após crise inicial ou só com alterações laboratoriais) e com comprovado bem-estar fetal. Nesses casos, deve ser individualizado o melhor momento para a interrupção da gestação e a via de parto.
- É preconizado o manejo ativo do terceiro período do trabalho de parto (secundamento) através do uso de ocitocina intravenosa ou intramuscular.
- Atentar para a não administração excessiva de fluidos devido ao maior risco de edema pulmonar.
- Na ausência de trombocitopenia ou coagulopatia, é preferível a realização de anestesia regional (peridural ou raquianestesia) à anestesia geral, mesmo em uso de aspirina. Atentar apenas para a adequada expansão plasmática, uma vez que a anestesia pode levar a uma queda abrupta da pressão arterial, com comprometimento cerebral ou cardíaco.

### **Hipertensão gestacional**

- Na ausência de intercorrências ou evolução para pré-eclâmpsia, o parto deve ser induzido com 40 semanas de gestação.

### **Pré-eclâmpsia superajuntada ou sobreposta**

- Conduzir como pré-eclâmpsia isolada.

### **Puerpério**

---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Monitorar a pressão arterial buscando manter a PAS < 110 mmHg, sobretudo nas primeiras 48 horas pós-parto, quando há maior risco de pico pressórico e eventos adversos.
- Quando iniciado, o sulfato de magnésio deve ser administrado por pelo menos 24 horas após o parto.
- Evitar o uso de anti-inflamatórios não esteroidais nas pacientes com hipertensão arterial de difícil controle, trombocitopenia, coagulopatia ou injúria renal.
- Caso a paciente esteja em uso de anti-hipertensivos orais, suspender toda a medicação após o parto e monitorar a PA.
- Reintroduzir anti-hipertensivos somente se PA persistentemente > 160 x 110 mmHg.
- Repetir os exames laboratoriais até sua normalização.
- Se a pressão arterial estiver estável, agendar consulta de revisão para 6-12 semanas após o parto.
- As pacientes com pré-eclâmpsia grave e precoce devem ser rastreadas para hipertensão preexistente, doença renal subjacente, SAF e trombofilias.
- Orientar quanto a cuidados e risco cardiovascular no longo prazo.
- Preferencialmente, referenciar a um cardiologista.

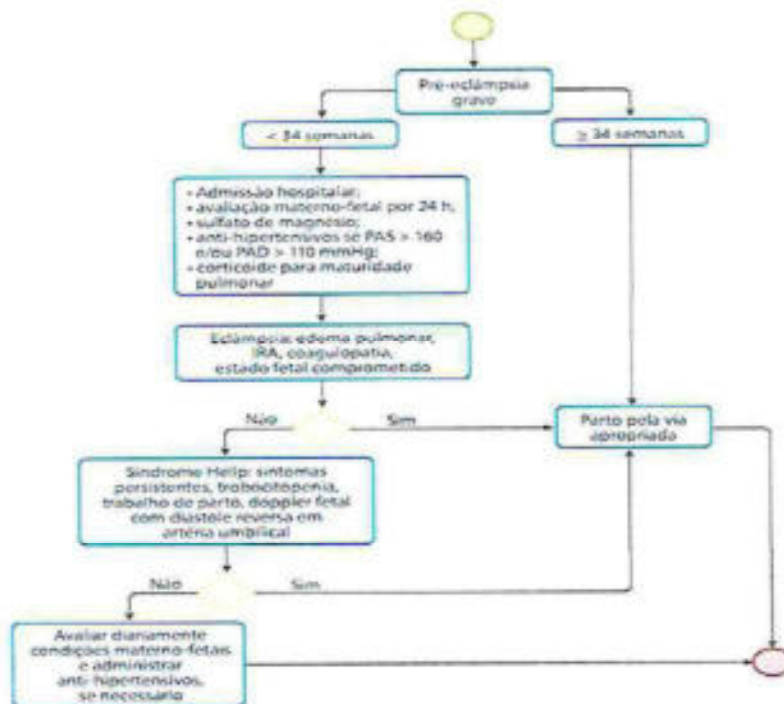
## 5. REFERÊNCIAS

BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. Manual de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PRÉ-ECLÂMPSIA



## TRABALHO DE PARTO

### 1. INTRODUÇÃO

A OMS define parto normal como "aquele cujo início é espontâneo e sem risco identificado no início do trabalho, assim permanecendo até o parto. A criança nasce espontaneamente, em posição de vértice, entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Após o parto, mãe e filho estão em boas condições".

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Período Premonitório Caracteriza-se por adaptações fisiológicas, com duração extremamente variável, que antecedem o trabalho de parto. Observa-se aumento gradual da atividade uterina (contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas). Ocorre o amadurecimento do colo uterino, amolecimento, com alteração da sua orientação no eixo vaginal e início do seu encurtamento (apagamento). Ocorre acomodação do polo fetal ao estreito superior da pelve e aumento das secreções cervicais (perda do tampão mucoso,

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue) e descida do fundo uterino, caracterizado por seu abaixamento em cerca de 2 a 4 cm.

### **Fase Latente**

Corresponde ao final do período premonitório e início do trabalho de parto, quando as contrações, embora rítmicas, são incapazes de promover a dilatação do colo uterino.

### **Trabalho de Parto**

Tipicamente, o diagnóstico é feito por contrações uterinas que resultam em dilatação e/ ou apagamento cervical. As contrações uterinas são regulares (rítmicas), em geral dolorosas, que se estendem por todo o útero, com frequência mínima de duas contrações a cada 10 minutos, duração maior que 15 a 20 segundos, mantidas após repouso no leito, por período mínimo de 30 minutos. O colo uterino encontra-se dilatado no mínimo 2 cm, centralizado e com apagamento parcial ou total, com modificação progressiva.

## **3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA**

### **Período Premonitório**

Realização de exame clínico e obstétrico da paciente, orientação quanto aos sinais e sintomas do trabalho de parto e, caso seja necessário, orientação para retorno.

### **Fase latente**

Após exame clínico e obstétrico detalhado, manter a paciente em observação por algumas horas para avaliar a evolução para trabalho de parto.

### **Trabalho de Parto**

Solicitar a internação da paciente. Avaliação inicial dos sinais vitais (pressão arterial, pulso, temperatura) e realização do exame obstétrico detalhado, consistindo em palpação abdominal, ausculta fetal, toque vaginal. Neste último, avaliar as características do colo uterino (orientação, dilatação, apagamento), o

<b>ELABORADO POR</b>	<b>IMPLANTAÇÃO</b>	<b>REVISÃO</b>
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

diagnóstico da apresentação fetal (tipo, altura, atitude - flexão e sinclitismo -, variedade de posição) e avaliação da arquitetura da pelve.

#### 4. TRATAMENTO

##### Progressão do Trabalho de Parto

- A frequência dos toques vaginais depende da evolução do trabalho de parto. A cada toque vaginal, deverão ser avaliados: o grau de dilatação e apagamento, a altura da apresentação, a variedade de posição, o estado da bolsa amniótica e as perdas vaginais (sangue, líquido amniótico e sua coloração). As informações devem ser anotadas em um gráfico horário (partograma).
- Quando indicada a amniotomia, praticá-la durante a contração uterina e aguardar o escoamento do líquido antes de terminar o toque vaginal.
- A monitoração do parto, sempre que possível, deverá acontecer com monitoração eletrônica. Na sua impossibilidade, deve-se proceder: à palpação abdominal minuciosa a cada 60 minutos, por no mínimo 10 minutos, anotando-se a frequência e a duração das contrações e o tônus uterino; e à ausculta cardíaca fetal a cada 15/30 minutos, antes, durante e, no mínimo, um minuto após a contração uterina.

##### Período expulsivo

- A parturiente deverá ser posicionada classicamente em decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdome e abdução dos joelhos, ou semissentada (permitida nos casos de leito PPP – pré-parto, parto e puerpério), com ausculta fetal a cada 5 minutos ou, preferencialmente, monitorização eletrônica contínua. Deverá ser feita a antisepsia perineal, com anestesia locorregional e episiotomia mediolateral quando indicada (somente nos partos com risco de laceração perineal, com distocia de partes moles ou em caso de necessidade de facilitar o parto de feto possivelmente comprometido. Quando indicada, deve ser efetuada antes que a apresentação fetal distenda o períneo).
- No desprendimento da cabeça fetal nas apresentações de vértice: deve-se proteger o períneo posterior com compressa para prevenir o prolongamento da

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

episiotomia. Evitar a deflexão brusca da cabeça para impedir traumatismos do períneo anterior. Corrigir a circular cervical de cordão, caso presente.

- Após o desprendimento do polo cefálico nas apresentações de vértice, aguardar que se complete espontaneamente a rotação fetal e auxiliar no desprendimento do ombro (abaixamento da cabeça para o ombro anterior e elevação do polo cefálico para o ombro posterior). Realizar o clampeamento do cordão umbilical 8 a 10 cm de sua inserção abdominal.

Em parto sem intercorrências, o momento ideal é entre 1 e 3 minutos após o desprendimento fetal.

### **Secundamento**

- Imediatamente após a expulsão fetal, administrar agente uterotônico: ocitocina – 10 a 20 UI em 500 ml de solução salina endovenosa, ou 5 a 10 UI IM. Não havendo resposta ou em caso de sangramento persistente, usar metilergonovina 0,2 mg IM ou misoprostol 800 mcg via retal.

- Na condução do secundamento, é indicada tração controlada do cordão associada à sustentação do útero através da parede abdominal.

- A episiorrafia, quando necessária, deverá ser realizada por planos com fios absorvíveis naturais ou sintéticos 0 ou 00. Pontos separados para aproximação do plano muscular e para a síntese da pele, chuleio na mucosa vaginal.

- A puérpera deverá ser mantida em observação por, no mínimo, uma hora após o parto (4º período do parto).

### **5. REFERÊNCIAS**

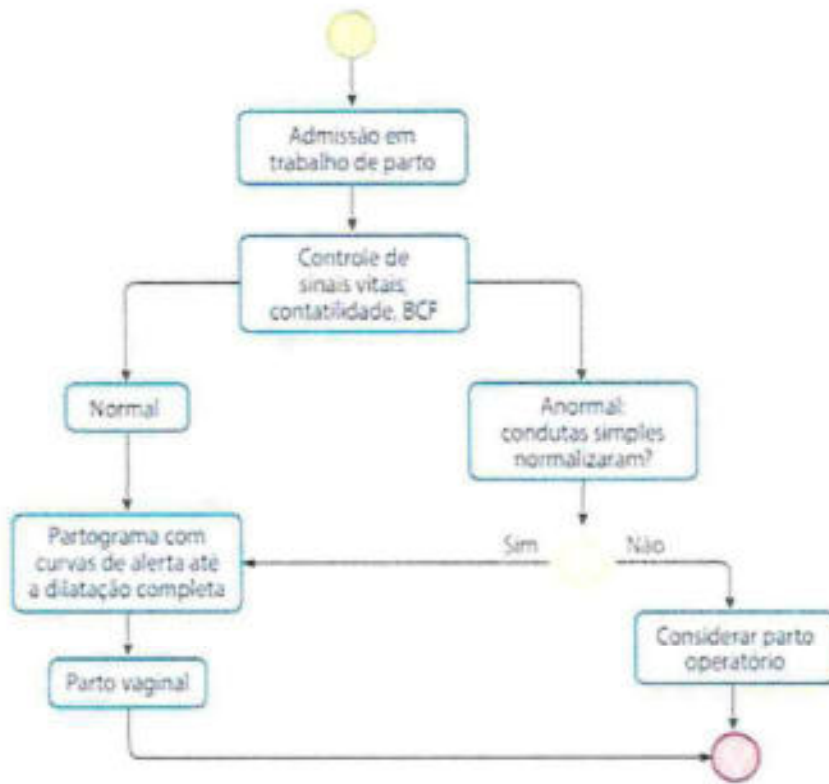
BORNIA, R. G.; JÚNIOR, I. B. C.; JÚNIOR, J. A. Protocolos Assistenciais Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD Editora, 2013.

MACHADO, R. 4 de Perinatologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Perinatal, 2012.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TRABALHO DE PARTO**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## CARDIOLOGIA

### ANGINA INSTÁVEL / INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST

#### 1. INTRODUÇÃO

Angina Instável (AI) é uma das principais causas cardiovasculares de atendimento em setores de emergência, sendo que um significativo percentual cursará com elevação de marcadores de injúria miocárdica, configurando Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível de ST (IAMSSST). O complexo AI/IAMSSST possui apresentação variada e acarreta diversas morbidades, conforme o contexto clínico.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A principal forma de apresentação da AI/IAMSSST é a dor torácica, que deverá ser avaliada com prioridade, conforme o Protocolo de Dor Torácica. A Angina Instável se caracteriza pelo surgimento recente ou evolução acelerada de sinais e sintomas de isquemia miocárdica, enquanto o IAMSSST é caracterizado pela ocorrência de sinais e sintomas de isquemia miocárdica associados à elevação de marcadores bioquímicos, porém, sem a elevação do segmento ST.

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A abordagem diagnóstica da AI/IAMSSST inicia-se pela avaliação da dor torácica pelo respectivo protocolo e deve ser complementada pela classificação do evento, estratificação de risco cardiovascular, realização de exames seriados e determinação da indicação de estudo invasivo.

##### 3..1. Classificação do quadro e estratificação de risco cardiovascular

Deverá ser realizada a classificação do quadro anginoso através da Classificação de Braunwald, e associando a estratificação de risco de eventos cardiovasculares maiores (óbito, reinfarto ou necessidade de revascularização de urgência através do score TIMI).

##### A) Classificação de Braunwald

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Utiliza três critérios: a gravidade dos sintomas, as manifestações clínicas e a intensidade do tratamento.

### 1. Gravidade dos sintomas

Classe I – Angina de início recente (menos de dois meses), frequente ou de grande intensidade (três ou mais vezes ao dia), acelerada (evolutivamente mais frequente ou desencadeada por esforços progressivamente menores).

Classe II – Angina de repouso subaguda (um ou mais episódios em repouso nos últimos 30 dias, o último episódio ocorrido há mais de 48 horas).

Classe III – Angina de repouso aguda (um ou mais episódios em repouso nas últimas 48 horas).

### 2. Circunstâncias das manifestações clínicas

Classe A – Angina instável secundária (anemia, febre, hipotensão, hipertensão não controlada, emoções não rotineiras, estenose aórtica, arritmias, tireotoxicoses, hipoxemia etc).

Classe B – Angina instável primária.

Classe C – Angina pós-infarto do miocárdio (mais de 24 horas e menos de duas semanas).

### 3. Intensidade do tratamento

Classe 1 – Sem tratamento ou com tratamento mínimo.

Classe 2 – Terapia antianginosa usual.

Classe 3 – Terapia máxima.

### B) Escore de risco TIMI

Utiliza sete critérios, consignando um (1) ponto a cada:

- idade  $\geq$  65 anos;
- dor anginosa iniciada há  $<$  24 h;
- uso de AAS nos últimos 7 dias;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- infradesnível de ST > 0,5 mm;
- elevação de marcadores de injúria miocárdica
- doença arterial coronariana (DAC) prévia;
- três ou mais fatores de risco para DAC (HAS, DM, hipercolesterolemia, tabagismo, história familiar).

0-2 pontos	baixo risco
3-5 pontos	risco intermediário
6-7 pontos	alto risco

### 3.2. Eletrocardiograma

Todo paciente com AI/IAMSSST já deve ter o ECG realizado desde a admissão no setor de Emergência. O ECG deve ser repetido com intervalo de três horas do inicial nos pacientes em observação e/ou caso ocorram mudanças no quadro clínico (retorno de sintomas, hipotensão, etc.). A presença de infradesnível de ST  $\geq$  0,5 mm, bloqueio completo de ramo esquerdo (BRE), taquicardia ou bradicardia comportam pior prognóstico. Todo paciente com AI/IAMSSST deve ser mantido sob monitorização contínua de ECG.

### 3.3. Marcadores bioquímicos

Devem ser realizados de forma seriada:

- CKMB massa: apresenta maior sensibilidade e especificidade que a CKMB atividade, pois inicia a elevação após 4 h da injúria miocárdica. Pode apresentar falso positivo em torno de 4% dos casos em virtude de lesões musculares, trauma, ou presença de macromoléculas de creatinoquinase.
- Troponina I: mais específica que a CKMB massa, mantém-se elevada além das 24 h do evento.

O diagnóstico de IAMSSST será feito caso ocorra a elevação de CKMB massa em duas medidas consecutivas ou uma medida com nível duas vezes superior ao limite máximo da normalidade. No caso da Troponina I, o diagnóstico de IAMSSST será feito pela elevação acima do limite superior do normal.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Caso ocorra elevação de CKMB massa com Troponina I normal, a decisão clínica baseia-se nesta última.

A elevação isolada de Troponina I com CKMB massa normal não indica IAMSSST, mas AI de alto risco

### 3.4. Ecocardiograma

O Ecocardiograma Transtorácico (ECOTT) permite a avaliação estrutural e funcional do coração, auxiliando no diagnóstico diferencial com patologias de aorta, pericárdio e valvulopatias.

Embora um ECOTT normal em repouso não afaste AI/IAMSSST, a presença de alterações de motilidade segmentar aumenta a probabilidade de causa isquêmica.

A avaliação da performance cardiovascular, tanto pela Fração de Ejeção ventricular (FE) quanto pela análise subjetiva da contratilidade, permite melhor orientação da terapêutica medicamentosa.

### 3.5. Angiotomografia coronariana

A Angiotomografia Coronariana (ATC) tem demonstrado valor na estratificação de risco nas síndromes isquêmicas agudas em virtude de seu valor preditivo negativo alto.

Tem indicação nos pacientes com escore de risco baixo / intermediário que apresentem ECG inconclusivo e marcadores de injúria miocárdica normais.

### 3.6. Cineangiocoronariografia

Nos pacientes com AI/IAMSSST, a realização de Cineangiocoronariografia (CAT) deve ser realizada em até 48 horas naqueles com escore de risco intermediário a alto (TIMI  $\geq$  3), já que a estratégia de estratificação invasiva evidenciou melhor relação custo-eficácia.

Além do escore de risco TIMI  $\geq$  3, são considerados indicadores de alto risco, justificando CAT em caráter urgente, os seguintes:

- angina ou isquemia recorrente, a despeito de terapia otimizada;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- níveis elevados de troponina;
- nova depressão de segmento ST;
- angina ou isquemia recorrente associada a sinais de insuficiência cardíaca;
- disfunção ventricular subjacente (FE < 40%);
- instabilidade hemodinâmica;
- taquicardia ventricular sustentada;
- intervenção coronariana nos últimos 6 meses;
- cirurgia prévia de revascularização miocárdica.

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Princípios gerais

Todo paciente com risco intermediário ou alto deverá ser internado na Unidade Coronariana assim que possível.

Os pacientes com risco intermediário ou alto são elegíveis para realizar investigação por cineangiocoronariografia (CAT) em até 48 horas do início dos sintomas, a não ser que apresentem comorbidades importantes (p.ex. Insuficiência hepática), baixa expectativa de vida ou que a priori recusem a possibilidade de tratamento de revascularização miocárdica.

Pacientes com risco baixo devem ter sua investigação realizada em até 24 horas para definir-se alta ou internação hospitalar.

##### 4.2. Oxigenioterapia

A suplementação de oxigênio deve ser realizada nos pacientes com risco intermediário ou alto e mantida até 4 h após a cessação dos sintomas, exceto se houver queda persistente de oxigenação em ar ambiente.

Dose: 2–4 L/min

##### 4.3. Analgesia

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Indicada nos casos de dor persistente ou recorrente, a despeito do uso de nitratos. Deve ser realizada com doses seriadas para evitar depressão respiratória e hipotensão, mantendo-se aferição frequente de pulso e pressão arterial.

Morfina: 2–4 mg IV diluído a cada 5 minutos, até máximo de 25 mg.

Em caso de alergia a morfina: Meperidina (Dolantina) 20–50 mg IV

#### 4.4. Nitratos

Devem ser utilizados para controle da dor anginosa, especialmente nos pacientes de risco intermediário ou alto.

A administração sublingual ou intravenosa tem igual eficácia, sendo a última preferida para manutenção do efeito nos casos de dor recorrente ou para auxiliar o controle da hipertensão arterial.

É contraindicada em pacientes com hipotensão (PA sistólica < 100 mmHg ou que fizeram uso de sildenafil ou similares nas últimas 24 h).

- Dinitrato de isossorbida 5 mg: 1 cp SL a cada 5 minutos (até máximo de 15 mg).
- Nitroglicerina: 10 a 200 mcg/min – diluição:
  - 1 ampola de 5 ml + 245 ml SG 5% ou SF 0,9% (6 ml/h = 10 mcg/min);
  - 1 ampola de 10 ml + 240 mL SG 5% ou SF 0,9% (3 ml/h = 10 mcg/min).

#### 4.5. Betabloqueadores

Atuam reduzindo primariamente a frequência cardíaca, podendo diminuir a pressão arterial e o consumo de oxigênio miocárdico e potencializar o efeito antiisquêmico dos nitratos.

São contraindicados em pacientes com hipotensão, bradicardia e sinais de disfunção ventricular esquerda (presença de terceira bulha, crepitações pulmonares, etc.).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

A preferência é para a via oral, iniciando com a menor dose, a fim de manter a FC em torno de 60 bpm. A via endovenosa pode ser usada, com cautela, em caso de dor isquêmica persistente ou taquicardia não compensatória de insuficiência cardíaca.

Durante a administração IV, mensurar seriadamente pulso, pressão arterial, ausculta pulmonar, e monitorizar ECG.

- Atenolol: 25–50 mg VO 12/12 h;
- Metoprolol 5 mg/5 ml: 5 mg IV lento (1–2 min); pode-se repetir a dose a cada 5 minutos (máximo 15 mg).

#### 4.6. Antiplaquetários

Os agentes antiplaquetários têm impacto direto na redução de eventos cardiovasculares maiores.

O Ácido Acetilsalicílico (AAS) deve ser administrado a todos os pacientes com síndrome isquêmica, exceto em caso de alergia conhecida ou presença de sangramento digestivo ativo.

Pacientes com risco intermediário ou alto devem receber, além do AAS, o Clopidogrel ou Ticagrelor. Em virtude do início mais rápido de ação e da maior taxa de antiagregação plaquetária, o Ticagrelor, se disponível, deve ser preferido ao Clopidogrel.

Em pacientes com alergia a AAS, deve-se usar outro antiadesivo plaquetário em substituição.

- AAS 100 mg: dose de ataque 200 mg, manutenção 100 mg/dia.
- Ticagrelor 90 mg: dose de ataque 180 mg, manutenção 90 mg/dia.
- Clopidogrel 75 mg: dose de ataque 300 mg, manutenção 75 mg/dia.

#### 4.7. Heparinas

Todos os pacientes com AI/IAMSSST devem receber heparinização, que reduz os eventos cardiovasculares maiores.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



A preferência é pela Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) em virtude da facilidade de administração, não necessidade de controle laboratorial e eficácia similar à da Heparina Não Fracionada (HNF).

A HNF deve ser preferida nos pacientes com perfil de alto risco que tenham indicação de realizar CAT em caráter urgente.

- Enoxaparina: 1 mg/kg SC 12/12 h.
  - 0,75 mg/kg SC 12/12 h (pacientes com mais de 70 anos);
  - 1 mg/kg SC 1 x/dia (clearance de creatinina  $\leq$  30 ml/min).
- Heparina: apresentação frasco 5 ml / 25000 U;
  - diluição: 5 ml em 245 ml SG 5%;
  - dose: ataque bolus de 5000 U (1ml).
  - manutenção: iniciar com 10 ml/h (1000 U/h); ajustar infusão para PTT 2 a 3 x o normal; avaliar PTT 4/4 h.

## 5. REFERÊNCIAS

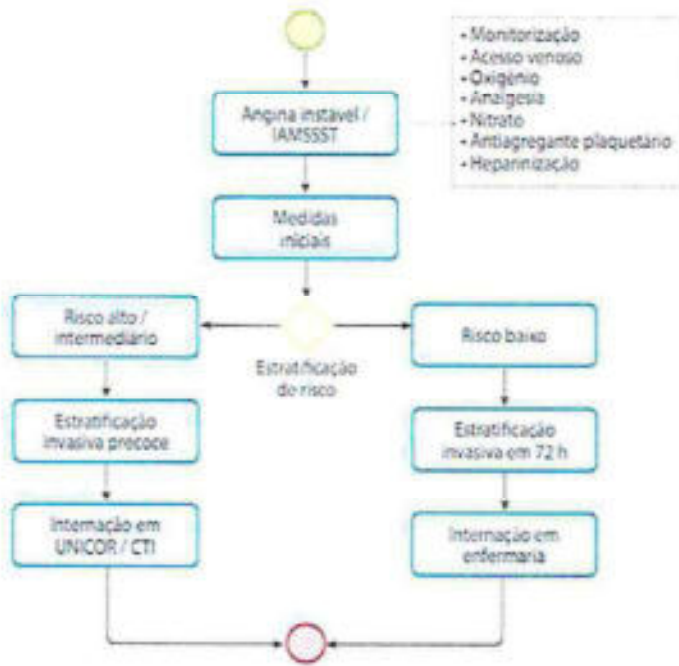
GLUCKMANN, T. J. et al A Simplified Approach to the Management of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes. JAMA, January 19, 2005–Vol. 293, No. 3, 2005.

HILAL-DANDAN, R. BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw Hill, 2011.

NICOLAU, J. C. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do segmento ST. 2. ed. – Atualização 2013-2014. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 102, nº 3, Supl. 1, mar, 2014.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO SEM SUPRADESNÍVEL DE ST

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## DOR TORÁCICA

### 1. INTRODUÇÃO

A dor torácica é uma causa comum de atendimento em emergências, sendo que entre 15 e 30% dos casos correspondem realmente a Síndrome Coronariana Aguda (Infarto Agudo do Miocárdio ou Angina Instável). Em virtude da alta morbimortalidade cardiovascular associada à Síndrome Coronariana Aguda (SCA), o paciente com queixa de dor torácica deve ter o seu atendimento realizado de forma diferenciada.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O paciente com dor torácica deve ter as características do sintoma analisados para diferenciar a dor anginosa da não anginosa. A dor anginosa típica tem por características:

- dor ou desconforto em opressão ou queimação em região precordial ou retroesternal;
- pode haver irradiação para membro superior esquerdo, mandíbula, membro superior direito;
- frequentemente acompanhada de sudorese, náuseas, vômito ou dispneia;
- duração de minutos;
- idoso e mulheres podem ter dor pouco intensa ou dispneia como manifestação.

Como diagnóstico diferencial de dor precordial aguda, temos:

#### a) Dissecção aguda de aorta

- mais comum em pacientes hipertensos, com trauma torácico recente;

#### b) Síndrome de Marfan

- dor torácica anterior dilacerante de início súbito;
- irradiação para pescoço, dorso ou mandíbula;
- pode haver sopro de regurgitação aórtica e assimetria significativa de pulsos de membros superiores;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

c) Embolia pulmonar

- comumente, há situação predisponente para trombose venosa profunda;
- o sintoma mais comum é a dispneia;
- dor torácica de início súbito;
- presença de taquipneia e taquicardia; pode haver cianose;

d) Pericardite

- dor de característica pleurítica retroesternal ou torácica esquerda;
- piora com decúbito e deglutição, melhora com inclinação de tórax;
- pode haver presença de atrito pericárdico;

e) Prolapso valvar mitral

- dor em pontada, de localização variável e curta duração;
- sem irradiação;
- sem relação clara com esforço;

f) Refluxo esofageano

- dor retroesternal em queimação ou opressiva (menos comum);
- melhora com posição ereta ou uso de antiácidos;
- pode melhorar com nitratos ou bloqueadores de canal de cálcio;

g) Dor ulcerosa péptica

- dor mais frequentemente epigástrica;
- ocorrência mais comum após alimentação;
- dor à palpação de região epigástrica;

h) Costocondrites

- mais comum em idosos ou após esforços físicos;
- dor tipo pleurítica, localizada sobre a articulação costocondral;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- piora à palpação.

De acordo com suas características, a dor torácica será classificada como:

- Tipo A: claramente anginosa;
- Tipo B: possivelmente anginosa;
- Tipo C: possivelmente não anginosa;
- Tipo D: claramente nãoanginosa;

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### 3.1. Pacientes com dor torácica tipos A / B

- Realizar ECG de 16 derivações em até 10 minutos da admissão na Unidade de Emergência (UE)
- Admitir em leito com monitorização, instalar Oxigenioterapia e obter acesso venoso.
- Avaliação clínica e do ECG pelo médico da UE.

Critérios clínico-eletrocardiográficos diagnósticos de SCA: Iniciar MONABCE (morfina, oxigênio, nitrato, AAS, betabloqueador, clopidogel e estatina).

– Protocolo de IAMCSST ou IAMSSST/AI.

Critérios clínico-eletrocardiográficos não diagnósticos de SCA:

- ECG seriado: admissão, 3h e 9 h.
- marcadores de injúria miocárdica seriados (Mioglobina, CPK, CK massa, Troponina I): admissão, 3h e 9 h.
- se confirmada SCA, iniciar protocolo de IAMSSST/AI

#### 3.2. Pacientes com dor torácica tipo C

- Realizar ECG à admissão.
- Manter sob observação em leito.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Avaliação clínica e de ECG pelo médico da UE. Critério clínico-eletrocardiográficos não diagnóstico de SCA:

– repetir ECG e marcadores de injúria miocárdica 3 h após admissão.

### 3.3. Pacientes com dor torácica tipo D

- Realizar ECG à admissão.
- Avaliação clínica e de ECG pelo médico da UE.
- Sem alterações no ECG: investigar causa não coronariana para dor.
- Alterações no ECG: conduzir conforme item 3.1 ou 3.2.

## 4. TRATAMENTO

Todo paciente com evidência clínico-eletrocardiográfica de SCA deverá ser tratado, inicialmente, com o esquema MONABCE:

Oxigênio:

- suplementação de oxigênio por máscara, 3 a 5 L/min, para manter SaO<sub>2</sub> maior que 90%.

Antiagregante plaquetário:

- AAS: – ataque: 200 mg VO / manutenção: 100 mg VO/dia;

– para todo paciente com SCA;

- Ticagrelor:

– ataque: 180 mg VO / manutenção: 90 mg VO 12/12 h;

– para todo paciente com SCA sem contraindicação;

Contraindicações ao Ticagrelor: FC < 50 bpm, IR em hemodiálise, cirrose hepática, asma, BAV 1º grau > 240 ms, BAV 2º ou 3º graus, uso de varfarina, uso de claritromicina, sangramento ativo;

- Clopidogrel:

– ataque: 300 mg VO / manutenção: 75 mg VO/dia;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

– uso em caso de contraindicação ao Ticagrelor;

Nitrato:

- Isossorbida 5 mg SL se PA sistólica > 90 mmHg; repetir em caso de persistência de dor precordial a cada 5 minutos (dose máxima 15 mg);
- Nitroglicerina IV contínua se dor anginosa em vigência de hipertensão moderada a severa (10 a 200 mcg/min); ajuste de dose a cada 5–10 minutos.

Betabloqueador IV:

- Metoprolol 2,5 a 5 mg em pacientes hemodinamicamente estáveis com FC entre 60 e 100 bpm; repetir dose, se necessário, a cada 10 minutos (dose máxima 15 mg);

Contraindicações a betabloqueador: ICC , FC < 60 ou > 100 bpm, bloqueio AV.

Morfina:

- 2 a 4 mg IV, a cada 5 minutos se necessário (quando o paciente estiver com dor refratária).

Atorvastatina:

- 40 mg/dia

## 5. REFERÊNCIAS

BASSAN, R.; PIMENTA, L.; LEÃES, P. E.; Timerman, A. I Diretriz de Dor Torácica na Sala de Emergência. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2002; 79 (supl II ): 1, 2012. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2002/7903/Toracica.pdf>>.

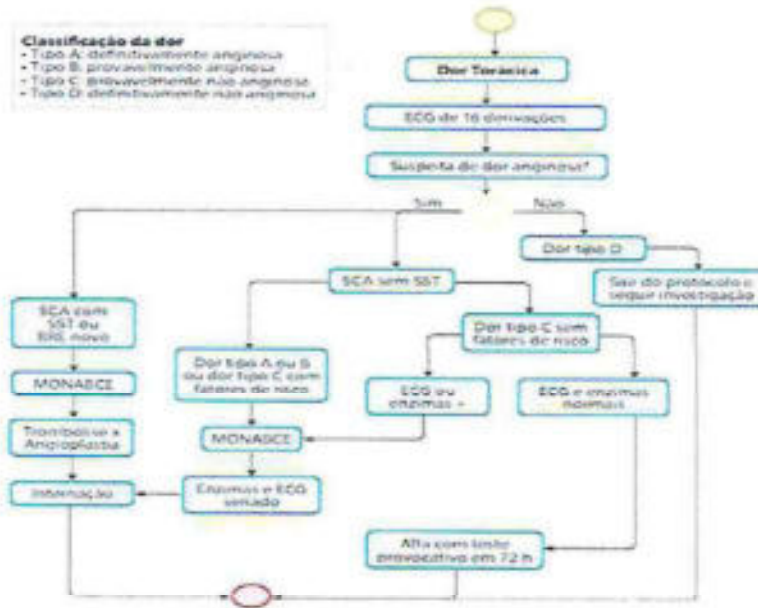
HILAL-DANDAN, R. BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw Hill, 2011

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DOR TORÁCICA

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Classificação da dor**

- Tipo A: definitivamente anginal
- Tipo B: provavelmente anginal
- Tipo C: provavelmente não anginal
- Tipo D: definitivamente não anginal



## CRISE HIPERTENSIVA

### 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em nosso país, as DCV têm sido a principal causa de morte.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Emergência Hipertensiva (EH) é definida pela elevação dos níveis pressóricos associada à lesão aguda em órgãos-alvo ou risco eminente de morte; requer

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



internação em unidade de cuidados intensivos e redução imediata da PA, a redução inicial não deve ultrapassar 20% a 25% da PA média inicial.

Urgência Hipertensiva (UH) é definida pela elevação da pressão arterial sem lesão de órgão-alvo, geralmente associada à interrupção ou redução da medicação anti-hipertensiva. Pacientes com urgência hipertensiva devem ter sua pressão arterial reduzida em 24 a 48 horas.

Existem, ainda, as pseudocrises hipertensivas, situações nas quais o aumento acentuado da pressão arterial é desencadeado por dor (cólicas, cefaleia), desconforto (tontura), ansiedade. O tratamento visa ao controle dos fatores desencadeantes.

### 2.1. Manifestações Clínicas das Emergências e Urgências Hipertensivas

EMERGÊNCIAS	URGÊNCIAS
Encefalopatia hipertensiva	Angina instável
Edema agudo do pulmão	Pré-eclâmpsia
Infarto agudo do miocárdio	Anticoagulação
Aneurisma dissecante da aorta	Intoxicação por cocaína ou anfetamina
Eclâmpsia	Pré e pós-operatório
Sangramento pós-operatório	Transplante renal
Crises de feocromocitoma	Rebote hipertensivo após suspensão súbita de clonidina ou outras medicações anti-hipertensivas
Hipertensão acelerada/maligna com papiledema	

## 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

### 3.1. Anamnese

História prévia de HAS, tratamento atual, uso de drogas hipertensoras (cocaína, anfetamina, simpaticomiméticos), sintomas de disfunções cardíacas, cerebrais, visuais e/ ou renais (cefaleia, dispneia, angina, alteração do nível de consciência).

CLASSIFICAÇÃO	PRESSÃO SISTÓLICA (mmHg)	PRESSÃO DIASTÓLICA (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

### 3.3. Exames complementares:

Hemograma, EAS, ureia, creatinina, eletrólitos, ECG, RX tórax para todos os pacientes em Emergência Hipertensiva. Ecocardiograma transtorácico, TC crânio e RNM de acordo com a apresentação do quadro clínico.

## 4. TRATAMENTO

O tratamento das Emergências e Urgências Hipertensivas depende do órgão-alvo que está sendo comprometido e varia desde a não redução, ou redução extremamente cautelosa, da pressão arterial, como no AVE, até a redução abrupta e agressiva dos níveis tensionais, como na Dissecção Aórtica ou EAP.

O objetivo do tratamento medicamentoso é a redução da PA média nas primeiras horas em 25% dos níveis pressóricos aferidos na admissão do paciente, o que habitualmente é o necessário para controlar a complicação em curso ou instalada. Essa medida visa à preservação da autorregulação cerebral, coronariana e renal, evitando o hipofluxo e a isquemia nesses órgãos. Quanto à normalização dos níveis tensionais, é uma meta a ser alcançada em regime de tratamento ambulatorial.

A única exceção a essa regra fica por conta dos pacientes com dissecção de aorta, nos quais a redução pressórica deve ser a máxima tolerada. Essa medida permite a estabilização do quadro e a abordagem cirúrgica precoce da dissecção.

As EH devem ser tratadas com fármacos endovenosos, enquanto as UH podem ser tratadas com fármacos sublinguais ou orais.

#### 4.1. Características farmacológicas dos hipotensores endovenosos

a) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial):

- dose: 0,25–10 mcg/kg/min;
- diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG5% (200 mcg/ml);
- início de ação: imediato;
- duração: 1–2 minutos;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

• efeitos adversos: intoxicação por cianeto

b) Nitroglicerina (vasodilatador venoso):

• dose: 10–200 mcg/min;

• diluição: 5 ml + 245 mL SG 5% (6ml/h = 10 mcg/min);

• 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);

• início de ação: 2–5 minutos;

• duração: 5–10 minutos;

• efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.

c) Metoprolol (betabloqueador):

• dose: 5–15 mg (5 mg IV lento a cada 5 minutos, máximo 15 mg);

• apresentação: ampola 5 mg/ 5ml;

• início de ação: 2–5 minutos; • duração: 1–2 h;

• efeitos adversos: bradicardia, broncoespasmo.

d) Hidralazina (vasodilatador arterial):

• dose: 10–20 mg (bolus); • apresentação: ampola 20 mg;

• início de ação: 5–15 minutos;

• duração: 2–6 h;

• efeitos adversos: taquicardia, metabolização reduzida em hepatopatia e nefropatia.

#### 4.2. Características farmacológicas dos hipotensores sublinguais

a) Captopril:

• dose: 6,25–25 mg SL ou VO;

• apresentação: comprimido de 25 mg;

• início de ação: 15–30 minutos;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- duração: 2–6 h (SL); 6–8 h (VO);
- efeitos adversos: tosse, hipercalemia, insuficiência renal (na presença de estenose de artéria renal).

b) Clonidina:

- dose: 0,1–0,2 mg VO 1/1 h (dose máxima 0,6 mg);
- apresentação: comprimido de 0,1 e 0,2 mg;
- início de ação: 30–60 minutos;
- duração: 6–8 h;
- efeitos adversos: hipotensão postural, boca seca, sonolência.

4.3. Terapêutica para cada tipo de emergência hipertensiva

a) Acidente Vascular Encefálico:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- indicado se PA sistólica > 200 mmHg e/ou PA diastólica > 110 mmHg;
- evitar PA diastólica inferior a 110 mmHg;

b) Encefalopatia hipertensiva:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio;
- realizar TC de crânio para afastar AVE.

c) Síndrome coronariana aguda:

- fármaco de escolha: Nitroglicerina + Betabloqueadores.

d) Dissecção aórtica:

- fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Betabloqueadores.

e) Edema Agudo de Pulmão (EAP):

- fármaco de escolha: Nitroglicerina + Morfina + Furosemida.

f) EAP em paciente renal crônico:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

• fármaco de escolha: Nitroprussiato de Sódio + Hidralazina (Furosemida se apresenta diurese); • avaliar hemodiálise.

g) Crise simpática:

• fármaco de escolha: Verapamil + Betabloqueador + Benzodiazepínico;  
• betabloqueador contraindicado em intoxicação por cocaína.

h) Eclâmpsia:

• fármaco de escolha: Hidralazina; • antecipar parto.

## 5. REFERÊNCIAS

HILAL-DANDAN, R.; BRUNTON, L. L. Goodman and Gilman's Manual of Pharmacology and Therapeutics. 2. ed. New York, EUA: McGraw-Hill, 2011.

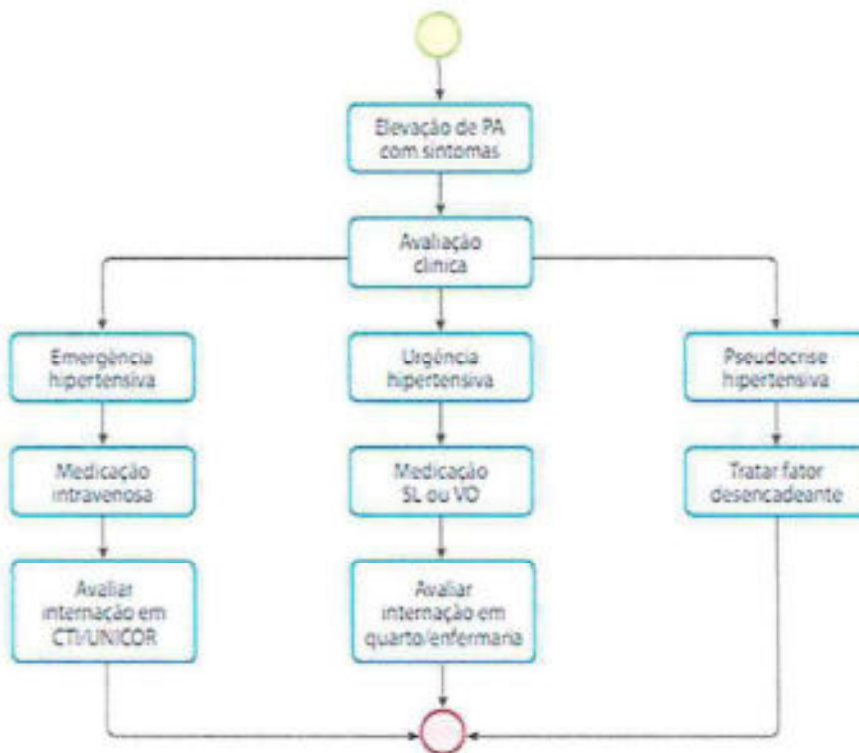
MALACHIAS, M. V. B. et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. Volume 107, Nº 3, Supl. 3, setembro, 2016. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>.

MANCIA, G.; DE BACKER, G.; DOMINICZAK, A.; CIFKOVA, R.; FAGARD, R.; GERMANO, G. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). J Hypertens. 2007, Jun;25(6):1105-87.

ROSEI, E. A.; SALVETTI, M.; FARSANG, C. European Society of Hypertension Scientific Newsletter: treatment of hypertensive urgencies and emergencies. J Hypertens. 2006 Dec;24(12):2482-5

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

### 1. INTRODUÇÃO

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a despeito dos avanços no diagnóstico e na terapêutica, continua a ser uma das principais causas de mortalidade em nível mundial. O reconhecimento precoce e o tratamento urgente são indispensáveis para reduzir seu impacto na morbimortalidade.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível de ST (IAMCSST) será diagnosticado se o paciente apresentar duas das seguintes alterações:

- história típica de dor precordial;
- alterações eletrocardiográficas compatíveis.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### 3.1. Sintomas

Dor precordial, retroesternal, constrictiva, não pleurítica, com duração superior a 30 minutos, irradiada para ombros ou mento e não aliviada pelo repouso ou uso de nitratos. A dor pode ser acompanhada pelos seguintes sintomas: náuseas, vômitos, sudorese e fraqueza muscular generalizada. O infarto agudo do miocárdio pode ser assintomático em até 12% dos pacientes ou se apresentar com quadros atípicos de dor ou desconforto em braços, dorso, mandíbula, ou ter como sintoma básico: síncope, palpitações, ortopneia ou agravamento da insuficiência cardíaca.

#### 3.2. Exame Físico

Fácies de angústia, diaforese, palidez cutânea, taquifisgmia, às vezes com frequência de pulso irregular e febre.

Na disfunção do ventrículo esquerdo, podemos encontrar: hipotensão, taquicardia, crepitações pulmonares e galope de VE.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Na disfunção do ventrículo direito, podem ser constatadas: hipotensão, turgência venosa jugular e hepatomegalia.

O achado auscultatório mais comum é o aparecimento de B4. Pode, ainda, ser, auscultado atrito pericárdico e haver surgimento de sopros, secundários a disfunção ou ruptura do músculo papilar, insuficiência mitral por dilatação do anel mitral, formação de comunicação interventricular e insuficiência tricúspide.

### 3.3. Eletrocardiograma

Deve ser realizado dentro de 10 minutos da admissão de paciente com dor precordial na Emergência.

A presença de supradesnível de ST de, ao menos, 2 mm em duas derivações contíguas caracteriza o IAMCSST.

### 3.4. Fases do Infarto Agudo do Miocárdio

Superaguda: Ondas T aumentadas, lembrando hipercalemia.

Aguda: elevação do ST, diminuição de T e aparecimento de Q.

Subaguda: T invertida, ST retorna à linha de base.

Crônica: Ondas Q e elevação de ST.

Atualmente, não se classifica o infarto em transmural e subendocárdico.

### 3.5. Provável segmento acometido conforme derivações do ECG

Inferior: D2, V3 e AVF.

Posterior: V7 e V8, em espelho, V1 e V2.

Septal: V1 e V2.

Anterior extenso: V1 a V6, D1 e AVL.

Ântero-lateral: D1, AVL, V3 a V6.

Ântero-septal: V1 a V4.

Anterior: V3 a V4.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	





Lateral: D1, AVL, V5 e V6.

Infarto de VD é sugerido pela elevação do segmento ST em V1, V3R, V4R, principalmente na presença de infarto inferior.

O diagnóstico eletrocardiográfico é extremamente difícil na presença de bloqueio de ramo esquerdo; os sinais descritos (onda Q maior que 3 mm em D1, AVL, V5 e V6, regressão do R de V1 a V4, sinal de Cabrera), têm boa especificidade, porém, a sensibilidade é inferior a 40%.

A elevação de marcadores de injúria miocárdica NÃO é necessária para o diagnóstico do IAMCSST.

### 3.6. Classificação hemodinâmica do IAM

Classificação de Killip:

- Classe I: sem sinais de ICC;
- Classe II: ICC discreta;
- Classe III: edema agudo de pulmão;
- Classe IV: choque cardiogênico;

## 4. TRATAMENTO

### 4.1. Medidas Gerais

a) Admissão em leito com monitorização contínua de ECG, oximetria de pulso e pressão arterial não invasiva.

b) Obter acesso venoso periférico de bom calibre; se possível, dois acessos.

c) Instalar suplementação de O<sub>2</sub> se oximetria inferior a 94%.

d) Antiagregante plaquetário: administrar AAS 200 mg VO associado a:

Ticagrelor 180 mg VO se for ser submetido a angioplastia primária;

Clopidogrel 300 mg VO se for ser submetido a trombólise farmacológica.

e) Nitrato: mononitrato ou dinitrato de isossorbida 5 mg SL. Contraindicações: PA sistólica < 90 mmHg, uso de sildenafil ou similares, suspeita de infarto de VD.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- f) Analgesia: Morfina 2–4 mg IV; dose pode ser repetida em 5 a 15 minutos.
- g) Heparinização: Enoxaparina 1 mg/kg SC 12/12 h (0,75 mg/kg se idade > 75 anos).

#### 4.2. Medidas de Estabilização Clínica

- a) Hipertensão: iniciar Nitroglicerina IV 10–200 mcg/min.
- b) Insuficiência cardíaca:
- Furosemda 20 mg IV em caso de congestão, intermitente;
  - Nitroglicerina IV para redução de pré-carga;
  - Dobutamina 5–20 mcg/kg/min, se necessário.

#### 4.3. Reperusão Miocárdica

##### a) Opção 1 – Angioplastia Primária

É a estratégia preferencial nos pacientes com IAMCSST com sintomas iniciados < 12 h ou com sintomas iniciados > 12 h e < 24 h e que tenham evidências de isquemia persistente.

O tempo ótimo é a realização da cineangiocoronariografia em até 90 minutos da admissão do paciente na Emergência.

Devem ser instituídas as medidas gerais e as de estabilização clínica até a chegada do paciente à sala de Hemodinâmica.

##### b) Opção 2 – Trombólise Farmacológica

Deve ser realizada nos paciente com IAMCSST em que a angioplastia primária não possa ser realizada em tempo hábil. Deve-se, obrigatoriamente, avaliar os critérios de inclusão e exclusão antes da instituição da trombólise.

##### b.1) Critérios de inclusão:

- idade inferior a 75 anos;
- dor típica e persistente, com mais de 30 minutos de duração;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- elevação do segmento ST-T maior que 2 mm em duas derivações, de preferência com imagem de necrose (raramente presente);
- ausência de resposta ao uso de nitratos via sublingual;
- quadro de IAM anterior ou inferior sob alto risco, IAM prévio ou extenso evidenciado por depressão do segmento ST em V1 a V3;
- todo IAM com disfunção de bomba, bloqueio A-V de 2o e 3o graus, e bloqueio intraventricular;
- quadro clínico em fase aguda com até 4-6 horas de início, sendo preferível com menos de 3 horas.

b.2) Critérios de exclusão:

**Absolutos**

- fenômenos hemorrágicos ativos;
- suspeita de dissecação aórtica aguda;
- PCR traumática ou prolongada;
- traumatismo craniano recente;
- neoplasia intracraniana diagnosticada;
- retinopatia diabética ou outra lesão retiniana hemorrágica;
- gestação;
- reação alérgica à estreptoquinase ou APSAC;
- pressão arterial maior que 200/120 mmHg;
- AVC comprovadamente hemorrágico;
- traumatismo ou cirurgia com menos de 2 semanas.

**Relativos**

- traumatismo ou cirurgia com mais de 2 semanas;
- hipertensão crônica grave com ou sem tratamento;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- ulcera péptica em atividade;
- história de AVC;
- diátese hemorrágica;
- disfunção hepática importante;
- exposição prévia a estreptoquinase ou APSAC.

b.3) Protocolo de Alteplase:

b.3.1) Pacientes com > 65 kg:

Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 50 mg em bomba infusora em 30 minutos, e depois 35 mg em bomba infusora em 60 minutos (dose total: 100 mg).

b.3.2) Pacientes com < 65 kg:

Administrar 15 mg IV em bolus, infundir 0,75 mg/kg em bomba infusora em 30 minutos e após 0,5 mg/kg em bomba infusora por 60 minutos

b.3.3) Em seguida à infusão da alteplase, faz-se heparina em bolus na dose de 5000 UI, com manutenção dose de 1000 UI/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 a 3 vezes o valor normal. A determinação do PTT deve ser feita de 4/4 h.

b.4) Protocolo de Estreptoquinase:

b.4.1) A dose ideal é de 1.500.000 UI diluídos em 100 ml de solução glicosada a 5%, com gotejamento para 30-60 minutos;

b.4.2) Em seguida à infusão da estreptoquinase, faz-se heparina em bolus na dose de 40 UI/kg, com dose de manutenção de 15 UI/kg/hora, sendo a dose ideal controlada pelo PTT, que deve ficar entre 2 e 3 vezes o valor normal.

b.5) Medidas gerais pós-trombólise:

Manter o mesmo esquema terapêutico usado no protocolo do IAM (nitratos, betabloqueadores, sedativos).

Oxigenioterapia por cateter nasal contínuo a 3 L/min.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Evitar linha arterial, injeções via IM, cateterização venosa central (caso necessário, dissecar uma veia).

A dissolução ocorre em 45% dos pacientes tratados, e a reoclusão em 9-29%, sendo a última mais por interrupção da anticoagulação ou por estenoses residuais graves.

A reoclusão, na maioria dos casos, passa despercebida.

b.6) Exames de controle:

ECG a cada 30 minutos nas primeiras 2 horas. Em seguida, de 6/6 horas até 24 horas. Depois de 24 horas, ECG diário como rotina.

CPK-MB na admissão (antes da infusão de SK), com 4–6 h e 24 h após a SK. Pico antes das 24 h = recanalização. Pico após 36 h = não houve recanalização. Hemograma completo com VHS.

Coagulograma completo (PTT/plaquetas/TS/TC/TAP).

Classificação sanguínea com reserva de 2 litros de sangue total.

Outros exames de rotina: glicose, ureia, creatinina e ionograma. Avaliação da necessidade da cineangiocoronariografia de acordo com a gravidade dos casos.

b.7) Sinais indiretos de reperfusão:

Clínico: melhora da precordialgia e outros sintomas.

Eletrocardiográfico: normalização progressiva e rápida do ST, aparecimento ou acentuação da onda "Q", desaparecimento de bloqueios atrioventriculares ou intraventriculares, e aparecimento ou elevação na frequência de arritmias (extrassistolia, taquicardia ventricular, fibrilação ventricular, bradicardia).

Ecocardiográfico: aumento da fração de ejeção de VE.

Enzimático: elevação precoce dos valores de CK-MB, menos de 6 h, pico até 24 h.

## 5. REFERÊNCIAS

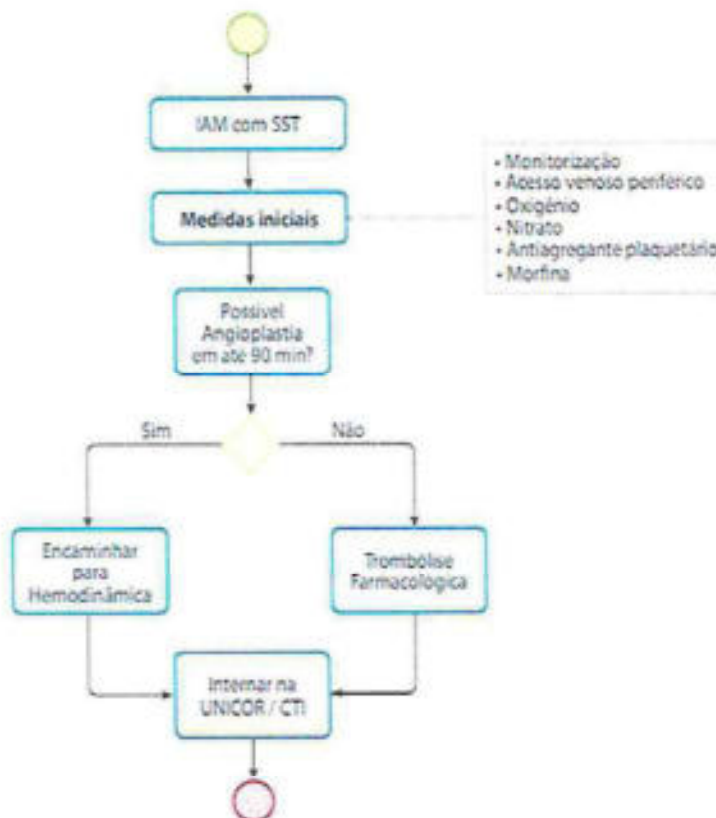
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

PIEGAS, L. S.; TIMERMANN, A. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. Arq. Bras. Cardiol. Vol. 105, Nº 2, Supl. 1, Agosto, 2015. Disponível em:

<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02\\_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2015/02_TRATAMENTO%20DO%20IAM%20COM%20SUPRADESNIVEL%20DO%20SEGMENTO%20ST.pdf)>.

STEG, P. G.; JAMES, S. K.; et al. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. European Heart Journal (2012) 33, 2569–2619. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/33/20/2569/447818/ESC-Guidelines-for-the-management-of-acute>>

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A IAM COM SUPRA DE ST



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

### 1. INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) aguda descompensada, que resulta em hospitalização, acarreta problemas específicos. Primeiro: a IC aguda marca uma mudança fundamental na história natural da progressão da doença. As taxas de mortalidade no ano seguinte à internação por IC são mais elevadas do que naqueles que não foram internados, e a hospitalização por IC permanece como um dos fatores de risco mais importantes para mortalidade. Segundo: a internação por IC aguda por si gera mais hospitalização, com taxas de rehospitalização de 50% dentro dos 12 meses após alta hospitalar. Terceiro: a internação por IC continua a ser a grande responsável por mais de trinta bilhões de dólares usados anualmente para o custeio dos cuidados a esses doentes. Assim, qualquer redução nessas internações pode resultar em ganhos econômicos substanciais e melhora clínica dos pacientes.

A incidência da IC tem aumentado no mundo e no Brasil. Vários fatores são apontados como causas desse cenário no nosso país. A cardiopatia isquêmica ultrapassou a doença de Chagas como etiologia mais frequente de IC no Brasil. Muitos avanços ocorreram no diagnóstico e nos tratamentos clínico e cirúrgico da doença cardiovascular, além do rápido envelhecimento populacional no Brasil, devido principalmente ao adiamento da mortalidade em função dos avanços da medicina e dos meios de comunicação.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

2.1. Definição A insuficiência cardíaca aguda é definida como início rápido ou mudança clínica dos sinais e sintomas de IC, resultando na necessidade urgente de terapia. A IC aguda pode, ainda, ser nova ou decorrente da piora de uma IC pré-existente (IC crônica descompensada).

#### 2.2. Classificação

Dentre as classificações atuais, adotaremos a de Gheorghiadé.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

1) IC aguda com pressão arterial elevada: pressão arterial elevada, com sintomas que aparecem rapidamente. Em geral, costuma ser o primeiro episódio de IC aguda, ou o paciente era assintomático, ou foi pouco sintomático por um longo período. Ocorre aumento da pressão capilar pulmonar e a redistribuição dos líquidos sistêmicos para o pulmão.

2) IC aguda com pressão arterial normal: pressão arterial normal, com história prévia de piora dos sintomas de IC crônica. Os sinais e sintomas desenvolvem-se gradualmente, em questão de dias, e, além da congestão pulmonar, há edema periférico. A fração de ejeção (FE) é usualmente reduzida. O tratamento é mais difícil e muitos pacientes mantêm os sintomas, apesar da terapia otimizada.

3) IC aguda com pressão arterial baixa: segundo os registros publicados, apresenta-se em menor percentagem, com sinais e sintomas de hipoperfusão tecidual, pressão arterial baixa ou choque cardiogênico.

### 2.3. Causas e fatores precipitantes de IC aguda

- Ingestão excessiva de sal e água.
- Falta de aderência ao tratamento e/ou falta de acesso ao medicamento.
- Sobrecarga de volume não detectada (falta de controle do peso diário).
- Sobrecarga de líquidos intravenosos durante internação.
- Fibrilação atrial (FA) aguda ou outras taquiarritmias.
- Bradiarritmias.
- Hipertensão arterial sistêmica.
- Tromboembolismo pulmonar.
- Isquemia miocárdica.
- Infecções (especialmente pneumonia).
- Anemia e carências nutricionais.
- Fístula AV.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



- Disfunção tireoidiana.
- Diabetes descompensado.
- Consumo excessivo de álcool.
- Insuficiência renal.
- Gravidez.
- Depressão e/ou fatores sociais (abandono, isolamento social).
- Uso de drogas ilícitas (cocaína, crack, ecstasy, entre outros).
- Fatores relacionados a fármacos: – intoxicação digitálica;
  - drogas que retêm água ou inibem as prostaglandinas: AINE, esteroides, estrógenos, andrógenos, clorpropamida, minoxidil, glitazonas;
  - drogas inotrópicas negativas: antiarrítmicos do grupo I, antagonistas de cálcio (exceto anlodipino), antidepressivos tricíclicos;
  - drogas cardiotoxicas: citostáticos, como adriamicina, trastuzumab;
  - automedicação, terapias alternativas.

### 3. DIAGNÓSTICO

#### 3.1. Diagnóstico clínico

a) Sintomas: sintoma mais comum da IC aguda é a dispneia, que também está presente em outras patologias, como infecções pulmonares, tromboembolismo pulmonar, etc. A história prévia de IC e o relato de dispneia paroxística noturna ou dispneia de decúbito aumentam a especificidade do sintoma.

Outros sintomas comuns são cansaço aos esforços, fadiga e sintomas digestivos (sensação de plenitude, anorexia, etc.).

b) Sinais: Devem ser observados sinais de aumento de pressão de ventrículo esquerdo (presença de terceira bulha), congestão venosa pulmonar (estertores pulmonares), congestão venosa sistêmica (edema ascendente de membros

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

inferiores, ascite) e de baixo débito cardíaco (extremidades frias, enchimento capilar lentificado, hipotensão arterial, oligúria, alteração de consciência).

### 3.2. Exames complementares

#### a) Eletrocardiograma

É incomum que um paciente com IC aguda tenha o ECG normal, o que confere a ele um poder preditivo negativo próximo a 90% para afastar disfunção sistólica de VE.

Os achados mais comuns no ECG são alterações isquêmicas, fibrilação atrial e bloqueio de ramo esquerdo.

#### b) Radiografia de tórax

Todo paciente com IC aguda deve realizar radiografia de tórax. A presença de sinais de congestão venosa pulmonar, especialmente associada a derrame pleural, indica sobrecarga de ventrículo esquerdo. Cardiomegalia pode estar presente, aumentando a especificidade dos demais achados clínicos, mas paciente com IC pode ter RX de tórax normal. O RX de tórax ajuda, ainda, a identificar infecções pulmonares como causa de descompensação.

#### c) Exames laboratoriais

Todo paciente com IC aguda deve realizar hemograma completo, bioquímica (glicemia, sódio, potássio, ureia e creatinina). Na presença de hepatomegalia ou ascite, avaliar transaminases, proteínas séricas e TAP.

Pacientes com desconforto respiratório e/ou sinais de baixo débito devem realizar gasometria arterial.

Embora pequenas elevações de troponina possam ocorrer em IC aguda, estas devem ser avaliadas em caso de suspeita de síndrome coronariana aguda.

O peptídeo atrial natriurético (BNP) auxilia na avaliação de casos duvidosos pelo seu poder preditivo negativo: uma dosagem < 100 exclui a descompensação cardíaca e valores > 400 a tornam provável. Pacientes com insuficiência renal e clearance de creatinina < 60 ml/min tendem a ter níveis mais elevados de BNP.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

d) Ecocardiograma Todo paciente com IC aguda deve ter avaliação ecocardiográfica para auxiliar na definição diagnóstica e orientar a terapêutica.

### 3.3. Identificação da causas de descompensação

Após a avaliação médica inicial, deve-se tentar identificar a causa da descompensação do paciente utilizando o acrônimo CHAMP como forma de lembrar as cinco causas mais comuns:

C – insuficiência Coronariana

H – Hipertensão Arterial

A – Arritmias

M – Mecânica (disfunção valvar, ruptura cardíaca, trauma, dissecação aórtica)

P – Embolismo Pulmonar

## 4. TRATAMENTO

Visando a abordagem uniforme, utiliza-se o mnemônico A B C D E F G H.

A) Avaliação Clínica/ Hemodinâmica com classificação do paciente

Para orientar a terapêutica, todo paciente com IC aguda deverá ser classificado conforme a presença ou ausência de congestão visceral e/ou periférica em "congesto" ou "seco", e conforme a perfusão periférica em "quente" ou "frio", o que leva a quatro formas de apresentação da IC aguda:

A - "Quente – seco": paciente sem congestão e sem baixo débito;

B - "Quente – congesto": paciente com congestão e sem baixo débito;

L - "Frio – seco": paciente sem congestão e com baixo débito;

C - "Frio – congesto": paciente com congestão e com baixo débito;

A presença de congestão acarreta pior prognóstico, sendo de mau prognóstico a apresentação "Frio – congesto".

Pacientes com insuficiência respiratória e/ou choque cardiogênico exigem tratamento imediato com suporte ventilatório e inotrópico.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Pacientes congestos:**

Em pacientes com IC crônica descompensada, há acúmulo de líquido intersticial com hipervolemia, enquanto os pacientes com IC aguda apresentam congestão pulmonar por redistribuição de fluxo, estando habitualmente euvolêmicos. Dessa forma, os primeiros têm maior benefício com o uso de diuréticos e os segundos, de vasodilatadores.

**Pacientes com baixa perfusão:**

Habitualmente, os pacientes com baixa perfusão deverão necessitar de vasodilatadores e/ou inotrópicos. Em caso de baixa perfusão sem congestão, avaliar reposição volêmica.

**B) Boa ventilação com Oxigenioterapia e suporte ventilatório não invasivo**

Todo paciente com hipoxemia ( $SpO_2 < 90\%$ ) deverá receber suplementação de oxigênio.

Pacientes dispneicos são elegíveis para ventilação não invasiva (CPAP), a fim de aliviar desconforto e reduzir risco de intubação traqueal.

Pacientes com acidose respiratória, hiper carbacia ou hipoxemia refratários à ventilação não invasiva devem ser submetidos à intubação traqueal e colocados em suporte ventilatório mecânico.

**C) Circulação (Perfis L ou C): avaliar reposição volêmica**

**D) Diuréticos** Deve-se utilizar diurético injetável, sendo disponível em nosso meio a furosemida. Pacientes com uso prévio de furosemida necessitam de doses maiores (em torno de 2,5 x a dose habitual) que pacientes sem uso prévio de diurético.

**Furosemida:**

- apresentação: ampola 20 mg;
- dose inicial: 10 a 40 mg IV;
- dose de manutenção: 10–20 mg a cada 6, 8 ou 12 horas.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

E) ECG

Visando isquemia, arritmia, bloqueios.

F) FC muito alta/muito baixa (avaliar e tratar, se necessário)

G) Garantir Medicacões

H) Heparina (Profilaxia de TVP/TEP)

4.1. Outras medicações

Vasodilatadores

Agem reduzindo a pré e a pós-carga ventricular e aumentando a ejeção ventricular. Especialmente importantes nos pacientes hipertensos. Devem ser utilizados com cautela em pacientes com estenose mitral ou aórtica importantes.

a) Nitroprussiato de sódio (vasodilatador arterial)

Dose: 0,25–10 mcg/kg/min;

Diluição: 1 frasco (50 mg) + 248 ml SG 5% (200 mcg/ml);

Início de ação: imediato;

Duração: 1–2 minutos;

Efeitos adversos: intoxicação por cianeto.

b) Nitroglicerina (vasodilatador venoso)

Dose: 10–200 mcg/min;

Diluição: 5 ml + 245 ml SG 5% (6 ml/h = 10 mg/min); 10 ml + 240 ml SG 5% (3 ml/h = 10 mcg/min);

Início de ação: 2–5 minutos;

Duração: 5–10 minutos;

Efeitos adversos: cefaleia, taquicardia, vômitos.

Vasopressores

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Agem por estimulação adrenérgica, com vasoconstrição periférica, realizando a redistribuição da circulação para os órgãos vitais. Acarretam, entretanto, aumento da resistência periférica e da pós-carga ventricular.

#### Noradrenalina

Apresentação: ampola 8 mg/4ml.

Diluição: 40 mg + 80 ml SF 0,9% (200 mcg/ml).

Dose: 0,2–1,0 mcg/kg/min.

#### Inotrópicos

Os inotrópicos aumentam a contratilidade miocárdica, e a fração de ejeção. Devem ser reservados para pacientes com baixo débito, afastando a hipovolemia como causa.

Inotrópicos que atuam por estimulação adrenérgica (dobutamina, dopamina) podem induzir aumento de frequência cardíaca e precipitar isquemia coronariana.

A levosimendana, por não atuar sobre receptores adrenérgicos, tem indicação em pacientes com cardiopatia isquêmica conhecida e naqueles em uso prévio de betabloqueadores; por seu efeito vasodilatador só pode ser usada em pacientes hipotensos associada a um vasopressor.

#### a) Dobutamina

Apresentação: ampola com 250 mg/20 ml;

Diluição: 40 ml + 210 ml SG 5% (2000 mcg/ml);

Dose: 2–20 mcg/kg/min.

#### b) Levosimendana

Apresentação: frasco com 5 ml ou 10 ml (2,5 mg/ml);

Diluição: 10 ml + 500 ml SG 5% (0,05 mg/ml);

Dose: 0,05–1,0 mcg/kg/min;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Evitar uso em pacientes com clearance de creatinina < 30 ml/min ou insuficiência hepática grave.

#### Trombopprofilaxia

Todos os pacientes com IC aguda devem ter profilaxia para eventos tromboembólicos, exceto na presença de contraindicação ou se já estiverem em uso prévio de anticoagulação adequada.

#### Choque cardiogênico

O choque cardiogênico é definido como hipotensão (PAS < 90 mmHg) associada à baixa perfusão na ausência de hipovolemia.

Pacientes em choque cardiogênico devem ser, no mais breve tempo, admitidos em setor de terapia intensiva (CTI ou UNICOR). Requerem monitorização contínua de ECG, oximetria e pressão arterial (preferencialmente invasiva).

A base do tratamento farmacológico do choque cardiogênico é o uso de inotrópicos e vasopressores, além de diuréticos de alça em caso de congestão importante. Pacientes com IC aguda e choque cardiogênico por isquemia coronariana têm indicação de cineangiocoronariografia de urgência.

### 5. REFERÊNCIAS

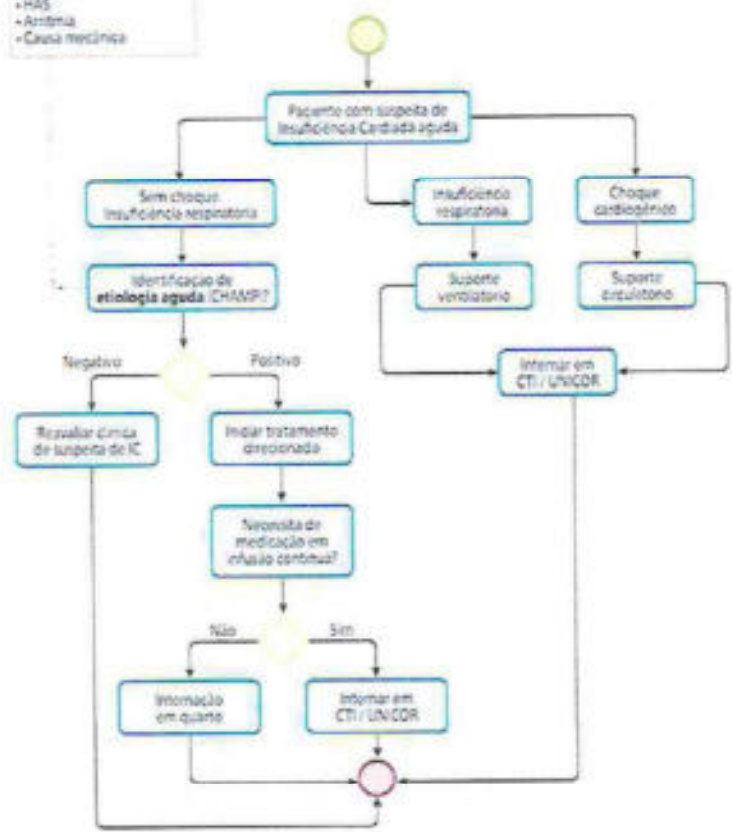
MONTERA, M. W.; ALMEIDA, R. A.; TINOCO, E. M.; ROCHA, R. M.; MOURA, L. Z.; RÉA-NETO, A. Sociedade Brasileira de Cardiologia. II Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda. Arq. Bras. Cardiol. 2009;93(3 supl.3):1-65. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_ica\\_93supl03.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_ica_93supl03.pdf)>.

PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200. Disponível em: <<https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/27/2129/1748921/2016-ESC-Guidelines-for-the-diagnosis-and>>.

Protocolo DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AGUDA

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Insuficiência coronariana
- HAS
- Arritmia
- Causa mecânica



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and initials]*



## TAQUIARRITMIAS

### 1. INTRODUÇÃO

As taquiarritmias são uma causa frequente nos atendimentos emergenciais, exigindo diagnóstico rápido e instituição de terapêutica apropriada. O presente protocolo procura apresentar de forma sequencial os passos a serem seguidos no manejo do paciente que chega à Emergência com quadro clínico compatível com taquiarritmia.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Por definição, taquiarritmia é a frequência cardíaca maior ou igual a 100 bpm causada por ritmo não sinusal.

Se a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, não há taquicardia e, mesmo que o ritmo de base não seja sinusal (p. ex.: fibrilação atrial), é improvável que esta seja a causa dos sintomas.

O ritmo sinusal é diagnosticado pela presença de onda P positiva em D1, D2 e D3, negativa em aVR. Nas derivações precordiais, pode ser bifásica em V1, mas é positiva nas demais. A melhor derivação para sua análise é D2, pela maior amplitude.

Se o ritmo é sinusal, não há arritmia e deve ser investigada a causa da taquicardia, sendo esta um sintoma da patologia de base.

Habitualmente, taquiarritmias com frequência inferior a 150 bpm não causam sintomatologia importante, exceto em presença de importante disfunção ventricular.

Se o paciente apresenta-se com taquiarritmia e sinais de instabilidade hemodinâmica, está indicada a cardioversão elétrica sincronizada para sua reversão imediata, sendo, neste caso, indiferente a sua etiologia.

Se o paciente não está em instabilidade hemodinâmica deve-se analisar o ECG para tentar o diagnóstico etiológico da arritmia e correlacioná-lo à(s) patologia(s)

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

de base e ao uso de medicações; é importante afastar a isquemia coronariana aguda como causa da arritmia pela análise do intervalo ST e da onda T.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

#### 3.1. Avaliação inicial

Todo paciente admitido na Emergência com queixa de palpitação ou em que se verifique aceleração da frequência cardíaca deve ser avaliado para a presença ou não de ritmo sinusal, realizando-se:

- levantamento de história clínica sucinta direcionada para os sintomas atuais, patologias pregressas e medicações em uso;
- exame físico direcionado para o aparelho cardiovascular (aferição dos sinais vitais, ausculta pulmonar e cardíaca, pesquisa de sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica);
- obtenção de acesso venoso;
- ECG de 12 derivações e monitorização eletrocardiográfica.

#### 3.2. Avaliação diagnóstica

Para fins práticos, podemos dividir as taquiarritmias em dois grandes grupos, que têm abordagem diferenciada: as taquiarritmias com QRS estreito e as taquiarritmias com QRS largo.

Ao analisar o ECG, devemos olhar o QRS e medi-lo: se apresenta duração menor que 120 ms (três quadradinhos), o QRS é dito estreito; se maior ou igual a 120 ms, é dito largo.

##### a) Classificação inicial das taquiarritmias

Se a taquiarritmia apresenta QRS largo:

- se o ritmo é irregular, trata-se de Fibrilação Atrial (FA);
- se o ritmo é regular, trata-se de Taquicardia Ventricular (TV) ou Taquicardia Supraventricular (TSV) com aberrância de condução.

Se a taquiarritmia apresenta QRS estreito:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- se o ritmo é regular (o intervalo R-R é regular), trata-se de Taquicardia Supraventricular (TSV);

- se o ritmo é irregular (o intervalo R-R é irregular), pode tratar-se de Fibrilação Atrial (FA).

b) Avaliação das taquiarritmias com QRS largo:

- se paciente hemodinamicamente estável, aplicar algoritmo de diagnóstico diferencial entre TV e TSV com aberrância;

- se paciente hemodinamicamente instável, tratar como TV

c) Avaliação das taquiarritmias supraventriculares:

- se é uma TSV, procurar a onda P;

- se há onda P precedendo o QRS:

- a relação P:QRS é  $> 1$  (há mais de uma onda P por QRS) e a frequência de P é  $> 250$  bpm: trata-se de Flutter Atrial;

- a relação P:QRS é  $> 1$  (há mais de uma onda P por QRS) e a frequência de P é  $< 250$  bpm: trata-se de Taquicardia Atrial (TA);

- a relação P:QRS é  $= 1$  (há uma onda P para cada QRS): é uma taquicardia por reentrada (AV nodal ou via anômala), frequentemente com onda P negativa;

- se o intervalo R-P (entre o início do QRS e a onda P seguinte) for até 140 ms: é uma Taquicardia por Reentrada AV Nodal (TRAVN);

- se o intervalo R-P estiver entre 140 e 200 ms, é uma Taquicardia por Reentrada por Via Anômala (TRVA);

- se o intervalo R-P for maior que 200 ms, é uma Taquicardia Atrial; se houver mais de duas morfologias de P, trata-se de Taquicardia Atrial Multifocal (habitualmente com irregularidade de ritmo);

- se não há onda P visível:

- a frequência cardíaca é de 150 bpm: provavelmente, trata-se de Flutter Atrial;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

– se há Bloqueio Incompleto de Ramo Direito (r' em V1) trata-se de Taquicardia por Reentrada AV nodal (TRAVN);

– se há alternância elétrica (QRS de amplitude variável), trata-se de Taquicardia por Reentrada por Via Anômala (TRVA).

#### 4. TRATAMENTO

##### 4.1. Taquiarritmia com QRS estreito

Taquicardia por Reentrada (AV Nodal ou Via Anômala).

A primeira opção é a realização de manobra vagal por meio de Massagem de Seio Carotídeo para aumentar o período refratário do Nódulo AV (NAV) e interromper o circuito da arritmia.

Caso não haja sucesso, usa-se Adenosina EV em bolus na dose inicial de 6 mg (1 amp), que pode ser repetida em caso de insucesso após dois minutos com dose de 12 mg (2 amp). A Adenosina causa bloqueio atrioventricular fugaz (meia vida < 5 s), interrompendo o circuito da arritmia.

Em caso de insucesso, está indicada a Cardioversão Elétrica Sincronizada (CVES).

Por vezes, a manobra vagal, ou a adenosina, "abre" o traçado, revelando a presença de Flutter Atrial ou Fibrilação Atrial, que estavam mascarados pela frequência acelerada, devendo ser feito o tratamento específico.

##### 4.2. Flutter Atrial

Por tratar-se de uma arritmia por reentrada que não utiliza o NAV no seu circuito, ela não é revertida por manobra vagal ou Adenosina.

O sucesso da reversão farmacológica com antiarrítmicos é pequena, sendo a primeira opção a Cardioversão Elétrica Sincronizada.

A opção de reversão do Flutter deve se basear no tempo de início.

Se a arritmia teve início há < 48 h – cardioverter o paciente e, concomitantemente, iniciar anticoagulação plena com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Se a arritmia teve início há > 48h ou tempo indeterminado – controlar a frequência cardíaca, iniciar anticoagulação plena com HBPM e programar Ecocardiograma Transesofágico (ETE) para afastar trombo intra-atrial; a cardioversão será feita a posteriori.

#### 4.3. Taquicardia Atrial

São taquiarritmias que têm como substrato principal o aumento do automatismo de foco ectópico atrial que assume o controle do ritmo; frequentemente, estão associadas a distúrbio sistêmico que facilita seu início. São arritmias que não respondem a manobras vagais, Adenosina ou Cardioversão, sendo sua primeira opção de reversão o uso de antiarrítmicos.

A presença de ondas P de diferentes morfologias configura a Taquicardia Atrial Multifocal, frequentemente associada à doença pulmonar, como DPOC, e de pobre resposta aos antiarrítmicos, sendo a primeira opção o controle da frequência cardíaca e o tratamento da doença de base.

Para a reversão da arritmia, podem ser usados a Amiodarona, a Propafenona e o Verapamil.

Para controle da frequência cardíacas as principais opções são os Betabloqueadores e o Verapamil.

#### 4.4. Fibrilação Atrial

Trata-se da mais comum causa de internação hospitalar por arritmia, tendo ainda uma prevalência aumentada nos pacientes idosos e nos cardiopatas.

Se a frequência cardíaca é inferior a 100 bpm, não há indicação de tratamento de urgência, devendo ser feita avaliação posterior da necessidade de reversão da arritmia.

Em presença de FA com frequência acelerada (> 100 bpm), a estratégia a seguir é determinada pelo tempo de início da arritmia:

- se a FA teve início há < 48 horas, pode-se fazer a tentativa de cardioversão farmacológica ou por CVES, iniciando-se concomitantemente anticoagulação

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

com HBPM. As drogas preferenciais para a cardioversão farmacológica são a Propafenona (se não houver contraindicação) e a Amiodarona;

- se a FA teve início há > 48 h ou tempo indeterminado, está contraindicada a cardioversão, sendo indicado, o controle da frequência cardíaca e a anticoagulação plena com HBPM. O controle da frequência cardíaca pode ser feito com Betabloqueadores, Verapamil, Digital (em presença de disfunção ventricular) e, em último caso, pela associação Digital + Amiodarona.

Em pacientes portadores de Wolff-Parkinson-White que apresentem período refratário curto da via anômala, a ocorrência de FA leva a frequência cardíaca muito acelerada (> 180 bpm), com risco de degeneração para TV ou fibrilação ventricular, sendo indicada CVES imediata.

#### 4.5. Taquicardia com QRS largo

Devem ser consideradas, até prova em contrário, como sendo Taquicardias Ventriculares pelo risco de degeneração para Flutter Ventricular ou Fibrilação Ventricular.

Como já assinalado anteriormente, a presença de instabilidade hemodinâmica indica a CVES imediata, devendo-se deixar o diagnóstico etiológico da arritmia para depois.

Se o paciente está hemodinamicamente estável, pode ser tentado o diagnóstico diferencial de TV e TSV com aberrância aplicando-se os critérios de Brugada:

- caso se trate de TSV, o tratamento segue o já descrito anteriormente;
- caso se trate de TV:
  - utilizar Amiodarona EV para reversão e como droga de manutenção para prevenção de recorrências ou caso não haja resposta;
  - usar Lidocaína 2% EV na dose de 1 mg/kg (1 ml para cada 20 kg de peso);
- se não houver reversão, realizar CVES.

#### 4.6. Cuidados após reversão / controle da taquiarritmia

Em todos os casos, deve-se realizar:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- hemograma e bioquímica, incluindo marcadores de injúria miocárdica;
- ECG controle;
- ecocardiograma.

Manter sob monitorização eletrocardiográfica e aferição periódica de sinais vitais. Solicitar parecer à Cardiologia para a conduta de manutenção.

#### 4.7. Situações particulares

##### a) Flutter e Fibrilação Atrial

Solicitar medida de TAP/INR tendo em vista manutenção de anticoagulação com Varfarina.

Solicitar perfil tireoidiano para afastar hipertireoidismo.

Investigar uso de medicações que possam induzir a crise (betamiméticos, anfetaminas, álcool, drogas ilícitas).

##### b) Taquicardia por reentrada

Avaliar ECG para sinais de pré-excitação ventricular ( $PR \leq 100$  MS, presença de onda Delta), indicativos de Wolff-Parkinson-White.

c) Taquicardia atrial Investigar uso de medicações que possam induzir a crise (betamiméticos, anfetaminas, álcool, drogas ilícitas).

Solicitar perfil tireoidiano para afastar hipertireoidismo.

Em caso de DPOC, avaliar gasometria arterial e pesquisar infecção respiratória subjacente.

##### d) Taquicardia com QRS largo

Avaliar ECG para detectar sinais de Insuficiência Coronariana Aguda, especialmente IAM com supradesnível de ST, que justifiquem trombólise e/ou terapia antiisquêmica e antitrombótica intensiva.

Avaliar ECG para sinais de pré-excitação ventricular ( $PR \leq 100$  MS, presença de onda Delta), indicativos de Wolff-Parkinson-White.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## 5. REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Guidelines for the Management of Patients with Supraventricular Arrhythmias. Circulation - Journal of the AHA. 2003; 108:1871-1909.

GUIMARÃES, J. I. et al. Diretriz de interpretação de eletrocardiograma de repouso. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. Volume 80, (suplemento II), 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v80s2/a01v80s2.pdf>>.

SOUSA, P. A.; PEREIRA, S.; CANDEIAS, R.; JESUS, I. Taquicardia de QRS largos: importância eletrocardiográfica no diagnóstico diferencial. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2014; 33(3):165-173. Disponível em: <<http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/pdf/S0870255113003478/S300/>>.

ZIPES, D. P.; JALIFE, J. Cardiac Electrophysiology: from Cell to Bedside. 4. ed. New York, EUA: Elsevier, 2013.

### Técnica de Massagem do Seio Carotídeo

1. Avaliar a presença de sinais de obstrução carotídea: auscultar carótidas para pesquisa de sopro carotídeo. Perguntar por diagnóstico prévio de obstrução carotídea. Caso presente, é contra-indicação ao procedimento.
2. Manter o paciente sob monitorização cardíaca, com material para atendimento de bradicardia/PCR disponível.
3. Realizar leve hiperextensão do pescoço.
4. Palpar pulso carotídeo direito entre a cartilagem cricoide e o esternocleidomastóideo.
5. Realizar massagem circular firme durante, no máximo, 5 segundos, mantendo observação do ritmo no cardioscópio.
6. Em caso de insucesso, repetir o procedimento no seio carotídeo esquerdo.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



**NUNCA REALIZAR MASSAGEM SIMULTÂNEA DOS DOIS SEIOS CAROTÍDEOS.**

Rotina de Cardioversão Elétrica Sincronizada

Preparo para o procedimento

1. Administrar Metoclopramida EV ou Bromoprida EV caso alimentação nas últimas 6h.
2. Monitorização cardíaca contínua, oximetria de pulso e pressão não invasiva.
3. Manter material para intubação traqueal e suporte ventilatório e hemodinâmico à disposição.
4. Manter disponível reanimador manual conectado a enriquecimento de oxigênio.
5. Não aplicar loções ou cremes que possam prejudicar a condutividade elétrica ou a aderência dos eletrodos para a cardioversão.
6. Em portadores de marcapassos e/ou cardioversores/desfibriladores, deve-se posicionar as pás em situação ântero-posterior com 15 cm de distância da unidade geradora e, se possível, colocar um ímã sobre a mesma para manutenção do marcapasso em modo assíncronico.

Técnica

1. Checar a monitoração e o funcionamento adequado do aparelho cardioversor.
2. Selecionar o modo de sincronização observando os marcadores na onda R, a fim de reduzir o risco de arritmias deflagradas no período vulnerável da repolarização ventricular.
3. Escolher a carga apropriada para o tipo de arritmia.
4. Utilizar os agentes de interface nas pás, como o gel condutor ou compressas úmidas com SF 0,9%.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

5. Posicionar as pás em posição ântero-posterior ou apenas na face anterior do tórax, com uma pá localizada na região infraclavicular direita e outra na projeção do ápice cardíaco.
6. Fazer sedação com uso de :
  - Midazolam 3–15 mg EV associado a Propofol 0,5–1 ml/10 kg de peso. OU
  - Midazolam 3- 15 mg EV associado a Fentanil 50–100 mcg EV. Iniciar com as menores doses; checar nível de sedação pela resposta verbal e pelo estímulo alérgico.
7. Garantir nível adequado de sedação e oxigenação.
8. Carregar as pás.
9. Evitar o contato com o leito e avisar ao restante da equipe que o choque será efetuado.
10. Aplicar de 11–13 kg de força sobre as pás.
11. Apertar os botões de descarga simultaneamente.
12. Analisar o ritmo pós-choque.
13. Avaliar o sucesso da reversão ou a necessidade de novo choque.
14. Acompanhar a recuperação do nível de consciência.
15. Realizar ECG de 12 derivações.
16. Garantir a estabilidade clínica do paciente após o procedimento.
17. Manter jejum e Oxigenioterapia suplementar até o despertar completo.

#### Cargas de Cardioversão (cardioversor monofásico)

1. Flutter atrial: iniciar com 50 J; se preciso, repetir com 100 J.
2. Fibrilação Atrial: iniciar com 200 J; se necessário, repetir com 300 J e 360 J.
3. Taquicardia por reentrada: iniciar com 50 J, se preciso, repetir com 100 J e 200 J.
4. Taquicardia ventricular: iniciar com 200 J; se necessário, repetir com 300 J e 360 J.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## Complicações

1. Indução de taquicardia/fibrilação ventricular.
2. Assistolia.
3. Depressão transitória da função ventricular por lesão miocárdica.
4. Lesão tóxica (queimadura de pele pelas pás do cardioversor).
5. Acidentes com choque elétrico envolvendo profissionais da equipe.
6. Rabdomiólise.
7. Embolia.
8. Edema pulmonar.

### 9) Drogas Antiarrítmicas

#### a) Amiodarona

- Nome comercial: Ancoron, Atlansil, Miodon.
- Apresentação: ampolas 150 mg/3 ml, comprimidos 200 mg.
- Início de ação: 2–3 h.
- Efeitos colaterais: bradicardia, hipotensão, piora de condução AV, prolongamento do QT, flebite em local de infusão.
- Dose de ataque: 300 mg (02 amp) em 100 ml SG 5% EV em 20 min (pode-se repetir 50% da dose após 2 h, se necessário).
- Manutenção: 900 mg (06 amp) em 500 ml SG 5% EV em 24 h.

#### b) Propafenona

- Nome comercial: Ritmonorm.
- Apresentação: ampolas 70 mg/20 ml; comprimidos 300 mg.
- Início de ação: 2-3 h.
- Efeitos colaterais: náuseas, bradicardia, piora de disfunção ventricular, flutter atrial com resposta acelerada.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Contraindicações: disfunção ventricular esquerda, DPOC, asma.

- Dose de ataque: 600 mg VO.

- Manutenção: 450 a 900 mg VO/dia.

c) Verapamil

- Nome comercial: Dilacoron.

- Apresentação: ampolas 2,5 mg/ml; comprimidos 80 mg e 240 mg (retard).

- Início de ação: EV 3-5 min, VO 1-2 h.

- Efeitos colaterais: bradicardia, piora de disfunção ventricular.

- Contraindicações: insuficiência cardíaca, hipotensão severa.

- Dose: 10 mg diluídos EV em 5 min; se necessário, repetir 50% da dose após 30 min.

- Manutenção: 160-240 mg VO/dia

d) Betabloqueadores

- Efeitos colaterais: hipotensão, bradicardia, piora de disfunção ventricular prévia, broncoespasmo.

- Contraindicações: DPOC, ICC, insuficiência arterial periférica.

– Metoprolol

Nome comercial: Seloken.

Apresentação: ampolas 5 mg/5 ml.

Início de ação: 5-10 min.

Dose: 5 mg EV em 3-5 min; se necessário, repetir dose após 15 min (dose máxima total: 15 mg).

– Atenolol

Nome comercial: Atenol, Ablok.

Apresentação: comprimidos de 25, 50 e 100 mg.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Dose: 25 a 150 mg/dia.

– Propanolol

Nome comercial: Inderal.

Apresentação: comprimidos de 10, 40 e 80 mg.

Dose: 30 a 240 mg/dia.

e) Adenosina

- Nome comercial: Adenocard.
- Apresentação: ampolas 6 mg/2 ml.
- Efeitos colaterais: indução de broncoespasmo, flush cutâneo.
- Início de ação: até 30 segundos.
- Dose: 6 mg EV em bolus; se necessário, repetir 12 mg EV em bolus após 2 minutos.

10) Critérios de Brugada para diagnóstico diferencial de TV e TSV com aberrância

1) Existe algum complexo QRS com padrão RS de V1 a V6?

Não →TV

Sim → continuar

2) O intervalo entre o início da onda R e o nadir da onda S é maior que 100 ms em qualquer derivação precordial?

Sim →TV

Não →continuar

3) Há dissociação AV em qualquer derivação?

Sim →TV

Não → continuar

---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

4) Os critérios morfológicos são concordantes nas derivações V1/V2 e V6?

Sim → TV

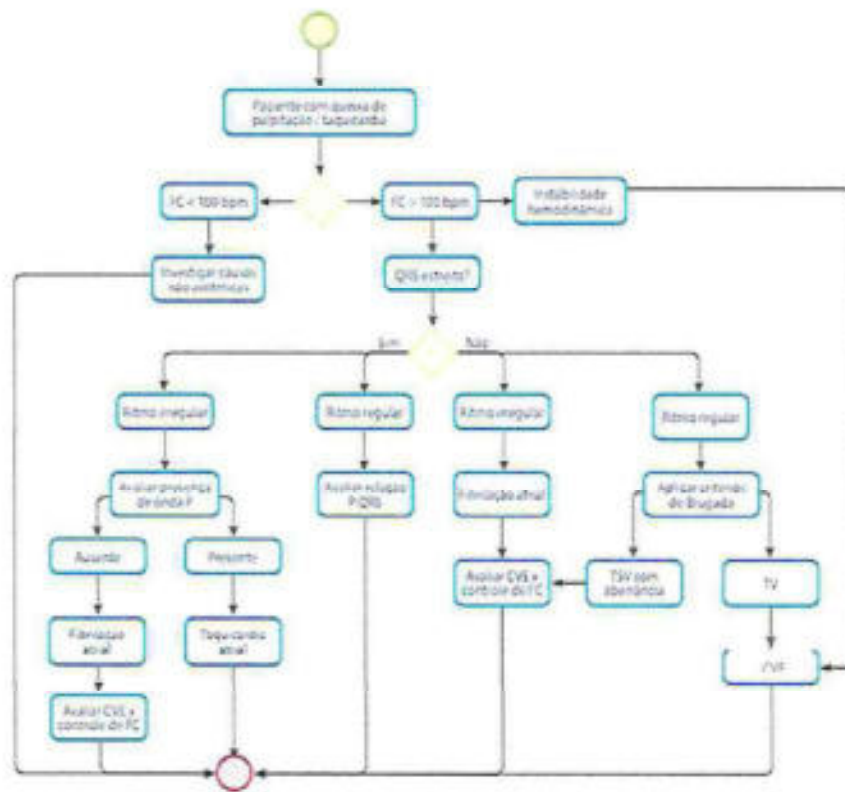
Não → TSV c/ aberrância

Critérios morfológicos

• Padrão de Bloqueio de Ramo Direito: se relação entre amplitude de ondas R/S é  $> 1$  em V1 e  $< 1$  em V6 → TV

• Padrão de Bloqueio de Ramo Esquerdo: presença de entalhe no ramo descendente da onda S → TV

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A TAQUIARRITMIAS**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## CCIH

### SEPSE / CHOQUE SÉPTICO

#### 1. INTRODUÇÃO

A importância da implementação deste protocolo se justifica pelo cenário nacional, uma vez que estudos apontaram que 30% dos leitos de UTI do país estão ocupados por pacientes com sepse ou choque séptico, com uma letalidade elevada da ordem de 55%, acarretando um custo elevado tanto pelo ponto de vista de vidas perdidas como pelo aspecto econômico. Trata-se, portanto, de um desafio devido à necessidade de pronto reconhecimento e tratamento precoce por parte dos profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente séptico.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As descrições clínicas de Sepse e Choque Séptico encontram-se especificadas no item 3.

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

##### 3.1. Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)

Embora não seja obrigatória para o diagnóstico de sepse, a equipe multidisciplinar deve estar atenta à presença dos seguintes sinais de alerta, por ocasião da triagem do paciente com suspeita de sepse:

- temperatura central  $> 38,3\text{ }^{\circ}\text{C}$  ou  $< 36\text{ }^{\circ}\text{C}$ ;
- frequência cardíaca  $> 90\text{ bpm}$ ;
- frequência respiratória  $> 20\text{ irpm}$  ou  $\text{PaCO}_2 < 32\text{ mmHg}$ ;
- leucócitos totais  $> 12.000/\text{mm}^3$  ou  $< 4.000/\text{mm}^3$ , ou presença  $> 10\%$  de formas jovens (desvio à esquerda).

Observação: A ausência dos critérios de SIRS não exclui o diagnóstico de sepse. Alguns pacientes, principalmente idosos e imunossuprimidos, não apresentam esses sinais. Assim, na presença de uma das disfunções orgânicas citadas a

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

seguir, sem outra explicação plausível, pense em sepse e inicie as medidas preconizadas nos pacotes.

3.2. Sepse Consiste na disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro frente a uma infecção. As principais disfunções orgânicas são:

- hipotensão (PAS < 90 mmHg ou PAM < 65 mmHg ou queda de PA > 40 mmHg da PA basal);
- diurese < 0,5 ml/kg/h ou elevação abrupta da creatinina (> 2 mg/dl);
- relação PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> < 250 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 90%;
- contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> ou redução de 50% no número de plaquetas em relação ao maior valor registrado nos últimos três dias ou INR > 1,5;
- acidose metabólica inexplicável: déficit de bases ≤ 5,0 mEq/L e lactato acima do valor de referência;
- rebaixamento do nível de consciência, agitação ou delirium;
- aumento significativo de bilirubinas (> 2x o valor de referência).

### 3.3. Choque séptico

Envolve aqueles pacientes com sepse que evoluíram com hipotensão refratária à reposição volêmica adequada.

## 4. TRATAMENTO

Após preenchimento da Ficha de Acompanhamento (ANEXO 1) e identificação do paciente com SUSPEITA de SEPSE, os seguintes passos devem ser cumpridos:

- a) Anotar o horário ("tempo ZERO") e data do início do protocolo, tratando o caso como emergência médica;
- b) Iniciar o PACOTE DE 3H (cumprimento dentro das primeiras 3 horas da triagem inicial):

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Passo 1:

- coleta do Kit Sepse completo (hemoculturas, gasometria, lactato — preferencialmente arterial sérico —, hemograma completo, creatinina, bilirrubinas e coagulograma) e encaminhamento imediato ao laboratório; E
- coleta de hemoculturas (2 sítios distintos para aeróbios, 1 para anaeróbios e 1 para fungos) ANTES da administração do antibiótico; E
- coleta de culturas de outros sítios pertinentes ANTES da administração do antibiótico.

Passo 2:

- início do antimicrobiano empírico de amplo espectro em até uma hora (FIGURA 2).

Passo 3:

- Ressuscitação hemodinâmica, conforme FIGURA 1, caso LACTATO > 2 vezes o valor de referência institucional ou HIPOTENSÃO ARTERIAL (PAS < 90 ou PAM < 65 mmHg) com prescrição de REPOSIÇÃO VOLÊMICA AGRESSIVA, com pelo menos 30 ml/kg de solução cristalóide em 30 a 60 minutos.

c) Iniciar o PACOTE DE 6H (cumprimento dentro das primeiras 6 horas da triagem inicial):

Passo 4:

- reavaliação do status volêmico (resposta clínica, PVC e métodos dinâmicos) e da perfusão tecidual, conforme FIGURA 1; E
- uso de vasopressores no caso de PAM < 65 mmHg persistente, refratária à reposição volêmica iniciada no passo anterior; E
- coleta do 2º lactato (para pacientes com o primeiro lactato acima de 2 vezes o valor normal).

d) Objetivos terapêuticos:

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- PVC entre 8-12 mmHg em pacientes com ventilação espontânea e entre 12-15 mmHg em pacientes com ventilação mecânica;
- PAM > 65 mmHg;
- débito urinário > 0,5 ml/kg/h;
- saturação venosa central O<sub>2</sub> > 70%;
- clareamento do lactato em 10 a 20% em relação aos níveis anteriores visando à normalização do mesmo.

e) Recomendações e observações:

- O vasopressor deve ser iniciado mesmo dentro das primeiras três horas nos pacientes em que ele está indicado. Em casos de hipotensão ameaçadora à vida, pode-se iniciar o vasopressor mesmo antes da reposição volêmica. É fundamental garantir pressão de perfusão enquanto se continua a reposição volêmica; assim, o vasopressor pode ser iniciado mesmo em veia periférica, enquanto se providencia o acesso venoso central, sendo a primeira opção noradrenalina na dose de 0,2 a 2 µg/kg/min;
- Avaliar transfusão sanguínea se hemoglobina < 7 g/dl;
- Em pacientes com hemoglobina > 7 g/dl, a estratégia inicial recomendada é o uso da dobutamina e não a transfusão. A dose inicial de 2,5 µg/kg/min deve ser progressivamente aumentada em incrementos de 2,5 µg/kg/min até que se obtenha SvcO<sub>2</sub> > 70%, sendo a droga de escolha em pacientes sépticos com evidências clínicas e/ou ecocardiográficas de disfunção ventricular;
- Somente em paciente com choque séptico refratário pode-se avaliar a prescrição de hidrocortisona 50 mg 6/6 h. Não usar rotineiramente essa medicação em todos os pacientes;
- Caso o paciente esteja em ventilação mecânica, todos os esforços devem ser feitos para manter a pressão de platô de 30 cm H<sub>2</sub>O. A equipe de fisioterapia deve registrar, em todas as suas evoluções, o platô utilizado;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Deve-se usar estratégia para controle glicêmico, objetivando glicemias entre 80–180 mg/dl e evitando hipoglicemias.

## 5. REFERÊNCIAS

Campanha de Sobrevivência à Sepse: Folder de Atendimento ao paciente com sepse/choque séptico. Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; junho 2016.

DEYMOUR, C. W. Septic Shock – Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA.2015; 314 (7): 708-715.

Dias, MBGS. et al. Diagnóstico e tratamento precoces da Sepse Grave no adulto. Atualização – 2015. São Paulo, Brasil: Hospital Sírio-Libanês, 2015.

Protocolo clínico de atendimento ao paciente com sepse/choque séptico. Campanha de Sobrevivência à Sepse: Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; março 2016.

Protocolo de Sepse Adulto. Revisão agosto/2014. Ceará, Brasil: Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar/ ISGH; 2014.

Roteiro de Implementação de Protocolo Assistencial Gerenciado. 3ª edição. São Paulo, Brasil: Instituto Latino-Americano de Sepse/ILAS; 2016.

Sepse: um problema de saúde pública. Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. Brasília: CFM, 2015.

SHANKAR-HARI et al. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016; 315 (8): 775-787.

Surviving Sepsis Campaign Responds to Sepsis-3. Surviving Sepsis Campaign: SSC Executive Committee; 2016.

Updated Bundles in Response to new Evidence. Revised 4/2015. Surviving Sepsis Campaign: SSC Executive Committee; 2015.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Ficha de Acompanhamento (frente)

**FICHA DE ACOMPANHAMENTO (Anexo 1)**

**1. DADOS DO PACIENTE**

Nome \_\_\_\_\_ Nº SAM \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_

**POU MENOS 2 CRITÉRIOS DE SIRS?**

Temperatura > 38 °C ou < 36 °C  
 Taquicardia > 90 bpm  
 Leucocitose > 12.000 ou leucopenia < 4.000 ou desvio esquerdo > 10% de formas jovens  
 Hipertermia > 38,2 °C ou hipotermia < 35 °C  
 Leucócitos > 12.000 ou leucopenia < 4.000 ou desvio esquerdo > 10% de formas jovens  
 OBS: A ausência de dois critérios não exclui o diagnóstico de sepse, servindo de **CRITÉRIO** para os pacientes de risco

**SUSPEITA DE INFECÇÃO?**

Pneumonia  
 Infecção urinária  
 Endocardite  
 Meningite  
 Infecção de sítio articular  
 Infecção de pele e partes moles  
 Infecção abdominal aguda  
 Infecção de corrente sanguínea associada ao cateter  
 Infecção de ferida operatória  
 Sem foco definido  
 Outras infecções

**POU MENOS 1 DISFUNÇÃO ORGÂNICA**

PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg ou PaO<sub>2</sub> < 65 mmHg ou queda de 40 mmHg ou Pa base  
 Alteração PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 250 ou necessidade de O<sub>2</sub> para manter SpO<sub>2</sub> > 95%  
 Elevamento do nível de consciência, agitação ou delírium  
 Elevação de creatinina (> 2,0 mg/dl) ou aumento > 0,5 mg/dl/dia  
 Alterações > 2 vezes o valor de referência  
 Contagem de plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup> ou redução de 50% em relação ao maior valor registrado nos últimos 3 dias ou R2 > 1,5  
 Lactato acima do valor de referência e difich de base > 5,0 mEq/L

SIM → Iniciar o protocolo e anotar  
 Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

NÃO → Sem do Protocolo e adotar conduta individualizada

P	PASSO 1: Casos de sépsis completa: lactato e pneumatru (preferencialmente arterial), hemograma, creatinina, bilirrubina, coagulograma, hemoculturas, de 2 sítios distintos, incluindo pesquisa de aeróbios, anaeróbios e fungos) e cultura de outros sítios, conforme o caso	P
A		A
C	OBS: A coleta das culturas deve, obrigatoriamente, ser realizada <b>antes</b> da administração de antibióticos	C
D		D
E	PASSO 2: Início de antimicrobianos empíricos de amplo espectro em até 1 hora, conforme Anexo 2	E
S		S
E	PASSO 3: Otimização hemodinâmica com prioridade de reposição volêmica, pelo menos com 30 ml/kg de solução cristalóide em 30 a 60 minutos, caso LACTATO > 2 vezes o valor de referência institucional OU HIPOTENSÃO SISTÓLICA (PaO <sub>2</sub> < 60 ou RMP < 65 mmHg), conforme fluxograma no verso da página	E
N		N
O	PASSO 4: Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual (PVC e TAPCC) e - Uso de vasopressores no caso de PaO <sub>2</sub> < 65 mmHg persistente, refratária à reposição volêmica iniciada no Passo 3, e - Coleta de 2 <sup>ª</sup> lactato (para pacientes com o primeiro lactato acima de 2 vezes o valor normal institucional)	O

<b>ELABORADO POR</b> XXXXXXXXXXXXXXXXXX	<b>IMPLANTAÇÃO</b> XXXXXX	<b>REVISÃO</b>
--	------------------------------	----------------

Ficha de Acompanhamento (verso)

**PACOTE 3/6 HORAS – PASSO 3 - OTIMIZAÇÃO HEMODINÂMICA**

Hipotensão arterial: PA < ou igual a 90 mm Hg  
ou PAM < ou igual a 65 mmHg Ou SF Lactato  
arterial > 2 x o valor normal

Crystaloides (SF ou Ringier) 30 ml/kg em 30 a  
60 min

Coleta do SF Lactato

Hipotensão arterial persistente ou  
hipotensão ameaçadora à vida ou  
Lactato > 2 vezes o valor normal

NÃO

SIM

Mantém observação clínica e colher lactato  
em caso de piora

Seguir imediatamente para o Passo 4  
- Choque Séptico -

**PACOTE 3/6 HORAS – PASSO 4 – REAVALIAÇÃO DO STATUS VOLUMÊNICO E DA PERFUSÃO TECIDUAL**

- Encaminhar o paciente para o CTI  
- Funcionar acesso venoso profundo  
- Iniciar vasopressor, Noradrenalina: 0,2 a 2 µg/kg/min  
OBS: O vasopressor deve ser iniciado dentro das 3  
primeiras horas, quando indicado

Avaliação do status volumênico:

1. Resposta clínica a partir da expansão volumênica inicial: aumento da PA, enchimento capilar, temp. extremidades, sensório, diurese e diminuição da PC **OU**
2. Pvc - realizar nova expansão volumênica se
  - a. Pvc < 8 mmHg (paciente em ventilação espontânea)
  - b. Pvc < 12 mmHg (paciente em ventilação mecânica) **OU**
3. Métodos dinâmicos - avaliar nova expansão volumênica considerando:
  - a. variação da pressão de pulso (Δ PP)
  - b. elevação passiva dos MMII e fluxo aórtico e volume cefálico
  - c. distensibilidade da veia cava inferior x colapso da veia cava superior

Avaliação da perfusão tecidual:

1. Intensidade do ruído reticular
2. Tempo de enchimento capilar
3. Temperatura das extremidades
4. Sensório
5. Diurese
6. SvO2 (meta > 70%)
7. Lactato

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## Sugestão de Antibioticoterapia Empírica Para Sepse Comunitária e Nosocomial

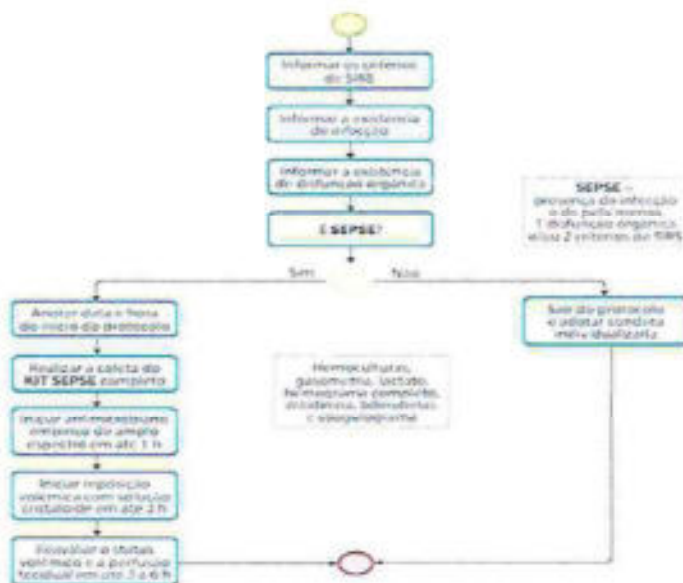
FOCO	INFECÇÃO COMUNITÁRIA	INFECÇÃO NOSOCOMIAL
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona, cefotaximal + clindamicina).</li> <li>Quinolonas respiratórias (levofloxacina, moxifloxacina).</li> <li>Se houver história de doença pulmonar crônica, utilizar cefalosporina de 4ª geração (cefepime).</li> <li>Em caso de pneumonia aspirativa, trocar clindamicina para dindamicina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piperacilina-tazobactam ou cefalosporina de 4ª geração (cefepime).</li> <li>Se houver alta prevalência de estafilococos resistentes a oxacilina na instituição (MRSA), associar glicopeptídeo (vancomicina ou teicoplanina) ou linezolida.</li> <li>Em caso de uso prévio de cefalosporinas ou quinolonas, trocar piperacilina-tazobactam por carbapenêmicos (imipenem ou meropenem).</li> <li>Se houver alta prevalência de germes multiresistentes (Pseudomonas MDR/Acinetobacter MDR e Enterobactérias Resistentes ou Carbapenêmicos), avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E).</li> <li>Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</li> </ul>
Urinário	Quinolonas ou cefalosporinas de terceira geração.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporinas de 4ª geração ou</li> <li>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem)</li> </ul>
Abdominal	Cefalosporinas 3ª geração (ceftriaxona ou cefotaximal) + metronidazol + ampicilina + aminoglicosídeo (gentamicina).	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporinas de 4ª geração ou carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) + aminoglicosídeo (gentamicina).</li> <li>Em caso de opção pela cefalosporina de 4ª geração, associar metronidazol ao esquema.</li> <li>Tigeciclina</li> </ul>
Pele e partes moles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cefalosporina de 1ª geração ou oxacilina.</li> <li>Em caso de sinais de necrose, associar dindamicina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) + cefalosporinas de 4ª geração.</li> <li>Tigeciclina.</li> </ul>
Corrente sanguínea associada a cateter	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) ou piperacilina-tazobactam + glicopeptídeos (vancomicina, teicoplanina) ou daptomicina.</li> <li>Em caso de alta prevalência de germes multiresistentes (Pseudomonas MDR/Acinetobacter MDR e Enterobactérias Resistentes ou Carbapenêmicos), avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E).</li> <li>Eventualmente associar aminoglicosídeos e/ou tigeciclina.</li> <li>Se houver fatores de risco para candidemia, avaliar necessidade de cobertura para fungos com fluconazol ou equinocandinas (caspofungina, anidulafungina ou micafungina).</li> </ul>
FOCO	INFECÇÃO COMUNITÁRIA	INFECÇÃO NOSOCOMIAL
Indeterminado	Cefalosporina de 4ª geração (cefepime) + metronidazol	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carbapenêmicos (imipenem ou meropenem) + Glicopeptídeos (vancomicina ou teicoplanina) ou linezolida.</li> <li>Em caso de alta prevalência de germes multiresistentes (Pseudomonas MDR/Acinetobacter MDR e Enterobactérias Resistentes ou Carbapenêmicos), avaliar associação empírica de polimixinas (B ou E).</li> </ul>

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**Pontos-chave:**

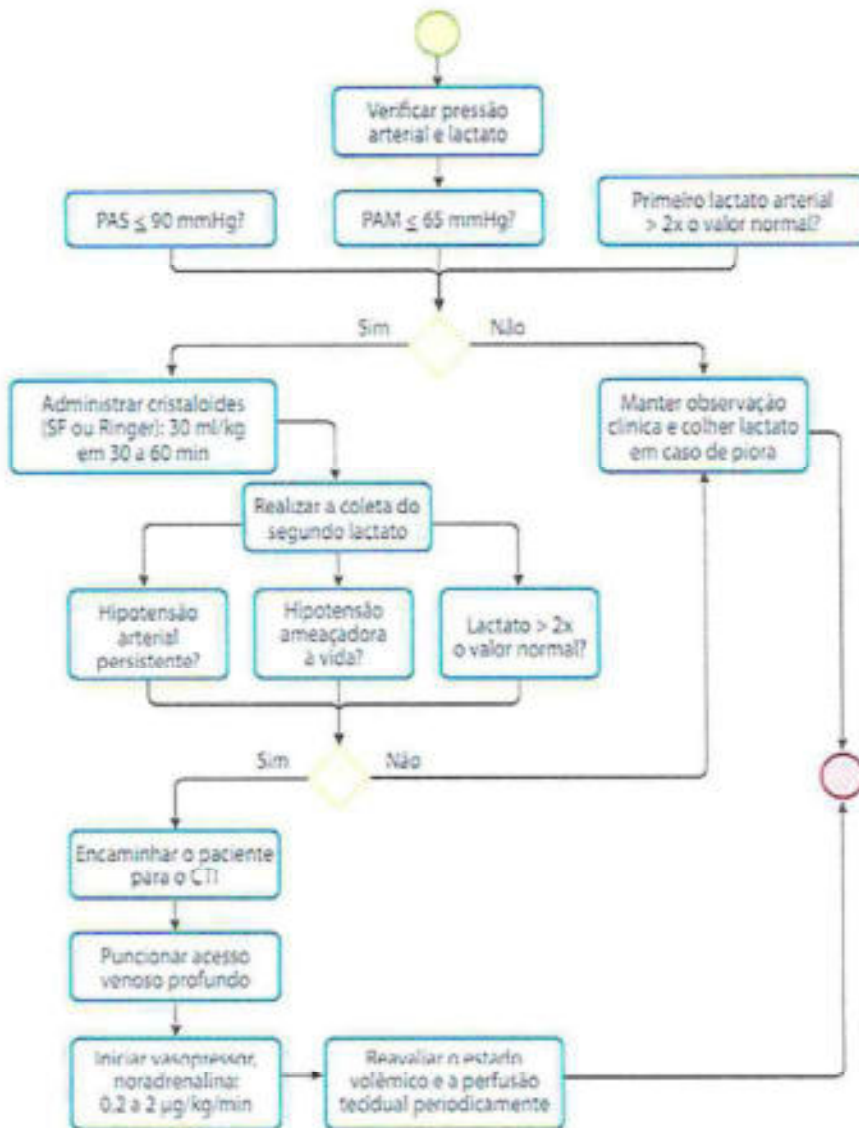
1. Colha hemoculturas e culturas dos sítios pertinentes do foco em suspeita antes da administração da primeira dose de antibióticos.
2. Administre a primeira dose de antibioticoterapia o mais rapidamente possível, idealmente em até uma hora após o diagnóstico.
3. Administre antibióticos de amplo espectro, de preferência bactericidas, em dose máxima e sem correção de dose para insuficiência renal ou hepática nas primeiras 24 horas.
4. Reavalie o esquema escolhido assim que os resultados de cultura estiverem disponíveis.
5. Utilize tempo curto de tratamento sempre que possível.
6. Suspenda os antibióticos caso seja afastada a hipótese de infecção.

**PROTOCOLO DE ABORDAGEM SIMPLIFICADA DA SEPSE**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

(CONTINUAÇÃO) PROTOCOLO DE Tratamento DE Choque Séptico



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



## ENDOCRINOLOGIA

### CETOACIDOSE DIABÉTICA

#### 1. INTRODUÇÃO

A cetoacidose diabética, que pode ser a manifestação inicial do diabetes mellitus do tipo 1 ou do tipo 2, caracteriza-se pela tríade bioquímica de: hiperglicemia (por deficiência absoluta ou relativa de insulina), cetonemia e acidose metabólica (pH < 7,3 e bicarbonato < 18 mEq/L) com hiato iônico (anion gap) elevado. Acomete principalmente pacientes com diabetes mellitus tipo 1 (2/3 dos casos), mas também pode ocorrer com o tipo 2 (diabetes mellitus tipo 2 propenso à cetose ou diabetes flatbush).

A cetoacidose diabética desenvolve-se dentro de poucas horas após evento(s) precipitante(s), que podem ser vários, sendo a omissão de insulina e a infecção (principalmente pulmonar) os principais.

Os fatores precipitantes são:

- tratamento inadequado:
  - interrupção do uso de insulina ou hipoglicemiantes orais;
  - omissão da aplicação de insulina;
  - mau funcionamento do sistema de infusão subcutâneo contínuo de insulina (SICl);
- doenças agudas: infecções (pulmonar, urinária, pele, dentárias), infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboembolismo pulmonar, traumatismos, hemorragias de trato gastrointestinal, queimaduras, pancreatites;
- distúrbios endócrinos: hipertireoidismo, feocromocitoma, Síndrome de Cushing, acromegalia, hemocromatose, diabetes gestacional;
- fármacos: glicocorticoides, agonistas adrenérgicos, fenitoína, betabloqueadores, clortalidona, tiazídicos, diazóxido, pentamidina, inibidores de protease, antipsicóticos atípicos (aripirazol, clozapina, olanzapina, quetiapina e risperidona), etc.;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- substâncias: álcool (consumo excessivo), ecstasy, cocaína, maconha, cetamina, etc.;
- desidratação: oferta inadequada de água (em idosos), uremia, diálise, diarreia, sauna, etc.;
- transtornos alimentares: compulsão alimentar ou bulimia;
- outros: ingestão de líquidos ou alimentos contendo açúcar.

## 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A cetoacidose diabética é de instalação aguda (em menos de 24 horas).

Exame físico: desidratação, turgor da pele diminuído, respiração de Kussmaul, hálito cetônico, náuseas, vômitos, dor abdominal, taquicardia, hipotensão e, nos casos mais graves, até choque. A dor abdominal pode chegar até 50 a 70% dos casos e simular um abdome agudo. Na cetoacidose diabética leve (bicarbonato > 15 mEq/L) não há dor abdominal; se ela estiver presente, alertar para possibilidade de um quadro abdominal associado.

	CETOACIDOSE DIABÉTICA LEVE	CETOACIDOSE DIABÉTICA MODERADA	CETOACIDOSE DIABÉTICA GRAVE
Glicemia (mg/dl)	> 250	> 250	> 250
pH arterial	7,25 a 7,30	7,0 a 7,24	< 7,0
Bicarbonato (mEq/L)	15 a 18	10 a 14,9	< 10
Anion gap	> 10	> 12	> 12
Cetonúria (teste do nitroprussiato)	positiva	positiva	positiva
Cetonemia	positiva	positiva	positiva
Osmolaridade sérica	Variável (geralmente < 320 mOsm/kg)	variável	variável
Nível sensorial	alerta	alerta/sonolento	estupor/coma

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Exames laboratoriais: hemograma, glicemia, sódio, potássio, cloro, anion gap, ureia, creatinina, gasometria, osmolaridade plasmática, provas de função hepática, enzimas pancreáticas, EAS, culturas (urina e sangue).

Exames de Imagem: radiografia de tórax (rotina); tomografia computadorizada de tórax; tomografia computadorizada de seios da face (afastar mucormicose), eletrocardiograma (acompanhar alterações séricas de potássio e sua reposição em todos os diabéticos mellitus tipo 2 e tipo 1 com mais de 10 anos de diagnóstico).

Hemograma: na cetoacidose diabética costuma haver leucocitose com desvio à esquerda, mesmo sem infecção (leucócitos de 10 a 15 mil/mm<sup>3</sup>). Valores > 25 mil/mm<sup>3</sup> sugerem infecção. Aumento de hematócrito devido à desidratação; se houver anemia, alertar para doenças associadas, como nefropatia e hipotireoidismo.

Glicemia: geralmente  $\geq 250$  mg/dl. A cetoacidose diabética euglicêmica (glicemia  $\leq 250$  mg/dl) pode ocorrer em gestantes; nos pacientes tratados com insulina e sem receber líquidos com carboidratos; nos tratamentos tardios ou inadequados, com vômitos prolongados, sem ingestão alimentar; e naqueles em uso de inibidores do cotransportador de sódio e glicose 2 (SGLT2) em pacientes tipo 1. Esta ocorre em 10% dos pacientes.

Sódio: normal ou baixo. Níveis altos sugerem maior grau de desidratação. Glicemias elevadas podem falsear os valores de sódio para baixo. Correção: para cada 100 mg/dl de glicose acima de 100 mg/dl adiciona-se 1,6 mEq à natremia. Deve-se lembrar de que a hipernatremia é um fator de proteção ao aparecimento de edema cerebral. O limite máximo tolerado de sódio é de 160 mEq/L antes de se optar por SF 0,45%.

Potássio: baixo ou normal, mas na fase inicial ele pode estar elevado. Os tratamentos com hidratação e insulina diminuem o potássio.

Anion Gap (AG):  $AG = Na - (Cl + HCO_3)$ . (VR:  $12 \pm 2$ ). Elevado na cetoacidose diabética (> 12 nos casos moderados ou graves).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Gasometria: a diferença entre o sangue arterial e o venoso é de 1,88 mEq/L na dosagem de bicarbonato, e entre 0,02 e 0,15 para a medida de pH. Recomenda-se a coleta venosa, exceto em casos muito graves, nos quais se faz necessário o acesso arterial para medição direta da oxigenação.

Osmolaridade plasmática (Posm): valores de Posm  $\geq$  320 mOsm/kg geralmente se fazem acompanhar de redução acentuada de consciência. Posm =  $2(\text{Na}) + \text{glicemia}/18 + \text{ureia}/2,8$ .

#### 4. TRATAMENTO

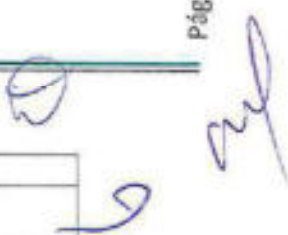
##### 4.1. Hidratação

- Reposição de líquidos deve ser generosa.
- Cuidado em idosos e/ou cardiopatas.
- Depende da desidratação, do débito urinário e do balanço hidroeletrólítico.
- Inicial: soro fisiológico (SF) 0,9% 1000 a 1500 ml (15 a 20 ml/kg) na primeira hora.
- Etapa seguinte: SF 0,45% na velocidade 250 a 500 ml/h se o sódio sérico estiver normal; ou SF 0,9% na mesma velocidade se o sódio estiver baixo.
- A reposição das perdas hídricas deve ser feita nas primeiras 24 horas.
- Estima-se que as perdas sejam de 5 a 10% do peso corporal.
- Sódio  $>$  140 mEq/L e Posm  $>$  340 mOsm/kg associam-se a maior déficit de líquido.
- Quando glicemia  $<$  200 mg/dl na CAD, a hidratação deve ser feita com SF 0,45% associado a SG 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 ml/h até correção da acidose.

##### 4.2. Reposição de potássio

É preciso ter em mente que em todos os episódios de cetoacidose diabética existe déficit de potássio corporal, independente da calemia estar alta, normal ou baixa.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



Potássio sérico (mEq/L)	Conduta (usar cloreto de potássio)
< 3,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postergar uso de insulina.</li> <li>• Administrar 40 mEq K por hora até K ≥ 3,3, para não ter arritmias fatais e fraqueza da musculatura respiratória.</li> <li>• Se houver ausência de ruídos abdominais, atentar para hipocalemia grave.</li> </ul>
≥ 3,3 e < 5	Adicionar 20 a 30 mEq de K em cada litro de SF para manter K em 4 a 5.
≥ 5	NÃO administrar K, mas checá-lo 2/2 h, ECG.

### 4.3. Insulinoterapia

- Solução de 250 ml SF 0,9% com 25 ui de insulina regular (10 ml = 1 ui).
- Desprezar 50 ml iniciais.
- Dose: 0,1 ui/kg/h.
- Caso não haja queda da glicemia capilar entre 50 a 75 mg na primeira hora, fazer bolus 0,14 ui/kg de insulina e retornar ao esquema anterior, revendo essa dose até que se atinja 200-250 mg/dl cetoacidose diabética.
- Se a queda da glicemia exceder 75-100 mg/dl na primeira hora, diminuir a dose de insulina 0,05 ui/kg/h.
- Quando a glicemia estiver entre 200-250 mg/dl cetoacidose diabética, diminuir a infusão 0,02 a 0,05 U/kg/h e adicionar soro glicosado (SG) 5% à hidratação venosa.
- Na cetoacidose diabética, encontra-se resolvido o quadro quando há glicemia < 200 mg/dl e dois dos seguintes parâmetros:  $\text{HCO}_3^- \geq 15$  mEq/L, pH venoso > 7,1 e anion gap  $\leq 12$  mEq/L.
- Nesse momento, associar insulina regular subcutânea com infusão por 1 a 2 horas para evitar recorrência da hiperglicemia e da acidose.
- Nos pacientes que já faziam uso de insulina, retornar ao esquema domiciliar.
- Nos pacientes recém-diagnosticados, fazer uma dose inicial de insulina 0,5-0,8 UI/kg/dia, fracionando-se em uma a três tomadas (de acordo com a insulina), dividindo de 50-70% insulinas de efeito prolongado (NPH, Glargina, Detemir,

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Degludeca, Glargina 300 ui/ml) e 50–30% insulinas prandiais (Regular, Lispro, Asparte ou Glulisina).

#### 4.4. Bicarbonato

PH SANGUÍNEO	CONDUTA (FUNDAMENTAL MONITORAR K DURANTE INFUSÃO DE NAHCO3 DEVIDO AO RISCO DE PIORA DA HIPOCALEMIA)
> 7,0	NÃO usar NaHCO <sub>3</sub>
< 6,9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar 100 mEq de NaHCO<sub>3</sub> (2 ampolas) em 400 ml de água destilada com 20 mEq/L KCl numa velocidade de 200ml/h durante 2 horas até que o pH exceda 7.</li> <li>• Se isso não ocorrer, repete-se a infusão até pH &gt; 7.</li> </ul>
6,9–7,0	Usar 50 mEq de NaHCO <sub>3</sub>

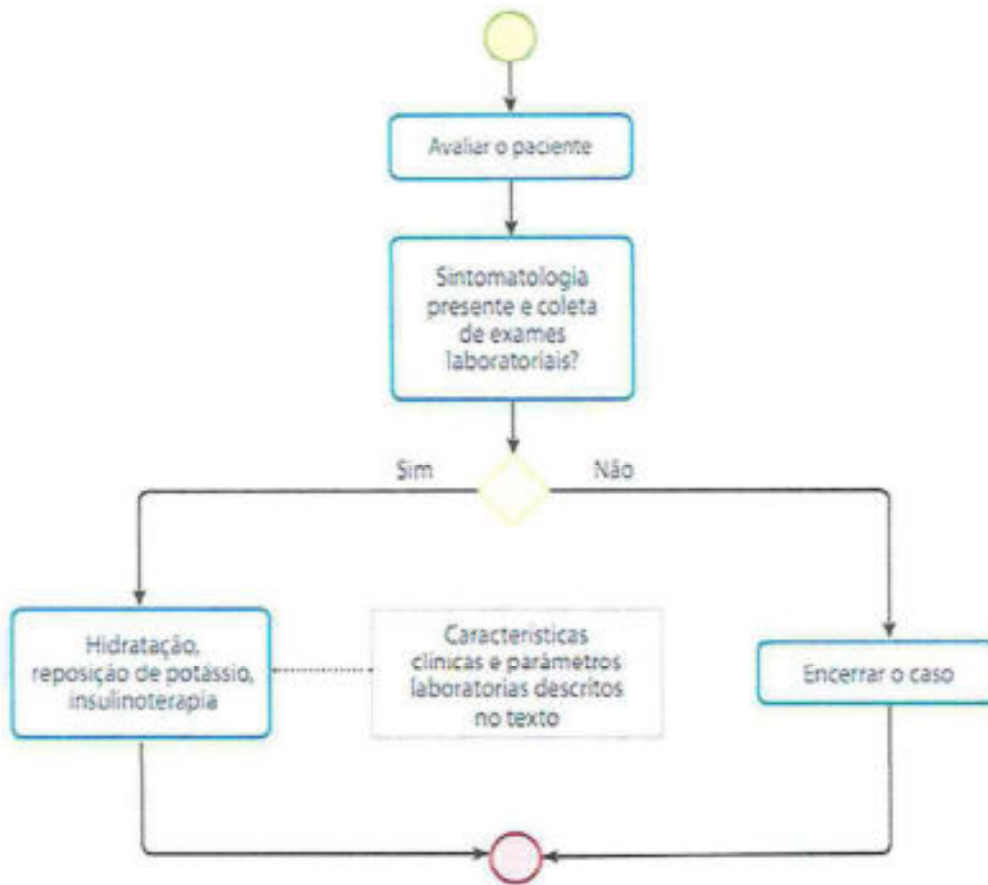
#### 5. REFERÊNCIAS

LUCIO, V.; KATER, C. E. Endocrinologia Clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

MILECHET, A. et al. Rotinas de Diagnóstico e Tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CETOACIDOSE DIABÉTICA



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## **CRISE TIREOTÓXICA**

### **1. INTRODUÇÃO**

A crise tireotóxica (ou tempestade tireoideana) é uma condição grave de exacerbação clínica do hipertireoidismo. Pode ser fatal se não tratada adequadamente. Ocorre em pacientes com hipertireoidismo prévio, conhecido ou não, sem tratamento adequado, submetidos a eventos agudos precipitantes. Não se deve adiar o tratamento aguardando resultados de dosagens séricas de hormônios tireoideanos.

### **2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

Manifestações comuns: sudorese profusa, tremores e febre (podendo ocorrer hipertermia grave). Náuseas, vômitos e dor abdominal podem ocorrer desde a fase inicial.

Manifestações cardiovasculares: taquicardia grave, arritmias cardíacas (fibrilação atrial é comum) e insuficiência cardíaca. Podem evoluir para hipotensão, edema pulmonar e colapso cardiovascular.

Manifestações neuropsiquiátricas: agitação, delírio, psicose e alterações do nível de consciência que podem evoluir para apatia, estupor e coma.

Formas clínicas atípicas: ausência de febre, coma, estado epiléptico, infarto cerebral não embólico, confusão mental, insuficiência adrenal ou hepática aguda e abdome agudo.

Fatores desencadeantes: cessação abrupta das drogas antitireoideanas (DAT), cirurgias tireoideanas e não tireoideanas e enfermidades agudas graves (infecções, cetoacidose diabética, eventos vasculares).

### **3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA**

Achados laboratoriais:

- hiperglicemia;
- leucocitose leve, com pequeno desvio à esquerda (leucocitose com desvio à esquerda acentuado é indicativa de infecção);

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



- eletrólitos (sódio, potássio, cálcio, fósforo) habitualmente normais, mas pode haver discreta hipercalcemia;
- provas de funções hepáticas geralmente alteradas, sendo icterícia associada a um prognóstico desfavorável;
- T4 total e T3 total elevados, com frações livres de T4 e T3 mais elevadas;
- TSH suprimidos, exceto em raros casos de secreção inapropriada de TSH.

CrITÉRIOS diagnÓsticos de tempestade tireoideana, de acordo com Índice de Burch e Wartofsky. Escore (somativo dos pontos):

- 45: altamente sugestivo de tireotoxicose;
- 25-44: sugestivo de tireotoxicose;
- < 25: baixa probabilidade de tireotoxicose.

DISFUNÇÃO TERMORREGULADORA Temperatura (°C)	PONTOS	DISFUNÇÃO CARDIOVASCULAR Taquicardia (bpm)	PONTOS
37,2-37,7	5	100-109	5
37,8-38,3	10	110-119	10
38,4-38,8	15	120-129	15
38,9-39,4	20	130-139	20
39,5-39,9	25	> 140	25
> 40	30		
<b>Efeitos sobre o Sistema Nervoso Central</b>		<b>Insuficiência Cardíaca Congestiva</b>	
Ausentes	0	Ausente	0
Leves: agitação	10	Leve: edema periférico	5
Moderados: delírium, psicose	20	Moderada: estertores em bases pulmonares	10
Graves: crise convulsiva, coma	30	Grave: edema pulmonar	20
<b>Disfunção gastrointestinal e hepática</b>		<b>Fibrilação atrial</b>	
Ausente	0	Ausente	0
Moderada: diarreia, náuseas/vômitos, dor abdominal	10	Presente	10
Grave: icterícia inexplicável	20		
		<b>Fator desencadeante</b>	
		Ausente	0
		Presente	10

#### 4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado precocemente, envolvendo controle da tireotoxicose e dos fatores precipitantes, além de terapia de suporte.

##### 4.1. Medidas gerais

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- A identificação do fator precipitante e o tratamento são de extrema importância. A infecção deve ser rastreada e tratada precocemente.
- Monitoramento e suporte hemodinâmico e respiratório, preferencialmente em unidade de terapia intensiva.
- Hidratação, controle imediato e gradual da hipertermia. O uso de aspirina (AAS) não é recomendado, já que promove liberação de T4 de sua proteína carreadora no plasma (TBG). Usar paracetamol e bolsas de gelo, evitando-se os calafrios.
- Tratamento das manifestações cardiovasculares.
- Suporte nutricional.
- Reposição de multivitamínicos, especialmente tiamina.

#### 4.2. Medidas específicas

Doses dos medicamentos usados na crise tireotóxica:

a) Tionamidas: a ação inicia-se em cerca de 1-2 horas após. O propiltiouracil (PTU) é a droga de escolha devido ao seu efeito adicional no bloqueio da conversão periférica de T4 para T3.

Suspender se houver efeitos colaterais graves: agranulocitose, hepatotoxicidade (icterícia ou aumento de TGO/TGP > 3x limite superior do normalidade) ou reações alérgicas intensas.

- PTU via oral (VO): dose de ataque 500-1000 mg; dose de manutenção 200-400 mg 4/4 h a 6/6 h;

- Metimazol VO 20-25 mg 4/4 h a 6/6 h;

b) Soluções de iodo:

- iodeto: só usar 1 hora após uso de PTU e restrito à fase aguda grave;

- solução de lugol (ou iodeto de potássio concentrado) 4-10 gotas VO 6/6 h ou 8/8 h;

- iopodato ou ácido iopanoico (contraste radiológico) 0,5 g-1,0 g 1x/dia VO;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- iodeto de sódio 0,5 g-1,0 g IV 12/12 h;
- c) Carbonato de lítio (se houver alergia a iodo): 300 mg VO 6/6 h (manter a litemia em 0,1 mEq/L). Uso limitado devido a potencial toxicidade neurológica e renal;
- d) Betabloqueadores: se houver ICC de baixo débito ou asma grave, usar diltiazem para baixar a frequência cardíaca;
  - propranolol 40-80 mg VO: a cada 4 ou 6h; EV: 0,5-1,0 mg em 10 minutos, seguido de 1-2 mg 10/10 minutos;
  - esmolol endovenoso (EV): dose de ataque: 250-500 mcg/kg, seguida de infusão de 50-100 mcg/kg por minuto;
  - atenolol VO: 50-200 mg uma vez ao dia;
  - metoprolol VO: 100-200 mg uma vez ao dia;
  - nadolol VO: 40-80 mg uma vez ao dia;
- e) Glicocorticoides:
  - dexametasona: 2 mg IV 6/6 h;
  - hidrocortisona: dose de ataque 300 mg IV, seguida de 100 mg 8/8 h.

#### 4.3. Vias alternativas de administração das tionamidas

##### Propiltiouracil

- Enema: 4-6 comprimidos de 100 mg dissolvidos em 90 ml de água esterilizada
- Supositório: 200 mg dissolvidos em base de polietileno glicol. Dissolver comprimidos em salina isotônica com pH alcalino (utilizando hidróxido de alumínio).

##### Metimazol

- Supositório: 1200 mg dissolvidos em 12 ml de água com 2 gotas de polissorbato 80, misturados com 52 ml de manteiga de cacau.
- Endovenoso: dissolver comprimidos em salina isotônica e filtrar com filtro 0,22 µm.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

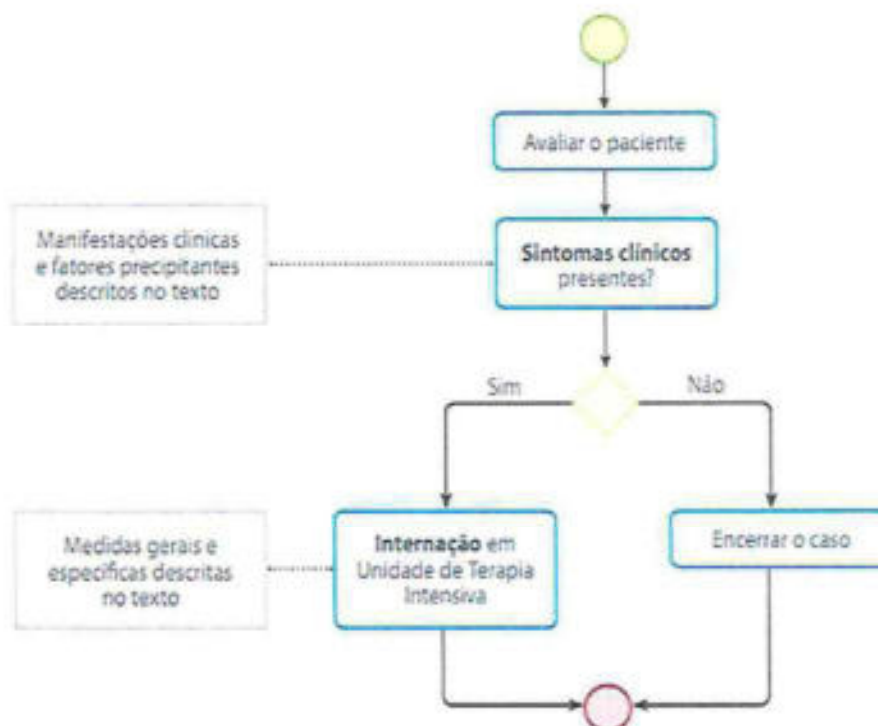
• Cirurgia: tireoidectomia total deve ser utilizada naqueles pacientes que não respondem ao tratamento clínico ou naqueles que desenvolverem efeitos colaterais graves ou alergia às tionamidas. O preparo deve ser utilizado com betabloqueadores, glicocorticoides e soluções de iodo por cerca de 5 a 7 dias, sendo a tireoidectomia total (TT) realizada entre o 8º e o 10º dia.

## 5. REFERÊNCIAS

MAIA, A. L.; SCHEFFEL, R. S. Consenso brasileiro para o diagnóstico e tratamento do hipertireodismo: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2013.

VILAR, L.; KATER, C. Endocrinologia Clínica, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À CRISE TIREOTÓXICA



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)

### 1. INTRODUÇÃO

O Estado Hiperosmolar Não Cetótico (EHNC) cursa com hiperglicemia grave, hiperosmolaridade e desidratação, sem a presença de cetose e acidose, com instalação mais lenta (dias a semanas). A mortalidade no EHNC é maior que na Cetoacidose Diabética (CAD), chegando a cerca de 5 a 20%.

Os fatores precipitantes são semelhantes aos da CAD (ver protocolo CAD).

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

O EHNC possui manifestações semelhantes às da CAD, exceto pelos sintomas e sinais de acidose, que estão ausentes no EHNC. As convulsões focais ou generalizadas são mais frequentes no EHNC.

	EHNC
Glicemia (mg/dl)	> 600
pH arterial	> 7,30
Bicarbonato (mEq/L)	> 15
Anion gap	< 12
Cetonúria (teste do nitroprussiato)	fraca
Cetonemia	fraca
Osmolaridade sérica	> 320 mOsm/kg
Nível sensorial	estupor/coma

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

- Exames laboratoriais: ver CAD;
- Hemograma: ver CAD;
- Glicemia: EHNC geralmente > 600 mg/dl;
- Sódio: ver CAD;
- Potássio: ver CAD;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- Anion Gap (AG):  $AG = Na - (Cl + HCO_3)$ ; (VR:  $12 \pm 2$ ); variável;
- Gasometria: acidose ausente;
- Osmolaridade plasmática: no EHNC sempre excede 320 mOsm/kg.

#### 4. TRATAMENTO

Hidratação: Quando glicemia  $< 250$  e  $300$  mg/dl no EHNC, a hidratação deve ser feita com soro fisiológico (SF) 0,45% associado a soro glicosado (SG) 5%, em uma velocidade de cerca de 150 a 250 ml/h até correção da acidose.

Reposição de potássio: ver CAD.

Insulinoterapia: ver CAD.

Quando a glicemia estiver entre 250-300 mg/dl no EHNC, diminuir infusão 0,02 a 0,05 UI/kg/h e adicionar SG 5% à hidratação venosa. No EHNC, encontra-se resolvido o quadro quando houver normalização do estado mental e normalização da osmolaridade plasmática.

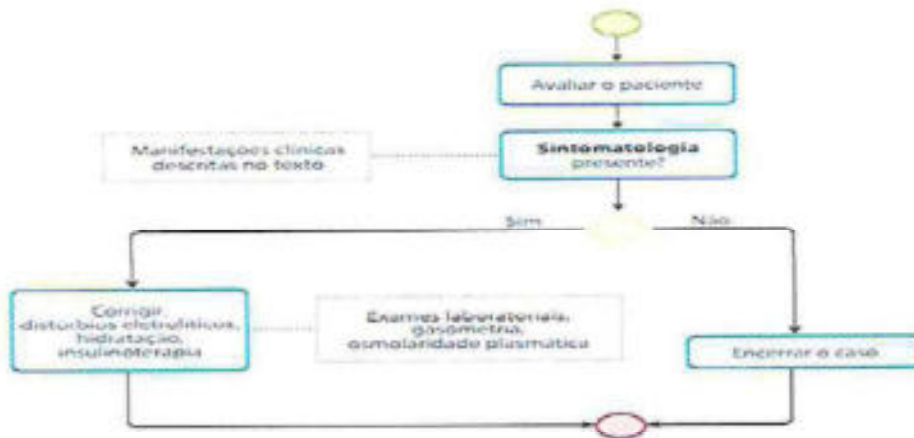
#### 5. REFERÊNCIAS

MILECHET, A. et al. Rotinas de Diagnóstico e tratamento do Diabetes Mellitus. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2014.

VILAR, L.; KATER, C. E. Endocrinologia Clínica, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO (EHNC)



### ESTADO MIXEDEMATOSO

#### 1. INTRODUÇÃO

O Estado Mixedematoso é definido por sinais e sintomas de hipotireoidismo grave, associados ao rebaixamento do nível de consciência e hipotermia. Representa uma manifestação grave, com taxa de mortalidade que pode alcançar de 40 a 50% sem tratamento adequado.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tríade clássica: alteração do estado mental (não necessariamente coma), termorregulação deficiente com hipotermia e um fator precipitante.

Manifestações comuns: bradicardia, hipotensão, hipoventilação, hiponatremia e hipoglicemia.

Manifestações de hipotireoidismo de longa duração não tratado: pele infiltrada, carotenêmica e fria, macroglossia, fâcies edemaciada, pseudomadarose, rarefação de pelos corporais e voz rouca. Muitos pacientes podem ter cicatriz cervical, história de radioiodoterapia ou exposição à radiação.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Manifestações cardiovasculares: bradicardia, redução da contratilidade miocárdica, baixo débito cardíaco e hipotensão. Cardiomegalia por derrame pericárdico ou, menos frequentemente, insuficiência cardíaca congestiva (ICC). Hipotensão por diminuição de volume intravascular, colapso cardiovascular ou insuficiência adrenal associada. Eletrocardiograma (ECG) mostrando bradicardia, baixa voltagem, prolongamento do intervalo QT e, excepcionalmente, taquiarritmias decorrentes do prolongamento do intervalo QT.

Manifestações neuropsiquiátricas: alentecimento ou abolição de reflexos tendinosos profundos, rebaixamento de nível de consciência, confusão mental, letargia, coma. Bradipsiquismo, déficit de atenção e memória, labilidade emocional, depressão. Estado hiperativo com manifestações psicóticas denominadas "loucura mixedematosa". Convulsões focais e generalizadas em até 25% dos casos, que podem estar relacionadas à hiponatremia, hipoglicemia e/ou hipoxemia.

Temorregulação deficiente: hipotermia absoluta (35° C) ou relativa (ausência de febre na infecção). A intensidade da hipotermia está relacionada com a mortalidade. A infecção pode ser mascarada pela ausência de febre. A ausência de hipotermia pode ser indicativa de infecção.

Manifestações respiratórias: depressão respiratória e hipoventilação.

Fatores desencadeantes: infecções (o mais comum), sepse, uso de determinadas substâncias (p. ex.: sedativos, tranquilizantes, analgésicos, anestésicos, amiodarona, carbonato de lítio e diuréticos), acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e respiratória, infarto agudo do miocárdio (IAM), exposição ao frio e hipotermia.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais:

- hiponatremia potencialmente grave em cerca de metade dos casos;
- hipoglicemia devido à diminuição de hormônios tireoideanos e/ou por insuficiência adrenal;

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



- elevação de transaminases, creatinoquinase e desidrogenase láctica.
- cortisol sérico baixo.

Achados de hormônios tireoideanos:

- T4 total e livre baixos, mas T3 pode estar normal ou baixo;
- TSH sempre elevado no hipotireoidismo primário, mas no central pode estar normal, baixo ou discretamente elevado.

#### 4. TRATAMENTO

O tratamento deve ser iniciado precocemente, não se devendo aguardar os resultados de exames laboratoriais para iniciar o tratamento. A identificação dos fatores precipitantes é essencial.

Medidas gerais:

- a identificação do fator precipitante e o tratamento são de extrema importância; infecção deve ser rastreada e tratada precocemente;
- monitoramento e suporte hemodinâmico e respiratório, preferencialmente em unidade de terapia intensiva;
- aquecimento corporal passivo e gradual por meio de cobertores ou aumento da temperatura ambiente;
- correção de distúrbios hidroeletrólíticos, principalmente da hiponatremia e da hipoglicemia. Deve-se evitar uso de soluções hipotônicas para que a hiponatremia não se agrave

Medidas específicas: reposição de hormônios tireoideanos 300-500 mcg/dia ou o dobro da dose de manutenção durante a fase crítica (4 a 7 dias), seguida de dose de manutenção habitual para o tratamento do hipertireoidismo (adulto: 1,0 a 2,0 mcg/kg/dia, média 1,6 mcg/kg/dia).

Glicocorticoides: hidrocortisona 50 a 100 mg endovenoso (EV) a cada 6 a 8 horas OU dexametasona 2 mg EV a cada 6 horas por cerca de 7 dias, com posterior retirada gradual.

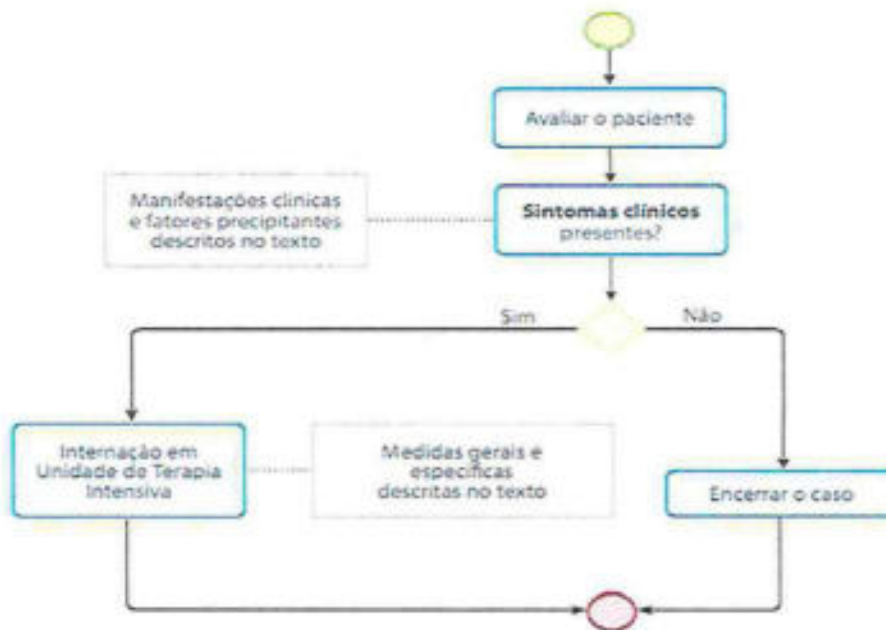
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## 5. REFERÊNCIAS

VAISMAN, B. G. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., 2013.

VILAR, L.; KATER, C. Endocrinologia Clínica, 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

### PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO ESTADO MIXEDEMATOSO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## INSUFICIÊNCIA ADRENAL

### 1. INTRODUÇÃO

A crise adrenal é uma condição potencialmente fatal que requer tratamento imediato e adequado. Diante de uma forte suspeita clínica, não se deve, portanto, protelar o tratamento para a realização de testes diagnósticos.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Sinais: hipotensão e choque, desidratação, cianose ou palidez, confusão mental, torpor, coma.

Sintomas: febre (secundária à infecção ou ao hipocortisolismo), náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal (pode simular abdome agudo), fraqueza, apatia.

O achado de petéquias e equimoses apontam para a Síndrome de Waterhouse-Friderichsen (ou adrenalite hemorrágica), que é uma doença das glândulas adrenais classicamente relacionada à bactéria *Neisseria meningitidis* e mais comumente causada pela bactéria Gram-negativa *Pseudomonas aeruginosa*.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Achados laboratoriais: uremia, hipercalcemia (rara), hiponatremia (pode ser mascarada pela desidratação), hipercalemia (se houver hipoadosteronismo), linfocitose, eosinofilia e hipoglicemia.

Importante: crise adrenal deve SEMPRE ser suspeitada em qualquer paciente com manifestações inexplicáveis de dor abdominal ou de flanco, instabilidade hemodinâmica refratária à reposição de líquidos, hiperpirexia, vômitos, hipoglicemia ou coma.

### 4. TRATAMENTO

O objetivo inicial é tratar a hipotensão, a hipoglicemia e os distúrbios hidroeletrólíticos. Medidas gerais:

- coletar amostra de sangue para hemograma, bioquímica e dosagens hormonais (cortisol e ACTH);

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

- corrigir depleção de volume (com solução glicofisiológica), desidratação, distúrbios eletrolíticos e hipoglicemia;
- grandes volumes de soro fisiológico (SF) 0,9% e soro glicosado (SG) 10% (2 a 3 litros concomitantemente) devem ser infundidos tão rapidamente quanto possível;
- SF hipotônica deve ser evitada, pois agrava a hiponatremia;
- tratar a infecção ou outros fatores precipitantes.

Reposição de glicocorticóides: hidrocortisona 100 mg, endovenosa (EV) inicialmente, seguidas de 50 mg EV 4/4 h ou 6/6 h. Depois, reduzir a dose lentamente nas 72 h seguintes, administrando a medicação a cada 4 ou 6 h EV.

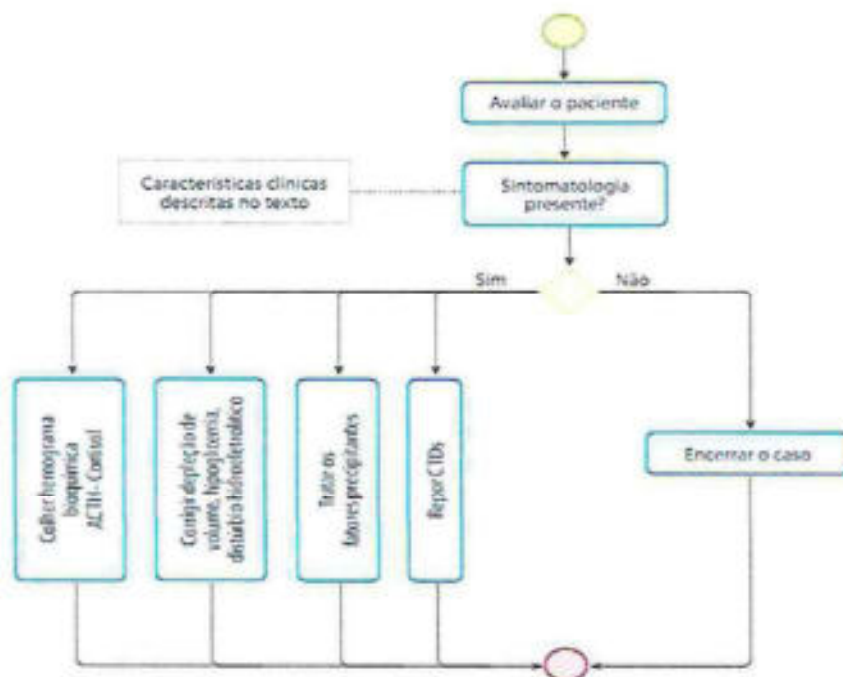
Quando o paciente estiver tolerando alimentos via oral (VO) e, terminada a fase aguda, passar a administrar o glicocorticoide VO. Prednisona 5 mg às 8 h e 2,5 mg às 16 h VO e, se necessário, adicionar fludrohidrocortisona (0,1 mg VO às 8h) apenas nos casos de insuficiência adrenal primária (Doença de Addison).

## 5. REFERÊNCIA

VILAR, L.; KATER, C. E. Endocrinologia Clínica, 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2013.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À INSUFICIÊNCIA ADRENAL



### GASTROENTEROLOGIA

#### DIVERTICULITE

##### 1. INTRODUÇÃO

Perfuração de um divertículo com conseqüente infecção restrita à parede colônica que pode evoluir para peritonite generalizada.

##### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A forma mais comum de diverticulite é a microperfuração, normalmente causada por um fecalito. O resultado disso é a formação de um abscesso local com fístula intramural. Eventualmente, o processo penetra e ultrapassa a camada serosa da parede colônica. Nessa circunstância, pode ocorrer a formação de abscesso pericólico ou pélvico (caso o processo infeccioso seja bloqueado localmente), ou a peritonite generalizada (fecal ou purulenta).

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Além das complicações infecciosas, a diverticulite pode evoluir com a formação de fistulas e obstrução intestinal. As fistulas ocorrem pela extensão do processo infeccioso para órgãos vizinhos, como bexiga, vagina, ureter e pele. A fistulização geralmente promove a descompressão do abscesso cavitário, levando à melhora do quadro infeccioso. Obstrução intestinal pode ser o resultado do edema da parede colônica durante um episódio de diverticulite ou da fibrose da parede colônica após processos repetidos de diverticulite. A segunda variante geralmente requer tratamento cirúrgico.

Uma classificação importante da doença diverticular complicada foi feita por Hinchey et al. (1978) e inclui quatro categorias:

- 1) microabscesso com fleimão peridiverticular;
- 2) abscesso pericólico e/ou pélvico (peritonite localizada);
- 3) peritonite purulenta (generalizada);
- 4) peritonite fecal.

O sintoma mais comum da diverticulite é a dor em fossa ilíaca esquerda, de caráter progressivo, constante, piorando com os espasmos intestinais.

Em pacientes com diverticulite dos tipos 1 ou 2, geralmente a dor é localizada, em especial na fossa ilíaca esquerda. No estágio 2 da doença, normalmente há febre, anorexia e vômitos, sobretudo nos portadores de grandes abscessos. Sintomas urinários, como urgência miccional, sugerem proximidade do processo inflamatório da bexiga. Calor, eritema e dor na parede abdominal adjacente ao processo, sugerem tendência de fistulização para a pele.

Pacientes com diverticulite dos tipos 3 ou 4 apresentam dor importante e generalizada comumente acompanhada de íleo paralítico, náuseas e vômitos.

Apesar de o quadro de peritonite associado a diverticulite ser um processo de instalação rápida, o paciente pode apresentar febre alta, alterações hemodinâmicas e rigidez abdominal.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

O diagnóstico de um processo séptico de diverticulite é clínico; entretanto, os exames laboratoriais podem oferecer subsídios importantes. O hemograma geralmente apresenta leucocitose em casos de abscesso ou peritonite, enquanto nas diverticulites mais leves metade dos pacientes tem hemograma normal. O exame de urina pode revelar hematúria ou leucocitúria.

Nos casos de fístula colovesical, podem ser encontradas bactérias da flora bacteriana colônica na urocultura. Em processos de peritonite generalizada, as alterações laboratoriais são mais marcantes. Há acidose leve.

Processos infecciosos maiores podem evoluir com obstrução e consequente formação de alças intestinais dilatadas e íleo com níveis hidroaéreos. Grandes abscessos podem aparecer como imagens extracolônicas com nível líquido. Abscessos retroperitoneais podem causar borramento da sombra do músculo psoas maior e um grande pneumoperitônio pode ser visto nas peritonites estercoráceas.

A tomografia computadorizada (TC) e o exame contrastado podem delimitar melhor a extensão do processo e ajudar no diagnóstico da doença, sobretudo no caso de pacientes idosos ou imunodeficientes, nos quais não ocorrem as manifestações clínicas do processo infeccioso.

#### 4. TRATAMENTO

Medicamentoso: pacientes com diverticulite leve, sem sinais de infecção sistêmica, sem íleo paralítico e com estado geral preservado podem ser tratados fora do ambiente hospitalar, com dieta sem resíduos, antibióticos via oral por 7 a 10 dias (cobertura para anaeróbicos e aeróbicos Gram-negativos) e acompanhamento rigoroso. A manutenção ou a piora dos sintomas após 48 h de tratamento indicam internação imediata do paciente. Em muitos casos, o tratamento medicamentoso agressivo, que inclui antibióticos endovenosos, hidratação, controle da dor e jejum, promove melhora clínica, com regressão dos sintomas em 48 a 72 horas.

Os antibióticos devem ser administrados por, pelo menos, 10 dias, e, após sinais de melhora clínica e laboratorial, pode-se trocar a antibioticoterapia endovenosa

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

por oral. A alimentação deve ser restabelecida gradualmente assim que houver melhora das dores abdominais e resolução do íleo paralítico.

Cirúrgico: as operações para o tratamento da diverticulite incluem procedimentos de emergência e eletivos. Este artigo aborda apenas os procedimentos de emergência.

Nas peritonites purulentas e fecais, o procedimento cirúrgico de eleição é a ressecção do sigmoide com colostomia terminal e sepultamento do coto retal (cirurgia de Hartmann). Nos raros casos de diverticulite cecal ou de cólon direito, o procedimento recomendado é a colectomia direita com ileostomia e fistula mucosa.

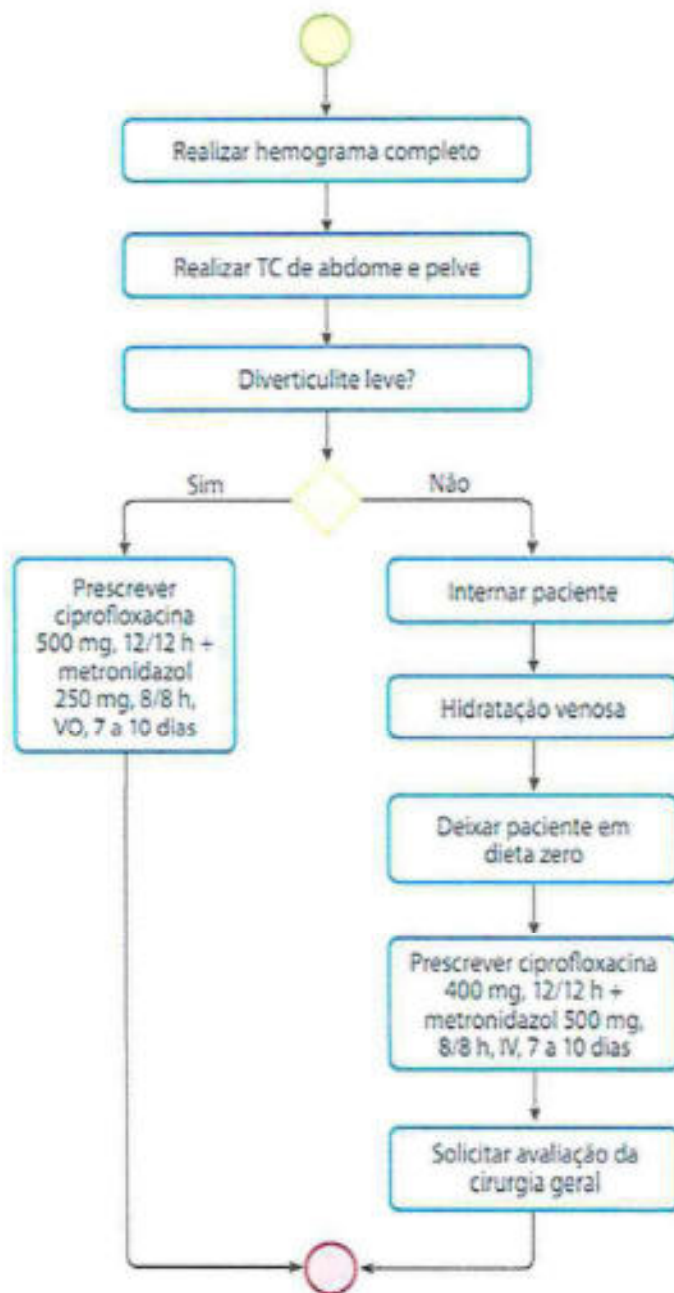
## 5. REFERÊNCIA

GALVÃO-ALVES, J. Emergências em Gastroenterologia. 2. ed. RJ, Brasil: Rubio Editora; 2008.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À DIVERTICULITE**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and initials]*

## ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

### 1. INTRODUÇÃO

A Encefalopatia Hepática (EH) é uma complicação frequente e uma das manifestações mais debilitantes da disfunção hepática (cirrose), afetando severamente a vida dos pacientes. O dano cognitivo associado à cirrose resulta em um pior prognóstico, além da necessidade de mais recursos para o adequado suporte clínico ao paciente.

Trata-se de uma disfunção cerebral causada por insuficiência hepática e/ou shunt portossistêmico, sendo um distúrbio metabólico potencialmente reversível. A amônia está relacionada à sua gênese, ao lado de várias neurotoxinas e fatores diversos, como o edema cerebral, o tônus GABAérgico e microelementos, como zinco e manganês.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

As manifestações possuem um variado espectro neurológico, desde anormalidades que podem se apresentar de formas subclínicas até mesmo a estágios mais graves, como o coma. Classifica-se a EH de acordo com o grau de comprometimento da função hepática, a duração e as características do distúrbio neurológico, ou pela presença de fatores desencadeantes.

Os critérios mais utilizados na graduação da EH clinicamente aparente são os Critérios de West Haven (Tabela 1).

Tabela 1- Critérios de West Haven

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

CRITÉRIOS DE WEST HAVEN		
Estágio	Descrição	Achados Neurológicos
0	Sem sinais de encefalopatia.	Exame normal
1	Alterações leves de comportamento e de funções biorregulatórias, como: alternância do ritmo do sono; distúrbios discretos do comportamento, como riso e choro "fácil"; hálito hepático.	
2	Letargia ou apatia, lentidão nas respostas, desorientação no tempo e no espaço, alterações na personalidade e comportamento inadequado, presença de flapping.	
3	Sonolência e torpor com resposta aos estímulos verbais, desorientação grosseira e agitação psicomotora, desaparecimento do flapping.	Rigidez muscular e clônus, hiperreflexia
4	Coma não responsivo aos estímulos verbais e com resposta flutuante à dor.	Postura de decerebração

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

O diagnóstico é baseado na história e no exame clínico do paciente. Classificações clínicas são usadas para analisar a gravidade da doença. Em geral, trata-se de um diagnóstico de exclusão devido à variabilidade dos sinais e sintomas inerentes a cada estágio da encefalopatia hepática.

Nos pacientes com EH de início recente, que possuem sinais e sintomas atípicos, como hipocinesia, lentidão psicomotora e uma falta de atenção, a EH pode ser facilmente esquecida no exame clínico. Em contraste, a detecção de desorientação e asterixis tem boa confiabilidade entre avaliadores. Portanto, diante desse cenário, orienta-se que o diagnóstico e a graduação da EH em cirróticos devam ser baseados em: 1) história clínica; 2) exclusão de outras causas, particularmente distúrbios metabólicos (uremia), doenças infecciosas, processos expansivos do SNC (hematomas, neoplasias), distúrbios psiquiátricos e alterações de comportamento, especialmente abstinência alcoólica; e 3) emprego dos Critérios de West Haven e/ou da Escala de Coma de Glasgow, segundo a qual a melhor resposta a estímulos verbais e à dor determinam um escore que se correlaciona com a gravidade do processo. Outros métodos complementares, incluindo testes psicométricos e investigações eletrofisiológicas, são particularmente úteis para o diagnóstico de EH grau I.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Durante análise laboratorial, o aumento isolado dos níveis de amônia não adicionam valor diagnóstico ou prognóstico; porém, quando em níveis normais, a encefalopatia hepática deve ser questionada.

Exames de imagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética do crânio (RNM), são úteis para identificação de complicações, como quadros hemorrágicos e hipertensão intracraniana por edema, e para diagnóstico diferencial, não contribuindo para o diagnóstico inicial ou informação sobre classificação.

#### 4. TRATAMENTO

A medida primária durante a abordagem terapêutica da encefalopatia hepática consiste em identificar o fator precipitante do quadro clínico, sendo os mais importantes e mais difíceis de serem controlados a hemorragia digestiva alta e as infecções bacterianas, mas ainda podem ser citados o uso de drogas, as alterações hidreletrolíticas sobrecarga proteica, entre outros. A busca ativa de eventuais fatores que possam provocar o surgimento de encefalopatia hepática é tarefa prioritária, devendo ser iniciada quando os primeiros sinais e sintomas surgirem.

A lactulose é a droga inicial para o tratamento da EH devido a sua atuação através da redução do pH do cólon, levando à conversão da amônia em sua forma não absorvível ( $\text{NH}_4^+$ ), e aumentando, assim, a velocidade do trânsito gastrointestinal e o volume das fezes. A posologia deve ser ajustada para que ocorram duas ou três evacuações por dia (15 a 60 ml/dia).

O uso de antibioticoterapia também pode ser empregado. Entre os mais usados em nosso meio encontra-se a neomicina, que, apesar de ser utilizada por muitos, não há estudos controlados que demonstrem sua eficácia em comparação com o tratamento apenas com lactulose, além de estar associada a oto e nefrotoxicidade. O metronidazol e a vancomicina têm sido eficazes em ensaios clínicos limitados e são mais bem tolerados do que a neomicina. Importante ressaltar que o metronidazol possui metabolização hepática e pode levar à neurotoxicidade em pacientes cirróticos; logo, deve ser utilizado em doses reduzidas.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Drogas antagonistas competitivas dos receptores de benzodiazepínicos, como o Flumazenil, são frequentemente utilizadas com o intuito de melhorar o estado de desorientação, sendo uma maneira de proteger a via aérea, evitando a ventilação mecânica assistida.

Diante do apresentado, fica evidente que o tratamento da EH exige a rápida identificação das causas precipitantes e a escolha do arsenal medicamentoso de acordo com as peculiaridades de cada paciente.

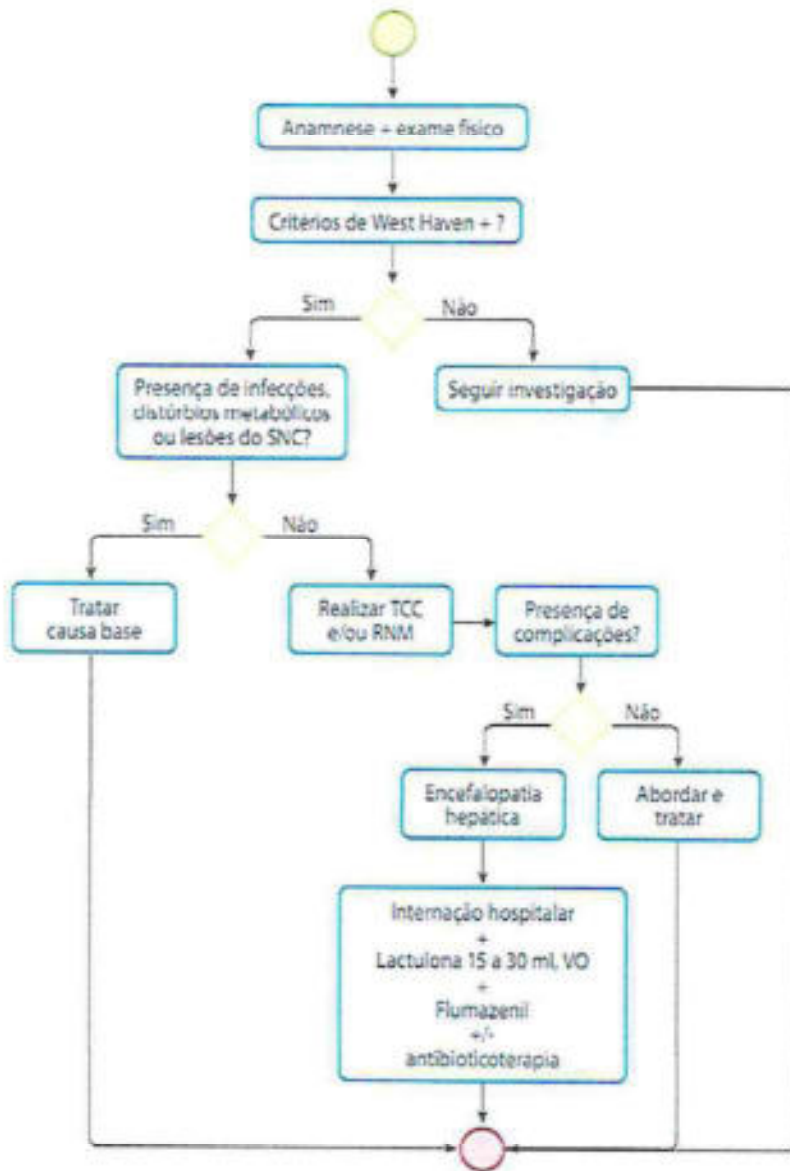
## 5. REFERÊNCIA

SLEISENGER & FORDTRAN. Tratado Gastrointestinal e Doenças do Fígado. 9. ed. São Paulo: Elsevier, 2013.

---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À ENCEFALOPATIA HEPÁTICA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

## PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA

### 1. INTRODUÇÃO

A Peritonite Bacteriana Espontânea (PBE) é definida como a infecção do líquido ascítico (LA) que ocorre na ausência de uma fonte intra-abdominal de infecção. A PBE é a infecção mais frequente no paciente com cirrose hepática, com prevalência em cirróticos hospitalizados com ascite que varia entre 10 e 30%. A infecção é, habitualmente, monobacteriana e paucibacilar. O desenvolvimento de PBE influencia negativamente o prognóstico de pacientes com cirrose.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Apesar do caráter pleomórfico de apresentação clínica, desde pacientes assintomáticos até aqueles com francos sinais de peritonite, a maior parte dos casos inclui pacientes oligossintomáticos. Frequentemente, os indivíduos apresentam queixas do tipo febre de origem indeterminada, encefalopatia hepática de início recente, desconforto/dor abdominal inespecífica, piora no controle da ascite (diminuição da resposta à diuretoterapia), ou mesmo um quadro de deterioração clínica associado à significativa queda do estado geral.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Uma vez que a PBE confere impacto negativo no prognóstico do paciente cirrótico, o diagnóstico precoce é determinante para a eficácia da terapêutica e a redução de mortalidade. Dessa forma, uma paracentese diagnóstica com análise do LA deve ser realizada em todos os pacientes cirróticos com ascite admitidos para internação hospitalar, independentemente da ausência de sinais ou sintomas que sugiram a presença da infecção. O exame citológico do LA, através da contagem dos polimorfonucleares (PMN), é, na prática, o que determina um diagnóstico mais ágil, possibilitando início imediato da terapia antimicrobiana.

A maior sensibilidade para o diagnóstico é alcançada com um cut off de 250 PMN/mm<sup>3</sup>, embora a melhor especificidade seja conseguida com a contagem de 500 PMN/mm<sup>3</sup>. Pacientes com < 250 células/mm<sup>3</sup> no LA, porém com cultura positiva, são considerados portadores de Bacteriascrite e devem ser tratados

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

somente se apresentarem sintomas sugestivos de PBE, já que em 62% dos casos há resolução espontânea do quadro.

A despeito da relevância prática do exame de celularidade no LA, o exame bacteriológico permanece importante na avaliação de pacientes com suspeita de PBE. Seu papel, mais do que estabelecer o diagnóstico, é o de orientar a terapêutica nos casos de resposta insatisfatória à terapêutica empírica inicial. Em infecções comunitárias, os microorganismos mais frequentemente isolados são as enterobactérias Gram-negativas, sendo a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae* as bactérias mais comuns. Já nas infecções nosocomiais, as bactérias Gram-positivas são as responsáveis pela maioria dos casos. Com relação à cultura do LA, a positividade varia entre 50 e 80% quando o material é coletado em frascos de hemocultura à beira do leito com 10 a 20 ml de LA.

#### 4. TRATAMENTO

A terapia antibiótica deve ser iniciada imediatamente após o diagnóstico de PBE ser estabelecido. O tratamento inicial é empírico e não deve ser retardado, à espera dos testes de cultura e sensibilidade antimicrobiana dos microorganismos. Atualmente, as cefalosporinas de terceira geração são consideradas o padrão ouro no tratamento da PBE, como a cefotaxima. Outras cefalosporinas de terceira geração são altamente efetivas no tratamento da PBE. A taxa de resolução com ceftriaxone (2 g IV a cada 24 h) é de 90 a 100% e a mortalidade hospitalar, de 30%. O uso de albumina na dose de 1 g por quilo de peso corporal no momento do diagnóstico de PBE e 1,5 g por quilo de peso corporal no terceiro dia de tratamento reduz a incidência de insuficiência renal e melhora a sobrevida hospitalar de três meses em pacientes cirróticos com PBE.

#### 5. REFERÊNCIA

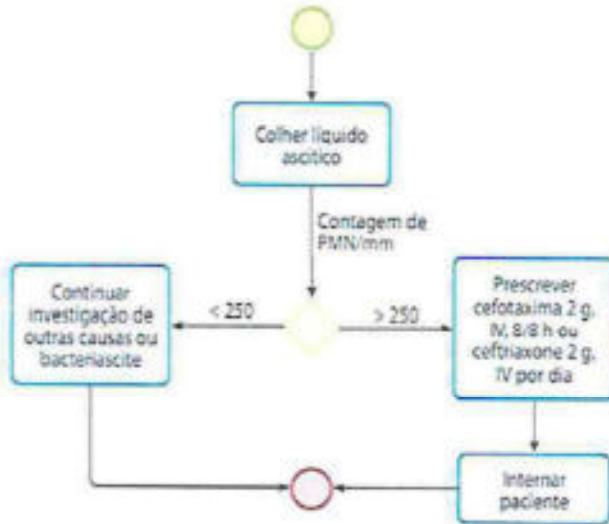
ALVES, J. G. Temas de atualização em Gastroenterologia. 1. ed. Rio de Janeiro: José Galvão Alves, 2012.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	





**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PERITONITE BACTERIANA ESPONTÂNEA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*[Handwritten signatures and initials in blue ink]*

## HEMATO-ONCO

### ANEMIA FALCIFORME

#### 1. INTRODUÇÃO

A doença falciforme é umas das alterações genéticas mais frequentes no Brasil e constitui-se em um grupo de doenças genéticas caracterizadas pela predominância da hemoglobina S (HbS) nas hemácias: anemia falciforme (HbSS), HbSC, S-talasseмииs, além de outras mais raras, como as Hb SD e Hb SE. É caracterizada por anemia hemolítica crônica e fenômenos vasoclusivos que levam a crises dolorosas agudas e à lesão tecidual e orgânica crônica e progressiva.

#### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

De modo geral, além da anemia crônica, as diferentes formas de doenças falciformes caracterizam-se por numerosas complicações, que podem afetar quase todos os órgãos e sistemas com expressiva morbidade e redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Além das manifestações de anemia crônica, o quadro é dominado por episódios de dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções e enfartes pulmonares, retardo do crescimento e maturação sexual, acidente vascular cerebral e comprometimento crônico de múltiplos órgãos, sistemas ou aparelhos.

Devido ao encurtamento da vida média das hemácias, pacientes com doenças falciformes apresentam hemólise crônica, que se manifesta por palidez, icterícia, elevação dos níveis de bilirrubina indireta, do urobilinogênio urinário e do número de reticulócitos. A contínua e elevada excreção de bilirrubinas resulta, frequentemente, em formação de cálculos de vesícula contendo bilirrubinato.

#### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

A detecção efetiva das diversas formas de doenças falciformes requer diagnóstico preciso, baseado principalmente em técnicas eletroforéticas, hemograma e dosagens da hemoglobina fetal.

#### 4. TRATAMENTO

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Não há tratamento específico para as doenças falciformes. Assim, medidas gerais e preventivas no sentido de minorar as consequências da anemia crônica, as crises de falcização e a susceptibilidade às infecções são fundamentais na terapêutica desses pacientes. Essas medidas incluem: boa nutrição, profilaxia, diagnóstico e terapêutica precoce das infecções, manutenção de boa hidratação e evitamento condições climáticas adversas. É importante, também, orientar pacientes e mães da necessidade de procurar tratamento médico sempre que ocorrer febre persistente acima de 38 °C, dor torácica e dispnéia, dor abdominal, náuseas e vômito, cefaleia persistente, letargia ou alteração de comportamento, aumento súbito do volume do baço e priapismo. Exames de rotina, como, urina I, protoparasitológico, RX de tórax, eletrocardiograma e, se possível, ecocardiograma, creatinina e clearance, eletrólitos, ultrassom de abdome, proteinúria, provas de função hepática e visita ao oftalmologista com pesquisa de retinopatia devem ser realizados anualmente e repetidos sempre que necessário. Hemograma deve ser realizado pelo menos duas vezes ao ano, pois redução nos níveis basais de hemoglobina podem indicar insuficiência renal crônica ou crise aplástica.

#### 4.1. Hidratação

Desidratação e hemoconcentração precipitam crises vaso-oclusivas. Por outro lado, indivíduos com doença falciforme são particularmente susceptíveis à desidratação devido à incapacidade de concentrar a urina, com consequente perda excessiva de água. Assim, a manutenção de boa hidratação é importante, principalmente durante episódios febris, calor excessivo, ou situações que cursem com diminuição do apetite. Para indivíduos adultos, recomenda-se a ingestão, de pelo menos, dois litros de líquido por dia, na forma de água, chá, sucos ou refrigerantes, quantidade esta que deve ser aumentada prontamente nas situações acima citadas.

#### 4.2. Transfusão

Terapia transfusional deve ser evitada no tratamento rotineiro de pacientes com doenças falciformes e está contraindicada em anemia assintomática, crises dolorosas não complicadas, infecções que não comprometam a sobrevivência ou

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

instalação de necroses assépticas porque está demonstrada a ausência de eficácia. As transfusões devem ser realizadas com hemácias fenotipadas (para se evitar aloimunização) e depletadas de leucócitos, na forma de hemácias ou filtradas. Especificamente para as doenças falciformes, as indicações de transfusão incluem, ainda, a melhora nas propriedades reológicas do sangue, diminuindo a proporção de hemácias com HbS. Vários estudos demonstram que, quando a proporção de células contendo HbS excede 30 a 40%, a resistência ao fluxo aumenta abruptamente. Por outro lado, o aumento do hematócrito leva ao aumento da viscosidade sanguínea. Assim, transfusões simples podem promover o aumento da viscosidade e a oclusão vascular, impedindo o aumento da liberação do oxigênio para os tecidos. Portanto, em várias situações pode ser necessária a exsanguineotransfusão automatizada ou manual.

#### Indicações específicas de transfusão

##### a) Crises dolorosas

É uma das manifestações mais características da doença falciforme. Consiste em dor em extremidades, região lombar, abdome ou tórax, usualmente associada a febre e urina escura ou vermelha. As crises de dor frequentemente resultam de necrose avascular da medula óssea. O aumento da pressão intramedular secundário à resposta inflamatória do processo necrótico é, provavelmente, a causa da dor. Essa hipótese é corroborada pelo achado de aspirado dos sítios de dor óssea que apresenta necrose e/ou infiltrado neutrofilico purulento.

Infecções, alterações climáticas e fatores psicológicos têm sido comumente sugeridos como possíveis desencadeantes. Outros fatores associados são: altitude, acidose, sono e apneia, estresse e desidratação. Na maioria dos casos, entretanto, não é possível a identificação do fator etiológico. Normalmente, as áreas mais envolvidas são joelho, coluna lombo-sacra, cotovelo e fêmur e, em crianças menores de 5 anos, a síndrome mão-pé.

A severidade da dor é bastante variada, desde episódios moderados e transitórios (5 a 10 minutos de duração), até episódios generalizados que duram dias ou semanas, necessitando de internação hospitalar. O padrão de dor varia

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

de um paciente para outro: alguns com ataques graves repetidos (20%); outros negando qualquer sintomatologia dolorosa (30%); e uma boa parte, cerca de 50%, com uma crise grave por ano, ou múltiplas crises moderadas, ou outras variações.

O tratamento é de suporte. As metas são aliviar a dor e tratar os problemas desencadeantes, principalmente infecção, hipóxia, acidose e desidratação. Os pacientes com dor sempre devem ser avaliados para hemotransfusão, ou mesmo exsanguineotransfusão, embora raramente melhore o quadro de dor. Pacientes com quadros frequentes de dor podem se beneficiar de transfusões regulares por um curto período.

O uso cuidadoso, consistente e adequado de analgésicos é a chave para o tratamento das crises de dor.

#### b) Acidente Vascular Cerebral

Complicações neurológicas ocorrem em até 25% dos pacientes com anemia falciforme. A recorrência desse evento é frequente e acontece em cerca de 50% dos pacientes, geralmente nos primeiros três anos após o AVC. Entretanto, transfusões crônicas reduzem em até 90% a recorrência de episódios trombóticos. Estudos angiográficos demonstram que há recuperação e melhora do fluxo vascular nos pacientes que desenvolvem AVC e são submetidos a exsanguineotransfusão.

Na vigência do AVC, o paciente deve ser internado, sendo iniciada a exsanguineotransfusão a fim de mantê-lo isovolêmico, com nível de hemoglobina em torno de 10 g/dl e HbS menor do que 30%. Na fase aguda, recomenda-se troca de 75 a 100 ml de sangue/kg de peso. Desse modo, hemácias estocadas por menos de cinco dias podem ser reconstituídas em salina ou plasma para hematócrito de 28 a 30%. Os níveis de Hb S, hematócrito, cálcio, fósforo, sódio, potássio e magnésio devem ser monitorados após a transfusão.

Após a fase aguda, pode-se iniciar programa de transfusão crônica para manutenção da HbS abaixo de 30%, evitando-se hiperviscosidade ou

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

transfusões além do necessário. Uma possibilidade é a realização de transfusões simples a cada três ou quatro semanas.

Após cinco anos de terapia transfusional, pacientes com persistente obstrução ou estenose, detectada por angiografia ou ressonância magnética, devem continuar em programa de transfusão. Pacientes que apresentam franca melhora ou completa correção da vasculopatia, documentada por arteriografia, podem ter o programa interrompido. Aqueles que durante o programa não apresentaram deterioração clínica ou laboratorial podem ter o programa modificado a fim de manter a HbS em torno de 50%.

#### c) Síndrome Torácica Aguda

Exsanguineotransfusão ou transfusões simples podem ser utilizadas na síndrome torácica aguda, resultando em dramática melhora do quadro.

#### d) Anemia

Anemia não é indicação de transfusão porque ocorre adaptação com aumento do 2,3 difosfoglicerato, melhor afinidade da hemoglobina pelo oxigênio, melhor liberação do oxigênio para os tecidos e aumento do rendimento cardíaco. Assim, a maioria dos pacientes com anemia falciforme tolera bem a anemia. Pacientes mais velhos, com doença cardíaca ou insuficiência respiratória às vezes necessitam de níveis de hemoglobina superiores a 8 g/dl. Formalmente, não há indicação de transfusão em pacientes assintomáticos com níveis de Hb maiores que 5 g/dl.

#### e) Crises Aplásticas

Essas crises são comuns, transitórias e, muitas vezes, não requerem transfusão. Há indicação de transfusão apenas quando há comprometimento da função cardíaca ou níveis de Hb inferiores a 4 g/dl com reticulocitopenia. Nesse caso, deve-se proceder à infusão de 1 ml de hemácias/kg/h acompanhada de diuréticos para prevenir falência cardíaca. Pode-se utilizar, também, exsanguineotransfusão a fim de evitar perturbações no volume sanguíneo em pacientes clinicamente instáveis.

#### f) Crises de Sequestro Esplênico

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

Nesse caso, pode-se utilizar sangue total ou hemácias reconstituídas com salina ou plasma. Muitos pacientes requerem esplenectomia para prevenir crises recorrentes.

g) Priapismo

Outra indicação de exsanguineotransfusão parcial ou transfusão simples são episódios de priapismo. Se a estase é parcial, as transfusões melhoram o fluxo e previnem a obstrução.

h) Septicemia

Transfusões podem ser indicadas para pacientes em condições instáveis ou choque, durante episódios de septicemia, com o objetivo de elevar a Hb para níveis superiores a 10 g/dl e HbS < 30%.

i) Gestação

O uso de transfusões no último trimestre da gestação com o objetivo de obter níveis de Hb em torno de 10 g/dl e HbS < 30% é controverso. Importante estudo recentemente publicado sugere que transfusões profiláticas são desnecessárias na anemia falciforme. Entretanto, estão indicadas em gestações de alto risco, história prévia de mortalidade perinatal, toxemia, septicemia, anemia grave e síndrome torácica aguda.

j) Cirurgia

Não há estudos controlados neste tópico; entretanto, parece prudente transfundir pacientes com anemia falciforme antes de cirurgias ou anestesia com o objetivo de manter a HbS próximo de 30% e os níveis de Hb em torno de 10 g/dl. Em crianças, pode-se iniciar as transfusões seis semanas antes da cirurgia, repetindo-as com intervalos de duas semanas. Não há dados referentes à cirurgia em indivíduos com Hemoglobinopatia SC ou outras doenças falciformes não anêmicas, mas deve-se evitar hiperviscosidade e uso de transfusões simples.

## 5. REFERÊNCIAS

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

ARAÚJO, A. Complicações e expectativa de vida na doença falciforme: o maior desafio. Rev. Bras. Hematol. Hemoter, São Paulo, 2010.

BRASIL, ANVISA. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes. Brasília, ANVISA, 2001.

CAMPOS, J. et al. Treatment of the acute sickle cell vaso-occlusive crisis in the Emergency Department: a Brazilian method of switching from intravenous to oral morphine. European Journal of Haematology; Volume 93, Issue 1, pages 34–40, July 2014

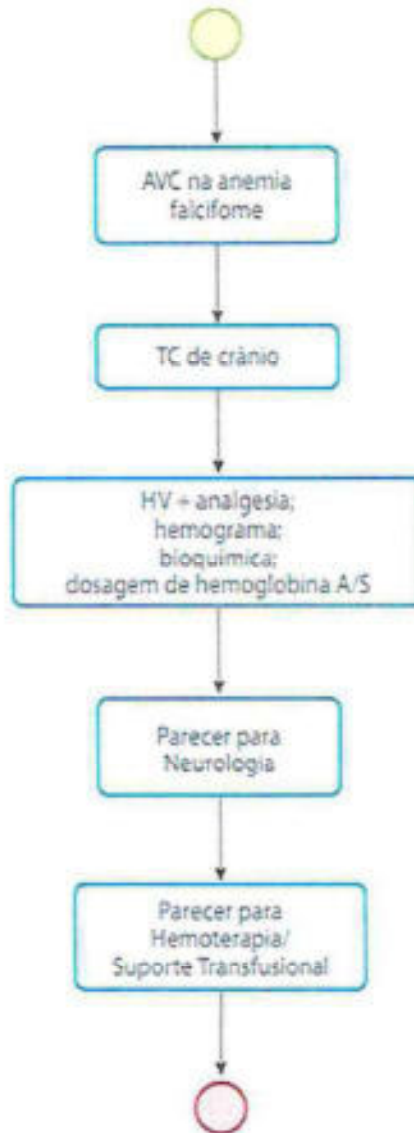
---

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*(Handwritten initials and signature)*



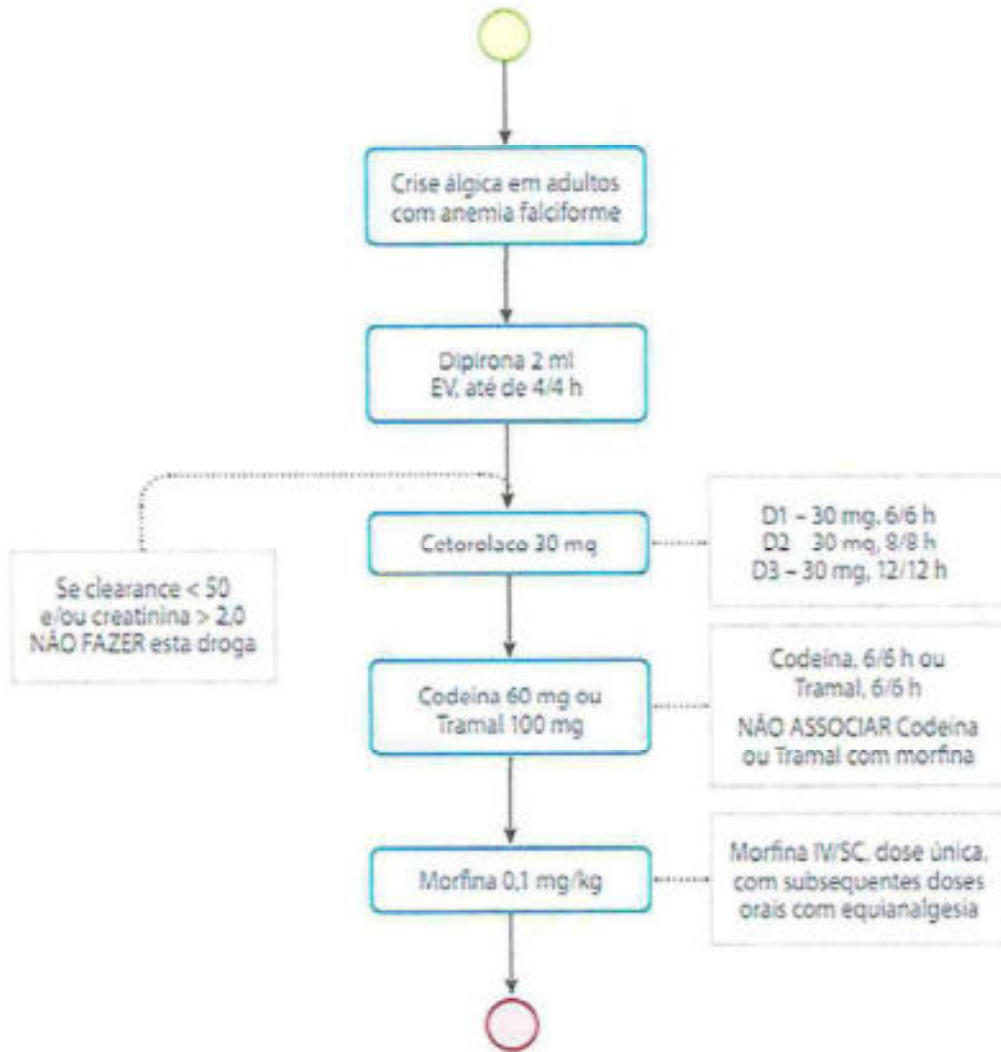
PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO AVC NA ANEMIA FALCIFORME



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

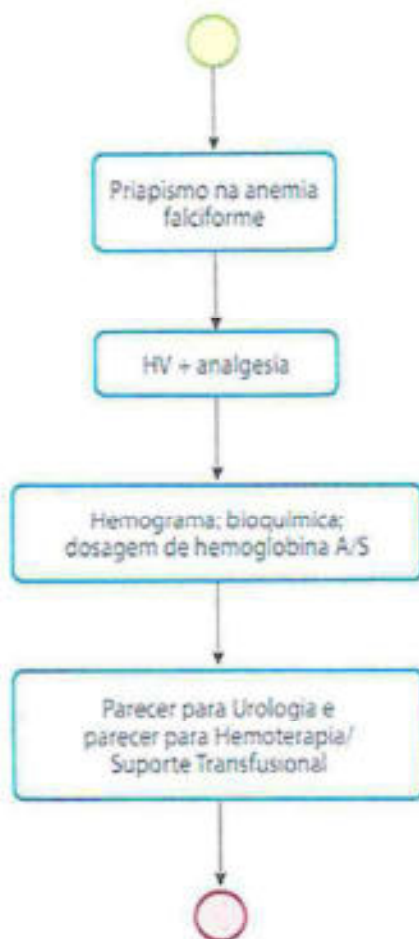
*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO A CRISES ÁLGICAS EM ADULTOS  
COM ANEMIA FALCIFORME**



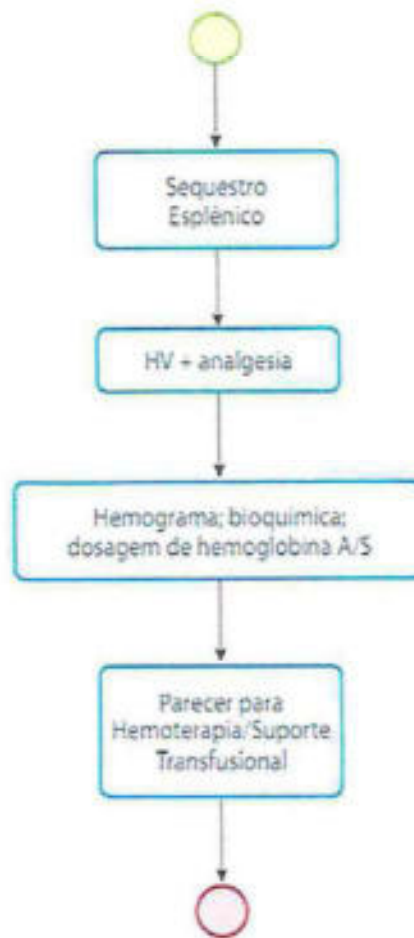
ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO PRIAPISMO NA ANEMIA FALCIFORME



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

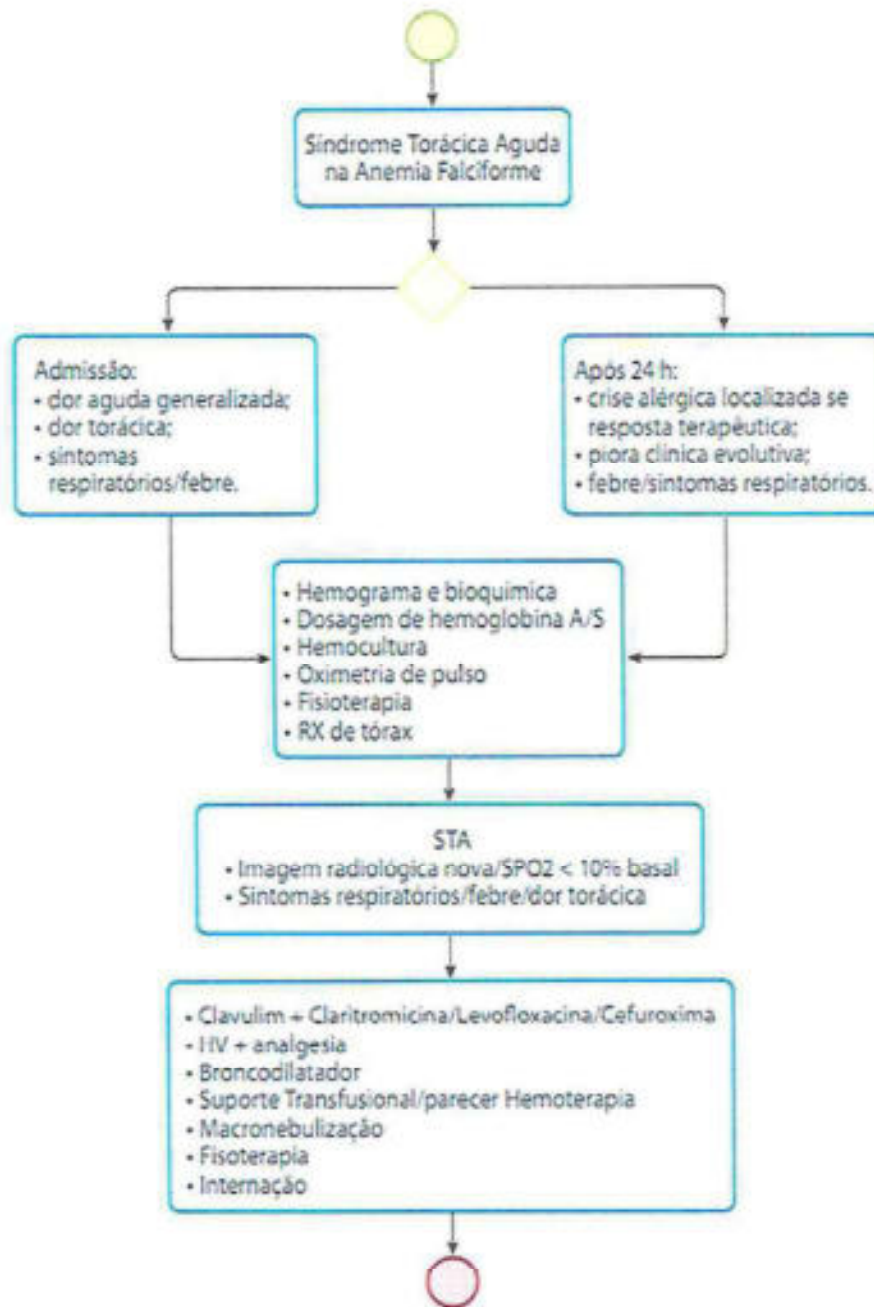
## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AO SEQUESTRO ESPLÊNICO



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*(Handwritten signatures and initials)*

**PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À SÍNDROME TORÁCICA AGUDA**



ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

*Handwritten signature and initials in blue ink.*

## NEUTROPENIA FEBRIL

### 1. INTRODUÇÃO

A Neutropenia Febril (NF) se caracteriza por febre  $\geq 37,8$  °C em pacientes com contagem de neutrófilos  $< 1000$  ou com perspectiva de queda abaixo de 1000. Tal contagem deve ser calculada somando-se o número de mielócitos, metamielócitos, bastões e segmentados no diferencial leucocitário.

### 2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

A NF configura uma urgência oncológica e deve ser tratada o mais rápido possível, sendo instituída terapia com antibiótico venoso. O paciente pode se apresentar sem foco infeccioso evidente e, portanto, o rastreio deve ser feito de forma abrangente. Existe um amplo espectro de apresentações clínicas da doença, variando desde pico febril isolado até choque séptico.

### 3. ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

Ao ser admitido na emergência, o paciente com febre e suspeita de neutropenia deve passar por anamnese completa e exame físico detalhado em busca de focos infecciosos. Os seguintes exames devem ser solicitados **IMEDIATAMENTE** e os resultados liberados em no máximo 1 hora:

- hemograma completo;
- bioquímica com dosagem de PCR, função renal e hepática, além de eletrólitos;
- EAS e urinocultura;
- coagulograma;
- 2 sets de hemoculturas de sangue periférico com amostra para germes aeróbios e anaeróbios;
- se o paciente for portador de catéter semi ou totalmente implantável, colher amostras de hemoculturas de todas as vias do cateter, além das amostras periféricas;
- RX de tórax.

### 4. TRATAMENTO

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	



O tratamento deve ser iniciado imediatamente de forma empírica após coleta do laboratório descrito, com antibioticoterapia com boa cobertura anti-pseudomonas/Beta lactamase, como Cefepime, Carbapenêmicos ou Piperacilina/Tazobactam nas doses descritas a seguir, visto que os germes Gram-negativos são os mais comumente associados ao quadro. Dosagem recomendada:

- Cefepime 2g IV 8/8 h;
- Piperacilina/Tazobactam 4,5g IV 6/6 h;
- Meropenem 1g IV 8/8 h.

Em caso de suspeita de infecção por Gram+ (menos comum, porém, geralmente, mais grave), como infecção de cateter, infecção de pele ou tecido subcutâneo, ou instabilidade hemodinâmica, associar Vancomicina 1g IV 12/12 h às drogas descritas anteriormente.

## 5. REFERÊNCIA

FREIFELD, A. G., BOW, E. J., SEPKOWITZ, K. A., BOECKH, M. J. ITO, J. I., MULLEN, C. A., RAAD, I. I., ROLSTON, K. V., YOUNG, J. H. WINGARD, J. R. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America.

ELABORADO POR	IMPLANTAÇÃO	REVISÃO
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXX	

# ANEXO II

# POP de Enfermagem



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 822
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	827
POP 001 - INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM .....	828
POP 002 - PASSAGEM DE PLANTÃO.....	830
POP 003 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM .....	832
POP 004 - REALIZAÇÃO DA SAE .....	836
POP 005 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE MEDICAÇÃO.....	841
POP 006 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO.....	842
POP 007 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS .....	843
POP 008 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE EMERGÊNCIA.....	844
POP 009 - PREPARO DO LEITO DE EMERGÊNCIA.....	845
POP 010 - CARRINHO DE EMERGÊNCIA .....	847
POP 011 - ADMISSÃO DE PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO/ REPOUSO.....	849
POP 012 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA).....	851
POP 013 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA.....	857
POP 014 - CONTROLE DE PULSO.....	858
POP 015 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA .....	860
POP 016 - CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR.....	862
POP 017 - CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.....	864
POP 018 - CONTROLE HÍDRICO.....	866
POP 019 - PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC) .....	867
POP 020 - OXIMETRIA DE PULSO.....	869
POP 021 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA .....	870
POP 022 - ELETROCARDIOGRAMA.....	872
POP 023 - APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO.....	874
POP 024 - SALINIZAÇÃO DO DISPOSITIVO ENDOVENOSO PERIFÉRICO .....	877
POP 025 - PREPARO DE MEDICAÇÃO PARENTERAL - PUNÇÃO VENOSA .....	879
POP 026 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV) .....	882

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL**

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 823</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>		<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

POP 027 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID).....	885
POP 028 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM).....	887
POP 029 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC).....	891
POP 030 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR.....	893
POP 031 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL.....	895
POP 032 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL.....	897
POP 033 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL.....	899
POP 034 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA GÁSTRICA.....	900
POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR.....	902
POP 036 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA CUTÂNEA OU TÓPICA.....	904
POP 037 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL.....	905
POP 038 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL.....	907
POP 039 - ADMINISTRAÇÃO DE INALAÇÃO.....	909
POP 040 - VACINAÇÃO.....	912
POP 041 - SOROTERAPIA PARA ANIMAIS PEÇONHENTOS.....	918
POP 042 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE VENOSO.....	920
POP 043 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE ARTERIAL.....	922
POP 044 - COLETA PARA EXAME DE ESCARRO.....	925
POP 045 - COLETA PARA EXAME DE URINA I.....	926
POP 046 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS (CLEARANCE DE CREATININA).....	927
POP 047 - PREPARO DE PACIENTES INTERNADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES.....	929
POP 049 - APLICAÇÃO DE CALOR.....	933
POP 050 - APLICAÇÃO DE FRIO.....	935
POP 051 - REALIZAÇÃO DE BANHO DE ASPERSÃO.....	937
POP 052 - REALIZAÇÃO DE BANHO NO LEITO.....	940
POP 053 - MASSAGEM DE CONFORTO.....	944
POP 054 - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO.....	946
POP 055 - UTILIZAÇÃO DE COMADRE E COMPADRE.....	950
POP 056 - OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL.....	952
POP 057 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI.....	954

*Handwritten signature and initials*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 824</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

POP 058 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL.....	956
POP 059 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA ABERTO.....	959
POP 060 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA FECHADO.....	962
POP 061 - ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMIA.....	965
POP 062 - MONTAGEM DE CAIXAS COM KITS PARA PROCEDIMENTOS.....	967
POP 063 - PREPARO PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL.....	973
POP 064 - TROCA DE CIRCUITOS DOS RESPIRADORES.....	975
POP 066 - LIMPEZA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA.....	978
POP 067 - RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP).....	981
POP 068 - PREPARO PARA PASSAGEM DE INTRACATH.....	984
POP 069 - PREPARO PARA PASSAGEM DE FLEBOTOMIA.....	985
POP 070 - PREPARO PARA DRENAGEM TORÁCICA.....	986
POP 071 - CUIDADOS COM DRENO DE TÓRAX.....	987
POP 072 - CONTROLE DE DRENAGENS (SONDAS E DRENOS).....	990
POP 073 - SONDAGEM NASOGÁSTRICA.....	991
POP 074 - SONDAGEM NASOENTERAL.....	994
POP 075 - TROCA DA FIXAÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL.....	998
POP 076 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO.....	999
POP 077 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA.....	1003
POP 078 - CONTROLE DE DIURESE ESPONTÂNEA.....	1006
POP 079 - CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTE COM SONDA VESICAL.....	1008
POP 080 - LAVAGEM INTESTINAL.....	1010
POP 081 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA.....	1012
POP 082 - ADAPTAÇÃO DE BOLSA COLETORA EM FÍSTULA ABDOMINAL.....	1014
POP 083 - CURATIVOS.....	1016
POP 084 - CURATIVOS COM COBERTURA DE HIDROCOLOIDE.....	1022
POP 085 - CURATIVOS COM COBERTURA DE FILME DE POLIURETANO.....	1025
POP 086 - CUIDADOS COM TRAÇÃO ORTOPÉDICA.....	1028
POP 087 - PREVENÇÃO DE QUEDAS.....	1031
POP 088 - CONTENÇÃO MECÂNICA DO PACIENTE.....	1033

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL**

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 825</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

POP 089 - AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO DO PACIENTE.....	1036
POP 090 - POSICIONAMENTO DO PACIENTE NO LEITO .....	1040
POP 092 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DA CADEIRA DE RODAS PARA CADEIRA .....	1049
POP 093 - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE DO LEITO PARA A MACA E DA MACA PARA O LEITO .....	1052
POP 094 - TROCA DE ROUPA DE CAMA COM PACIENTE NO LEITO – CAMA ABERTA .....	1055
POP 095 - PREPARO DA CAMA HOSPITALAR – CAMA FECHADA E CAMA DE OPERADO.....	1057
POP 097 - PERTENCES DO PACIENTE .....	1061
POP 098 - MANUSEIO E PREPARO DE MATERIAIS NÃO CRÍTICOS, SEMICRÍTICOS E CRÍTICOS .....	1062
POP 99 - DESINFECÇÃO DE MATERIAL DE INALOTERAPIA/CPAP/CÂNULAS .....	1066
POP 101 - ROTINA DE LIMPEZA E TROCA DE DISPOSITIVOS .....	1068
POP 102 - PROCEDIMENTOS PARA ISOLAMENTO .....	1074
POP 103 - LIMPEZA CONCORRENTE DA UNIDADE .....	1085
POP 104 - LIMPEZA TERMINAL DA UNIDADE.....	1087
POP 105 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS .....	1090
POP 106 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA .....	1092
POP 107 - ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS.....	1094
POP 108 - USO DE EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPIs.....	1096
POP 109 – CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	1102
POP 110 – TRANSFERENCIA DE PACIENTE PELO MAQUEIRO.....	1104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	1107
ANEXOS.....	1111
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS .....	1112
ANEXO I – SIGLAS E ABREVIATURAS .....	1112
ANEXO II – ESCALA DE GLASGOW .....	1114
ANEXO III – PRECAUÇÃO DE CONTATO.....	1115
ANEXO IV – PRECAUÇÃO PARA AEROSSÓIS .....	1116
ANEXO V – PRECAUÇÃO PARA GOTÍCULAS.....	1117
ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105 .....	1118
ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105 .....	1119
ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105 .....	1120

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL**

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 826</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>		<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105.....	1121
ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105.....	1122
ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105.....	1123
ANEXO VI – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS – POP 105.....	1124
ANEXO VII – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 106.....	1125
ANEXO VII – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS COM ÁLCOOL GEL OU ESPUMA – POP 106.....	1126
ANEXO VIII – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS– POP 107 .....	1127
ANEXO VIII – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 107 .....	1128
ANEXO VIII – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 107 .....	1129
ANEXO VIII – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 107 .....	1130
ANEXO VIII – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 107 .....	1131
ANEXO VIII – ASSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS E ANTEBRAÇOS – POP 107 .....	1132
ANEXO IX – Manual Informativo para paciente e acompanhante e Termo de ciência .....	1133
1. IDENTIFICAÇÃO.....	1133
2. PERTENCES .....	1133
3. ACOMPANHANTES.....	1133
4. (AFIXAR NO PRONTUÁRIO) VISITAS .....	1134
5. ALIMENTAÇÃO.....	1134
6. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR.....	1134
7. CRÍTICAS E SUGESTÕES .....	1134

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 827</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

**INTRODUÇÃO**

Este instrumento de trabalho foi desenvolvido seguindo os princípios científicos, normas e protocolos do Ministério da Saúde, de forma organizada e metódica, integrado à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e seguindo as condutas éticas determinadas pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo - COREN/SP, garantindo a qualidade na assistência de enfermagem.

Tem o objetivo de orientar a execução dos procedimentos de Enfermagem, seguindo uma sequência lógica de etapas flexíveis em sua forma de execução, respeitando a individualidade de modo que não haja riscos ou desconforto ao paciente e à equipe de Enfermagem, otimizando a assistência de forma integral e humanizada.

Todo o processo segue o Procedimento Operacional Padrão (POP) que é roteiro para a padronização de tarefas e deve ser obrigatoriamente seguido pela equipe de Enfermagem.

A Coordenadoria de Enfermagem é responsável pela coletânea e revisão anual das informações contidas neste instrumento e sua atualização é feita sempre que necessário o aprimoramento e/ou a inclusão de novas técnicas, acompanhando os avanços tecnológicos, com participação de toda a equipe.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 828
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 001 - INSTRUÇÕES BÁSICAS PARA EXECUÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE  
ENFERMAGEM

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p><b>Princípio 1: Economia de Energia</b> Adotar uma sequência lógica das etapas a serem seguidas na execução de procedimentos contribui para evitar movimentos desnecessários, dispende energia e diminuir o desconforto físico do paciente e do profissional. A habilidade psicomotora, destreza manual e mecânica corporal adequada também economizam energia.</p> <p><b>Princípio 2: Economia de Tempo</b> Adotar uma sequência lógica das etapas a serem seguidas, contribui para economizar movimentos, energia e otimizar o tempo dispensado em cada procedimento. O planejamento da ação, postura corporal e habilidade psicomotora também contribuem para a economia de tempo.</p> <p><b>Princípio 3: Economia de Material</b> Definir os materiais necessários antes da execução do procedimento evita o desperdício. Padronizar o material, utilizar kits e bandejas comuns em todas as unidades de atendimento e organizá-los antes de executar o procedimento, evita a perda de tempo e energia, além de não causar ansiedade no paciente e no profissional.</p> <p><b>Princípio 4: Controle de Infecção</b> Adotar princípios científicos e destreza manual na sequência das etapas a serem seguidas, contribui para diminuir o risco de infecção cruzada aumentando assim a segurança do profissional e do paciente.</p>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 829</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>		<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ordem de etapa padrão para todos os procedimentos</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos antes e depois de qualquer procedimento;</li> <li>2. Preparar o material necessário;</li> <li>3. Organizar o ambiente;</li> <li>4. Identificar o paciente pelo nome e certificar-se do procedimento a ser desenvolvido, conferindo o prontuário do paciente;</li> <li>5. Orientar paciente, familiares e acompanhantes sobre o cuidado de enfermagem a ser prestado;</li> <li>6. Respeitar a privacidade e tradições do paciente;</li> <li>7. Colocar o material sobre a mesa da cabeceira;</li> <li>8. Posicionar o paciente confortavelmente;</li> <li>9. Manter o ambiente em ordem após cada procedimento;</li> <li>10. Checar todo procedimento realizado no prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A equipe de enfermagem deve apresentar-se devidamente uniformizada, sem adornos grandes, unhas aparadas, com uniforme padronizado, sapato fechado, crachá de identificação e material no bolso.</li> <li>✓ Procurar chegar com 10 (dez) minutos de antecedência para receber o plantão.</li> </ul>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 830
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 002 - PASSAGEM DE PLANTÃO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A passagem de plantão, entrega ou troca de turno é uma prática realizada pela equipe de enfermagem com a finalidade de transmitir informação de forma clara, objetiva e concisa sobre os acontecimentos que envolvem a assistência direta e/ou indireta ao paciente durante um turno de trabalho.</p> <p>Tem o objetivo de melhorar a comunicação entre as equipes de enfermagem, transmitindo informações sobre as intercorrências, pendências, situações e fatos específicos da unidade, garantindo a continuidade da assistência e o planejamento do trabalho.</p> <p>Sempre seguir os horários padronizados à passagem de plantão: 07:00 horas e 19:00 horas.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Profissionais;</li> <li>2. Prontuários;</li> <li>3. Impressos.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ao Enfermeiro competente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a passagem de plantão entre Enfermeiros;</li> <li>2. Supervisionar e participar da passagem de plantão da equipe de enfermagem;</li> <li>3. Orientar a equipe sobre a importância do silêncio durante a passagem de plantão.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar passagem de plantão beira leito entre Técnicos/Auxiliares de Enfermagem;</li> <li>2. Identificar adequadamente o paciente (nome, leito, diagnóstico clínico);</li> <li>3. Evitar conversas paralelas durante a passagem de plantão;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 831
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>4. Enfatizar as "intercorrências" relevantes à assistência de enfermagem;</p> <p>5. O tempo de passagem de plantão não deve ultrapassar 20 (vinte) minutos.</p>
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Manter o ambiente calmo e tranquilo para realização da passagem de plantão entre as duas equipes de enfermagem: a que está encerrando e a que está iniciando o plantão.</li><li>✓ Se esquecer de passar dados importantes na assistência prestada, deve-se comunicar ao Enfermeiro após o término da passagem de plantão.</li><li>✓ Se por qualquer motivo um profissional não participar da passagem de plantão, deverá assim que chegar se dirigir ao Enfermeiro responsável para justificar sua ausência.</li><li>✓ Procurar chegar 10 (dez) minutos antes do início do plantão.</li><li>✓ Relatar as intercorrências, exames pendentes, preparos para exames, falta de medicamentos ou materiais, etc.</li><li>✓ Passar a medicação (caixa de medicamentos) de cada paciente para o Técnico/Auxiliar de Enfermagem que assumir o plantão.</li><li>✓ Observar a checagem da medicação na prescrição.</li><li>✓ Checar condições gerais dos pacientes (sinais vitais, acesso venoso, etc).</li><li>✓ Passar em plantão a condição do carrinho de emergência, bandejas com kit de procedimentos, funcionamento do desfibrilador, monitores, oxímetros e respiradores.</li><li>✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos da unidade.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 832
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 003 - ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É o registro de todos os cuidados prestados aos pacientes internados. A anotação de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois é uma fonte de informações essenciais para assegurar a continuidade da assistência. Tem o objetivo de assegurar a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, fornecendo informações sobre a assistência prestada e identificando alterações do estado e condições do paciente. Possibilita a comparação das respostas do paciente aos cuidados prestados e favorece a detecção de novos problemas e avaliação dos cuidados.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Caneta azul ou preta;</li> <li>2. Impressos padronizados de anotações de enfermagem;</li> <li>3. Carimbo do profissional.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ao Enfermeiro compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar evolução de enfermagem;</li> <li>2. Avaliar as anotações de enfermagem realizadas pelos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem;</li> <li>3. Supervisionar a equipe de enfermagem durante a realização das anotações de enfermagem;</li> <li>4. Orientar quanto aos aspectos éticos e legais das anotações de enfermagem.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de enfermagem compete descrever e registrar:</b></p> <p>➤ <b>Durante a admissão:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nome completo do paciente, com diagnóstico, data e hora da admissão;</li> <li>2. Condições de chegada (deambulando, maca, cadeira de rodas);</li> <li>3. Presença de acompanhante ou responsável;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 833
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>4. Queixas relacionadas ao motivo de internação;</p> <p>5. Procedimentos realizados conforme prescrição médica ou instruções de trabalho;</p> <p>6. Intercorrências durante o período de internação.</p> <p>➤ <b>Transferência de unidade:</b></p> <p>1. Horário, motivo de transferência, unidade de destino, forma (condições de transporte) e intercorrências;</p> <p>2. Cuidados realizados;</p> <p>3. Queixas.</p> <p>➤ <b>Alta hospitalar:</b></p> <p>1. Data e hora da alta e saída da unidade;</p> <p>2. Procedimentos e cuidados realizados;</p> <p>3. Orientações prestadas.</p> <p>➤ <b>Higiene:</b></p> <p>1. Tipo de banho: leito, imersão e aspensão em cadeira de banho, com auxílio ou deambulando.</p> <p>➤ <b>Higiene íntima:</b></p> <p>1. Motivo da higiene, aspecto do aparelho genital, presença de secreção, edema e hiperemia.</p> <p>➤ <b>Diurese:</b></p> <p>1. Se espontânea, por sonda vesical de alívio ou de demora; cistostomia;</p> <p>2. Característica da diurese (coloração e odor);</p>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 834
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>3. Volume da diurese (oligúria, anúria, poliúria);</p> <p>4. Presença de anormalidades (piúria, hematúria, colúria, presença de sedimentos, entre outras).</p> <p>➤ <b>Evacuação:</b></p> <p>1. Episódios (com respectivos horários);</p> <p>2. Quantidade;</p> <p>3. Consistência (pastosa, líquida, semilíquida);</p> <p>4. Vias de eliminação (reto e ostomias);</p> <p>5. Anotar anormalidades (presença de sangue, pus, muco, etc.).</p> <p>➤ <b>Drenos:</b></p> <p>1. Local de inserção e tipo;</p> <p>2. Aspecto e quantidade do líquido drenado;</p> <p>3. Sinais e sintomas observados.</p> <p>➤ <b>Curativos:</b></p> <p>1. Local da lesão;</p> <p>2. Data e horário de realização;</p> <p>3. Sinais e sintomas observados (presença de exsudado seroso, sanguinolento, purulento e pio-sanguinolento);</p> <p>4. Tipos de curativo (aberto, oclusivo, compressivo e semi-oclusivo);</p> <p>5. Descrever o material utilizado (pomadas entre outros).</p> <p>➤ <b>Acesso venoso periférico/ central:</b></p> <p>1. Local de inserção;</p> <p>2. Data e hora da instalação;</p> <p>3. Motivo de troca ou retirada;</p> <p>4. Sinais e sintomas observados (sinais flogísticos);</p> <p>➤ <b>Administração de medicamentos:</b></p>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 835
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>2. Registrar a via onde foi administrado o medicamento (vias EV, IM, SC, ID e VO), e checar após a administração.</p> <p>➤ <b>Intercorrências:</b></p> <p>1. Descrição da intercorrência, sinais e sintomas observados e conduta tomada.</p>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>➤ <b>Ações Corretivas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ As anotações de enfermagem devem ser realizadas de forma cronológica aos acontecimentos e cuidados prestados;</li><li>✓ Deve-se evitar rasuras e uso de corretivos líquidos;</li><li>✓ Ao final de cada anotação, deve-se carimbar e assinar com nome do profissional que a realizou.</li><li>✓ Não usar termos que deem conotação de valor nas anotações (bem, mal, muito, bastante, entre outros).</li><li>✓ Durante as anotações de enfermagem deve-se utilizar termos técnicos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação/ realizar as anotações de enfermagem de forma clara e objetiva.</li><li>✓ Não rasurar as anotações e/ou evolução por ter esse valor legal/ nos casos de engano, usar "digo", entre vírgulas.</li></ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 836
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 004 - REALIZAÇÃO DA SAE	
AGENTES	Privativo do Enfermeiro
CONCEITO	<p>A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do Enfermeiro que norteia as atividades de toda a equipe. É o conjunto das fases (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem), coordenadas entre si e que funcionam como uma estrutura organizada.</p> <p>Tem o objetivo de possibilitar a sistematização, planejamento e avaliação do cuidado de enfermagem prestado ao paciente.</p> <p>A Lei 7498/1986 que dispõe sobre o exercício de enfermagem, regulamentado pelo decreto 94.406/1987 do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e uma Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN): Determina a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas Instituições Brasileiras de Saúde.</p> <p>Art. 1 - Ao Enfermeiro incumbe:</p> <p>I - Privativamente; a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem.</p> <p>Art. 3 - A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE): deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente, devendo ser composta pelo Processo de Enfermagem.</p> <p>O Processo de Enfermagem - PE é constituído de 5 etapas <b>privativas do Enfermeiro:</b></p> <p><b>1. Histórico de Enfermagem - HE</b></p> <p>É um levantamento dos dados subjetivos e objetivos do paciente para identificar seus problemas, tornando possível o desenvolvimento de todas as outras fases do processo de enfermagem, sendo que seu preenchimento é uma atividade específica do Enfermeiro. É composto de duas fases:</p> <p>a) <b>Entrevista:</b> questionário próprio para recolher dados sobre a</p>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 837
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>situação de saúde;</p> <p>b) <b>Exame Físico:</b> Conjunto de técnicas e manobras com o intuito de detectar problemas de funcionalidade, anatomia, entre outros, para possíveis intervenções e prevenção do agravamento do estado de saúde do paciente.</p> <p><b>2. Diagnóstico de Enfermagem - DE</b></p> <p>Trata-se de um julgamento após análise de dados coletados no histórico (entrevista e exame físico) das limitações e dos recursos necessários ao paciente. Nessa fase, o Enfermeiro avalia os problemas de saúde reais ou potenciais que são possíveis de regulação por meio das atividades de enfermagem.</p> <p><b>3. Prescrição ou Planejamento de Enfermagem - PE</b></p> <p>É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro que direciona e coordena a assistência de enfermagem ao paciente, com o objetivo de prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde. O momento de realização da SAE é na admissão, de modo complementar, no decorrer do dia, na alta do paciente ou sempre que o Enfermeiro julgar necessário a mudança de conduta.</p> <p>A SAE é um recurso para:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Planejar intervenções e gerenciar a implantação da mesma pela equipe de Enfermagem;</li><li>• Direcionar o cuidado através de registro documentado;</li><li>• Gerar registros de dados para pesquisa e questões legais;</li><li>• Deve ser descrito com verbo de ação no infinitivo (fazer, encaminhar, aplicar, banhar, orientar, esclarecer, controlar, acompanhar);</li><li>• Estabelecer o que fazer, como fazer e quando fazer;</li><li>• Ser dirigida pelos diagnósticos de enfermagem, médicos e outros</li></ul>
--	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 838
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>problemas levantados (prescrição médica, exames e cirurgias);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• As atividades prescritas devem ser cumpridas pela equipe de enfermagem, sendo checada e rubricada por quem realizou (data, nome, COREN e carimbo);</li><li>• Deve ser feita diariamente para todos os pacientes em observação e internados com prescrição médica.</li></ul> <p><b>4. Evolução de Enfermagem - EE</b></p> <p>É a anotação diária do Enfermeiro sobre o estado de saúde do paciente. É refeita na vigência de alteração no estado de saúde do paciente, sempre anotando horário de sua alteração.</p> <p>A evolução dos pacientes deve ser baseada no exame físico, sinais e sintomas e relato do paciente ou acompanhante.</p> <p><b>5. Avaliação de Enfermagem - AE</b></p> <p>É o relato das mudanças sucessivas e avaliação global do plano de cuidado. Nesse relato devem constar os novos problemas identificados, um resumo sucinto do resultado dos cuidados prescritos e os problemas levantados nas 24 horas subsequentes (COREN 2000).</p> <p>As anotações devem ser registradas em impresso próprio, com data, horário, assinatura e carimbo.</p>
RECURSOS	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Estetoscópio;</li><li>2. Esfigmomanômetro;</li><li>3. Termômetro;</li><li>4. Relógio de pulso;</li><li>5. Lanterna clínica;</li><li>6. Otoscópio;</li><li>7. Espátula de madeira;</li><li>8. Fita métrica;</li></ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 839
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>9. Balança;</p> <p>10. Régua antropométrica.</p>
<b>MÉTODO</b>	<p>1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;</p> <p>2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;</p> <p>3. Ambiente calmo e tranquilo para realização do exame físico.</p> <p><b>Ao Enfermeiro competente:</b></p> <p>1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante, explicando a importância da SAE;</p> <p>2. Realizar coleta de dados (histórico de enfermagem) junto ao paciente, anotando em impresso próprio;</p> <p>3. Proceder a higienização das mãos;</p> <p>4. Calçar luvas de procedimento;</p> <p>5. Proceder a realização do exame físico céfalo podal;</p> <p>6. Retirar luvas de procedimento e proceder a higienização das mãos;</p> <p>7. Registrar em impresso próprio de exame físico os achados clínicos obtidos;</p> <p>8. Realizar os diagnósticos de enfermagem de acordo com a anamnese e exame físico do paciente, em impresso próprio;</p> <p>9. Realizar a prescrição de enfermagem de acordo com os diagnósticos de enfermagem;</p> <p>10. Realizar a evolução de enfermagem em impresso próprio;</p> <p>11. Anexar os impressos da SAE ao prontuário do paciente.</p> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente:</b></p> <p>1. Realizar as ações de enfermagem prescritas pelo Enfermeiro;</p> <p>2. Checar a prescrição de enfermagem;</p> <p>3. Anexar a SAE no prontuário do paciente.</p>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>✓ Durante a realização da SAE, manter ambiente calmo e tranquilo.</p>

*Q*  
*D* *mf*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 840
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Realizar a SAE conforme a sequência (histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem).</li><li>✓ Não usar termos que deem conotação de valor nas anotações (bem, mal, bastante, entre outros).</li><li>✓ Durante a evolução deve-se utilizar termos técnicos, para evitar a possibilidade de dupla interpretação.</li><li>✓ Realizar a evolução de enfermagem de forma clara, objetiva e sucinta.</li><li>✓ Realizar a SAE dos pacientes sob seus cuidados conforme rotina interna do setor, obedecendo como critério o sistema de classificação de pacientes (Resolução COFEN 293/04), priorizando os pacientes com maior gravidade.</li><li>✓ Garantir minimamente uma evolução de enfermagem por dia, bem como as intercorrências devidamente registradas.</li><li>✓ Supervisionar a execução da SAE para todos os pacientes, garantindo o cumprimento do protocolo de cuidados de enfermagem e o registro em impresso próprio.</li></ul>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 841
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 005 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE MEDICAÇÃO	
<b>AGENTES</b>	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
<b>RECURSOS</b>	Profissionais
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber plantão.</li> <li>2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos.</li> <li>3. Realizar organização da sala de medicação.</li> <li>4. Receber os pacientes provenientes da sala de emergência que permanecerão em observação e os que chegam pelos consultórios médicos.</li> <li>5. Realizar administração de medicamentos.</li> <li>6. Realizar coleta de exames, se necessário; realizar eletrocardiograma nos pacientes em observação, bem como encaminhar para RX, ultrassonografia, etc.</li> <li>7. Realizar anotações de enfermagem na ficha de atendimento.</li> <li>8. Encaminhar o paciente para a enfermaria onde será internado.</li> <li>9. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manter o ambiente organizado.</li> <li>✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 842
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 006 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE REPOUSO/OBSERVAÇÃO	
<b>AGENTES</b>	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
<b>RECURSOS</b>	Profissionais
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber plantão.</li> <li>2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos.</li> <li>3. Realizar organização do posto de enfermagem.</li> <li>4. Receber os pacientes provenientes da sala de emergência e sala de medicação que permanecerão em repouso.</li> <li>5. Realizar administração de medicamentos, cuidados de enfermagem, seguindo as prescrições médica e de enfermagem.</li> <li>6. Realizar coleta de exames, encaminhar para a realização de exame e eletrocardiograma, RX, ultrassonografia, etc, se necessário.</li> <li>7. Realizar anotações de enfermagem no prontuário a cada 2 horas.</li> <li>8. Encaminhar os pacientes para a enfermaria onde serão internados, quando a vaga for cedida.</li> <li>9. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manter o ambiente organizado.</li> <li>✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 843
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 007 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS	
<b>AGENTES</b>	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
<b>RECURSOS</b>	Profissionais
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Receber plantão.</li><li>2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos.</li><li>3. Realizar organização do posto de enfermagem.</li><li>4. Receber os pacientes provenientes dos consultórios, encaminhados da sala de emergência e ambulatórios.</li><li>5. Realizar administração de medicamentos, cuidados de enfermagem, seguindo as prescrições médica e de enfermagem.</li><li>6. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.</li></ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Manter o ambiente organizado.</li><li>✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 844
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 008 - ATRIBUIÇÕES DA SALA DE EMERGÊNCIA	
<b>AGENTES</b>	Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na descrição das responsabilidades dos Técnicos/Auxiliares de Enfermagem escalados para este setor.
<b>RECURSOS</b>	Profissionais
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber plantão.</li> <li>2. Realizar pedidos de materiais e medicamentos.</li> <li>3. Realizar organização da sala de emergência, conferindo cada box e testando todos os aparelhos do mesmo.</li> <li>4. Conferir carrinho de emergência e desfibrilador no início do plantão;</li> <li>5. Repor material sempre após ser utilizado;</li> <li>6. Conferir bandejas com os kits e materiais padronizados;</li> <li>7. Na sala de emergência receber pacientes vindos por livre demanda, trazidos pelo SAMU ou Concessionária de Rodovia, provenientes da Classificação de Risco e consultórios médicos;</li> <li>8. Seguir as prescrições médicas e de enfermagem;</li> <li>9. Realizar e/ou encaminhar pedidos de exame (laboratoriais, RX, ultrassonografia, tomografia);</li> <li>10. Realizar anotações de enfermagem no prontuário a cada 2 horas;</li> <li>11. Encaminhar os pacientes para as enfermarias onde serão internados, quando a vaga for cedida;</li> <li>12. Realizar outras atribuições solicitadas pela supervisão direta do Enfermeiro.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Manter o ambiente organizado e zelar pelo bom funcionamento dos</li> <li>✓ Zelar pelo bom funcionamento dos materiais e equipamentos.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 845
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 009 - PREPARO DO LEITO DE EMERGÊNCIA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Proporcionar ambiente adequado para recepção imediata e atendimento emergencial ao paciente na sala de emergência.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cama fechada;</li> <li>2. Fluxômetro de Oxigênio com umidificador;</li> <li>3. Umidificador;</li> <li>4. Frasco de aspiração;</li> <li>5. Extensão de látex;</li> <li>6. Escadinha;</li> <li>7. Fluxômetro de ar comprimido;</li> <li>8. Caixa coletora de material perfurocortante de 3l;</li> <li>9. Comadre, compadre;</li> <li>10. Equipamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxímetro de pulso;</li> <li>• Monitor cardíaco;</li> <li>• Bomba de infusão;</li> <li>• Respirador artificial testado.</li> </ul> </li> <li>11. Colchão;</li> <li>12. Mesa de refeição;</li> <li>13. Esfigmomanômetro;</li> <li>14. Estetoscópio;</li> <li>15. Cesto de lixo com pedal;</li> <li>16. Almotolia com álcool, PVPI tópico e degermante;</li> <li>17. Ambu;</li> <li>18. Bandeja auxiliar contendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• EPIs;</li> <li>• 01 sonda de aspiração nº 14;</li> <li>• 01 caixa de luvas de procedimento;</li> </ul> </li> </ol>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 846
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 01 pacote de gaze III;</li> <li>• 01 jogo de eletrodos;</li> <li>• 01 catéter de oxigênio;</li> <li>• 01 máscara de ventury.</li> </ul> <p>19. Prancheta de enfermagem contendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução / Anotação de Enfermagem;</li> <li>• Folha de controle de Enfermagem;</li> <li>• Folha de controle de procedimentos invasivos.</li> </ul>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material e levar à unidade do paciente;</li> <li>3. Proceder a arrumação da cama fechada;</li> <li>4. Ligar a bomba de infusão;</li> <li>5. Montar o leito com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respirador com circuito estéril, mantendo a ponta;</li> <li>• Ambu estéril com extensão, máscara e bolsa reservatória adequada ao tamanho e faixa etária do paciente;</li> <li>• Bandeja auxiliar com materiais mínimos: EPIs, frascos de exames, sondas de aspiração de vias aéreas, etc;</li> <li>• Aspirador de parede ou móvel com extensão estéril e testado;</li> <li>• Cama montada aberta;</li> <li>• Válvulas de ar comprimido e Oxigênio e fluxômetro de Oxigênio funcionantes;</li> <li>• Monitor com cabos de Pressão Arterial, eletrocardiograma com 5 derivações, oxímetro de pulso e temperatura.</li> </ul> </li> <li>6. Comunicar ao Enfermeiro após o término da montagem.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Todos os equipamentos devem permanecer ligados na rede elétrica para obter bateria carregada.</li> <li>✓ Todos os equipamentos devem ser testados no início do plantão e sempre que necessário.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 847
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 010 - CARRINHO DE EMERGÊNCIA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É o equipamento móvel utilizado o para atendimento de urgência nas unidades assistenciais. Deve ser verificado diariamente, com reposição imediata após o uso, pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem sob a responsabilidade do Enfermeiro.
<b>RECURSOS</b>	O carrinho de emergência possui lista de materiais e medicamentos anexos.
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acionar a equipe para atendimento;</li> <li>2. Remover o carrinho até a unidade do paciente;</li> <li>3. Orientar o paciente quanto ao procedimento, se consciente;</li> <li>4. Solicitar privacidade aos familiares ou acompanhantes;</li> <li>5. Posicionar o leito;</li> <li>6. Um profissional de enfermagem inicia a separação de materiais e medicamentos para uso;</li> <li>7. Um profissional verifica punção venosa e manutenção pérvia;</li> <li>8. Iniciar reanimação cardiorrespiratória, se necessário.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O atendimento é feito sempre sob comando Médico.</li> <li>✓ A responsabilidade técnica pela montagem, conferência e reposição de materiais do carro de emergência é do Enfermeiro. No entanto, todos os membros da equipe de Enfermagem podem realizar a conferência, reposição e limpeza de tal equipamento, desde que sob a supervisão do Enfermeiro (conforme decisão do Parecer Técnico nº 037/2013 - COREN-SP).</li> </ul> <p>➤ <b>Cada Carrinho de Emergência deverá conter:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pasta com listagem padrão de acordo com o setor;</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 848
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Lacre numerado;</li><li>✓ Tesoura anexa ao carrinho para rompimento do lacre.</li><li>✓ Manter carrinho e desfibrilador ligado na tomada durante todo o tempo.</li><li>✓ Guardar o lacre rompido para garantir a reposição do carrinho.</li><li>✓ Cumprir escala de conferência do carrinho feita pelo Enfermeiro do setor, repor as faltas e comunicar eventuais problemas;</li><li>✓ Manter os kits e bandejas seladas e anotar no impresso próprio com data, carimbo e rubrica.</li><li>✓ Solicitar ao Médico a receita dos psicotrópicos usados na emergência;</li><li>✓ Preencher o impresso "Checklist dos Carrinhos de Emergência" anotando o que foi usado.</li><li>✓ O funcionário do leito que abriu o carrinho de emergência deverá repor e lacrar o carrinho e kits após o uso.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 849</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>POP 011 - ADMISSÃO DE PACIENTE EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO/ REPOUSO</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A admissão do paciente ocorre quando há necessidade de ocupar um leito por 24 horas ou mais. O paciente é recebido por um profissional da instituição e encaminhado à unidade de internação. Deve ser recebido com cordialidade e gentileza para aliviar suas apreensões e ansiedades.</p> <p>O objetivo é de otimizar a admissão do paciente sistematizando o atendimento, facilitar a adaptação do paciente ao ambiente hospitalar, proporcionar conforto e segurança.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Esfigmomanômetro e estetoscópio;</li> <li>2. Relógio;</li> <li>3. Termômetro;</li> <li>4. Aparelho medidor de glicose (se necessário).</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ao Médico da unidade compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar com o Enfermeiro a existência de vaga e as condições do paciente a ser admitido;</li> <li>2. Comunicar ao Enfermeiro sobre a vaga cedida, se isolamento ou alguma alteração.</li> </ol> <p><b>Ao Enfermeiro compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar a existência da vaga e classificar o paciente quanto ao grau de dependência para determinar localização do leito, se próximo ao posto de enfermagem, isolamento, etc. (utilizar o Sistema de Classificação de Pacientes);</li> <li>2. Realizar as mudanças e remanejamentos necessários para agilizar o processo;</li> <li>3. Receber o paciente;</li> <li>4. Realizar exame físico;</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 850
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>5. Orientar sobre normas e rotinas do setor (horários de visita, horário das refeições, nome do Médico responsável);</p> <p>6. Informar a dieta do paciente ao serviço de nutrição;</p> <p>7. Realizar a SAE;</p> <p>8. Inserir o paciente na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde - CROSS;</p> <p>9. Atualizar diariamente o sistema CROSS.</p> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:</b></p> <p>1. Montar o leito após limpeza com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cama montada aberta ou cama cirúrgica conforme necessidade;</li> <li>• Manutenção de artefato de terapia respiratória adequado ao caso (catéter nasal, máscara, etc.);</li> <li>• Monitorização adequada, se necessário;</li> <li>• Comunicar ao Enfermeiro após o término da montagem.</li> </ul> <p>3. Higienizar as mãos;</p> <p>4. Apresentar-se ao paciente;</p> <p>5. Certificar-se da identidade do paciente e encaminhá-lo até o leito preparado;</p> <p>6. Verificar se o prontuário está completo;</p> <p>7. Verificar SSV;</p> <p>8. Identificar o leito e prontuário com nome e possíveis alergias;</p> <p>9. Registrar no prontuário;</p> <p>10. Realizar as anotações de enfermagem.</p>
<p><b>OBSERVAÇÕES</b></p>	<p>✓ Verificar se o paciente faz uso de medicação contínua; comunicar ao Enfermeiro e farmácia o uso da medicação e identificar o prontuário.</p> <p>✓ Atentar para alergias, se houver; manter a identificação no prontuário e comunicar ao Enfermeiro.</p>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 851
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 012 - AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A aferição da pressão é um procedimento que envolve conhecimentos referentes à técnica de aferição, ao ambiente onde será realizada e à condição física e emocional do paciente.</p> <p>A pressão que o sangue exerce sobre as paredes das artérias, dependendo da força da contração do coração, da quantidade de sangue e da resistência das paredes dos vasos é chamada de Pressão Arterial.</p> <p>O ponto mais alto da pressão nas artérias é chamado de pressão sistólica. O ponto mais baixo ou a pressão que está sempre presente sobre as paredes arteriais é chamado de pressão diastólica.</p> <p>O instrumento utilizado para medir a pressão arterial é o esfigmomanômetro e os tipos mais usados são: os de coluna, de mercúrio e o ponteiro (aneróide), possuindo ambos um manguito inflável que é colocado em torno do braço do paciente; além do monitor multiparâmetro.</p> <p>O estetoscópio é o instrumento que amplifica os sons e os transmite até os ouvidos do operador.</p> <p>A série de sons que o operador ouve ao verificar a pressão sanguínea é chamada de sons de Korotkoff.</p> <p>O primeiro som claro, quando o sangue flui, através da artéria comprimida é a pressão sistólica. A pressão diastólica ocorre no ponto em que o som muda ou desaparece.</p> <p><b>Hipertensão:</b> PA acima da média;</p> <p><b>Hipotensão:</b> PA inferior à média;</p> <p><b>Convergente:</b> a sistólica e a diastólica se aproximam;</p> <p><b>Divergente:</b> a sistólica e a diastólica se afastam;</p> <p><b>Normotensão:</b> PA dentro dos parâmetros normais.</p>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 852
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Esfigmomanômetro;</li> <li>3. Estetoscópio;</li> <li>4. Algodão com álcool 70%;</li> <li>5. Fazer desinfecção na oliva.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material;</li> <li>3. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo;</li> <li>4. Certificar-se que o paciente não está com a bexiga cheia; praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos; ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores;</li> <li>5. O paciente deve estar na posição sentado ou deitado; pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira, relaxado e sem falar;</li> <li>6. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido;</li> <li>7. Selecionar o manguito de tamanho adequado ao braço sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital;</li> <li>8. Centralizar o meio da parte compressiva do manguito sobre a Artéria braqueal;</li> <li>9. Estimar o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à pressão sistólica;</li> <li>10. Palpar a artéria braquial na fossa cubital e colocar o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;</li> <li>11. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30mmHg nível estimado da pressão sistólica, obtido pela palpação;</li> <li>12. Proceder a deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 853</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

	<p>segundo);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Determinar a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco seguido de batidas regulares e, após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação;</li> <li>14. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff);</li> <li>15. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa;</li> <li>16. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/diastólica/(zero).</li> <li>17. Esperar em torno de um minuto antes de realizar novas medidas;</li> <li>18. Informar os valores da PA obtidos ao paciente (se consciente);</li> <li>19. Anotar os valores exatos sem "arredondamentos" e o braço em que a pressão arterial foi medida (ANDRADE et al., 2010, p. 42)</li> <li>20. Registrar procedimento em prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000);</li> <li>21. Comunicar Médico/ Enfermeiro em caso de alteração da PA;</li> <li>22. Lavar as mãos;</li> <li>23. Manter ambiente de trabalho em ordem.</li> </ol>
<p align="center"><b>OBSERVAÇÕES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A medida da PA pode variar em função de características biológicas e físicas.</li> <li>✓ Podem ocorrer erros na aferição da PA e estes geralmente relacionam-se ao paciente (reações físicas, cansaço, ansiedade), ao profissional (técnica usada para a medição da pressão) e ao esfigmomanômetro (utilização do manguito não adequado).</li> <li>✓ Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.</li> </ul>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 854
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Gestante recomenda-se que a PA seja verificada em posição sentada.</li><li>➤ <b>Valores de Referência:</b><ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Adultos normotensos:</b> sistólica entre 90 e 130mmHg; diastólica entre 60 a 85mmHg.</li><li>• <b>Crianças normotensas:</b> sistólica entre 60 e 90mmHg; diastólica entre 30 a 60mmHg.</li></ul></li><li>✓ Atentar para ansiedade, dor, estresse, ingestão de cafeína, tabagismo, idade, sexo, posição corporal, uso de substâncias psicoativas, exercícios, doença de base e febre que podem alterar a pressão.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 855
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

<b>CUIDADOS E RECOMENDAÇÕES</b>			
<b>1. APARELHO DE PRESSÃO</b>			
	<b>OBSERVAR</b>	<b>CORRETO</b>	<b>DESVIOS</b>
<b>Manômetro</b>	de mercúrio ou ponteiro (aneróide)	Estar no zero e ter movimentos livres	Mais ou menos lento oscilação
<b>Manguito</b>	Borracha, tubos e conexões	Íntegros	Vazamentos colabados, frouxos
	Braçadeira	Íntegra	Estragada
	Fixadores	Íntegros	Soltos ou desgastados
<b>Pera e Válvula</b>	Pera de borracha	Íntegra	Com vazamento colabada ou frouxa
<b>2. ESTETOSCÓPIO</b>			
	<b>OBSERVAR</b>	<b>CORRETO</b>	<b>DESVIOS</b>
<b>Olivas</b>	-	Presentes e íntegras	Ausentes, trincadas, soltas ou sujas
<b>Tubos e Conexões</b>	-	Íntegros	Trincados, furados ou desiguais
<b>Cabeçote</b>		Íntegros	Solta ou furada
<b>3. PACIENTE</b>			
	<b>OBSERVAR</b>	<b>CORRETO</b>	<b>DESVIOS</b>
<b>Posição</b>	Deitado, sentado ou em pé	Conforto e repouso	Desconforto e stress
<b>Membro</b>	Superior ou inferior	Despido e apoiado	Com roupas
	Diâmetro	Manguito apropriado	Cobrir a face externa
	Posição do membro	Nível do coração e a 45° do corpo	Abaixo ou acima do coração
	<b>OBSERVAR</b>	<b>CORRETO</b>	<b>DESVIOS</b>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 856</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>		<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>Colocação da Braçadeira</b>	Distância da prega do cotovelo	2,5 cm acima	Maior ou menor
	Parte inflável (manguito)	Cobrir a face interna do braço	Cobrir apenas a face externa
	Ajuste da braçadeira	Estar bem ajustada	-
	tubos	Deixar livres	Presos, entrelaçados ou retorcidos
<b>Manômetro</b>	Visibilidade	Bem visível	Má iluminação
	Posição	Coluna de Mercúrio ao nível dos olhos	Posição inadequada

*SO ml*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 857
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 013 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA CARDÍACA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Frequência cardíaca é o número de vezes que o coração bate por minuto. Sua verificação tem o objetivo de detectar alterações da frequência e indicar variações individuais conforme a faixa etária. Os valores normais são entre 60 e 100 batimentos por minutos em um indivíduo adulto.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Álcool a 70% e algodão;</li> <li>3. Estetoscópio;</li> <li>4. Relógio com ponteiro de segundos.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material na bandeja e levar ao quarto;</li> <li>3. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;</li> <li>4. Fazer desinfecção na oliva e diafragma do estetoscópio com álcool a 70%;</li> <li>5. Colocar o diafragma do estetoscópio na parte esquerda do tórax na altura do 4º espaço intercostal;</li> <li>6. Auscultar e contar os batimentos cardíacos por 60 segundos completos;</li> <li>7. Limpar o estetoscópio com álcool a 70%;</li> <li>8. Guardar o material utilizado;</li> <li>9. Lavar as mãos;</li> <li>10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>✓ <b>Valores de Referência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menores que 60 batimentos por minuto: bradicardia.</li> <li>• Maiores que 100 batimentos por minuto: taquicardia.</li> </ul>

*S e m f*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 858</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>POP 014 - CONTROLE DE PULSO</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a verificação dos batimentos cardíacos, apalpando uma artéria e sentindo a expansão da parede arterial em sincronismo com o batimento cardíaco. Tem o objetivo de avaliar condições hemodinâmicas e detectar disritmias cardíacas.
<b>RECURSOS</b>	1. Relógio com ponteiro de segundos.
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;</li> <li>3. Colocar os dedos médios e indicador sobre uma artéria superficial do paciente, comprimindo-a levemente;</li> <li>4. Contar os batimentos durante um minuto;</li> <li>5. Repetir o procedimento, se necessário;</li> <li>6. Lavar as mãos;</li> <li>7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ As artérias indicadas para verificação do pulso são: radial, braquial, poplítea, pediosa, temporal, carótida e femoral.</li> <li>✓ O exame do pulso inclui a verificação da frequência, do ritmo e da amplitude de pulso (cheio ou filiforme).</li> <li>✓ <b>Valores de referência e nomenclatura:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No adulto: 60 a 100bpm (normosfigmia);</li> <li>• Menores que 60bpm (bradisfigmia);</li> <li>• Maiores que 100bpm (taquisfigmia);</li> <li>• Abaixo de 7 anos: 80 a 120bpm;</li> <li>• Acima de 7 anos: 70 a 90bpm;</li> <li>• <b>Puberdade:</b> 80 a 95 bpm;</li> <li>• <b>Pulso normocárdico:</b> batimento cardíaco normal;</li> <li>• <b>Pulso rítmico:</b> os intervalos entre os batimentos são iguais;</li> </ul> </li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 859
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pulso arritmico:</b> os intervalos entre os batimentos são desiguais;</li><li>• <b>Pulso dicrótico:</b> dá impressão de dois batimentos;</li><li>• <b>Taquisfigmia:</b> pulso acelerado;</li><li>• <b>Bradisfigmia:</b> frequência abaixo da faixa normal;</li><li>• <b>Pulso filiforme:</b> indica redução da força ou do volume do pulso periférico.</li></ul>
--	---



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 860
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 015 - VERIFICAÇÃO DE FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a verificação da quantidade de respirações por minuto. A frequência respiratória é mensurada através da observação da expansão torácica contando o número de inspirações por minuto. Valores normais: Adultos: 12 a 20 inspirações por minuto.
<b>RECURSOS</b>	1. Relógio com ponteiro de segundos.
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;</li> <li>3. Colocar a mão no pulso radial como se fosse verificar o pulso e observar os movimentos respiratórios;</li> <li>4. Contar a frequência respiratória por minuto e memorizar;</li> <li>5. Lavar as mãos;</li> <li>6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>➤ <b>Tipos de Respiração:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Eupneica:</b> respiração normal;</li> <li>✓ <b>Dispneica:</b> respiração trabalhosa, difícil ou curta;</li> <li>✓ <b>Ortopneica:</b> incapacidade de respirar facilmente, exceto na posição ereta;</li> <li>✓ <b>Traquipneia:</b> respiração rápida, acima dos valores da normalidade, frequentemente pouco profunda;</li> <li>✓ <b>Bradipneia:</b> respiração lenta, abaixo da normalidade;</li> <li>✓ <b>Apneia:</b> ausência de respiração;</li> <li>✓ <b>Respiração de Cheyne-Stokes:</b> respiração em ciclos, que aumenta e diminui a profundidade;</li> <li>✓ <b>Respiração de Kussmaul:</b> inspiração profunda seguida de apneia e expiração suspirante, característica de coma diabético;</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 861
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Respiração de Biot:</b> respirações superficiais durante 2 a 3 ciclos, seguidos por períodos irregulares da apneia;</li><li>✓ <b>Respiração sibilante:</b> sons que se assemelham a assovios.</li></ul>
--	--

G B M



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 862
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 016 - CONTROLE DA TEMPERATURA AXILAR	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a verificação da temperatura corporal, que permite avaliar a eficiência da regulação térmica. Tem o objetivo de detectar infecções e problemas respiratórios e auxiliar no diagnóstico e tratamento.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Álcool etílico;</li> <li>3. Algodão;</li> <li>4. Termômetro.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material;</li> <li>3. Levar o material ao leito do paciente;</li> <li>4. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;</li> <li>5. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool;</li> <li>6. Colocar o termômetro na região axilar do paciente posicionando o membro sobre o tórax;</li> <li>7. Manter nesta posição até soar o alarme sonoro do termômetro;</li> <li>8. Verificar o valor obtido;</li> <li>9. Fazer a desinfecção do termômetro utilizando algodão com álcool;</li> <li>10. Guardar o material em local apropriado;</li> <li>11. Lavar as mãos;</li> <li>12. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>➤ <b>Valores de Referência:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Hipotermia:</b> temperatura abaixo de 35°C;</li> <li>✓ <b>Afebril:</b> 36,1 a 37,2°C;</li> <li>✓ <b>Estado febril/subfebril:</b> 37,3 a 37,7°C;</li> <li>✓ <b>Febre/hipertermia:</b> 37,8 a 38,9°C;</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 863
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ <b>Pirexia:</b> 39 a 40°C;</li><li>✓ <b>Hiperpirexia:</b> acima de 40°C</li><li>✓ A temperatura <b>axilar</b> normal varia entre 36,1 a 37,2°C</li><li>✓ A temperatura <b>bucal</b> é cerca de 0,5°C maior que a temperatura axilar e a <b>retal</b> é 0,8°C a 1°C superior a axilar.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 864
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 017 - CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É o controle de glicemia por meio de fita reagente (dextro). Tem o objetivo de verificar os níveis de glicose no sangue, por meio de fita reagente, com leitura visual para auxiliar no tratamento do Diabetes.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Luvas de procedimento;</li> <li>3. Bolas de algodão com álcool 70%;</li> <li>4. Lanceta para punção digital ou agulha de insulina;</li> <li>5. Frasco com fita reagente;</li> <li>6. Aparelho de dextro.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir o material na bandeja;</li> <li>2. Levar o material ao quarto do paciente;</li> <li>3. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante;</li> <li>4. Verificar se aparelho de dextro está com o chip e com bateria;</li> <li>5. Retirar 1 tira reagente e tampar o frasco imediatamente;</li> <li>6. Colocar a tira no aparelho de dextro seguindo as instruções do fabricante do aparelho;</li> <li>7. Colocar luvas de procedimento;</li> <li>8. Fazer antissepsia no local com algodão embebido em álcool 70% e aguardar secar;</li> <li>9. Puncionar a lateral do dedo (polpa) ou lóbulo da orelha com lanceta;</li> <li>10. Coletar uma gota grande de sangue, evitando pressionar excessivamente, colocá-la sobre a fita cobrindo completamente;</li> <li>11. Limpar e comprimir o dedo com algodão e álcool 70%;</li> <li>12. Desprezar a lanceta em caixa de perfuro cortante;</li> <li>13. Aguardar a contagem do aparelho de dextro para dar o resultado;</li> <li>14. Lavar as mãos;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 865
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	15. Comunicar alterações ao Enfermeiro; 16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	<p>➤ Quando o resultado da GC for:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <math>\leq 70\text{mg/dL}</math> - iniciar protocolo "correção de Hipoglicemia";</li><li>• <math>&gt;71-110\text{mg/dL}</math> - está normal;</li><li>• <math>&gt;110-140\text{mg/dL}</math> - recomenda-se repetir a Glicemia em jejum a cada 24 horas ou a critério do Médico;</li><li>• <math>\geq 250\text{mg/dL}</math> - iniciar protocolo "correção de Hiperglicemia" imediatamente e acionar o Enfermeiro para a assistência clínica.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 866
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 018 - CONTROLE HÍDRICO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É o ato de quantificar todo o volume de líquido ingerido e o eliminado. Tem o objetivo de auxiliar no tratamento.
<b>RECURSOS</b>	1. Impresso de Balanço Hídrico.
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar a quantidade de ingestão líquida permitida (24 horas);</li> <li>2. Orientar o paciente e os familiares para obter sua cooperação;</li> <li>3. A cada 24 horas, quantificar o total da ingestão e eliminação de líquidos e anotar em impresso de Balanço Hídrico;</li> <li>4. Checar a realização do procedimento na prescrição médica.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>➤ <b>O que entra no Balanço Hídrico:</b></p> <p>✓ <b>Líquidos administrados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soros;</li> <li>• Medicamentos EV (mesmo que seja 02ml);</li> <li>• Diluição de medicamentos (EV e VO);</li> <li>• Sangue e derivados;</li> <li>• Medicamentos VO líquidos (Nistatina, óleo mineral);</li> <li>• Controle de líquidos fornecido pela copa (ver coerência em relação à aceitação);</li> <li>• Sonda nasoenteral: dieta e lavagem.</li> </ul> <p>✓ <b>Líquidos eliminados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urina;</li> <li>• Fezes (diarreia);</li> <li>• Vômitos;</li> <li>• Drenagens;</li> <li>• Sangramentos.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 867
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 019 - PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É a pressão venosa dentro do átrio direito ou nas grandes veias dentro do tórax.</p> <p>Finalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servir como guia para a reposição líquida nos pacientes graves;</li> <li>• Calcular os déficits do volume sanguíneo;</li> <li>• Determinar as pressões nos átrios e nas veias centrais;</li> <li>• Avaliar a insuficiência circulatória.</li> </ul> <p>Os locais de verificação são: veia jugular interna ou externa; veia subclávia.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suporte de soro;</li> <li>2. 01 soro fisiológico 0,9% de 250ml;</li> <li>3. 01 equipo de P.V.C.;</li> <li>4. 01 Gaze III;</li> <li>5. Esparadrapo e micropore;</li> <li>6. Nível de Carpenter (régua).</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir todo o material;</li> <li>3. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>4. Colocar o paciente nivelado, em decúbito dorsal, com MMII e MMSS ao longo do corpo;</li> <li>5. Colar a fita e equipo de P.V.C. no suporte;</li> <li>6. Marcar zero na escala, que pode ser pela linha médio-axilar, manúbrio ou apêndice xifoide;</li> <li>7. Iniciar o fluxo da solução, enchendo as vias do equipo;</li> <li>8. Ligar o equipo de P.V.C. ao catéter venoso central por uma torneira de 3 vias (dânula);</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 868
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	<p>9. Virar a torneira para abrir a conexão entre o equipo e o paciente. Assim sendo, o nível de líquido cai até equilibrar a P.V.C. existente na veia cava superior;</p> <p>10. Observar a queda da solução e registrar o nível em que ela se estabiliza;</p> <p>11. A partir do zero considera-se:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acima: acréscimo de pontos conforme a escala (+1, +2);</li><li>• Abaixo: decréscimo de pontos conforme a escala (-1, -2).</li></ul> <p>12. Comunicar o resultado ao Médico, pois servirá de guia para constatar hipovolemia, hipervolemia ou alterações da contratilidade cardíaca.</p>		
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ O paciente deve estar com acesso venoso central (duplo lúmen).</li><li>✓ Nunca aproveite o zero estabelecido anteriormente, pois o paciente é mobilizado durante o decorrer do plantão.</li><li>✓ Atentar para fatores que interferem no resultado da verificação como isquemia, septicemia, ventilação mecânica.</li><li>✓ Confirme após a medida da P.V.C. se as outras vias foram abertas.</li><li>✓ Complicações possíveis: Trombose; Infecção; Embolização ou coágulos na ponta do catéter.</li></ul>		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 869</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>POP 020 - OXIMETRIA DE PULSO</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Método não invasivo de monitorização da saturação de oxigênio na hemoglobina (SatO <sub>2</sub> ), através de um sensor fixado mais comumente na ponta do dedo. Tem o objetivo de detectar alterações nos níveis de oxigênio.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aparelho de oxímetro;</li> <li>2. Cabo;</li> <li>3. Sensor.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>2. Realizar limpeza do local onde será colocado o sensor;</li> <li>3. Ligar o aparelho;</li> <li>4. Selecionar parâmetros de limites de saturação segundo a necessidade;</li> <li>5. Instalar o sensor no local escolhido;</li> <li>6. Avaliar os valores mostrados no visor do aparelho;</li> <li>7. Anotar no prontuário do paciente, nos horários determinados;</li> <li>8. Comunicar ao Médico/Enfermeiro valores fora dos limites estabelecidos.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Valores normais:</b> 95 a 100%;</li> <li>✓ <b>Valores intermediários:</b> 94 a 86% - necessita avaliação constante e suporte de O<sub>2</sub> por meio de catéteres/máscaras de venturi;</li> <li>✓ <b>Valores baixos:</b> inferiores a 85% - necessitam de intervenção médica para garantir o suporte de O<sub>2</sub> (entubação orotraqueal/CPAP).</li> </ul>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 870</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>POP 021 - MONITORIZAÇÃO CARDÍACA</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Monitorar a frequência cardíaca e o traçado eletrocardiográfico do paciente, observando arritmias precoces (taquiarritmias e bradiarritmias) para evitar intercorrências fatais.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor cardíaco;</li> <li>2. Cabo de monitor;</li> <li>3. 05 eletrodos descartáveis;</li> <li>4. Álcool 70%;</li> <li>5. Gaze III;</li> <li>6. Aparelho de barbear.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>2. Lavar as mãos;</li> <li>3. Fazer assepsia da pele e tricotomia da região torácica, se necessário;</li> <li>4. <b>Colocar eletrodos na pele em locais específicos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1º eletrodo na região infra clavicular Direita;</li> <li>• 2º eletrodo na região infra clavicular Esquerda;</li> <li>• 3º eletrodo na região infra mamária Direita em espaço intercostal;</li> <li>• 4º eletrodo na região infra mamária Esquerda em espaço intercostal;</li> <li>• 5º eletrodo na região mediastinal espaço central;</li> </ul> </li> <li>5. <b>Conectar os cabos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermelho no 1º eletrodo;</li> <li>• Amarelo no 2º eletrodo;</li> <li>• Preto no 3º eletrodo;</li> <li>• Verde no 4º eletrodo;</li> <li>• Branco no 5º eletrodo;</li> </ul> </li> <li>6. Ligar o aparelho;</li> <li>7. Selecionar derivação mais solicitada (geral/DII);</li> <li>8. Selecionar velocidade (geral/25 a 50);</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 871
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>9. Adequar os níveis de alarme às necessidades do paciente;</p> <p>10. Comunicar ao Médico/Enfermeiro alterações detectadas;</p> <p>11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p>
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Fazer tricotomia da região que tiver grande quantidade de pelos para evitar interferências.</li><li>✓ Limpar a pele com gaze embebida em álcool nas regiões que receberam eletrodos para eliminar a oleosidade da pele (alta resistência elétrica) e aumentar a transmissão dos impulsos elétricos - troca de eletrodos está condicionada à necessidade e ao surgimento de alterações no padrão de monitorização.</li><li>✓ Sempre observar o traçado para verificar se não apresenta alterações que possam ser causadas por posicionamento inadequado dos eletrodos, defeito ou interferência de outros aparelhos.</li><li>✓ O eletrodo descartável já vem com gel condutor, porém pode colocar se necessário.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 872
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 022 - ELETROCARDIOGRAMA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Exame que permite a avaliação da atividade elétrica do coração. Registra ritmo, batimentos por minutos e permite identificação de arritmias.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Eletrocardiógrafo;</li> <li>2. Gel hidrossolúvel;</li> <li>3. Eletrodos;</li> <li>4. Álcool 70%;</li> <li>5. Lençol descartável.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo esteja ligado;</li> <li>2. Checar a presença e integridade dos cabos de força, fio terra e eletrodos com seis vias;</li> <li>3. Solicitar que o paciente exponha o tórax, punhos e tornozelos, se possível;</li> <li>4. Retirar relógio, correntes, chaves, celulares, etc.;</li> <li>5. Orientar e deitar o paciente e cobri-lo para que o mesmo não fique exposto;</li> <li>6. Orientar o paciente para evitar movimentação ou conversar, enquanto o eletrocardiograma está sendo registrado, a fim de evitar artefatos/interferências;</li> <li>7. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);</li> <li>8. Colocar os eletrodos precordiais (tórax) e periféricos (membros superiores e inferiores) com gel hidrossolúvel;</li> <li>9. Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;</li> <li>10. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;</li> <li>11. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da</li> </ol>

g e M

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 873</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

	<p style="text-align: center;">maca e vestir-se;</p> <p>12. Identificar o eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, data e hora;</p> <p>13. Lavar as mãos;</p> <p>14. Manter a sala em ordem;</p> <p>15. Realizar anotação de enfermagem.</p>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>➤ <b>Eletrodos Precordiais:</b> são seis e se colocam na região precordial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>V1:</b> No quarto espaço intercostal, na margem direita do esterno.</li> <li>• <b>V2:</b> No quarto espaço intercostal, na margem esquerda do esterno.</li> <li>• <b>V3:</b> Entre os eletrodos V2 e V4.</li> <li>• <b>V4:</b> No quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular (a partir do ponto médio da clavícula).</li> <li>• <b>V5:</b> No mesmo nível que o eletrodo V4, na linha axilar anterior (a partir da prega axilar anterior).</li> <li>• <b>V6:</b> No mesmo nível que os eletrodos V4 e V5, na linha axilar média (a partir do ponto médio da axila).</li> </ul> <p>➤ <b>Eletrodos Periféricos:</b> são quatro e se colocam nos membros do paciente. Cada um tem uma cor diferente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>R:</b> Braço Direito (Right), eletrodo vermelho, evitando proeminências ósseas;</li> <li>• <b>L:</b> Braço Esquerdo (Left), eletrodo amarelo, evitando proeminências ósseas;</li> <li>• <b>F:</b> Perna Esquerda (Foot), eletrodo verde, evitando proeminências ósseas;</li> <li>• <b>N:</b> Perna Direita é o Neutro (N), eletrodo preto.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 874</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>POP 023 - APRAZAMENTO DA MEDICAÇÃO</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É o momento em que o Enfermeiro analisa a prescrição médica e, utilizando seus conhecimentos sobre medicamentos, estipula horários para sua administração, de acordo com os intervalos prescritos pelo Médico e a rotina de aprazamento vigente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Prescrição Médica de Medicamento Se Necessário (S/N)</b> - Consiste na medicação que deverá ser feita ao paciente se for necessário. O Enfermeiro deverá ter prudência ao determinar a necessidade da administração, não havendo necessidade de pedir autorização ao Médico para administrá-la. Geralmente o Médico estabelece intervalos para a administração da medicação;</li> <li>• <b>Prescrição Médica a Critério Médico (ACM)</b> – Consiste na exigência de que o Enfermeiro responsável pelo paciente consulte o Médico titular ou o Médico plantonista para a administração da medicação, ou seja, não há administração sem a confirmação médica;</li> <li>• <b>ATB</b> – Antibiótico; <b>ATBT</b> – Antibioticoterapia.</li> </ul> <p>Este POP tem o objetivo de padronizar horário de administração dos medicamentos dos pacientes e racionalizar o tempo de serviço da enfermagem.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prescrição médica atual e anterior do cliente;</li> <li>2. Caneta.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ao Enfermeiro compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conhecer o tempo de intervalo e as interações das medicações padronizadas pela unidade;</li> <li>2. Analisar cuidadosamente cada prescrição médica;</li> <li>3. Orientar equipe de enfermagem sobre diluição, administração e tempo de infusão das medicações;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 875
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>4. Escalar o profissional responsável pelo aprazamento.</p> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Manter a prescrição anterior e atual no prontuário do paciente devidamente identificadas;</li><li>2. Aguardar prescrição médica do dia;</li><li>3. Aprazar o horário às medicações já em uso, baseando-se na prescrição médica do dia anterior para dar continuidade ao tratamento;</li><li>4. Aprazar novas medicações adequando ao horário padrão do hospital, quando possível;</li><li>5. Ajustar medicações iniciadas em horário de emergência ao padrão, conforme descrição:</li></ol> <p><b>Padrão de Aprazamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1 x dia: 12;</li><li>• 12/12 hs: 12 e 24;</li><li>• 8/8 hs: 14, 22 e 06;</li><li>• 6/6 hs: 12, 18, 24 e 06;</li><li>• 4/4 hs: 14, 18, 22, 02, 06 e 10;</li><li>• 2/2 hs: 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 02, 04, 06, 08, 10;</li><li>• Manhã/Jejum: 06;</li><li>• Almoço e Jantar: 12 e 18;</li><li>• Após Almoço: 12;</li><li>• Noite: 22.</li></ul>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	✓ Quando coincidir a aplicação de duas medicações no mesmo horário, sempre deve ser administrado primeiro o ATB de 12/12 hs.	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 876
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se ocorrer administração errada de medicação por dose ou intervalo indevido, em decorrência de rasuras, siglas ou abreviações, avisar o Enfermeiro da unidade.</li><li>✓ Se houver reação após administração, avisar o Enfermeiro/Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>
--	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 877
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

**POP 024 - SALINIZAÇÃO DO DISPOSITIVO ENDOVENOSO PERIFÉRICO**

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É a prática de irrigação sobre pressão positiva em períodos regulares dos dispositivos endovenosos com solução salina.</p> <p>Mantém a permeabilidade, garante a infusão de toda a medicação que tenha ficado na extensão do catéter e evita o retorno sanguíneo e por consequência a obstrução do catéter.</p> <p>Tem o objetivo de manter o acesso venoso periférico pérvio.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Bandeja;</li> <li>3. Seringa descartável de 10ml;</li> <li>4. Agulha descartável 40x12;</li> <li>5. Bolas de algodão;</li> <li>6. Álcool 70%;</li> <li>7. Flaconete de solução fisiológica 0,9%.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante.</li> </ol> <p><b>Ao Enfermeiro compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar a equipe de enfermagem;</li> <li>2. Observar anormalidades no catéter venoso periférico com infiltração e possível troca.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;</li> <li>3. Separar e organizar o material necessário na bandeja;</li> <li>4. Aspirar a solução fisiológica 0,9% na seringa de 10ml;</li> </ol>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 878
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<ol style="list-style-type: none"><li>5. Calçar as luvas de procedimento;</li><li>6. Realizar a desinfecção das vias do catéter com algodão embebido em álcool 70%;</li><li>7. Aspirar o dispositivo para confirmar o fluxo do catéter;</li><li>8. Administrar a solução fisiológica em cada via do catéter;</li><li>9. Desprezar a agulha utilizada na caixa de perfuro cortante;</li><li>10. Desprezar o material utilizado como seringas e algodão no saco de lixo branco;</li><li>11. Retirar as luvas e desprezá-las no saco de lixo branco;</li><li>12. Higienizar as mãos;</li><li>13. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente, conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000.</li></ol>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Durante a higienização e manipulação do dispositivo, observar as características do local, se há sinais flogísticos como: edema, hiperemia, calor, dor.</li><li>✓ Comunicar ao Enfermeiro para possível troca se infiltração no tecido subjacente.</li></ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 879</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>
<b>POP 025 - PREPARO DE MEDICAÇÃO PARENTERAL - PUNÇÃO VENOSA</b>		
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem	
<b>CONCEITO</b>	A via Parenteral consiste na injeção de medicamentos através das vias: Endovenosas, Intradérmicas, Intramusculares e Subcutâneas.	
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Seringas 1ml, 3ml, 5ml, 10ml, 20ml;</li> <li>3. Agulhas 13x4,5, 25x7, 25x8, 30x7,30x8, 40x12;</li> <li>4. Recipiente com bolas de algodão;</li> <li>5. Almotolia com álcool 70%;</li> <li>6. Caixa de perfurocortante;</li> <li>7. Dispositivo para fixação do acesso venoso: esparadrapo, micropore;</li> <li>8. Identificação;</li> <li>9. Luvas de procedimento;</li> <li>10. Medicação prescrita.</li> </ol>	
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Separar o medicamento a ser preparado, conferir validade e aspecto;</li> <li>3. Lavar as mãos com técnica adequada.</li> </ol> <p align="center"><b><u>Ampola</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Montar a seringa e a agulha apropriada, atentando para não contaminá-las;</li> <li>2. Limpar o gargalo da ampola com algodão embebido em álcool 70%;</li> <li>3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos;</li> <li>4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão não-dominante, e com a outra pegar a seringa com agulha e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bisel voltado para baixo, em contato com o líquido;</li> </ol>	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 880
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

5. Aspirar a dose prescrita;
6. Deixar a seringa/agulha para cima em posição vertical expelindo todo o ar que tenha penetrado;
7. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente e via de administração;
8. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja;
9. Administrar a medicação pela via prescrita;
10. Desprezar o material perfurocortante em recipiente apropriado;
11. Lavar as mãos.

**Frasco-Ampola - Liófilo (Pó)**

1. Checar a medicação prescrita;
2. Lavar as mãos;
3. Retirar o lacre metálico superior do frasco-ampola e limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70%;
4. Quebrar a ampola diluente conforme técnica anterior;
5. Montar seringa/agulha usando agulha de maior calibre e aspirar o líquido;
6. Injetar o líquido no frasco-ampola e realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido aopó, evitando a formação de espuma;
7. Erguer o frasco verticalmente logo após a homogeneização, aspirando a dose prescrita;
8. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente e via de administração;
9. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja;
10. Administrar a medicação pela via prescrita;
11. Desprezar material perfuro cortante em recipiente apropriado;

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 881
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	12. Lavar as mãos.
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Antes do preparo da medicação, perguntar sobre alergias.</li><li>✓ Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data, horário da diluição e assinar.</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 882
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 026 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na introdução de medicamento diretamente na corrente sanguínea. Seu uso permite a administração de grande volume e ação imediata do medicamento.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Seringas 3ml, 5ml, 10ml, 20ml;</li> <li>3. Agulha 40x12 para aspirar;</li> <li>4. Agulha 30x8 para punção;</li> <li>5. Algodão;</li> <li>6. Álcool 70%;</li> <li>7. Garrote;</li> <li>8. Fita crepe para identificação;</li> <li>9. Luvas de procedimento;</li> <li>10. Medicamento prescrito;</li> <li>11. Abocath/ scalp no nº adequado ao calibre da veia;</li> <li>12. Esparadrapo/ micropore;</li> <li>13. Etiqueta para identificação da medicação com: nome do paciente, leito, via, gotejamento, horário e nome da medicação.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Selecionar a medicação, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos;</li> <li>3. Escolher seringa e agulha de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrada;</li> <li>4. Lavar as mãos;</li> <li>5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%;</li> <li>6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12;</li> <li>7. Preparar medicação conforme técnica descrita;</li> </ol>

*Handwritten signature*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 883</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Explicar ao paciente o que será realizado;</li> <li>9. Calçar as luvas;</li> <li>10. Selecionar veia de calibre adequado para punção; garrotear o braço do paciente acima do local escolhido; manter membro em hiperextensão, imóvel e com mão fechada;</li> <li>11. Realizar antisepsia do local escolhido com algodão e álcool 70%;</li> <li>12. Posicionar o dispositivo venoso com bisel voltado para cima e proceder a punção venosa (abocath, scalp ou agulha);</li> <li>13. Soltar o garrote e pedir para abrir a mão;</li> <li>14. Injetar a medicação lentamente observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas;</li> <li>15. Retirar o dispositivo e pressionar o local da punção com algodão;</li> <li>16. Se permanecer com acesso venoso, fixar com esparadrapo ou micropore e instalar soro prescrito ou salinizar;</li> <li>17. Descartar materiais utilizados na caixa apropriada;</li> <li>18. Retirar as luvas;</li> <li>19. Lavar as mãos;</li> <li>20. Realizar evolução e anotação de enfermagem, assinar e carimbar ( conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000);</li> <li>21. Manter ambiente de trabalho em ordem.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>✓ Atentar para os cinco passos da administração correta das medicações: (paciente certo, medicamento certo, dosagem certa, via de administração certa e horário certo).</p> <p>➤ <b><u>Locais possíveis para Punção Venosa</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Braço/Antebraço:</b> fossa cubital, mediana do antebraço, mediana do cotovelo, basílica e cefálica;</li> <li>• <b>Dorso da mão:</b> veias metacarpianas dorsais, arco venoso dorsal;</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 884
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Dorso do pé como último recurso:</b> arco venoso dorsal, veia mediana marginal;</li><li>• <b>Região cervical:</b> jugular externa (<b>privativo do Enfermeiro</b>).</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reoriente o paciente.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 885
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 027 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a introdução de pequena quantidade de medicação, entre a pele e o tecido subcutâneo, com agulha em ângulo de 15° ou paralelo à pele com volume máximo de 0,5ml.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Agulha 10x5 ou 13x4,5;</li> <li>3. Solução prescrita;</li> <li>4. Seringa 1ml.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Lavar as mãos;</li> <li>3. Preparar medicação conforme técnica já descrita;</li> <li>4. Orientar o paciente sobre procedimento;</li> <li>5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, Pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado;</li> <li>6. Fazer a antissepsia da pele com água e sabão (álcool 70° não é indicado para não interferir na reação da droga);</li> <li>7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador;</li> <li>8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima;</li> <li>9. Injetar a solução lentamente com o polegar na extremidade do êmbolo até introduzir toda a dose;</li> <li>10. Não friccionar o local;</li> <li>11. Desprezar os materiais perfuro cortantes em recipiente adequado;</li> <li>12. Lavar as mãos;</li> <li>13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme</li> </ol>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 886
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).	
	14. Manter ambiente de trabalho em ordem.	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li></ul>	

*Handwritten signature in blue ink.*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 887
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 028 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	A aplicação Intramuscular (IM) consiste na introdução de líquido dentro da massa muscular.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Medicação prescrita;</li> <li>3. Seringa 3ml, 5ml - conforme volume a ser injetado (máximo 5ml);</li> <li>4. Agulha 30x7, 30x8, 25x7 - comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado;</li> <li>5. Algodão;</li> <li>6. Álcool 70%.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para prescrição medicamentosa: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>5. Lavar as mãos com técnica adequada;</li> <li>6. Preparar injeção, conforme técnica já descrita;</li> <li>7. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>8. Escolher local da administração;</li> <li>9. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool 70%;</li> <li>10. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar;</li> <li>11. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo;</li> <li>12. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo, (caso aconteça retirar a agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento);</li> <li>13. Injetar o líquido lentamente;</li> <li>14. Retirar a seringa/ agulha em movimento único e firme;</li> <li>15. Fazer leve compressão no local;</li> <li>16. Desprezar o material perfuro cortante em recipiente apropriado (caixa de resíduo perfuro cortante);</li> <li>14. Lavar as mãos;</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 888
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p> <p>16. Manter ambiente de trabalho em ordem.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>✓ O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura.</p> <p>✓ Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distância em relação a vasos e nervos importantes;</li> <li>• Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;</li> <li>• Espessura do tecido adiposo;</li> <li>• Idade do paciente;</li> <li>• Irritabilidade da droga;</li> <li>• Atividade do paciente.</li> </ul> <p>➤ <b><u>LOCAIS DE APLICAÇÃO:</u></b></p> <p><b>I - Dorsoglútea (DG):</b> Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o paciente em decúbito ventral, lateral ou na posição vertical, solicitando que o paciente posicione os pés direcionados para dentro, pois ajudará no relaxamento do músculo;</li> <li>2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocânter do fêmur;</li> <li>3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.</li> </ol>
OBSERVAÇÕES	<p><b>II – Vento glútea (VG):</b> Indicada para pacientes acima de 03 anos;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Paciente pode estar em decúbito lateral, ventral, dorsal ou posição vertical;</li> <li>2. Colocar a mão esquerda no quadril do paciente;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 889
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior;
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca;
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador um triângulo e aplicar a medicação no centro do triângulo.

**III- Face Vasto Lateral da Coxa:** Indicado para lactentes acima de 1 mês, crianças e adultos.

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado;
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na face anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15cm do trocânter e 9-12cm acima do joelho, numa faixa de 7-10cm de largura.

**IV -Deltoide:**

1. Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
2. Localizar músculo deltoide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

➤ **Escolha correta do ângulo:**

- Vasto lateral da coxa - ângulo 90° em direção podálica.
- Deltoide - ângulo 90°.
- Vento glúteo - ângulo 90° com angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo - ângulo 90°.

➤ **Volume máximo para cada região:**

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 890
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Região deltoidea (4cm abaixo do acrômio): até 3ml.</li><li>• Região dorsoglútea (quadrante superior lateral): até 4ml.</li><li>• Região ventroglútea (Hochstetter): até 4ml.</li><li>• Região anterolateral da coxa (vasto lateral): até 4ml.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ A angulação e calibre da agulha devem ser sempre de acordo com a massa muscular.</li><li>✓ Deve-se posicionar o bisel da agulha de forma lateral, minimizando agressões às fibras musculares e a dor durante o procedimento.</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 891
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 029 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Via para injetar pequena quantidade de medicamento (0,5 a 2ml) no tecido subcutâneo abaixo da pele do paciente. Indicada para administrar anticoagulantes (heparina), hipoglicemiantes (insulinas) e vacinas.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Seringa de 1 ou 3ml;</li> <li>3. Agulha 13x4,5, 10x5, 25x7;</li> <li>4. Álcool 70%;</li> <li>5. Algodão.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Lavar as mãos;</li> <li>3. Preparar medicação, conforme técnica;</li> <li>4. Orientar paciente sobre o procedimento;</li> <li>5. Escolher o local da administração;</li> <li>6. Fazer antissepsia da pele com algodão/álcool 70% de cima para baixo;</li> <li>7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração;</li> <li>8. Introduzir a agulha com bisel voltado para cima num ângulo de 90°;</li> <li>9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sanguíneo;</li> <li>10. Injetar o líquido lentamente;</li> <li>11. Retirar a seringa/ agulha num movimento único e firme;</li> <li>12. Fazer leve compressão no local com algodão;</li> <li>13. Desprezar material perfuro cortante em recipiente apropriado;</li> <li>14. Lavar as mãos.</li> <li>15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> <li>16. Manter ambiente de trabalho em ordem.</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 892
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

OBSERVAÇÕES	<p>➤ <b><u>Locais de Aplicação:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Região deltoide no terço proximal;</li><li>• Face superior externa do braço;</li><li>• Face anterior da coxa;</li><li>• Face anterior do antebraço;</li><li>• Parede abdominal.</li></ul> <p>✓ Na administração de insulina/heparina não realizar massagem após aplicação.</p> <p>✓ Administrar volume máximo de 0,5ml a 2ml; o tecido subcutâneo é extremamente sensível à soluções irritantes e grandes volumes de medicamento.</p> <p>✓ Introduzir a agulha em ângulo de 90° quando hipodérmica ou 45° quando agulhas comuns ou hipodérmicas em crianças.</p> <p>✓ Realizar rodízio nos locais de aplicação.</p> <p>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico.</p> <p>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo no prontuário.</p> <p>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem.</p> <p>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</p> <p>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro</p>
-------------	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 893
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 030 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste em aplicação de colírios ou pomadas no saco lacrimal, com o objetivo de combater infecção, evitar úlceras de córnea, provocar midríase ou miose e aplicação de anestésico.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Colírio ou pomada oftalmológica;</li> <li>3. Gaze;</li> <li>4. Luvas de procedimento.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para a medicação prescrita: data, nome do paciente, dose, horário e apresentação;</li> <li>2. Separar medicação prescrita;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás;</li> <li>5. Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>6. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente;</li> <li>7. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar o colírio no saco lacrimal ou colocar a pomada com o próprio tubo;</li> <li>8. Orientar o paciente a fechar a pálpebra lentamente e fazer movimentos giratórios do globo ocular;</li> <li>9. Lavar as mãos;</li> <li>10. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento;</li> <li>11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> <li>12. Manter ambiente limpo e organizado.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Não encostar o conta-gotas ou tubo de pomada no olho do paciente;</li> <li>✓ Com o auxílio da gaze, retirar o excesso de colírio/pomada.</li> </ul>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 894
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ocluir o olho com monóculo, quando indicado.</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após</li><li>✓ receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 895
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 031 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a administração de medicamentos pela boca na forma de apresentação: líquidos ou sólidos.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Copo descartável/graduado ou colher, espátula, trituração de medicamentos;</li> <li>3. Medicação.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, horário, via de administração e apresentação;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos; Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar;</li> <li>5. Em caso de líquido - agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado;</li> <li>6. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>7. Oferecer a medicação;</li> <li>8. Certificar-se que o medicamento foi deglutido;</li> <li>9. Lavar as mãos;</li> <li>10. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li> <li>✓ Verificar se o paciente ingeriu a medicação.</li> <li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 896
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 897
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 032 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na aplicação de medicamentos na mucosa nasal, facilitando a drenagem da secreção nasal.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bandeja;</li><li>2. Frasco de medicamento;</li><li>3. Gaze;</li><li>4. Conta-gotas;</li><li>5. Algodão ou cotonete;</li><li>6. Cuba-rim.</li></ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li><li>2. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li><li>3. Lavar as mãos;</li><li>4. Inclinar a cabeça do paciente (sentado ou deitado) para trás;</li><li>5. Retirar o medicamento prescrito com conta-gotas e pingar na parte superior da cavidade nasal, evitando tocar na mucosa;</li><li>6. Solicitar que o paciente fique nessa posição por alguns minutos;</li><li>7. Lavar as mãos;</li><li>8. Manter o ambiente limpo e organizado.</li></ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observar a necessidade de higiene nasal antes da aplicação da medicação.</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li></ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 898
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reoriente o paciente.</li></ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 899
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 033 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste em colocar o medicamento sob a língua do paciente.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Recipiente com medicamento.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Colocar o medicamento sob a língua e pedir ao paciente para não engolir saliva por alguns minutos.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pedir para o paciente enxaguar a boca antes da aplicação da medicação.</li> <li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li> <li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li> <li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li> <li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li> <li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 900
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 034 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA GÁSTRICA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Introdução do medicamento por via gástrica através de sonda.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Estetoscópio;</li> <li>3. Triturador ou macerador de comprimidos;</li> <li>4. Copo graduado;</li> <li>5. Seringa 20 ml;</li> <li>6. Gaze;</li> <li>7. Espátula.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Fazer teste de posicionamento de sonda gástrica;</li> <li>5. Dissolver medicamentos em água com triturador em copo graduado;</li> <li>6. Introduzir a medicação diluída por sonda gástrica;</li> <li>7. Lavar a sonda com 20ml de água filtrada;</li> <li>8. Recolher o material;</li> <li>9. Deixar o ambiente organizado.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Observar o posicionamento da sonda gástrica com teste de refluxo de ausculta de murmúrios gástricos.</li> <li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li> <li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 901
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reoriente o paciente.</li></ul>
--	---





**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 902
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 035 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA AURICULAR	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a introdução de medicamento no canal auditivo, com objetivo de prevenir processo inflamatório ou tratar infecções, facilitar a remoção de cerúmen e corpo estranho.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Gaze;</li> <li>3. Medicamento prescrito.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Inclinar a cabeça do paciente (sentado ou deitado) lateralmente;</li> <li>5. Retirar o medicamento por conta-gotas;</li> <li>6. Entreabrir o canal auditivo e pingar a medicação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No adulto:</b> puxar pavilhão da orelha para cima e para trás para retificar o conduto auditivo;</li> <li>• <b>Na criança:</b> puxar para baixo e para trás;</li> </ul> </li> <li>7. Recolher o material;</li> <li>8. Manter o local limpo e organizado.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Administrar a medicação sempre em temperatura ambiente.</li> <li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li> <li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li> <li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li> </ul>

*(Handwritten initials and marks)*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 903
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reoriente o paciente.</li></ul>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 904
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 036 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA CUTÂNEA OU TÓPICA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Aplicação de medicamento na pele com objetivo de obter uma ação local.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Medicamento;</li> <li>3. Gaze III;</li> <li>4. Luvas de procedimento.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Calçar as luvas;</li> <li>5. Instilar a medicação (pomada, spray, óleo) na superfície estipulada;</li> <li>6. Recolher o material;</li> <li>7. Manter ambiente de trabalho em ordem.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro e/ou Médico.</li> <li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li> <li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li> <li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li> <li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li> </ul>

*Handwritten marks and signatures*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 905
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 037 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA VAGINAL	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste em introduzir o medicamento na mucosa vaginal para diminuir a infecção vaginal, preparar para exames cirúrgicos e genitais.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Medicamentos;</li> <li>3. Luvas de procedimento;</li> <li>4. Gaze;</li> <li>5. Aplicador apropriado;</li> <li>6. Xylocaína, se necessário e/ou prescrita;</li> <li>7. Absorvente (se necessário).</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome da paciente;</li> <li>2. Orientar a paciente sobre o procedimento;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Calçar as luvas;</li> <li>5. Colocar a paciente em posição ginecológica;</li> <li>6. Colocar medicamento no aplicador e lubrificar sua ponta com Xylocaína (quando prescrita ou umedecê-la com água para facilitar sua introdução);</li> <li>7. Abrir os pequenos lábios, expor o orifício vaginal e introduzir o aplicador com o medicamento em direção ao sacro, para baixo e para trás, cerca de 5cm para que a medicação fique na parede posterior da vagina;</li> <li>8. Pedir para a paciente ficar em decúbito dorsal aproximadamente por 15 minutos, com um travesseiro sob os quadris, para melhor distribuição do medicamento sobre a mucosa;</li> <li>9. Colocar absorvente, se necessário;</li> <li>10. Recolher o material;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 906
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	11. Manter o ambiente limpo e organizado.
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ O medicamento pode ser introduzido sob a forma de tampões, supositórios, comprimidos, cremes, gel, lavagens ou irrigações.</li><li>✓ Manter a privacidade da paciente (uso de biombo).</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que a paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se a paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reoriente a paciente.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 907
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 038 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA RETAL	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Introdução do medicamento via mucosa retal em forma de supositórios ou clister medicamentoso.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja/ Cuba-rim;</li> <li>2. Gaze;</li> <li>3. Luvas de procedimento;</li> <li>4. Medicamentos;</li> <li>5. Papel higiênico;</li> <li>6. Xylocaína;</li> <li>7. Sonda retal;</li> <li>8. Lençol impermeável.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atentar para medicação prescrita: data, dose, via, horário e nome do paciente;</li> <li>2. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Calçar as luvas;</li> <li>5. Posicionar o paciente em decúbito lateral E com MID levemente fletido (posição de sims);</li> <li>6. Posicionar o lençol impermeável sob as nádegas;</li> <li>7. Afastar os glúteos com o polegar e indicador da mão não dominante para visualizar o ânus.</li> </ol> <p>➤ <b><u>Para Supositórios:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Introduzir o medicamento (supositório) com a mão dominante (de 5 a 10cm);</li> <li>b) Comprimir levemente as nádegas para evitar o retorno do supositório.</li> </ol> <p>➤ <b><u>Para Clister:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Passar Xylocaína na ponta da sonda retal;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 908
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>b) Introduzir a sonda cerca de 5 a 10cm;</p> <p>c) Conectar o clister para infusão gota a gota ou instilar por compressão manual.</p> <p>8. Colocar o paciente em posição confortável;</p> <p>9. Recolher o material;</p> <p>10. Manter o ambiente limpo e organizado.</p>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Solicitar que o paciente permaneça deitado e retenha a medicação pelo tempo máximo que aguentar, no caso do clister.</li><li>✓ Registrar qualquer tipo de reação que o paciente possa ter após receber a medicação e comunicar ao Enfermeiro responsável e/ou Médico.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 909
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 039 - ADMINISTRAÇÃO DE INALAÇÃO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a administração de solução fisiológica ou água destilada em Oxigênio ou ar comprimido com ou sem medicação nas vias aéreas superiores com o objetivo de aliviar processos inflamatórios, congestivos e obstrutivos; umidificar para tratar ou evitar desidratação excessiva da mucosa das vias aéreas; fluidificar para facilitar a remoção das secreções viscosas e densas.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Medicação prescrita;</li> <li>3. Ampola de água destilada ou solução fisiológica;</li> <li>4. Agulha descartável 40x12;</li> <li>5. Seringa descartável de 10ml;</li> <li>6. Fluxômetro de O<sub>2</sub> ou ar comprimido;</li> <li>7. Kit de inalação com: copo, máscara e fio de extensão;</li> <li>8. Papel toalha;</li> <li>9. Bandeja;</li> <li>10. Fita com identificação da medicação;</li> <li>11. Álcool 70%.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>3. Informar as possíveis reações causadas pelas medicações.</li> </ol> <p><b>Ao Enfermeiro competente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar a equipe de enfermagem quanto ao procedimento;</li> <li>2. Observar anormalidades e comunicar ao Médico.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem competente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confirmar a prescrição médica;</li> </ol>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 910
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Higienizar as mãos;</li><li>3. Separar e preparar a medicação prescrita;</li><li>4. Preparar a etiqueta de identificação da medicação prescrita: paciente, via, horário e medicação;</li><li>5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool 70%;</li><li>6. Reunir o material e encaminhar ao quarto;</li><li>7. Orientar sobre o procedimento que será realizado;</li><li>8. Higienizar as mãos;</li><li>9. Calçar as luvas;</li><li>10. Posicionar o paciente em decúbito elevado se não houver restrição (30° a 90° C);</li><li>11. Colocar a medicação prescrita no recipiente do inalador;</li><li>12. Conectar o copo do inalador no fio de extensão à rede de O<sub>2</sub> ou ar comprimido conforme prescrição médica;</li><li>13. Forrar o tórax do paciente com papel toalha;</li><li>14. Ligar o fluxômetro, medindo através da graduação 3 a 7 litros/min., observando a formação da névoa do inalador;</li><li>15. Colocar a máscara na face do paciente na região da boca e do nariz;</li><li>16. Orientar que o paciente segure o inalador até o término da medicação, se não houver condições, orientar o acompanhante que o faça;</li><li>17. Após o término da medicação, desligar o fluxômetro e retirar a máscara;</li><li>18. Deixar o paciente em posição confortável;</li><li>19. Encaminhar os inaladores utilizados na unidade para a sala de desinfecção e realizar a desinfecção do material;</li><li>20. Retirar as luvas e realizar a lavagem das mãos;</li><li>21. Realizar as anotações de enfermagem no prontuário do paciente (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).</li></ol>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 911
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Verificar se a rede de O<sub>2</sub> está calibrada.</li><li>✓ Informar ao Enfermeiro e ao Médico se alergia a medicação.</li><li>✓ Comunicar ao Enfermeiro se dispositivo mal adaptado, levando a vazamentos e perda da medicação.</li><li>✓ Quando o medicamento não for administrado, comunicar ao Médico e ao Enfermeiro, circular o horário e anotar o motivo nas anotações de enfermagem.</li><li>✓ Se o medicamento for administrado fora de horário, justificar nas anotações de enfermagem e comunicar ao Enfermeiro;</li><li>✓ Verificar sinais vitais sempre antes e após administrar medicações que possam alterá-los.</li><li>✓ Se o paciente questionar medicação/dosagem fora da sua usual, faça nova verificação e confirme alteração com Médico/Enfermeiro; após reorientar o paciente.</li></ul>
-------------	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 912
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 040 - VACINAÇÃO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	As vacinas são produtos biológicos que protegem as pessoas de determinadas doenças. São constituídas por agentes patógenos (vírus ou bactérias que causam doenças) previamente atenuados ou mortos ou por fragmentos desses agentes. Sua função é estimular uma resposta imunológica do organismo, que passa a produzir anticorpos sem ter contraído a doença.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imunobiológicos (vacinas, soros e afins);</li> <li>2. Seringas e agulhas;</li> <li>3. Cartão ou comprovante de vacina;</li> <li>4. Carimbo com data;</li> <li>5. Luvas descartáveis;</li> <li>6. Caixa térmica;</li> <li>7. Gelox;</li> <li>8. Termômetro.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Receber o paciente na sala de medicação;</li> <li>2. Orientar o paciente sobre a vacina a ser administrada, os eventos adversos mais comuns e retorno na unidade de Saúde mais próxima a sua residência;</li> <li>3. Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no Local da aplicação;</li> <li>4. Assegurar-se de que a temperatura da vacina e diluente estejam adequados entre 2° a 8°C;</li> <li>5. Lavar as mãos;</li> <li>6. Calçar as luvas;</li> <li>7. Executar técnica asséptica em todo o procedimento;</li> <li>8. Observar a dosagem recomendada na prescrição médica;</li> <li>9. Respeitar o local de aplicação, segundo faixa etária;</li> </ol>

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 913
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Lavar o local da aplicação com água e sabão, caso o mesmo não apresente boas condições de higiene e, em seguida, assepsia com álcool 70%;</li><li>11. Se criança, solicitar que a mãe ou responsável a segure de forma adequada, garantindo uma imobilização segura;</li><li>12. Atentar para a relação entre o ângulo de aplicação e agulha adequada, levando em consideração a quantidade de massa muscular do paciente a ser vacinado;</li><li>13. Aspirar a vacina conforme dosagem;</li><li>14. Administrar lentamente o líquido da vacina;</li><li>15. Não massagear o local da aplicação; fazer apenas leve compressão com algodão seco;</li><li>16. Não retirar a agulha da seringa no momento do descarte;</li><li>17. Não reencapar a agulha;</li><li>18. Descartar em caixa de perfuro cortante, respeitando o limite Permitido (2/3 do recipiente);</li><li>19. Lavar as mãos;</li><li>20. Ao realizar aplicações simultâneas de vacinas, identifique no cartão do paciente o tipo de vacinas e doses aplicadas;</li><li>21. Registrar a vacina administrada, nº de lote, data da aplicação e retorno no cartão do paciente com letra legível e carimbar;</li><li>22. Manter ambiente limpo e organizado.</li></ol>
OBSERVAÇÕES	<p>➤ <b>Cuidados com guarda das vacinas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aferir temperatura da geladeira de vacinas anotada em planilha própria de manhã, à tarde e à noite, que deve estar de 2° a 8°C conforme preconiza o Ministério da Saúde.</li><li>✓ Proceder a limpeza da geladeira a cada 15 dias, mantendo frascos</li></ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 914
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>de vacinas em caixa térmica preparada previamente com 1/3 de gelox, termostato na temperatura de 2° a 8°C e acondicionar as vacinas.</p> <p>✓ Em caso de queda de energia/alteração de temperatura, retirar os frascos, ampolas e diluentes de vacinas e acondicioná-los em caixa térmica previamente preparada com 1/3 de gelox, termostato com temperatura de 2° a 8°C e comunicar ao plantão da Vigilância Epidemiológica.</p>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 915
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

**VACINAS UTILIZADAS NO PRONTO-SOCORRO**

**VACINA CONTRA TÉTANO E DIFTERIA – dT (DUPLA ADULTO)**

<b>Tipo de Vacina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dT - toxoide diftérico + tetânico (tipo adulto).</li> </ul>	
<b>Número de Doses e Intervalo entre as Doses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Três doses com intervalo de 60 dias entre as doses (intervalo mínimo de 30 dias): uma dose de reforço seis a 12 meses após a 3ª dose. Reforço aos 10-11 anos e a cada dez anos com a (dT) dupla adulto.</li> <li>A partir dos sete anos de idade, para aqueles indivíduos ainda não vacinados ou com esquema incompleto, utiliza-se a dupla adulto DT, inclusive para as gestantes. São adotados dois esquemas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- três doses com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias); para a gestante, a 3ª dose deve ocorrer no máximo até 20 dias antes da data provável do parto, no intuito de dar maior proteção;</li> <li>-três doses com intervalo de 60 dias (mínimo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a 2ª e a 3ª dose. Neste esquema, também para gestantes, a 2ª dose deve ser administrada, no máximo, até 20 dias antes da data provável do parto.</li> </ul> </li> <li>As mulheres em idade fértil (12 a 49 anos) devem ser vacinadas contra o tétano como estratégia de eliminação do tétano neonatal.</li> </ul>	
<b>Conservação</b>	Temperatura	Tempo de duração
	+2°C a + 8°C	Observar o prazo de validade e conservação do produto; utilizar até o final após abertura do frasco.
<b>Via de Administração</b>	Intramuscular profunda	
<b>Dose</b>	0,5ml (de acordo com o laboratório produtor)	
<b>Eficácia Esperada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Difteria: 80 a 90%</li> <li>Tétano: aproximadamente 100%</li> </ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 916
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
<b>Duração de Imunidade</b>	acima de 10 anos.	
<b>Contraindicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças com doença neurológica em atividade.</li> <li>• Crianças que tenham apresentado após a(s) aplicação(ões) de dose(s) anteriores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) convulsão nas primeiras 72 horas;</li> <li>b) encefalopatia nos primeiros sete dias;</li> <li>c) episódio hipotônico-hiporresponsivo;</li> <li>d) anafilaxia.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Nota:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nas situações acima (itens a, b e c), em face da contraindicação para o uso da vacina Tríplice (DTP), utilizar a vacina dupla tipo infantil (DT) ou DTP acelular.</li> <li>- Crianças com história pessoal ou familiar de convulsão e nos que tenham apresentado febre <math>\geq 39,5^{\circ}\text{C}</math>, após dose anterior de vacina tríplice (DTP) recomenda-se a administração de antitérmico no momento de vacinação e com intervalos regulares nas 24-48 horas seguintes.</li> </ul>	
<b>Eventos Adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leves: dor, vermelhidão e enduração locais, febre, mal-estar geral e irritabilidade nas primeiras 24 ou 48 horas.</li> <li>• Graves: convulsão e episódio hipotônico-hiporresponsivo, anafilaxia e encefalopatias.</li> </ul>	
FUNASA - julho/2001 - pág. 108		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 917
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

VACINA CONTRA A RAIVA			
<b>Tipo de Vacina</b>	Vírus Inativado		
<b>Número de Doses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquema pré-exposição - cinco doses (dias 0, 3, 7, 14 e 28).</li> <li>Esquemas pós-exposição - sete doses + dois reforços, ou soro antirrábico mais dez doses de vacina e três reforços.</li> <li>Esquema de reexposição - três doses em dias alternados.</li> </ul>		
<b>Conservação</b>	Temperatura	Tempo de duração	
	+2°C a +8°C	Observar o prazo de validade do produto. Usar até sete dias após aberto o frasco.	
<b>Via de Administração</b>	Intramuscular		
<b>Dose</b>	1ml		
<b>Eficácia Esperada</b>	Perto de 100%		
<b>Duração de Imunidade</b>	90 dias (após este período, fazer esquema de reexposição).		
<b>Indicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pré-exposição - indivíduos expostos ao risco, permanentemente (veterinários, laboratoristas...)</li> <li>Pós-exposição - indivíduos que foram mordidos ou lambidos em mucosa ou ferimentos por animais mamíferos com risco de estar transmitindo a raiva.</li> <li>Reexposição - indivíduos já vacinados que foram expostos ao vírus novamente.</li> </ul>		
<b>Contraindicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não existe.</li> <li>Em reações graves, substituir a vacina Fuenzalida e Palácios por uma de cultivo celular.</li> </ul>		
<b>Eventos Adversos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dor local, enduração, vermelhidão e abscesso, febre, cefaleia, exantema, prurido e, mais raramente, reações neurológicas.</li> </ul>		



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 918
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

**POP 041 - SOROTERAPIA PARA ANIMAIS PEÇONHENTOS**

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<b>Soroterapia</b> é o tratamento indicado para a picada de grande parte dos animais peçonhentos. Esse método consiste na aplicação de um soro formado por um concentrado de <b>anticorpos</b> (células que cumprem o papel de defesa do organismo) no paciente, com o objetivo de combater um agente tóxico específico como venenos ou toxinas. Com base em estudos científicos, para cada tipo de veneno existe um soro específico, preparado com a mesma toxina do animal peçonhento que causou o acidente.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Imunobiológicos (soros e afins);</li> <li>2. Seringas, agulhas e abocath;</li> <li>3. Garrote;</li> <li>4. Bolas de algodão e álcool a 70%;</li> <li>5. Luvas de procedimento;</li> <li>6. Soro fisiológico 0,9%;</li> <li>7. Equipo macrogotas.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente sobre o soro a ser administrado e os eventos adversos mais comuns;</li> <li>2. Manter temperatura do soro entre 2° a 8°C;</li> <li>3. Lavar as mãos e calçar as luvas;</li> <li>4. Executar técnica asséptica em todo o procedimento;</li> <li>5. Observar a dosagem recomendada na prescrição médica;</li> <li>6. Respeitar o local de aplicação, segundo faixa etária;</li> <li>7. Lavar o local da aplicação com água e sabão, caso o mesmo não apresente boas condições de higiene e, em seguida, assepsia com álcool 70%;</li> <li>8. Aspirar o soro conforme dosagem prescrita;</li> <li>9. Administrar lentamente o soro diluído em solução fisiológica 0,9%;</li> <li>10. Fazer leve compressão com algodão seco, sem massagear;</li> <li>11. Não retirar a agulha/ abocath da seringa no momento do descarte;</li> </ol>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 919
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>12. Não reencapar a agulha/abocath;</p> <p>13. Descartar em caixa de perfurocortante, respeitando o limite permitido (2/3 do recipiente);</p> <p>14. Lavar as mãos;</p> <p>15. Anotar o procedimento em prontuário do paciente, nº de lote, quantidade de ampolas e data da aplicação;</p> <p>16. Manter ambiente limpo e organizado.</p>
	<p>➤ <b>TIPOS DE SOROS:</b></p> <p>✓ <b>Picada de Cobras:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Jararaca:</b> Soro Antibotrópico ou Antibotrópico-laquético;</li> <li>• <b>Cascavel:</b> Soro Anticrotático;</li> <li>• <b>Surucucu:</b> Soro Antilaquético ou Antibotrópico-laquético;</li> <li>• <b>Coral:</b> Soro Antilapídico.</li> </ul> <p>✓ <b>Picada de Aranhas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Armadeira e Marrom:</b> Soro Antiaracnídico</li> <li>• <b>Caranguejeira:</b> O soro antiofídico não é necessário.</li> </ul> <p>✓ <b>Picada de Escorpião:</b> Se necessário, tratamento com soro específico chamado Antiescorpiônico.</p> <p>✓ <b>Picada de Lacaia:</b> Aplicar compressas quentes no local, fazer uso de analgésicos e anestésicos sem adrenalina no local.</p> <p>✓ <b>Picada de Taturana Lonomia:</b> Soro Anilonomia.</p>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 920
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 042 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE VENOSO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e Técnicos de Laboratório
<b>CONCEITO</b>	Fornecer informações laboratoriais para elucidação diagnóstica e auxiliar na adoção de conduta terapêutica.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Álcool a 70%;</li> <li>3. Algodão;</li> <li>4. Vacutainer e agulha para vacutainer;</li> <li>5. Seringas de 3ml, 10ml e 20ml;</li> <li>6. Agulha para coleta 25x8;</li> <li>7. Garrote;</li> <li>8. EPIs: óculos de proteção, avental estéril de mangas longas e máscaras descartáveis;</li> <li>9. Tubos para coleta de sangue com tampas (amarela, vermelha, azul, roxa ou frascos de hemocultura);</li> <li>10. Esparadrapo e/ou micropore;</li> <li>11. Etiquetas para identificação;</li> <li>12. Caixa apropriada para o transporte do material ao laboratório;</li> <li>13. Livro para protocolo de entrega dos exames ao laboratório.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente quanto ao procedimento;</li> <li>2. Verificar quais exames solicitados e se a guia de requisição está devidamente preenchida;</li> <li>3. Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados;</li> <li>4. Confirmar com o paciente (se consciente) o preparo adequado para o exame solicitado;</li> <li>5. Registrar em livro de protocolo os dados do paciente e exames solicitados;</li> <li>6. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;</li> <li>7. Atentar para rede venosa, escolhendo veias de maior calibre;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 921
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>8. Realizar antissepsia com álcool 70% com movimentos circulares, aguardando a evaporação do produto antes de introduzir a agulha;</p> <p>9. Coletar exame conforme técnica de punção venosa;</p> <p>10. Acondicionar o material coletado em caixa de transporte;</p> <p>11. Desprezar as luvas e lavar as mãos;</p> <p>12. Encaminhar o material ao laboratório do hospital;</p> <p>13. Solicitar à pessoa que recebeu o material assine o livro de controle.</p>	
OBSERVAÇÕES	<p>✓ Todos os tubos deverão ser homogeneizados imediatamente após a coleta. Deve-se invertê-los de 5 a 8 vezes, suavemente.</p> <p>✓ Quando o paciente possui mais de um exame solicitado, e esses exames necessitam de materiais diferentes que devem ser coletados em recipientes diferentes, deve-se obedecer uma sequência para a coleta de materiais para que não haja contaminação dos aditivos de um tubo para o outro, evitando grandes alterações em alguns parâmetros analíticos.</p> <p>➤ <b>A sequência de coleta para tubos de sangue é;</b></p> <p>1º. Tubo com Citrato de Sódio (tampa azul);</p> <p>2º. Tubo sem anticoagulante (tampa vermelha ou tampa amarela);</p> <p>3º. Tubo com heparina (tampa verde);</p> <p>4º. Tubo com EDTA (tampa roxa);</p> <p>5º. Tubo com Fluoreto de Sódio (tampa cinza).</p>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 922
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 043 - COLETA DE EXAMES DE SANGUE ARTERIAL	
<b>AGENTES</b>	Privativo do Enfermeiro
<b>CONCEITO</b>	A gasometria arterial avalia a troca gasosa, através da medida das pressões parciais de Oxigênio (PaO <sub>2</sub> ) e Dióxido de Carbono (PaCO <sub>2</sub> ), assim como o pH de uma amostra arterial.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agulha hipodérmica;</li> <li>2. Seringa de 3ml com heparina (ou seringa específica para gasometria arterial);</li> <li>3. Cubo de borracha para proteção da agulha (em geral presente nos kits para gasometria arterial);</li> <li>4. Tampa plástica para seringa (fornecida pelo fabricante da seringa);</li> <li>5. Bolinha de algodão com álcool 70% (ou lenço antisséptico);</li> <li>6. Bolinha de algodão seco (ou gaze);</li> <li>7. Esparadrapo;</li> <li>8. Luvas de procedimento.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos conforme técnica adequada;</li> <li>2. Escolher qual artéria será puncionada, dando preferência para a radial;</li> <li>3. Posicionar o paciente com o punho em extensão e localizar a artéria radial com os dedos indicador e médio.</li> <li>4. Realizar o Teste de Allen: comprimir a artéria radial e ulnar ao mesmo tempo. A mão ficará descorada. Interromper a compressão sobre a artéria ulnar e a cor normal da mão deverá retornar. Esse procedimento assegura que haverá aporte sanguíneo para a mão caso haja espasmo da artéria radial;</li> <li>5. Calçar as luvas e conectar a seringa à agulha;</li> <li>6. Desencapar a seringa e localizar novamente a artéria radial usando a sua mão não-dominante;</li> <li>7. Inserir a agulha na pele em um ângulo de 30 graus, no local onde há pulsação máxima da artéria radial. Avançar lentamente a agulha até</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 923</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

	<p>que haja um fluxo de sangue dentro da agulha. A pressão arterial preencherá a seringa;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Remover o conjunto agulha/seringa, protegendo a ponta da agulha no cubo de borracha;</li> <li>9. Aplicar pressão sobre o local da punção com a bolinha de algodão para estancar o sangramento. Prolongar a pressão por um período de 3 a 5 minutos;</li> <li>10. Retirar de forma segura a agulha (com a ponta já protegida) e desprezar na caixa coletora de perfuro cortantes;</li> <li>11. Ocluir a ponta da seringa com a tampa fornecida pelo fabricante e retirar qualquer bolha de ar presente;</li> <li>12. Dispor o material em uma caixa com gelo (ou gelox) e encaminhar prontamente para análise;</li> <li>13. Retirar as luvas e desprezá-las no cesto de lixo infectante;</li> <li>14. Lavar as mãos;</li> <li>15. Realizar a anotação correta sobre a realização do procedimento no prontuário do paciente. Não se esquecer de relatar possíveis intercorrências.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar ao paciente que a gasometria arterial avalia como os pulmões estão entregando o Oxigênio ao sangue e eliminando o Dióxido de Carbono.</li> <li>✓ Após avaliação, informar ao paciente qual será o local da punção: artéria radial, braquial, femoral ou inguinal.</li> <li>✓ Instruir o paciente a respirar normalmente durante a coleta de sangue arterial e avisá-lo que uma dor rápida e latejante poderá ser sentida no local da punção.</li> <li>✓ Após aplicar pressão sobre o local da punção por um período de 3 a 5 minutos, depois de verificar que o sangramento cessou, faça um curativo com gaze firmemente fixada sobre o local puncionado.</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 924
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se o local puncionado for no membro superior, não prenda fita adesiva em toda a circunferência do braço. Isso pode restringir ou interromper a perfusão sanguínea.</li><li>✓ Se o paciente está em uso de anticoagulantes ou possui alguma coagulopatia, aplique pressão no local de punção por mais de 5 minutos, caso seja necessário.</li><li>✓ Caso o paciente esteja em oxigenoterapia, anote o fluxo de oxigênio e o modo de oxigenoterapia/ventilação.</li><li>✓ Monitore os sinais vitais e observe se existem sinais de prejuízo circulatório.</li></ul>
--	---

*Handwritten signature and initials in blue ink.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 925
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 044 - COLETA PARA EXAME DE ESCARRO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	O exame de escarro detecta bactérias ou fungos que podem causar infecções nos pulmões ou vias respiratórias. A expectoração é um líquido espesso produzido nos pulmões e vias respiratórias que é eliminada pela tosse. O tipo de bactéria ou fungo será identificado com um microscópio ou por análises químicas.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Frasco próprio (coletor estéril);</li><li>2. Luvas de procedimento;</li><li>3. Máscara facial.</li></ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Orientar o paciente quanto ao procedimento;</li><li>2. Realizar ou solicitar que o paciente faça higiene oral com água morna;</li><li>3. Solicitar para o paciente tossir e escarrar no frasco previamente identificado com: nome do paciente, data, horário da coleta, número de quarto e leito;</li><li>4. Encaminhar a amostra para o laboratório imediatamente;</li><li>5. Lavar as mãos;</li><li>6. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.</li></ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	✓ O pedido de exame de escarro deverá ser coletado com o paciente em jejum.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 926
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 045 - COLETA PARA EXAME DE URINA I	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	O exame de urina é usado para diagnóstico e monitoramento de doenças renais e do trato urinário, doenças sistêmicas ou metabólicas, doenças hepáticas e biliares, desordens hemolíticas.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuba-rim;</li> <li>2. Recipiente para coleta.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p>➤ <b>Coleta pela equipe de Enfermagem</b></p> <p>✓ <b>Coleta masculina:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expor a glande e lavá-la com água e sabão (não usar antisséptico);</li> <li>2. Enxugar com toalha de pano limpa, papel descartável ou uma gaze;</li> <li>3. Com uma das mãos, expor e manter retraído o prepúcio;</li> <li>4. Com a outra mão segurar o frasco de coleta destampado e identificado;</li> <li>5. Desprezar no vaso sanitário o primeiro jato urinário;</li> <li>6. Sem interromper a micção, posicionar o jato diretamente no frasco de coleta até completar 20 a 50ml;</li> <li>7. Desprezar o restante da urina existente na bexiga no vaso sanitário e fechar o frasco de urina;</li> <li>8. Retirar as luvas;</li> <li>9. Encaminhar a urina ao laboratório;</li> <li>10. Lavar as mãos;</li> <li>11. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.</li> </ol> <p>✓ <b>Coleta feminina:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar a região vaginal, de frente para trás, com água e sabão (não usar antisséptico);</li> <li>2. Enxugar com toalha de pano limpa, papel descartável ou uma gaze;</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 927
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	3. Sentar no vaso sanitário e abrir as pernas; 4. Com uma das mãos afastar os grandes lábios; 5. Com a outra mão, segurar o frasco de coleta destampado e identificado; 6. Desprezar no vaso sanitário o primeiro jato urinário; 12. Sem interromper a micção, posicionar diretamente o frasco de coleta na direção do meato urinário até completar 20 a 50ml; 13. Desprezar o restante da urina existente na bexiga no vaso sanitário e fechar o frasco de urina. 7. Retirar as luvas; 8. Encaminhar a urina ao laboratório; 9. Lavar as mãos; 10. Anotar no prontuário do paciente e no caderno de controle de exames.	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	✓ Excetuando os casos de urgência, a urina deve ser coletada 3 a 5 dias após o término do sangramento (menstruação).	

<b>POP 046 - COLETA DE URINA DE 24 HORAS (CLEARANCE DE CREATININA)</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>Consiste na análise da urina para avaliar o funcionamento dos rins e investigar algumas alterações urinárias.</p> <p>Através dos resultados da urina de 24 horas é possível definir a taxa de filtração de sangue pelos rins, chamada de taxa de filtração glomerular, pesquisar a presença de proteínas na urina e identificar as concentrações na urina de vários sais minerais, entre eles Sódio, Potássio, Cálcio e Fósforo.</p>
<b>RECURSOS</b>	1. Frasco de 1000ml; 2. Cuba-rim; 3. Luvas de procedimento.
<b>MÉTODO</b>	1. Lavar as mãos;

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 928
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Reunir o material, identificando os recipientes com nome do paciente, leito, quarto, data, hora do início e término da coleta;</li><li>3. Orientar o paciente sobre a necessidade da realização do exame;</li><li>4. Orientar o paciente para desprezar no vaso sanitário a primeira micção da manhã e a seguir iniciar a coleta da urina em cuba-rim ou frasco próprio, até completar 24 horas, inclusive a urina do horário em que foi desprezada a primeira urina da manhã anterior;</li><li>5. Encaminhar os frascos com o material após 24 horas para o laboratório juntamente com o peso e altura do paciente;</li><li>6. Avisar o laboratório para colher amostra de sangue;</li><li>7. Lavar as mãos;</li><li>8. Anotar no prontuário do paciente a quantidade e característica da urina encaminhada e anotar também no caderno de controle de exames.</li></ol>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Durante as 24 horas de coleta, a ingestão de líquidos deve ser habitual.</li><li>✓ Todo volume urinário coletado nas 24 horas deverá ser trazido imediatamente ao laboratório após a coleta.</li><li>✓ Se durante a jornada de 24 horas o paciente urinar no vaso sanitário, terá que começar tudo de novo no dia seguinte.</li><li>✓ Não colocar a urina em frasco de refrigerante ou água sanitária.</li><li>✓ Em pacientes masculinos, orientar para urinar diretamente no frasco.</li></ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 929
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 047 - PREPARO DE PACIENTES INTERNADOS PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É a realização de procedimentos que favoreçam a execução do exame e que proporcionem resultado satisfatório e fidedigno para a devida intervenção na clínica do paciente.</p> <p>Tem o objetivo de preparar o paciente de forma segura e adequada para a rápida realização dos exames.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cadeira de rodas;</li> <li>2. Maca com grades;</li> <li>3. Lençol;</li> <li>4. Prontuário do paciente;</li> <li>5. Impresso do pedido de exame;</li> <li>6. Álcool 70%.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>3. Acompanhar o paciente até o local do exame, se fora da unidade.</li> </ol> <p><b>Ao Enfermeiro compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar o risco de remoção da unidade;</li> <li>2. Confirmar se realizado preparo para exame;</li> <li>3. Orientar a equipe de enfermagem quanto à remoção adequada de acordo com o exame e o estado físico o paciente;</li> <li>4. Conferir preenchimento adequado do impresso de exame;</li> <li>5. Solicitar realização do exame no leito do paciente ao setor responsável;</li> <li>6. Confirmar com o setor responsável para encaminhar o paciente até o local da execução do exame.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente e o acompanhante sobre o transporte;</li> <li>2. Colocar o paciente em cadeira de rodas ou em maca, de acordo</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 930
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>com orientação do Enfermeiro;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Posicionar o paciente de forma segura;</li><li>4. Elevar grades da maca e cobrir o paciente com lençol;</li><li>5. Levar o prontuário e o pedido de solicitação do exame;</li><li>6. Encaminhar o paciente para o exame com o devido preparo realizado;</li><li>7. Trazer o paciente de volta ao leito, posicionando-o de forma confortável;</li><li>8. Manter unidade do paciente em ordem;</li><li>9. Devolver o prontuário ao Enfermeiro;</li><li>10. Guardar maca ou cadeira de rodas na rouparia, higienizando-a após o uso com álcool 70%;</li><li>11. Realizar as anotações de enfermagem, registrando horário de partida e chegada à unidade e intercorrências quando houver.</li></ol>	
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Realizar o preparo adequado conforme orientação do Enfermeiro;</li><li>✓ Evitar exposição do paciente;</li><li>✓ Posicionar o paciente de forma segura e confortável;</li><li>✓ Encaminhar o paciente no horário previsto.</li><li>✓ Auxiliar de imediato e comunicar ao Enfermeiro se queda da maca ou cadeira de rodas.</li><li>✓ Comunicar ao Médico e Enfermeiro para conduta adequada, se intercorrência com estado clínico do paciente.</li></ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 931
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 048 - TRICOTOMIA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Raspagem dos pelos da pele. É feita com a finalidade de facilitar a limpeza e desinfecção da pele.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gazes limpas;</li> <li>2. Cuba-rim ou redonda;</li> <li>3. Sabonete ou sabão líquido;</li> <li>4. Aparelho para tricotomia tipo descartável;</li> <li>5. Luvas de procedimento;</li> <li>6. Saco plástico.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>3. Isolar o paciente com biombos;</li> <li>4. Expor o local onde foi feita a tricotomia;</li> <li>5. Cobrir o paciente deixando exposto apenas o local a ser tricotomizado;</li> <li>6. Calçar as luvas;</li> <li>7. Molhar a gaze no sabão;</li> <li>8. Ensaboar a região por onde se inicia a tricotomia;</li> <li>9. Caso haja pelos grandes, cortá-los primeiramente com a tesoura;</li> <li>10. Tracionar a pele da região a ser tricotomizada com auxílio da gaze;</li> <li>11. Iniciar a tricotomia em direção ao crescimento do pelo;</li> <li>12. Evitar ranhaduras e solução de continuidade na pele;</li> <li>13. Retirar os pelos do aparelho com gaze;</li> <li>14. Jogar a gaze no lixo próprio;</li> <li>15. Ensaboar outra área e repetir a técnica;</li> <li>16. Verificar ao término, se toda a região foi tricotomizada;</li> <li>17. Encaminhar o paciente para o banho;</li> <li>18. Colocar a unidade em ordem;</li> <li>19. Lavar as mãos;</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 932
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	20. Anotar no prontuário.
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No caso de cirurgias programadas a tricotomia deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia e só quando realmente necessária.</li> <li>✓ <b>Áreas de tricotomia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirurgia de crânio:</b> todo o couro cabeludo ou conforme prescrição médica;</li> <li>• <b>Cirurgias torácicas:</b> região torácica até umbigo e axilas;</li> <li>• <b>Cirurgia cardíaca:</b> toda extensão corporal (face anterior e posterior), menos o couro cabeludo;</li> <li>• <b>Cirurgia abdominal:</b> desde a região mamária até o púbis;</li> <li>• <b>Cirurgia dos rins:</b> região abdominal anterior e posterior;</li> <li>• <b>Cirurgia de membros inferiores:</b> todo o membro inferior e púbis.</li> </ul> </li> <li>✓ Calçar luvas, como meio de proteção pessoal, em todas as tricotomias.</li> <li>✓ Usar tesoura para cortar pelos mais longos e cabelos, sempre que for necessário e retirá-los com papel toalha;</li> <li>✓ O pelo deve ser raspado delicadamente no sentido do crescimento do mesmo, para evitar lesão na pele e foliculite;</li> <li>✓ A pele deve ser esticada para facilitar o deslizamento do aparelho e evitar lesão;</li> <li>✓ Realizar degermação na área tricotomizada.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 933
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 049 - APLICAÇÃO DE CALOR	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Na aplicação de calor utiliza-se a bolsa de água quente, conhecida também como termoterapia que é o tratamento baseado no uso de meios físicos como as bolsas quentes. Tem o objetivo de diminuir o edema, aliviar a dor, facilitar a flexão em articulações e músculos contraídos.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Bolsa de borracha;</li> <li>3. Toalha ou fronha;</li> <li>4. Recipiente com água quente (temperatura de 43° a 46°C).</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reunir todo material necessário;</li> <li>2. Higienizar as mãos;</li> <li>3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;</li> <li>4. Segurar a bolsa na posição vertical, enchendo-a com água quente, até 1/3 para abdome e até 2/3 da sua capacidade para pés, mãos ou outro local;</li> <li>5. Retirar o ar, colocando a bolsa horizontalmente sobre uma superfície plana, de modo que a água flua para a abertura;</li> <li>6. Fechar e enxugar a bolsa, verificando vazamentos;</li> <li>7. Envolver a bolsa com uma toalha e testar no seu próprio antebraço a temperatura adequada;</li> <li>8. Aplicar no local desejado por 20 a 30 minutos;</li> <li>9. Observar a pele do paciente sob o local de 10 em 10 minutos;</li> <li>10. Substituir a água da bolsa, quando necessário;</li> <li>11. Terminada a aplicação, retirar a bolsa e manter a região agasalhada para evitar corrente de ar;</li> <li>12. Higienizar as mãos;</li> <li>13. Recompôr a unidade;</li> <li>14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme</li> </ol>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 934
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ É importante verificar a integridade da bolsa térmica antes de seu uso, como as condições da tampa e da vedação.</li><li>✓ Não é indicado aplicação de calor em pacientes com patologias vasculares (ex: isquemia).</li><li>✓ Não coloque diretamente sobre a ferida aberta.</li><li>✓ Nunca colocar bolsa térmica com água quente debaixo do paciente para evitar compressão excessiva da mesma, pois resulta em vazamento e queimaduras ao paciente.</li><li>✓ Não realizar a técnica em pacientes que apresentem reação inflamatória aguda, pois a terapia de calor pode aumentar a hiperemia, edema, dor e acelerar a formação de abscesso.</li><li>✓ Qualquer sinal de queimadura ou maceração da pele suspender aplicação da bolsa quente e comunicar ao Enfermeiro.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 935
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

**POP 050 - APLICAÇÃO DE FRIO**

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A Termoterapia é o tratamento baseado no uso de meios físicos como as bolsas geladas.</p> <p>Tem o objetivo de manutenção de uma área resfriada por 20 minutos visando abaixar a febre e edema nas contusões e luxações, aliviar dor, prevenção e tratamento da mama ingurgitada, controlar hemorragias e evitar formação de bolhas em queimaduras.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Recipiente com gelo picado;</li> <li>3. Bolsa de borracha para gelo ou bolsa de gel gelado;</li> <li>4. Toalha ou fronha;</li> <li>5. Impermeável;</li> <li>6. Pares de luvas de procedimento, se necessário;</li> <li>7. Biombo, se necessário.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar a prescrição do Enfermeiro;</li> <li>2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e ao acompanhante;</li> <li>3. Identificar o local da aplicação;</li> <li>4. Higienizar as mãos;</li> <li>5. Reunir todo o material necessário e prepará-lo;</li> <li>6. Testar as condições da bolsa;</li> <li>7. Colocar gelo picado na bolsa até no máximo 1/3 de sua capacidade;</li> <li>8. Retirar a maior quantidade de ar possível da bolsa;</li> <li>9. Fechar e enxugar a bolsa, certificando de não haver vazamento;</li> <li>10. Envolver a bolsa com uma toalha ou fronha;</li> <li>11. Calçar luvas de procedimento;</li> <li>12. Colocar a bolsa no local identificado de 15 a 20 minutos, aguardar 30 minutos e repetir quando indicado;</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 936
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>13. Observar de 10 em 10 minutos a pele do paciente sob o local, especialmente em pacientes inconscientes e crianças;</p> <p>14. Substituir o gelo e a toalha quando o mesmo derreter;</p> <p>15. Retirar a bolsa após o término da aplicação;</p> <p>16. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade e ordem;</p> <p>17. Retirar luvas de procedimento;</p> <p>18. Esvaziar a bolsa, lavá-la externamente com água e sabão e deixá-la secar enchendo-a de ar;</p> <p>19. Higienizar as mãos;</p> <p>20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Em pacientes idosos, inconscientes, desnutridos e crianças, tomar cuidado quanto ao limite da temperatura, devido à maior sensibilidade da pele.</li> <li>✓ Não fazer aplicação de bolsa de gelo além de 20 minutos, devido ao risco de queimadura, podendo ser repetido este procedimento após 30 minutos, dependendo do local da lesão.</li> <li>✓ A terapia de frio pode aumentar cólicas peristálticas e apresentar queimaduras de pele, caso ocorra comunicar ao Enfermeiro;</li> <li>✓ Observar constantemente a área de aplicação. Qualquer alteração da pele e queixas do paciente, suspender o procedimento e comunicar ao Enfermeiro.</li> </ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 937
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 051 - REALIZAÇÃO DE BANHO DE ASPERSÃO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Procedimento realizado quando o paciente é encaminhado ao banho no chuveiro com o auxílio da enfermagem. Tem o objetivo de proporcionar higiene e conforto ao paciente e manter a integridade cutânea.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Sabonete;</li> <li>3. Toalha;</li> <li>4. Cadeira higiênica;</li> <li>5. Xampu e condicionador;</li> <li>6. Escova de dente e creme dental;</li> <li>7. Toalha de piso;</li> <li>8. Lençol;</li> <li>9. Lençol móvel, se necessário;</li> <li>10. Compressa;</li> <li>11. Álcool 70%;</li> <li>12. Hamper;</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p>➤ <b>Banho de aspersão em pacientes semi dependentes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente;</li> <li>3. Orientar quanto ao procedimento que será realizado;</li> <li>4. Fechar as portas e janelas;</li> <li>5. Calçar as luvas;</li> <li>6. Colocar o paciente na cadeira higiênica, se necessário;</li> <li>7. Ligar o chuveiro e controlar a temperatura da água;</li> <li>8. Auxiliar o paciente a despir-se, se necessário;</li> <li>9. Ajudar o paciente a ensaboar-se, se necessário;</li> <li>10. Oferecer a lavagem do couro cabeludo;</li> <li>11. Oferecer material para higiene oral: escova e creme dental;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 938
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>12. Remover toda a espuma com o chuveirinho;</p> <p>13. Auxiliar o paciente a se secar, se necessário;</p> <p>14. Retirar as luvas, realizar a lavagem das mãos e calçar novo par de luvas;</p> <p>15. Acompanhá-lo até o leito;</p> <p>16. Auxiliar o paciente a se vestir;</p> <p>17. Retirar os lençóis da cama colocando-os no hamper e encaminhar ao expurgo;</p> <p>18. Realizar limpeza concorrente com compressa e álcool 70%;</p> <p>19. Realizar a troca de roupa de cama;</p> <p>20. Auxiliar o paciente a deitar-se no leito, deixando-o em uma posição confortável;</p> <p>21. Manter o ambiente em ordem;</p> <p>22. Retirar as luvas e desprezá-las no saco de lixo apropriado;</p> <p>23. Higienizar as mãos;</p> <p>24. Realizar as anotações de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).</p> <p>➤ <b>Banho de aspersão em pacientes independentes:</b></p> <p>1. Entregar roupas e produtos de higiene para os pacientes independentes;</p> <p>2. Entregar Clorexidina Degermente 4% em caso de pacientes em precaução de contato.</p>	
OBSERVAÇÕES	<p>✓ Avaliar a temperatura da água.</p> <p>✓ Avaliar integridade cutânea.</p> <p>✓ Avaliar a segurança do ambiente.</p> <p>✓ Se Hipotensão postural, retornar ao leito elevando os membros inferiores se não houver restrições e informar ao Enfermeiro e o Médico.</p>	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 939
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Se queimadura; desligar o chuveiro, comunicar ao Enfermeiro para exame físico e chamar o Médico;</li><li>✓ Se choque térmico; desligar o chuveiro, comunicar ao Enfermeiro para exame físico e chamar o Médico.</li></ul>	

*Handwritten signature/initials in blue ink.*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 940
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 052 - REALIZAÇÃO DE BANHO NO LEITO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>O banho é uma parte do cuidado de higiene, com fins terapêuticos e de limpeza para proporcionar bem-estar e higiene, estimular a circulação, promover exercícios ativos/passivos, viabilizar a inspeção corporal.</p> <p>Tem o objetivo de orientar a equipe de enfermagem quanto aos cuidados prestados durante o banho do paciente, garantindo o atendimento da necessidade humana básica de higiene e conforto.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimentos;</li> <li>2. Biombos (se necessário);</li> <li>3. Hamper;</li> <li>4. Água;</li> <li>5. Bacias (em caso de banho no leito);</li> <li>6. Clorexidina Degermante 4% e/ou sabonetes líquidos;</li> <li>7. Xampu (quando necessário);</li> <li>8. Luvas de banho/pano;</li> <li>9. Gazes;</li> <li>10. Toalhas;</li> <li>11. Cremes hidratantes;</li> <li>12. Roupas de camas;</li> <li>13. Roupas para o paciente vestir;</li> <li>14. Fralda descartável (se necessário);</li> <li>15. Travesseiros e/ou coxins;</li> <li>16. Protetores de calcâneos (se necessário);</li> <li>17. Escova de cabelo/pente;</li> <li>18. Absorvente higiênico em caso de paciente feminino.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p>➤ <b>Banho no leito nos pacientes dependentes</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimentos;</li> <li>2. Explicar ao paciente o que será feito;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 941
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Trazer o carro de banho e o hamper próximo ao leito;</li><li>4. Fechar as portas e janelas;</li><li>5. Proteger a unidade do paciente com biombos;</li><li>6. Desprender a roupa de cama, iniciando ao lado oposto onde permanecer;</li><li>7. Fazer higiene oral do paciente e lavar a cabeça, se necessário;</li><li>8. Trocar a água do banho, obrigatoriamente, após a lavagem da cabeça;</li><li>9. Lavar os olhos, limpando o canto interno para o externo, usando gaze;</li><li>10. Lavar, enxaguar e enxugar o rosto, orelhas e pescoço;</li><li>11. Remover a camisola ou camisa do pijama, mantendo o tórax protegido com o lençol;</li><li>12. Lavar e enxugar os braços e mãos do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo, com movimentos longos e firmes, do punho a axila;</li><li>13. Trocar a água;</li><li>14. Lavar e enxugar o tórax e abdome, com movimento circulares, ativando a circulação, observando as condições da pele e mamas;</li><li>15. Cobrir o tórax com lençol limpo, abaixando o lençol em uso, até a região genital;</li><li>16. Lavar, enxaguar e enxugar as pernas e coxas, do tornozelo até a raiz da coxa, do lado oposto ao que se está trabalhando, depois o mais próximo;</li><li>17. Colocar a bacia sob os pés e lavá-los, principalmente nos interdígitos, observando condições dos mesmos e enxugar bem;</li><li>18. Trocar a água da bacia e a luva de pano, obrigatoriamente;</li><li>19. Fazer higiene íntima do paciente, de acordo com a técnica;</li><li>20. Trocar, obrigatoriamente, a água da bacia;</li></ol>
--	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 942
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>21. Virar o paciente em decúbito lateral, colocando a toalha sob as costas e nádegas, mantendo a posição com o auxílio de outra pessoa;</p> <p>22. Lavar e enxugar as costas, massageando-as, incluindo nádegas e cóccix do paciente;</p> <p>23. Deixar o paciente em decúbito lateral, empurrando a roupa úmida para o meio do leito, enxugando o colchão;</p> <p>24. Trocar de luvas;</p> <p>25. Proceder a arrumação do leito, com o paciente em decúbito lateral;</p> <p>26. Virar o paciente sobre o lado pronto do leito;</p> <p>27. Retirar a roupa suja e desprezá-la no hamper;</p> <p>28. Terminar a arrumação do leito;</p> <p>29. Hidratar a pele do paciente;</p> <p>30. Vestir o paciente;</p> <p>31. Pentear os cabelos do paciente;</p> <p>32. Utilizar travesseiros e/ou coxins para ajeitar o paciente no decúbito mais adequado;</p> <p>33. Colocar protetores de calcâneos;</p> <p>34. Recompôr a unidade do paciente, colocando tudo no lugar;</p> <p>35. Retirar as luvas e lavar as mãos;</p> <p>36. Anotar no prontuário o que foi feito e as anormalidades detectadas, se houverem.</p>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A higiene e conforto do paciente ficam a cargo da equipe de Enfermagem.</li> <li>✓ Realizar o banho conforme divisão de tarefas.</li> <li>✓ Explicar sempre ao paciente o que será feito.</li> <li>✓ Ao lidar com o paciente de maneira direta, é imprescindível o uso de luvas.</li> <li>✓ Utilizar Clorexidina Degermante para o banho, como também o uso de avental e EPIs em pacientes com precaução de contato.</li> </ul>	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 943
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Caso ocorra divisão de banheiro com outro paciente que não tenha precaução de contato, encaminhar este primeiro para a higiene, pois depois do banho de um paciente com precaução de contato obrigatoriamente é necessário a limpeza do banheiro pela equipe da limpeza.</li><li>✓ Cuidar durante o banho para não expor desnecessariamente o paciente. A privacidade contribui muito para o conforto mental do paciente.</li><li>✓ Encaminhar os pacientes para banho de aspersão em cadeira para um banho de auxílio.</li><li>✓ Secar bem toda a superfície do corpo do paciente, principalmente as dobras.</li><li>✓ As portas do banheiro não devem ser trancadas, durante o banho.</li><li>✓ Deve-se testar a temperatura da água, antes do banho do paciente (água morna).</li><li>✓ Proteger as incisões com filme plástico.</li><li>✓ Encaminhar o material utilizado ao expurgo para a lavagem e armazenamento pelo pessoal da limpeza.</li></ul>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 944
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 053 - MASSAGEM DE CONFORTO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É o ato de massagear de forma sistemática os tecidos do corpo, geralmente na região dorsal, com movimentos de deslizamento leve e pesado, amassando e friccionando.</p> <p>Tem o objetivo de estimular a circulação; proporcionar relaxamento muscular, conforto e bem-estar e prevenir úlceras por pressão.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Toalha;</li> <li>3. Creme hidratante.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar o produto a ser utilizado;</li> <li>2. Orientar paciente e acompanhantes para obter sua cooperação;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Reunir o material necessário;</li> <li>5. Abaixar a cabeceira do leito e colocar o paciente em decúbito lateral D (direito), E (esquerdo) ou ventral;</li> <li>6. Soltar a camisola, descobrir a região dorsal até as nádegas;</li> <li>7. Dispor a toalha no sentido longitudinal junto ao paciente;</li> <li>8. Colocar pequena quantidade de creme na palma da mão e espalhar, friccionando uma na outra;</li> <li>9. Iniciar o deslizamento, na região dorsal inferior e central, coluna vertebral, ombros até o deltoide, retornar pela superfície lateral;</li> <li>10. Repetir a massagem do outro lado;</li> <li>11. Manter sempre as mãos sobre a pele do paciente e fazer deslizamentos leves;</li> <li>12. Recompôr a vestimenta e retirar a toalha;</li> <li>13. Colocar o paciente em posição confortável;</li> <li>14. Anotar o procedimento observando quanto ao aspecto da pele, e checar a prescrição de enfermagem.</li> </ol>

*D* *Q* *M*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 945
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
OBSERVAÇÕES	✓ Realizar massagem de conforto a cada 2 horas, junto com a mudança de decúbito ou sempre que necessário.	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 946
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 054 - REALIZAÇÃO DE MUDANÇA DE DECÚBITO	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	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.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Travesseiros;</li> <li>2. Coxins;</li> <li>3. Colchões;</li> <li>4. Almofadas;</li> <li>5. Luvas de procedimento, se necessário.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ao Enfermeiro compete:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. Planejar o procedimento;</li> <li>3. Orientar a equipe na realização da mudança de decúbito a cada 2 horas;</li> <li>4. Supervisionar a equipe quanto ao procedimento.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem compete:</b></p> <p>➤ <b>Cabeceira:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>2. Anotar o procedimento realizado e as observações.</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 947
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>➤ <b>Decúbito lateral:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar ao paciente o procedimento a ser realizado;</li><li>2. Higienização das mãos;</li><li>3. Colocar o paciente na lateral do leito e virá-lo de lado;</li><li>4. Para mover um paciente imóvel, é necessário flexionar os joelhos de forma que não fiquem próximos ao colchão;</li><li>5. Colocar uma mão sobre os quadris do paciente e a outra mão nos ombros;</li><li>6. Virar o paciente para o lado;</li><li>7. Colocar um travesseiro sob a cabeça e pescoço do paciente;</li><li>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;</li><li>9. Colocar um apoio sob o dorso do paciente;</li><li>10. Colocar um travesseiro entre as pernas semi flexionadas na altura dos quadris;</li><li>11. Anotar o procedimento realizado e as observações.</li></ol> <p>➤ <b>Decúbito ventral:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>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;</li><li>2. Posicionar a cabeça do paciente para um dos lados e colocar sob a cabeça um travesseiro pequeno;</li><li>3. Colocar um travesseiro pequeno sob o abdome do paciente, abaixo do nível do diafragma;</li><li>4. Apoiar os braços em flexão ao nível dos ombros;</li><li>5. Apoiar a parte anterior das pernas com um travesseiro para elevar os dedos;</li><li>6. Anotar o procedimento realizado e as observações.</li></ol>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 948</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

	<p>➤ <b>Decúbito dorsal:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Colocar o paciente de costas, com a cabeceira do leito na posição horizontal;</li> <li>2. Manter a cabeça alinhada com a cabeceira e com a coluna vertebral, utilizando um travesseiro sob a cabeça e o pescoço;</li> <li>3. Estender discretamente os membros superiores ao nível dos cotovelos, colocar travesseiros sob os antebraços pronados;</li> <li>4. Flexionar os membros inferiores, colocar um coxim sob os joelhos;</li> <li>5. Colocar um pequeno travesseiro ou coxim sob os tornozelos para elevar os calcanhares;</li> <li>6. Colocar um suporte para os pés ou travesseiro macio sob a planta dos pés do paciente;</li> <li>7. Deixar o paciente confortável;</li> <li>8. Deixar o ambiente em ordem;</li> <li>9. Anotar o procedimento realizado e as observações.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Planejar o procedimento antes de executá-lo.</li> <li>✓ 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.</li> <li>✓ Mantenha as mãos sempre secas e aquecidas.</li> <li>✓ Nunca movimente sozinho um paciente obeso ou com dependência total.</li> <li>✓ Prestar atenção quando o paciente estiver com infusão venosa.</li> <li>✓ Para prevenir o pé equino, manter os calcanhares livres, colocar um coxim sob as pernas e um suporte para a região plantar.</li> <li>✓ Para evitar lesão de pele, fazer proteção de saliência óssea.</li> <li>✓ Em caso de impedimento à mudança de posição do paciente pedir a reavaliação do mesmo pelo Enfermeiro;</li> </ul>

9 2

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 949
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	✓ Ao posicionar o paciente tomar cuidados para não tracionar drenos, sondas e catéteres, circuito de respiradores e, caso ocorra, comunicar ao Enfermeiro.	



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 950
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 055 - UTILIZAÇÃO DE COMADRE E COMPADRE	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Comadre e compadre são utensílios utilizados para eliminação de diurese e evacuação. Tem o objetivo de proporcionar ao paciente acamado, meios adequados para atender a necessidade básica de eliminação e facilitar o controle das excretas.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Comadre ou compadre;</li> <li>3. Bacia com água morna e sabonete;</li> <li>4. Papel higiênico;</li> <li>5. Toalha;</li> <li>6. Biombo;</li> <li>7. Saco plástico.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material e encaminhar ao quarto do paciente;</li> <li>3. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>4. Manter a privacidade do paciente com o uso de biombo;</li> <li>5. Calçar as luvas;</li> <li>6. Solicitar ao paciente para flexionar as pernas e elevar o quadril, se não houver restrição;</li> <li>7. Se impossibilitado, com a ajuda de outro Técnico, lateralizar o paciente, facilitando o encaixe;</li> <li>8. Encaixar a comadre embaixo das nádegas do paciente, deixando um espaço entre os membros inferiores cobrindo com o lençol;</li> <li>9. Se utilizar o compadre, colocar o pênis dentro do recipiente;</li> <li>10. Oferecer o papel higiênico;</li> <li>11. Após o término, retirar a comadre ou compadre e desprezar no vaso sanitário as excretas;</li> <li>12. Realizar a higiene íntima;</li> </ol>

*[Handwritten signatures and initials]*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 951
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	13. Oferecer a bacia com água morna, sabonete e toalha para a higiene das mãos; 14. Colocar a comadre ou o compadre em um saco plástico e levar ao expurgo para posterior limpeza; 15. Retirar as luvas e jogar no lixo; 16. Lavar as mãos; 17. Realizar as anotações de enfermagem.	
OBSERVAÇÕES	✓ Observar quantidade, aspecto e coloração da eliminação vesical e intestinal. ✓ Se o paciente não conseguir eliminar as excretas, devido posição ou anestesia, comunicar ao Enfermeiro e ao Médico para possível intervenção e prescrição médica de passagem de sonda vesical de alívio, lavagem intestinal, uso de diuréticos e laxativos.	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 952
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 056 - OXIGENOTERAPIA POR CATÉTER NASAL	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnico se Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na administração de Oxigênio numa concentração de pressão superior a encontrada na atmosfera ambiental para corrigir e atenuar deficiência de Oxigênio ou Hipóxia. Tem o objetivo de promover a oxigenação e umidificar secreções, facilitando a expectoração e melhorando a ventilação.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Catéter de oxigênio de tamanho adequado;</li> <li>3. Umidificador com extensão;</li> <li>4. Água destilada;</li> <li>5. Fluxômetro.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir todo o material e levar à cabeceira do paciente;</li> <li>3. Orientar o paciente quanto ao procedimento;</li> <li>4. Levantar a cabeceira do paciente (de 30° a 45°);</li> <li>5. Instalar o umidificador com água destilada até 2/3 da sua capacidade e adaptá-lo ao fluxômetro;</li> <li>6. Conectar o catéter ao fio da extensão;</li> <li>7. Introduzir o catéter na narina e adaptá-lo atrás do pavilhão auricular do paciente;</li> <li>8. Regular o fluxômetro1 a 6l/min, conforme a prescrição médica;</li> <li>9. Observar reações do paciente;</li> <li>10. Higienizar as mãos;</li> <li>11. Realizar anotação de Enfermagem, com hora, quantidade de l/min., assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atentar para os seguintes sinais:</li> <li>• Nível de consciência;</li> <li>• Frequência e padrão respiratório;</li> <li>• Perfusão periférica;</li> </ul>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 953
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Saturação de Oxigênio;</li><li>• Frequência cardíaca e pressão arterial.</li><li>• Informar alterações ao Médico/Enfermeiro.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Fazer revezamento nas narinas, se em uso de catéter simples.</li><li>✓ O frasco/extensão quando utilizado com água, deve ser trocado sempre que apresentar sujidade.</li><li>✓ A Oxigenoterapia excessiva pode reduzir o estímulo respiratório do paciente por diminuição de Dióxido de Carbono.</li></ul>
--	--

*9 e ml*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 954
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 057 - OXIGENOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
<b>AGENTES</b>	Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Consiste na administração de Oxigênio numa concentração de pressão superior a encontrada na ambiental para corrigir e atenuar deficiência de Oxigênio ou hipóxia. Tem o objetivo de favorecer concentração precisa de Oxigênio e permitir fluxo constante de ar ambiente misturado ao fluxo fixo de Oxigênio.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fluxômetro;</li> <li>2. Umidificador com água destilada;</li> <li>3. Extensão;</li> <li>4. Máscara de Venturi adequada ao tamanho do paciente.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-la sobre a Mesa de cabeceira do paciente;</li> <li>3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;</li> <li>4. Elevar a cabeceira (de 30° a 45°);</li> <li>5. Adaptar o fluxômetro ao Oxigênio;</li> <li>6. Adaptar a válvula de concentração de Oxigênio da máscara de venturi e regular o fluxo, conforme prescrição médica;</li> <li>7. Fixar a máscara adequadamente para evitar perda de Oxigênio;</li> <li>8. Higienizar as mãos;</li> <li>9. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 955</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>OBSERVAÇÕES</b>		
<b>Dispositivo de Oxigenoterapia</b>	<b>FIO<sub>2</sub> ofertada e fluxos</b>	<b>Principais Indicações</b>
<b>Catéter nasal de O<sub>2</sub></b>	Cada l/min aumenta em 3 a 4% a FIO <sub>2</sub> Ex.: 3l/min, FIO <sub>2</sub> de 30 a 34% Uso de baixos fluxos, máximo de 5l/min	Casos menos graves Qualquer IRespA sem shunt como mecanismo predominante
<b>Máscara facial de venturi</b>	Mistura ar-oxigênio FIO <sub>2</sub> precisa (24 a 50%) Uso de altos fluxos	Necessidade de precisão da titulação da FIO <sub>2</sub> Exacerbação de DPOC ou IRespA mista
<b>Máscara facial de aerossol</b>	Combinações variáveis de O <sub>2</sub> e fluxos moderados	Qualquer IRespA hipoxêmica não refratária a O <sub>2</sub>
<b>Máscara facial com reservatório</b>	Alta concentração (90 a 100%) de O <sub>2</sub> e altos fluxos	IRA hipoxêmica com procedimento de shunt (SDRA, Pneumonia grave)

*Handwritten marks and signatures in blue ink at the bottom right of the page.*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 956
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 058 - ASPIRAÇÃO TRAQUEAL	
<b>AGENTES</b>	<b>Fisioterapeutas e Enfermeiros</b> (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), <b>Técnicos de Enfermagem</b> (pacientes em unidades de repouso/observação, unidades de internação e em atendimento domiciliar, considerados não graves, desde que avaliados e prescrito pelo enfermeiro)
<b>CONCEITO</b>	É um procedimento que envolve a remoção de secreções da traqueia e dos brônquios por meio de sonda inserida na boca, nariz ou orifício traqueal para manter a permeabilidade das vias aéreas e melhorar a eficiência ventilatória.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rede de vácuo ou aspirador manual montado com frasco coletor de secreções e extensão;</li> <li>2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%;</li> <li>3. Sonda de aspiração traqueal estéril nº 12, 14 ou 16 (adulto) e nº 8 ou 10 (criança);</li> <li>4. Compressa gaze estéril;</li> <li>5. Luvas estéreis;</li> <li>6. Máscara descartável;</li> <li>7. Óculos protetor;</li> <li>8. Avental descartável;</li> <li>9. Estetoscópio.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar montagem de material necessário;</li> <li>2. Orientar o paciente, se consciente, sobre o procedimento a ser realizado;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Colocar a máscara e o avental descartáveis e óculos protetor;</li> <li>5. Conectar o frasco de aspiração ao manômetro na saída do sistema de vácuo centralizado;</li> <li>6. Colocar água (não estéril) no copo descartável para lavar o sistema;</li> </ol>

9 2

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 957</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Conectar uma extensão ao frasco de aspiração;</li> <li>8. Abrir a sonda de aspiração pela extremidade da embalagem, na parte próxima ao orifício do conector "Y" e conectá-la à extensão do frasco de aspiração; manter o restante da sonda dentro do invólucro.</li> <li>9. Abrir vácuo centralizado;</li> <li>10. Calçar luvas estéreis;</li> <li>11. Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la, segurando-a com a mão dominante;</li> <li>12. Afastar a nebulização caso o paciente esteja fazendo uso, com a mão não-dominante;</li> <li>13. Introduzir a sonda nas vias aéreas, sem ocluir o orifício do "Y";</li> <li>14. Ocluir o orifício do "Y" com o polegar da mão não-dominante após a introdução da sonda;</li> <li>15. Retirar a sonda fazendo movimentos rotatórios suaves;</li> <li>16. Repetir os itens 13, 14 e 15 quantas vezes forem necessárias;</li> <li>17. Oxigenar o paciente, quando necessário;</li> <li>18. Realizar aspiração oral;</li> <li>19. Desconectar e desprezar a sonda de aspiração e a luva da mão dominante no lixo infectante;</li> <li>20. Manter o vácuo aberto e, ao término do procedimento, ou quando cheio de secreção, aspirar a água do copo para realizar a limpeza do circuito;</li> <li>21. Recolher o material;</li> <li>22. Retirar as luvas;</li> <li>23. Lavar as mãos;</li> <li>24. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> <li>25. Manter a sala em ordem.</li> </ol>
--	---

<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nunca aspirar a cavidade oral e/ou nasal e retornar à traqueia.</li> <li>✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto</li> </ul>
--------------------	---

9 0 M



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 958
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>é, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ A aspiração deve ser realizada antes da administração da dieta gástrica/enteral ou no mínimo 1 hora após.</li><li>✓ Em situações de emergência ou quando o paciente estiver recebendo infusão enteral contínua, suspender a dieta durante o procedimento.</li><li>✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento.</li><li>✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento, (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário.</li><li>✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração pelo Enfermeiro/Fisioterapeuta.</li></ul>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 959
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

**POP 059 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA ABERTO**

<b>AGENTES</b>	Fisioterapeutas e Enfermeiros
<b>CONCEITO</b>	O sistema aberto é a forma mais comum e conhecida de aspiração endotraqueal; este método necessita de desconexão do paciente da ventilação mecânica para realização do procedimento de aspiração de forma asséptica, com a introdução de sonda de aspiração estéril a qual irá sugar as secreções acumuladas no tubo endotraqueal.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor de secreções e extensão;</li> <li>2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%;</li> <li>3. Ressuscitador manual (Ambu);</li> <li>4. Luvas estéreis;</li> <li>5. Sonda de aspiração;</li> <li>6. Máscara descartável;</li> <li>7. Óculos protetor;</li> <li>8. Avental descartável;</li> <li>9. Estetoscópio.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar montagem de material necessário;</li> <li>2. Avaliar as condições respiratórias e hemodinâmicas do paciente;</li> <li>3. Colocar máscara descartável e óculos de proteção;</li> <li>4. Lavar as mãos;</li> <li>5. Colocar a máscara e o avental descartáveis e óculos protetor;</li> <li>6. Calçar luvas estéreis;</li> <li>7. Conectar o frasco de aspiração ao manômetro na saída do sistema de vácuo centralizado;</li> <li>8. Colocar água (não estéril) no copo descartável para lavar o sistema;</li> <li>9. Conectar uma extensão ao frasco de aspiração;</li> <li>10. Abrir a sonda de aspiração pela extremidade da embalagem, na parte próxima ao orifício do conector "Y" e conectá-la à extensão do frasco de aspiração; manter o restante da sonda dentro do invólucro.</li> </ol>

*[Handwritten initials]*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 960
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	<p>11. Abrir vácuo centralizado;</p> <p>12. Retirar a sonda da embalagem sem contaminá-la, segurando-a com a mão dominante;</p> <p>13. Desconectar o aparelho de ventilação ou afastar a nebulização, caso o paciente esteja fazendo uso, com a mão não-dominante;</p> <p>14. Introduzir a sonda no tubo orotraqueal/ nasotraqueal;</p> <p>15. Ocluir o orifício do "Y" com o polegar da mão não-dominante após a introdução da sonda;</p> <p>16. Retirar a sonda fazendo movimentos rotatórios suaves;</p> <p>17. Repetir os itens 14, 15 e 16 quantas vezes forem necessárias;</p> <p>18. Oxigenar o paciente, quando necessário;</p> <p>19. Realizar aspiração oral;</p> <p>20. Desconectar e desprezar a sonda de aspiração e a luva da mão dominante no lixo infectante;</p> <p>21. Manter o vácuo aberto e, ao término do procedimento, ou quando estiver com secreção no circuito, aspirar a água do copo para realizar a limpeza do circuito;</p> <p>22. Recolher o material;</p> <p>23. Retirar as luvas;</p> <p>24. Lavar as mãos;</p> <p>25. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p> <p>26. Manter a sala em ordem.</p>		
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>✓ Nunca aspirar a cavidade oral e/ou nasal e retornar à traqueia.</p> <p>✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto é, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias aéreas – secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar ou padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela dos ventiladores que possuem monitorização dos parâmetros por gráficos.</p>		

9 8

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 961
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ A aspiração deve ser realizada antes da administração da dieta gástrica/enteral ou no mínimo 1 hora após. Em situações de emergência ou quando o paciente estiver recebendo infusão enteral contínua, suspender a dieta durante o procedimento.</li><li>✓ As válvulas de aspiração devem ser testadas 1 vez no início de cada turno.</li><li>✓ Em pacientes com parâmetros do ventilador pulmonar mecânico elevados ou edema cerebral, a aspiração deve ser feita somente após a avaliação do Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Médico.</li><li>✓ Avaliar a necessidade de sedação do paciente antes da aspiração, junto à equipe médica.</li><li>✓ Não recomendar a instilação de soro fisiológico rotineira, pois este procedimento pode provocar hipóxia e infecções. Fluidificar as secreções espessas ou tampão com 0,2 a 1ml conforme tamanho do tubo;</li><li>✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento.</li><li>✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento, (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário.</li><li>✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração ao Enfermeiro/Fisioterapeuta/Médico.</li></ul>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 962
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 060 - ASPIRAÇÃO DO TUBO ENDOTRAQUEAL POR SISTEMA FECHADO	
<b>AGENTES</b>	<b>Fisioterapeutas e Enfermeiros</b> (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), <b>Técnicos de Enfermagem</b> (pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro)
<b>CONCEITO</b>	É um procedimento que envolve a remoção de secreções da traqueia e dos brônquios por meio de sistema fechado de aspiração (Trach-care) com o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas. <b>Indicações:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peep &gt; 10 cm H<sub>2</sub>O e/ou FiO<sub>2</sub> &gt; 60%;</li> <li>• Precauções por aerossóis (tuberculose, varicela, sarampo e H1N1);</li> <li>• Pacientes soropositivos para HIV;</li> <li>• Sangramento pulmonar ativo;</li> <li>• Elevada produção de secreção em vias aéreas;</li> <li>• Para proteção dos profissionais.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor para secreções e extensão;</li> <li>2. Frasco com água destilada ou soro fisiológico 0,9%;</li> <li>3. Ressuscitador manual (AMBU);</li> <li>4. Sonda de aspiração Trach-care;</li> <li>5. Compressa gaze estéril;</li> <li>6. Luvas estéreis;</li> <li>7. Máscara descartável;</li> <li>8. Óculos protetor;</li> <li>9. Avental descartável;</li> <li>10. Estetoscópio.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Checar montagem de material necessário;</li> </ol>

9 8 *[assinatura]*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 963
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Orientar o paciente (se consciente) sobre o procedimento a ser realizado;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Colocar máscara descartável e óculos de proteção;</li> <li>5. Calçar luvas estéreis;</li> <li>6. Conectar o látex estéril ao aspirador;</li> <li>7. Abrir o vácuo;</li> <li>8. Destruar a válvula de sucção do Trach-care;</li> <li>9. Testar a aspiração;</li> <li>10. Conectar a seringa com água destilada no dispositivo de instilação;</li> <li>11. Iniciar a aspiração;</li> <li>12. Instilar 1ml de água destilada através do dispositivo;</li> <li>13. Aguardar o ventilador mecânico ciclar;</li> <li>14. Retirar o Trach-care até a marca indicada;</li> <li>15. Lavar o Trach-care;</li> <li>16. Retirar a seringa da via de instilação;</li> <li>17. Travar a válvula de aspiração;</li> <li>18. Retirar as luvas;</li> <li>19. Lavar as mãos;</li> <li>20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> <li>21. Manter a sala em ordem.</li> </ol>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A aspiração somente deverá ser realizada quando necessário, isto é, quando houver sinais sugestivos de secreção nas vias aéreas – secreção visível no tubo, som sugestivo na ausculta pulmonar ou padrão denteado na curva fluxo-volume observado na tela dos ventiladores que possuem monitorização dos parâmetros por gráficos</li> <li>✓ Em pacientes com parâmetros do ventilador pulmonar mecânico</li> </ul>	

*g e m*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 964
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>elevados ou edema cerebral, a aspiração deve ser feita somente após a avaliação do Enfermeiro, Fisioterapeuta ou Médico;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ao abrir o vácuo, controlar a pressão exercida;</li><li>✓ Introduzir o Trach-care até a marca indicada, de acordo com seu número;</li><li>✓ A instilação de água destilada umidifica a secreção, facilitando a aspiração de rolhas;</li><li>✓ Anotar no prontuário: aspecto, cor e quantidade da secreção aspirada;</li><li>✓ Fluidificar as secreções espessas ou tampão com 0,2 a 1ml conforme tamanho do tubo, porém não recomendar a instilação de soro fisiológico rotineira, pois este procedimento pode provocar hipóxia e infecções .</li><li>✓ Realizar outros procedimentos (banho, troca de fralda, troca de decúbito, etc.) antes da aspiração, para mobilizar as secreções e evitar excesso de manuseio após o procedimento.</li><li>✓ Se piora dos parâmetros cardiopulmonares durante o procedimento</li><li>✓ (arritmias cardíacas, queda brusca de saturação, cianose ou sangramento), suspender a aspiração e comunicar plantão médico. Retomar procedimento após estabilização do paciente, quando necessário.</li><li>✓ Se agitação do paciente durante o procedimento, solicitar avaliação da necessidade de aspiração pelo Enfermeiro/Fisioterapeuta.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 965
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

**POP 061 - ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL POR TRAQUEOSTOMIA**

<b>AGENTES</b>	<b>Fisioterapeutas e Enfermeiros</b> (pacientes graves em Unidades de Emergência, Salas de Estabilização de Emergência ou demais unidades da assistência, considerados graves, mesmo que não estando em respiração artificial, exceto em situação de emergência), <b>Técnicos de Enfermagem</b> (pacientes crônicos, em uso de traqueostomia de longa permanência ou definitiva em ambiente hospitalar, de forma ambulatorial ou atendimento domiciliar, desde que avaliado e prescrito pelo enfermeiro)
<b>CONCEITO</b>	Método de higienização mecânica da traqueia com o objetivo de garantir ventilação e oxigenação adequada; prevenir complicações respiratórias por acúmulo de secreções; remover as secreções da traqueia.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gaze III;</li> <li>2. Tubo de látex com cerca de 1,5 metros;</li> <li>3. Aspirador manual montado ou rede de vácuo com frasco coletor de secreções e extensão;</li> <li>4. Sonda de aspiração ou sistema de aspiração fechado (Trach-care);</li> <li>5. Luvas de procedimento;</li> <li>6. Máscara, avental e óculos.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Preparar o material, levá-lo para a unidade e colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente;</li> <li>3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente, se consciente;</li> <li>4. Colocar máscara, avental e óculos;</li> <li>5. Calçar as luvas;</li> <li>6. Adaptar à rede de vácuo o frasco do aspirador;</li> <li>7. Conectar o látex estéril ao aspirador;</li> <li>8. Abrir o vácuo;</li> <li>9. Posicionar o paciente em decúbito elevado 30° a 45°;</li> <li>10. Introduzir a sonda até 20 cm;</li> </ol>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 966
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	<p>11. Aspirar o paciente com movimentos circulares não ultrapassando 10 segundos e descansar por 3 minutos entre uma e outra aspiração, para evitar hipóxia e arritmias;</p> <p>12. Anotar no prontuário: aspecto, cor e quantidade da secreção aspirada.</p> <p>13. Organizar o ambiente;</p> <p>14. Repor o material utilizado;</p> <p>15. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p>		
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ao abrir o vácuo, controlar a pressão exercida;</li><li>✓ Introduzir o Trach-care OU sonda de aspiração até a marca indicada, de acordo com seu número;</li><li>✓ A instilação de AD umidifica a secreção, facilitando a aspiração de rolhas.</li><li>✓ Observar: contraindicações, sinais de déficit respiratório (dispneia, agitação, cianose labial e rubor facial).</li></ul>		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 967
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 062 - MONTAGEM DE CAIXAS COM KITS PARA PROCEDIMENTOS	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	A montagem de caixas contendo kits de procedimentos tem o objetivo de padronizar o atendimento ao paciente, otimizando e sistematizando o atendimento, proporcionando maior conforto, rapidez e segurança para paciente e equipe.
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kit de Entubação;</li> <li>• Kit de Traqueostomia;</li> <li>• Kit de Intracath;</li> <li>• Kit de Duplo Lúmen;</li> <li>• Kit de Drenagem Torácica;</li> <li>• Kit de Sondagem Vesical de Demora;</li> <li>• Kit de Sondagem Nasogástrica/ Nasoenteral;</li> <li>• Kit de Flebotomia.</li> </ul>
<b>MÉTODO</b>	<p><b>Ao Enfermeiro competente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar escala de revezamento para conferência e reposição dos kits de procedimentos e afixá-la em local visível, em tempo hábil;</li> <li>2. Supervisionar cumprimento da escala de conferência dos kits;</li> <li>3. Anotar no livro de ocorrências e passar no plantão as intercorrências relacionadas.</li> <li>4. Checar no check-list anexado em cada caixa.</li> </ol> <p><b>Ao Técnico/ Auxiliar de Enfermagem competente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cumprir escala de conferência dos kits feita pelo Enfermeiro;</li> <li>2. Conferir rotineiramente os kits, repor as faltas e comunicar eventuais problemas.</li> <li>3. Repor o kit logo após o uso.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>➤ <b>KIT PARA ENTUBAÇÃO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adulto</b> - 2 cânulas orotraqueal nº 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;</li> <li>• <b>Infantil</b>-2 cânulas orotraqueal nº 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0;</li> </ul>


*M*  
*S*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 968
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neonatal - 2 cânulas orotraqueal nº 2.0, 2.5, 3.0, 3.5, 4.0;</li> <li>• Cânulas de Guedel nº 1, 2 e 3;</li> <li>• Ambu adulto com máscara e bag;</li> <li>• Cadarço;</li> <li>• Fio guia;</li> <li>• Seringa de 20 ml;</li> <li>• Sonda de aspiração nº 12, 14 e 16;</li> <li>• Lâmina de bisturi nº 23;</li> <li>• Laringoscópio completo;</li> <li>• 04 pilhas médias.</li> </ul> <p>➤ <b>KITS PARA TRAQUEOSTOMIA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Infantil e Neonatal</b> - 1 cânula sem balão nº 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5; 2 cânulas com balão nº 4.0, 4.5, 5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0;</li> <li>• <b>Adulto</b>- 2 cânulas com balão nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;</li> <li>• Lâminas de bisturi nº 23;</li> <li>• Fios de nylon 3.0;</li> <li>• Fios catgut nº 2.0</li> <li>• Seringa 20cc</li> <li>• Agulha 40x12, 13x4,5;</li> <li>• Xylocaína 2% S/V;</li> <li>• Pacote de gaze III;</li> <li>• Campo fenestrado;</li> <li>• Caixa de pequena cirurgia.</li> </ul> <p>➤ <b>KIT PARA INTRACATH:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Adulto, Infantil e Neonatal</b> Cada KIT é composto de:</li> <li>• Intracath adulto;</li> <li>• Intracath infantil;</li> </ul>
--	---

9 ④ 

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 969
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lâminas de bisturi nº 23;</li><li>• Fios de nylon 3.0;</li><li>• Seringa 20cc;</li><li>• Agulha 40x12, 13x4,5;</li><li>• Xylocaína 2% S/V;</li><li>• Pacote de gaze III;</li><li>• Campo fenestrado;</li><li>• Equipo macrogotas;</li><li>• Dânuilas;</li><li>• Luva estéril nº 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;</li><li>• Kit de sutura;</li><li>• Soro fisiológico 0,9% 500 ml;</li><li>• Esparadrapo/micropore.</li></ul> <p>➤ <b>KIT PARA PASSAGEM DE CATÉTER DUPLO LÚMEN:</b></p> <p>Cada KIT é composto de:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Catéter duplo lúmen;</li><li>• Lâminas de bisturi nº 23;</li><li>• Fios de nylon 3.0;</li><li>• Seringa 20cc;</li><li>• Agulha 40x12, 13x4,5;</li><li>• Xylocaína 2% S/V;</li><li>• Pacote de gaze III;</li><li>• Campo fenestrado;</li><li>• Equipo macrogotas;</li><li>• Dânuilas;</li><li>• Luva estéril nº 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;</li><li>• Kit de sutura;</li><li>• Soro fisiológico 0,9% 500 ml.</li></ul>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 970
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

➤ **KIT PARA DRENAGEM DE TÓRAX:**

Cada KIT é composto de:

- Kit dreno de tórax adulto;
- Frasco de drenagem;
- Lâminas de bisturi nº 23;
- Fios de nylon 3.0;
- Fios de nylon 2.0;
- H<sub>2</sub>O estéril 250 ml (selo d'água);
- Pacote de gaze III;
- Esparadrapo;
- Caixa de pequena cirurgia;
- Campo fenestrado;
- Xylocaína 2% S/V;
- Seringa 20cc;
- Agulha 40x12, 13x4,5.

➤ **KIT PARA SONDAGEM VESICAL DE DEMORA (SVD):**

Cada KIT é composto de:

- Sonda vesical de demora nº 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20;
- Coletor sistema fechado de urina;
- Seringa 20cc;
- Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;
- Água destilada;
- Pacote de gaze III;
- Xylocaína gel.

➤ **KIT PARA SONDAGEM NASOGÁSTRICA/ NASOENTERAL (SNG/SNE):**

Cada KIT é composto de:

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 971
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sonda gástrica nº 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20;</li><li>• Sonda enteral;</li><li>• Seringa 20cc;</li><li>• Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;</li><li>• Água destilada;</li><li>• Pacote de gaze III;</li><li>• Xylocaína gel;</li><li>• Extensão de látex;</li><li>• Bolsa coletora descartável;</li><li>• Esparadrapo/micropore.</li></ul> <p>➤ <b>KIT PARA FLEBOTOMIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Caixa de pequena cirurgia;</li><li>• Catéter para Flebotomia;</li><li>• Foco auxiliar;</li><li>• Soro Fisiológico 0,9%500ml;</li><li>• Equipo macrogotas;</li><li>• Dánula;</li><li>• Campo fenestrado estéril;</li><li>• Luva estéril nº 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5;</li><li>• Seringa de 20cc;</li><li>• Agulha 40x12, 30x8, 13x4,5;</li><li>• Xylocaína 2% S/V;</li><li>• Pacote de gaze III;</li><li>• Fio nylon 3.0;</li><li>• Fio nylon 2.0;</li><li>• Esparadrapo/micropore.</li></ul>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 972
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Os materiais devem ser de tamanho adequado ao perfil dos pacientes do setor, destacando-se que no carrinho de emergência estes materiais também estão previstos.</li><li>✓ Para os procedimentos de traqueostomia, passagem de catéter de duplo lúmen, drenagem de tórax e sondagem vesical de demora, o material deverá ser montado preferencialmente em bandejas, recoberto em plástico e selado.</li></ul>		

g s mf

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 973
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

**POP 063 - PREPARO PARA ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL**

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É utilizado nas unidades de tratamento intensivo em pacientes graves que necessitam de auxílio para a manutenção da respiração. A atuação de enfermagem tem o objetivo de auxiliar o Médico na passagem de um tubo através da boca ou nariz por dentro da traqueia até o pulmão.</p> <p>Tem a finalidade de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer uma via aérea quando o paciente está tendo dificuldade respiratória e não pode ser tratado por métodos mais simples;</li> <li>• Assistir a ventilação de pacientes que não podem manter uma via aérea adequada, por si mesmos;</li> <li>• Promover uma via aérea para aspiração de secreções da árvore pulmonar.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de Entubação Orotraqueal conforme <b>POP 062</b>;</li> <li>2. Luvas de procedimento;</li> <li>3. EPIs: Avental, gorro, máscara descartável e óculos de proteção;</li> <li>4. Filtro;</li> <li>5. Estetoscópio;</li> <li>6. Sistema fechado de aspiração orotraqueal ou sonda de aspiração de vários calibres;</li> <li>7. Respirador artificial.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material e levar à cabeceira do paciente;</li> <li>3. Auxiliar o Médico durante o procedimento;</li> <li>4. Testar a insuflação do cuff (10cc de ar), utilizando seringa de 20ml;</li> <li>5. Oferecer cânula de calibre adequado após teste de cuff;</li> <li>6. Oferecer laringoscopia já testada e com a lâmina;</li> <li>7. Oferecer estetoscópio;</li> <li>8. Insuflar o cuff com 10cc de ar;</li> <li>9. Conectar a cânula ao ambu e proceder a oxigenação manual;</li> </ol>

*[Handwritten signatures and initials]*



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 974
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	10. Fixar a cânula com cadarço ou tensoplast; 11. Conectar a cânula ao respirador; 12. Retirar as luvas; 13. Organizar o ambiente; 14. Higienizar as mãos; 15. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).		
OBSERVAÇÕES	✓ Após o procedimento, organizar a bandeja, repondo todo o material que foi utilizado. ✓ Organizar o ambiente.		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 975
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 064 - TROCA DE CIRCUITOS DOS RESPIRADORES	
<b>AGENTES</b>	Fisioterapeutas, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É a realização de troca dos circuitos do respirador em uso com o objetivo de manter o circuito limpo, a fim de evitar infecções.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ambu;</li> <li>2. Luvas estéreis;</li> <li>3. Circuito esterilizado.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verificar na folha de procedimentos invasivos a data da troca do circuito do respirador;</li> <li>2. Lavar as mãos;</li> <li>3. Calçar as luvas;</li> <li>4. Retirar o circuito usado;</li> <li>5. Observar a necessidade de ventilação manual com ambu, entre a troca do circuito;</li> <li>6. Colocar o circuito estéril;</li> <li>7. Encaminhar o circuito usado para desinfecção.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A troca deve ser feita conforme padronização:</li> <li>• Ausência de filtro higroscópico: a cada 07 dias.</li> <li>• Com filtro higroscópico: quando apresentar sujidade e mau funcionamento.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 976
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

**POP 065 - PREPARO PARA TRAQUEOSTOMIA**

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Fisioterapeutas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É um procedimento cirúrgico no qual é feita uma abertura na traqueia, realizada pelo Médico. Pode ser temporária ou permanente.</p> <p><b>Indicações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contornar uma obstrução da via aérea superior;</li> <li>• Remover secreções traqueobrônquicas;</li> <li>• Permitir uso de ventilação mecânica;</li> <li>• Prevenir a aspiração de secreções orais ou gástricas em pacientes inconscientes ou paralisados;</li> <li>• Substituir a cânula endotraqueal.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de Traqueostomia conforme <b>POP 062</b>;</li> <li>2. EPIs: gorro, avental, máscara descartável e óculos de proteção;</li> <li>3. Campos cirúrgicos (LAP);</li> <li>4. Foco auxiliar;</li> <li>5. Almotolia de PVPI solução;</li> <li>6. Micropore e cadarço para fixação;</li> <li>7. Mesa de Mayo.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir todo o material;</li> <li>3. Orientar o paciente sobre o procedimento, se consciente;</li> <li>4. Colocar o paciente em decúbito dorsal com hiperextensão do pescoço;</li> <li>5. Ajustar o foco;</li> <li>6. Auxiliar o Médico durante todo o procedimento, fornecendo materiais e equipamentos;</li> <li>7. Fazer a fixação da cânula de traqueostomia com cadarço;</li> <li>8. Colocar o paciente em posição semi-fowler após o procedimento;</li> <li>9. Repor o material utilizado;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 977
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	10. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).		
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Organizar o ambiente após o procedimento. <input checked="" type="checkbox"/> Organizar bandeja repondo todos os materiais utilizados, após o procedimento.		

9  

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 978
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 066 - LIMPEZA DE CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Tem o objetivo de manter a permeabilidade das vias aéreas, prevenir a formação de rolhas ou tampão e promover alívio respiratório.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Luvas estéreis;</li> <li>3. Luvas de procedimento;</li> <li>4. Gazes estéreis;</li> <li>5. Cuba rim;</li> <li>6. Cadarço para fixação da cânula;</li> <li>7. Espátula ou escovinha individual para higiene da traqueostomia;</li> <li>8. Água destilada;</li> <li>9. Solução antisséptica degermante;</li> <li>10. Solução fisiológica 0,9%;</li> <li>11. Biombo;</li> <li>12. EPIs (óculos de proteção, gorro, capote e máscara descartável).</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>2. Explicar o procedimento e seu objetivo ao paciente e/ou acompanhante;</li> <li>3. Verificar a prescrição do paciente;</li> <li>4. Higienizar as mãos;</li> <li>5. Separar, preparar e levar o material para a unidade do paciente;</li> <li>6. Disponibilizar todo o material, preparando na cuba rim e água destilada com solução antisséptica;</li> <li>7. Colocar os EPIs: óculos, gorro, capote e máscara descartável e capote, se necessário;</li> <li>8. Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>9. Colocar o paciente em posição segura e confortável, de preferência em posição Fowler;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 979
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Soltar o cadarço cuidadosamente para que não desloque a cânula, sem retirar da cânula;</li><li>11. Retirar o curativo sujo e desprezá-lo no saco de lixo adequado;</li><li>12. Remover as luvas de procedimento e desprezá-las em local apropriado;</li><li>13. Higienizar as mãos;</li><li>14. Calçar as luvas estéreis;</li><li>15. Segurar com uma das mãos (dominante) a cânula interna e girar ao encontro da trava de liberação;</li><li>16. Retirar a cânula interna colocando na cuba rim, imersa por alguns minutos em água destilada com solução antisséptica degermante;</li><li>17. Proceder a limpeza do lúmen, introduzindo a gaze estéril embebida com soro fisiológico a 0,9% com o auxílio de uma escovinha; caso não disponha desse material, usar gazes úmidas com água destilada e espátula na cânula interna;</li><li>18. Repetir até que a gaze saia limpa;</li><li>19. Fazer a limpeza da parte externa;</li><li>20. Enxaguar com soro fisiológico e secar a cânula interna com gaze estéril;</li><li>21. Reintroduzir a cânula interna (girando a trava no sentido horário) certificando-se que o sistema está travado;</li><li>22. Retirar cuidadosamente o cadarço de fixação da cânula externa, substituindo-o imediatamente por outro cadarço;</li><li>23. Manter a região Peri-estoma seca, colocando gazes dobradas ao meio, para proteção entre a cânula e a pele do paciente;</li><li>24. Deixar o paciente seguro, confortável e o local em ordem;</li><li>25. Desprezar o material usado no expurgo;</li><li>26. Retirar as luvas e higienizar as mãos;</li><li>27. Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e consistência da secreção, se houver.</li></ol>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 980
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	28. Realizar anotação de enfermagem assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).		
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ O procedimento executado deve ser repetido quantas vezes forem necessárias, até que seja observada a remoção das crostas e exsudato.</li><li>✓ A água destilada não poderá ser substituída por água da torneira, apenas por solução fisiológica estéril;</li><li>✓ Não é recomendado cortar as gazes devido ao risco de penetração de "fios" na cânula de estoma, além da necessidade de utilizar tesoura estéril para evitar contaminação das gazes a serem utilizadas.</li><li>✓ Deve-se tomar cuidado para não apertar o cadarço no pescoço do paciente, a fim de evitar lesões de pele e possíveis desconfortos;</li><li>✓ Há necessidade de fixar o cadarço para que não ocorra saída de cânula ou deslocamento durante episódio de tosse.</li><li>✓ Se desconforto respiratório, comunicar ao Enfermeiro.</li></ul>		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 981
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

**POP 067 - RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR (RCP)**

<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A reanimação cardiopulmonar, ressuscitação cardiopulmonar (RCP) ou reanimação cardiorrespiratória (RCR) é um conjunto de manobras destinadas a garantir a oxigenação dos órgãos quando a circulação do sangue de uma pessoa para parada cardiorrespiratória (PCR).</p> <p>Nesta situação, se o sangue não é bombeado para os órgãos vitais, como o cérebro e o coração, esses órgãos acabam por entrar em necrose, pondo em risco a vida da pessoa.</p>
<b>RECURSOS</b>	Carrinho de Emergência equipado e conferido.
<b>MÉTODO</b>	<p>➤ <b>Respiração:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afrouxe as roupas da vítima, principalmente em volta do pescoço, peito e cintura;</li> <li>2. Verifique se há qualquer coisa ou objeto obstruindo a boca ou garganta da vítima;</li> <li>3. Inicie a respiração de socorro tão logo tenha a vítima sido colocada na posição correta. Cada segundo é precioso.</li> </ol> <p>➤ <b>Massagem cardíaca:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coloque a vítima deitada de costas sobre superfície dura;</li> <li>2. Coloque suas mãos sobrepostas na metade inferior do esterno com os braços estendidos, sem flexionar os cotovelos;</li> <li>3. Faça a seguir uma pressão, com a região hipotênar da mão, com bastante vigor, para que se abaixe o esterno, comprimindo o coração de encontro à coluna vertebral;</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequência: 100 a 120 compressões/ minuto;</li> <li>• Profundidade: no mínimo 5cm (2 polegadas).</li> <li>• Evitar compressões com profundidade maior que 6 cm (2,4 polegadas).</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Permitir o retorno total do tórax após cada compressão.</li> </ol>



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 982
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Não apoiar-se sobre o tórax entre as compressões. Minimizar as interrupções nas compressões. Não interromper as compressões por mais de 10 segundos.</li><li>✓ De 4 a 6 minutos já pode ocorrer dano cerebral. Após 6 minutos o dano cerebral é praticamente certo.</li><li>✓ De acordo com a orientação da American Heart Association (AHA), a equipe de atendimento deve dispor de 5 elementos assim distribuídos:<ul style="list-style-type: none"><li>• 1 (um) na ventilação;</li><li>• 1 (um) na compressão torácica;</li><li>• 1 (um) anotador de medicamentos e de tempo;</li><li>• 1 (um) na manipulação dos medicamentos;</li><li>• 1 (um) no comando, próximo ao monitor/ECG.</li></ul></li><li>✓ Dentro da realidade da nossa Instituição, procuramos padronizar as funções dessas pessoas com atribuições mais específicas, tornando o atendimento mais eficiente e rápido.</li></ul> <p>➤ <b>Medicamentos mais utilizados na PCR</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b><u>Epinefrina</u></b> – vasopressor para ressuscitação, pode ser utilizada logo após o início da PCR devido a um ritmo não chocável;</li><li>• <b><u>Lidocaína e Amiodarona</u></b> – ambas são indicadas para evitar recorrência da fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso;</li><li>• <b><u>Difosfato de Adenosina</u></b> – A adenosina é recomendada como segura e potencialmente eficaz para o tratamento e o diagnóstico inicial da taquicardia de complexo largo monomórfica regular indiferenciada.</li><li>• <b><u>Beta bloqueadores</u></b> – indicada para tratamento pós-PCR por FV ou TVSP, pois está relacionado com maior probabilidade de</li></ul>
-------------	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 983
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>sobrevivência. No entanto, devem ser avaliados caso a caso, pois podem ocasionar uma grave instabilidade hemodinâmica, exacerbar a bradiarritmia e insuficiência cardíaca. Alguns pacientes que já eram cardiopatas e faziam uso de Beta-bloqueadores antes, pode ser indicado manter a prescrição para melhor prognóstico.</p>
--	--

*[Handwritten signatures]*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>	<b>Página 984</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>	
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>

<b>POP 068 - PREPARO PARA PASSAGEM DE INTRACATH</b>	
<b>AGENTE</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>Consiste na passagem de catéter através de agulha, para acesso venoso central em jugular interna, subclávia e femural. Executado por Médico.</p> <p><b><u>Indicado nos seguintes casos:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impossibilidade de punção de veias periféricas;</li> <li>• Monitorização hemodinâmica;</li> <li>• Administração de soluções hipertônicas ou altamente irritantes, inclusive para nutrição parenteral;</li> <li>• Suporte para infusão rápida de fluidos;</li> <li>• Hemodiálise;</li> <li>• Monitorização de PVC.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de Intracath conforme <b>POP 062</b>;</li> <li>2. PVPI tópico solução;</li> <li>3. Máscara descartável, avental e óculos de proteção.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>2. Reunir todo material;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça inclinada a 150° abaixo do tronco, voltada para o lado oposto à punção e os MMSS ao longo do corpo, se possível;</li> <li>5. Auxiliar o Médico, fornecendo materiais solicitados;</li> <li>6. Fazer curativo oclusivo no local, ao final do procedimento;</li> <li>7. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	✓ Repor todo o material utilizado na bandeja.

g @ mf

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 985
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 069 - PREPARO PARA PASSAGEM DE FLEBOTOMIA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É um procedimento cirúrgico no qual um catéter é inserido em uma veia para que, através deste, fluidos possam ser injetados.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de Flebotomia conforme <b>POP 062</b>;</li> <li>2. Máscara descartável;</li> <li>3. Avental estéril de mangas longas;</li> <li>4. Óculos de proteção;</li> <li>5. PVPI tópico.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>2. Fazer tricotomia do local da dissecação, se necessário;</li> <li>3. Reunir todo material;</li> <li>4. Lavar as mãos;</li> <li>5. Auxiliar o Médico no procedimento de instalação do catéter venoso, fornecendo material quando solicitado;</li> <li>6. Conectar o equipo de soro à extremidade distal do catéter;</li> <li>7. Atentar para a fixação do catéter;</li> <li>8. Fazer anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar o curativo com data, horário e nome do profissional que realizou o procedimento.</li> <li>✓ Observar, comunicar e anotar presença de sangramento, hematoma local, presença de sinais flogísticos ou cianose do membro cateterizado.</li> <li>✓ Repor o material utilizado.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 986
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 070 - PREPARO PARA DRENAGEM TORÁCICA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>É um procedimento cirúrgico realizado pelo Médico. Consiste na drenagem de líquido do espaço pleural, através de um dreno.</p> <p>Tem a finalidade de remover sólidos, líquidos ou gases do espaço pleural ou cavidade torácica e do espaço mediastino, além de promover a reexpansão pulmonar e restaurar sua função normal.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de drenagem de tórax conforme <b>POP 062</b>;</li> <li>2. PVPI solução degermante/tópica;</li> <li>3. EPIs: luvas de procedimento e estéreis, máscara, avental e óculos.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir todo o material;</li> <li>3. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>4. Fornecer material ao Médico, conforme solicitado;</li> <li>5. Após a colocação do dreno, conectá-lo à extensão do Bio-kit, onde o mariote deverá estar submerso em água destilada (aproximadamente 2,5cm abaixo do nível da água). O tubo curto deve ficar aberto para a atmosfera;</li> <li>6. Marcar o nível da água com esparadrapo do lado de fora do frasco, anotar data, hora e assinatura;</li> <li>7. Observar posicionamento da extensão, para não fazer alças ou interferir nos movimentos do paciente;</li> <li>8. Observar a flutuação do nível da água;</li> <li>9. Colocar o frasco do dreno abaixo do nível do tórax, fazer uso de pinças hemostáticas, no caso de transporte do paciente;</li> <li>10. Realizar anotação de Enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Repor todo material utilizado na bandeja de drenagem de tórax.</li> <li>✓ Organizar o ambiente.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 987
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 071 - CUIDADOS COM DRENO DE TÓRAX	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Drenos são tubos colocados no interior de uma cavidade, visando permitir a saída de ar, fluidos (sangue, soro, linfa), evitando e prevenindo complicações relacionadas às diversas cirurgias.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bandeja;</li> <li>2. Fita adesiva hipoalergênica;</li> <li>3. Luvas estéreis ou instrumental estéril;</li> <li>4. Pacotes de gaze estéril;</li> <li>5. Soro Fisiológico 0,9%;</li> <li>6. Fita adesiva para identificação do frasco;</li> <li>7. Luvas de procedimento.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a higienização das mãos;</li> <li>2. Acomodar o paciente no leito;</li> <li>3. Retirar curativo externo;</li> <li>4. Observar e anotar o aspecto e quantidade de exsudato drenado ao redor da inserção do dreno e comunicar ao Enfermeiro;</li> <li>5. Trocar diariamente o curativo e sempre que necessário, seguindo prescrição médica/Enfermeiro;</li> <li>6. Realizar anotação de Enfermagem.</li> </ol> <p>➤ <b>Técnica de troca de selo D'água</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar a higienização das mãos;</li> <li>2. Reunir o material em uma bandeja;</li> <li>3. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>4. Calçar luvas de procedimento;</li> <li>5. Clampear o dreno próximo ao tórax;</li> <li>6. Medir a quantidade de líquido no frasco;</li> <li>7. Despejar o líquido do frasco em local apropriado;</li> <li>8. Lavar o frasco com solução fisiológica a 0,9%;</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 988
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>9. Colocar a solução fisiológica a 0,9% no frasco até assegurar a imersão de aproximadamente 2cm da ponta do tubo de drenagem;</p> <p>10. Fechar o frasco, observando se está bem vedado;</p> <p>11. Marcar o nível original de líquido com uma fita adesiva hipoalérgica aderida verticalmente ao lado externo do frasco de drenagem;</p> <p>12. Anotar a data, volume, responsável e hora da troca;</p> <p>13. Desclampar o dreno, mantendo o frasco de drenagem abaixo do nível do paciente;</p> <p>14. Observar se há oscilação e drenagem e, se necessário, fazer ordenha na extensão;</p> <p>15. Posicionar o frasco, evitando formação de alças ou cotovelos e deixar sob a cama, abaixo do nível do tórax e protegido de quedas acidentais;</p> <p>16. Retirar as luvas de procedimento;</p> <p>17. Higienizar as mãos;</p> <p>18. Recolher o material do leito;</p> <p>19. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Identificar o curativo com data, hora e nome do profissional que realizou;</li> <li>✓ Deverá ser feito o curativo do dreno com técnica de curativo cirúrgico;</li> <li>✓ Manter a permeabilidade, visando garantir uma drenagem eficiente;</li> <li>✓ Registrar corretamente os dados relacionados à drenagem em prontuário;</li> <li>✓ Observar fixação do dreno, verificando se não há algum orifício exteriorizado;</li> <li>✓ A cada 6 horas monitorar curativo do dreno pleural, características dos sons respiratórios, sinais de enfisema subcutâneo, característica e quantidade do líquido drenado.</li> </ul>	

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 989
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Durante a troca da drenagem pleural (selo d' água), a extensão deverá permanecer clampeada;</li><li>✓ Realizar e manter a técnica asséptica durante o procedimento para não contaminar o sistema de drenagem;</li><li>✓ Evitar o clampeamento prolongado do dreno pleural risco de provocar pneumotórax hipertensivo ou enfisema subcutâneo;</li><li>✓ Se dreno oscilante, verificar se há obstrução do sistema de drenagem;</li><li>✓ Realizar a troca de curativo sempre que necessário e comunicar ao Enfermeiro se alteração.</li></ul>
--	---



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 990
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 072 - CONTROLE DE DRENAGENS (SONDAS E DRENOS)	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>Tem o objetivo de controlar secreções drenadas observando características e seu volume.</p> <p>Existem muitos tipos de drenos como o de Penrose, de Kher utilizados em cirurgias da via biliar, drenos fechados de pressão negativa que é uma bolsa sanfonada que cria um vácuo e aspira continuamente a secreção, drenos de tórax utilizados na cavidade torácica, para retirar pus, ar, sangue, etc.</p> <p>Os <b>drenos</b> devem ser cuidadosamente manipulados para que não seja alterado o fluxo das secreções e também para que não desloque ou retire o dreno acidentalmente causando desconforto e dor ao paciente.</p> <p>As <b>sondas</b> utilizadas no paciente podem ser vesical, nasogástrica, orogástrica, retal, gastrostomia, etc.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bandeja contendo:</li> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Óculos de proteção;</li> <li>3. Saco coletor graduado.</li> </ul>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente.</li> <li>3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;</li> <li>4. Calçar as luvas;</li> <li>5. Desprezar o material drenado no saco coletor graduado;</li> <li>6. Desprezar as luvas;</li> <li>7. Lavar as mãos;</li> <li>8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Anotações do prontuário relativas a drenos:</b></li> <li>✓ Anotar a localização e tipo de dreno (Kher, Penrose, tórax, etc.);</li> <li>✓ Anotar o débito (volume, cor, aspecto, etc.);</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 991
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fazer a troca de coletor, especificando o horário;</li> <li>✓ Observar o aspecto de inserção (hiperemia, lesão, ressecamento, presença de exsudato, condições gerais de pele);</li> <li>✓ Anotar o tipo de curativo da inserção (se houver): oclusivo, aberto, limpo, seco e compressivo;</li> <li>✓ Anotar o tipo de fixação do dreno;</li> <li>✓ Observar e anotar as queixas referidas pelo paciente com relação ao dreno (dor, prurido, etc.).</li> </ul> <p>➤ <b>Anotações do prontuário relativas a sondas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ É importante inicialmente, observar a localização e tipo de sonda (nasogástrica, nasoenteral, vesical, retal) e assim:</li> <li>✓ Anotar o débito (volume, cor, aspecto, etc.) A secreção gástrica é clara e viscosa. O aspecto marrom ou esverdeado sugere estase gástrica e refluxo de bile;</li> <li>✓ Fazer a troca de coletor, especificando o horário, sempre que necessário;</li> <li>✓ Observar o aspecto de inserção se há presença de hiperemia, lesão, ressecamento, quais as condições gerais de pele;</li> <li>✓ Fazer curativo com técnica asséptica;</li> </ul> <p>Observar e anotar as queixas referidas pelo paciente com relação à sonda (dor, prurido, etc.).</p>
--	--

<b>POP 073 - SONDA GÁSTRICA</b>	
<b>AGENTES</b>	Privativo do Enfermeiro
<b>CONCEITO</b>	Consiste na introdução de uma sonda gástrica através da narina ou boca até o estômago, com a finalidade de drenagem do conteúdo gástrico, lavagem gástrica, administração de medicamentos e alimentação.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 992
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	Está indicada para pré ou pós-operatório, impossibilidade de deglutição por motivos físicos ou psiquiátricos, distensão abdominal.	
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de Sondagem Nasogástrica conforme <b>POP 063</b>;</li> <li>2. Espadrado ou micropore;</li> <li>3. Luvas de procedimento;</li> <li>4. Estetoscópio;</li> <li>5. Toalha de papel descartável.</li> </ol>	
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>2. Colocar o paciente (se consciente), em posição de Fowler;</li> <li>3. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente e finalidade da sonda;</li> <li>4. Remover dentaduras, se necessário;</li> <li>5. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis;</li> <li>6. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifoide, marcando-a neste local com esparadrapo;</li> <li>7. Lubrificar a narina do paciente com lidocaína gel;</li> <li>8. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína gel;</li> <li>9. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário auxiliá-lo (em caso de paciente consciente);</li> <li>10. Introduzir a sonda pela narina do paciente, fazendo movimentos para cima e para trás;</li> <li>11. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente (se consciente) que faça movimento de deglutição;</li> <li>12. Introduzir a sonda até o ponto demarcado;</li> <li>13. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20ml no adulto e 5 a 10ml na criança) realizando ausculta com estetoscópio na região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído de ar no estômago; também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico;</li> <li>14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente;</li> </ol>	

*Handwritten signatures and initials in blue ink.*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 993
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	15. Retirar as luvas; 16. Lavar as mãos; 17. Manter a sala em ordem; 18. Realizar evolução de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).	
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Caso a sonda Nasogástrica seja aberta, adicione extensão e saco coletor.</li><li>✓ Sempre confirmar o posicionamento da sonda nasogástrica ou nasoenteral antes da introdução de medicações ou alimentos, aspirando o conteúdo gástrico; se exceder 50ml, deixar a sonda aberta e informar ao Enfermeiro.</li><li>✓ Em caso de obstrução da sonda, injetar água filtrada, com pressão moderada, em seringa de 5ml ou 10ml.</li><li>✓ Infundir 20ml de água filtrada após a introdução de alimentação ou medicação para que não fiquem resíduos aderidos à sua parede.</li></ul>	

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 994
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 074 - SONDAGEM NASOENTERAL	
<b>AGENTES</b>	Privativo do Enfermeiro
<b>CONCEITO</b>	<p>As sondas enterais são feitas de silicone, borracha ou poliuretano, possuem fino calibre e grande flexibilidade.</p> <p><u>Vantagens:</u> reduz a irritação orofaríngea, a necrose pela pressão na parede do esôfago e traqueia, reduz o risco de lesão da cárdia e irritação esofágica distal e o desconforto ao engolir.</p> <p>Para facilitar a passagem, algumas são carregadas de tungstênio e algumas necessitam de um fio metálico (guia ou mandril) para evitar que enrolem na região posterior da garganta.</p> <p>Possuem marcas radiopacas e peso na parte distal.</p> <p>Tem o objetivo de obter via de acesso para administração da nutrição com a sonda em posição pós-pilórica.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit para Sondagem Nasoenteral conforme POP 062;</li> <li>2. Luvas de procedimento;</li> <li>3. Papel toalha;</li> <li>4. Estetoscópio;</li> <li>5. Biombo, se necessário;</li> <li>6. Máscara descartável e óculos de proteção.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Reunir todo material em bandeja e levar ao quarto;</li> <li>3. Confirmar o paciente e o procedimento a ser realizado (confirmar se a localização necessária é pós-pilórica);</li> <li>4. Explicar o procedimento ao paciente, ou a família e/ou ao cuidador;</li> <li>5. Promover a privacidade do paciente, colocando biombo;</li> <li>6. Colocar o paciente em posição sentado, elevar a cabeceira da cama;</li> <li>7. Higienizar as mãos;</li> <li>8. Calçar as luvas de procedimento, colocar a máscara descartável e óculos de proteção;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 995
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ol style="list-style-type: none"><li>9. Solicitar ao paciente que faça (ou faça por ele) a higiene das narinas com gazes;</li><li>10. Perguntar ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenoide);</li><li>11. Examinar as narinas para detectar possíveis anormalidades;</li><li>12. Perguntar ao paciente sobre preferência (narina D ou E);</li><li>13. Proteger o tórax com papel toalha;</li><li>14. Medir a extensão da sonda que será da seguinte forma: da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, deste ponto ao apêndice xifoide. Marcar esta medida na sonda com adesivo;</li><li>15. Injetar água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for pré-lubrificada);</li><li>16. Reintroduzir o fio guia na sonda;</li><li>17. Aplicar gel lubrificante na narina do paciente (cerca de 3ml);</li><li>18. Aplicar o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze;</li><li>19. Solicitar ou auxiliar o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote;</li><li>20. Solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda pela epiglote;</li><li>21. Retornar a cabeça para a posição ereta;</li><li>22. Continuar introduzindo a sonda com suavidade até a marca;</li><li>23. Conectar uma seringa de 20 ml, aspirar o conteúdo gástrico injetar de 10 a 20ml de ar pela sonda e auscultar simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da sonda (gástrica);</li><li>24. Abaixar a cabeceira da cama e posicionar o paciente em decúbito lateral direito (se possível);</li></ol>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 996
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<p>25. Retirar o adesivo da sonda (marca) e introduzir mais 10 a 15cm, considerando o porte físico do paciente;</p> <p>26. Retirar o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;</p> <p>27. Injetar 20ml de ar e observar o retorno menor que 10ml e com dificuldade;</p> <p>28. Fazer a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz;</p> <p>29. Retirar as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção;</p> <p>30. Deixar o paciente confortável;</p> <p>31. Recolher o material, mantendo a unidade organizada;</p> <p>32. Descartar os resíduos e proceder a desinfecção da bandeja;</p> <p>33. Higienizar as mãos;</p> <p>34. Encaminhar o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguardar para que seja realizado no leito. Certificar-se que o RX seja avaliado pelo Médico, confirmando a localização da sonda e liberado para uso;</p> <p>35. Aguardar 2 horas e solicitar novo RX para confirmar posição enteral.</p>	
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>✓ Pacientes com alteração do nível de consciência poderão não apresentar esses sinais, mesmo com a sonda posicionada no pulmão.</p> <p>➤ Localização da sonda (testes):</p> <p>✓ Teste 1: Pedir ao paciente para falar HUMM;</p> <p>✓ Teste 2: Examinar a parede posterior da faringe, com lanterna;</p> <p>✓ Teste 3: Conectar a seringa à sonda e aspirar verificando se reflui conteúdo. Se não for obtido o conteúdo gástrico, colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo (DLE) e aspirar normalmente;</p> <p>✓ Teste 4: Conectar a seringa à extremidade da SNG. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre o hipocôndrio e, imediatamente</p>	

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 997
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>abaixo do rebordo costal. Injetar 15 a 20 cm<sup>3</sup> de ar, enquanto ausculta o abdome do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Teste 5: utilizando de fitas reagentes medir o Ph do conteúdo gástrico.</li><li>✓ Ponto de decisão crítica: A ausculta já não é mais considerada um método confiável para verificar a colocação da sonda, pois uma sonda colocada inadvertidamente nos pulmões, na faringe ou no esôfago pode transmitir um som semelhante ao da entrada de ar no estômago (POTTER, 2005)</li></ul> <p>➤ Fixação da sonda</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Quando a sonda estiver colocada corretamente, fechar sua extremidade ou conectá-la à borracha de látex e bolsa coletora, se para finalidade de drenagem;</li><li>• Desengordurar a pele água e sabão no local da fixação. (benzina: avaliar risco-benefício);</li><li>• Fixar a sonda: com um pedaço de fita hipoalergênica de ± 08 cm de comprimento, dividir esta tira ao meio longitudinalmente até aproximadamente 4cm. Prender a outra extremidade no dorso do nariz e enrolar os cm das tiras em torno da sonda, no ponto onde ela emergir da narina. É a fixação ideal.</li><li>• Com auxílio de um canudo de material transparente ou tira de esparadrapo, fazer a marca feita anteriormente na sonda para medir a distância de introdução da mesma, e fixar também sobre a região frontal.</li><li>• Na criança, fixar no nariz ou na face do mesmo lado da narina onde foi introduzida a sonda, sempre com esparadrapo hipoalergênico.</li></ul>
--	---



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 998
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
<b>POP 075 - TROCA DA FIXAÇÃO DA SONDA NASOGÁSTRICA E NASOENTERAL</b>			
<b>AGENTE</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem		
<b>CONCEITO</b>	Consiste na troca da fixação da sonda com o objetivo de manter o posicionamento correto da sonda.		
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bolas de algodão;</li> <li>2. Álcool a 70%;</li> <li>3. Tesoura;</li> <li>4. Micropore/esparadrapo;</li> <li>5. Luvas de procedimento.</li> </ol>		
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos;</li> <li>2. Reunir o material e levar à unidade do paciente;</li> <li>3. Orientar o paciente sobre o procedimento;</li> <li>4. Calçar as luvas;</li> <li>5. Retirar a oleosidade da pele do paciente, com algodão e álcool;</li> <li>6. Cortar uma tira de bandagem elástica porosa ou esparadrapo com aproximadamente 1cm de largura e 5cm de comprimento;</li> <li>7. Passar a tira dando uma volta ao redor da sonda, prendendo-a no nariz;</li> <li>8. Confirmar a sondagem gástrica e desengordurar a pele da testa e do nariz com gaze III;</li> <li>9. Fixar a sonda com micropore;</li> <li>10. Conectar uma extensão e saco coletor na extremidade da sonda ou manteria sonda fechada, conforme prescrição médica;</li> <li>11. Retirar e desprezar as luvas de procedimento;</li> <li>12. Deixar a unidade do paciente em ordem;</li> <li>13. Lavar as mãos;</li> <li>14. Fazer anotação do procedimento no prontuário, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>		
<b>OBSERVAÇÕES</b>	✓ Realizar a troca da fixação sempre que apresentar sujidade ou a cada 72horas.		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 999
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 076 - CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO	
<b>AGENTES</b>	Privativo do Enfermeiro
<b>CONCEITO</b>	Consiste na inserção de catéter estéril através da uretra até a bexiga, para drenar a urina.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Luvas estéreis;</li> <li>3. Sonda uretral estéril descartável (nº 8 a 12);</li> <li>4. Almotolia com solução asséptica estéril;</li> <li>5. Compressas de gaze estéril;</li> <li>6. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, Pinça cheron);</li> <li>7. Campo fenestrado;</li> <li>8. Lençol;</li> <li>9. Material para higiene íntima;</li> <li>10. Lidocaína gel estéril;</li> <li>11. Seringa de 20ml;</li> <li>12. Biombo.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p align="center"><b><u>Paciente do sexo feminino</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento e sua finalidade à paciente;</li> <li>2. Reunir o material;</li> <li>3. Colocar biombos em volta da cama;</li> <li>4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;</li> <li>5. Colocar a paciente em posição ginecológica;</li> <li>6. Realizar a higiene íntima;</li> <li>7. Lavar as mãos;</li> <li>8. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;</li> <li>9. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;</li> <li>10. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de alívio e gazes;</li> </ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1000
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<ol style="list-style-type: none"><li>11. Desinfetar o lacre do tubo de Xylocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze;</li><li>12. Calçar as luvas estéreis;</li><li>13. Lubrificar a sonda com Xylocaína;</li><li>14. Pegar com auxílio da pinça gaze embebida em solução asséptica;</li><li>15. Limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento;</li><li>16. Limpar com um movimento único e firme os grandes lábios do lado mais distante para o lado mais próximo, de cima para baixo, desprezando a gaze para cada movimento;</li><li>17. Colocar o campo fenestrado sobre o períneo;</li><li>18. Afastar os grandes lábios para expor meato uretral e, com a mão não dominante, limpar os pequenos lábios da mesma forma. A mão não dominante será agora considerada contaminada;</li><li>19. Limpar o meato com movimento uniforme, obedecendo a direção meato uretral-ânus, sem tirar a mão não dominante do local. Se os lábios forem soltos acidentalmente, repetir o processo de limpeza;</li><li>20. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;</li><li>21. Depois de esvaziar a bexiga, pressionar o catéter entre o polegar e o dedo indicador para evitar que a urina permaneça na uretra. Remover delicadamente o catéter;</li><li>22. Posicionar a paciente confortavelmente;</li><li>23. Recolher o material do cateterismo;</li><li>24. Deixar a sala em ordem;</li><li>25. Lavar as mãos;</li><li>26. Registrar o procedimento. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina.</li></ol>
--	--

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1001
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

<u>Paciente do sexo masculino</u>	
	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;</li><li>2. Reunir o material;</li><li>3. Colocar biombos em volta da cama;</li><li>4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;</li><li>5. Realizar a higiene íntima;</li><li>6. Lavar as mãos;</li><li>7. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;</li><li>8. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;</li><li>9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de alívio e gazes;</li><li>10. Desinfetar o lacre do tubo de Xylocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze;</li><li>11. Calçar as luvas estéreis;</li><li>12. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito;</li><li>13. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril, após, retrair o prepúcio, expondo a glândula com movimento circular sobre o meato, de dentro para fora;</li><li>14. Introduzir a sonda lubrificada dentro da uretra até que a urina flua;</li><li>15. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial;</li><li>16. Remover a sonda suavemente quando a urina parar de fluir;</li><li>17. Posicionar o paciente confortavelmente;</li><li>18. Recolher o material;</li><li>19. Lavar as mãos;</li><li>20. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li></ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1002
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	21. Manter ambiente de trabalho em ordem.
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Dar preferência para uso de sonda de polivinil descartável nº 6 a 12.</li><li>✓ Solução antisséptica Clorexidina aquosa 0,2% ou PVPI aquoso.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 1003
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

POP 077 - CATETERISMO VESICAL DE DEMORA	
<b>AGENTES</b>	Privativo do Enfermeiro
<b>CONCEITO</b>	É a introdução de uma sonda ou catéter por via uretral na bexiga com a finalidade de colher material para exames; aliviar a distensão vesical pela retenção urinária; esvaziar a bexiga no pré-operatório; controlar o volume urinário.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kit de Sondagem Vesical de Demora conforme POP 062</li> <li>2. Luvas de procedimento;</li> <li>3. PVPI tópico;</li> <li>4. Material para higiene íntima;</li> <li>5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, Pinça cheron);</li> <li>6. Lençol.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<p align="center"><b><u>Paciente do sexo feminino</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento e sua finalidade à paciente;</li> <li>2. Reunir o material;</li> <li>3. Colocar biombos em volta da cama;</li> <li>4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;</li> <li>5. Realizar a higiene íntima;</li> <li>6. Lavar as mãos;</li> <li>7. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;</li> <li>8. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;</li> <li>9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de Folley, gazes e seringa;</li> <li>10. Desinfetar o lacre do tubo de Xylocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa gaze;</li> <li>11. Calçar as luvas estéreis;</li> <li>12. Lubrificar a sonda com Xylocaína;</li> </ol>

7 @ M

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1004
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p>13. Pegar com auxílio da pinça, gaze embebida em solução asséptica;</p> <p>14. Limpar primeiramente o monte pubiano, no sentido transversal, com um movimento único e firme, utilizando sempre uma gaze para cada movimento;</p> <p>15. Limpar com um movimento único e firme os grandes lábios do lado mais distante para o lado mais próximo, de cima para baixo, desprezando a gaze para cada movimento;</p> <p>16. Colocar o campo fenestrado sobre o períneo;</p> <p>17. Afastar os grandes lábios para expor meato uretral e, com a mão não dominante, limpar os pequenos lábios da mesma forma. A mão não dominante será agora considerada contaminada;</p> <p>18. Limpar o meato com movimento uniforme, obedecendo a direção meato uretral-ânus, sem tirar a mão não dominante do local. Se os lábios forem soltos acidentalmente, repetir o processo de limpeza;</p> <p>19. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;</p> <p>20. Conectar à sonda o sistema coletor de urina fechado;</p> <p>21. Inflar o balonete com água destilada, conforme o fabricante da sonda;</p> <p>22. Posicionar a paciente confortavelmente;</p> <p>23. Recolher o material utilizado, deixando o quarto em ordem;</p> <p>24. Lavar as mãos;</p> <p>25. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina.</p> <p>26. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p> <p style="text-align: center;"><b><u>Paciente do sexo masculino</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Explicar o procedimento e sua finalidade ao paciente;</li><li>2. Reunir o material;</li><li>3. Colocar biombos em volta da cama;</li></ol>
--	--

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 1005</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lavar as mãos e calçar as luvas de procedimento;</li> <li>5. Realizar a higiene íntima;</li> <li>6. Lavar as mãos;</li> <li>7. Abrir o pacote de cateterismo sobre a mesa auxiliar, usando a técnica asséptica;</li> <li>8. Colocar a solução antisséptica estéril na cúpula;</li> <li>9. Colocar dentro do campo do cateterismo: sonda vesical de Folley, gazes e seringa;</li> <li>10. Desinfetar o lacre do tubo de Xylocaína com álcool 70%, perfurá-lo com agulha calibrosa e colocar uma pequena quantidade numa cúpula estéril;</li> <li>11. Pegar com auxílio da pinça, gaze embebida em solução asséptica;</li> <li>12. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril, após, retrair o prepúcio expondo a glândula com movimento circular sobre o meato, de dentro para fora;</li> <li>13. Calçar as luvas estéreis;</li> <li>14. Aspirar 5ml de Xylocaína e injetar no meato urinário;</li> <li>15. Introduzir delicadamente o catéter lubrificado no interior do meato uretral e observar se há uma boa drenagem urinária;</li> <li>16. Inflar o balonete com água destilada, conforme fabricante da sonda;</li> <li>17. Posicionar o paciente confortavelmente;</li> <li>18. Recolher o material utilizado, deixando o quarto em ordem;</li> <li>19. Lavar as mãos;</li> <li>20. Medir e anotar a quantidade, coloração e demais características da urina;</li> <li>21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
--	---

<b>OBSERVAÇÕES</b>	<p>✓ Usar sonda de Folley nº 12 a 20 para adultos e nº 08 a 10 para crianças ou de 3 vias caso seja necessário irrigação, conforme prescrição médica.</p>
--------------------	---



PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1006
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 078 - CONTROLE DE DIURESE ESPONTÂNEA	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Tem o objetivo de observar a função renal, compor o balanço hídrico, observar a ação das drogas, adequar às condutas terapêuticas, detectar precocemente sinais de complicações.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Compadre ou comadre;</li><li>2. Saco coletor graduado descartável;</li><li>3. Luvas de procedimento;</li><li>4. Óculos de proteção.</li></ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Higienizar as mãos;</li><li>2. Preparar o material e levar para a unidade, colocá-lo sobre a mesa de cabeceira do paciente;</li><li>3. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente;</li><li>4. Oferecer compadre ou comadre;</li><li>5. Calçar as luvas;</li><li>6. Desprezar a diurese no saco coletor graduado;</li><li>7. Elevar o saco coletor para proceder a leitura;</li><li>8. Ler o volume pela escala graduada do saco e observar características da urina contra a luz;</li><li>9. Desprezar a urina no vaso sanitário;</li><li>10. Retirar as luvas;</li><li>11. Higienizar as mãos;</li><li>12. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;</li></ol>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1007
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP- DIR/001/2000).
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Anotar quantidade e aspecto da diurese e comunicar ao Médico e Enfermeiro as alterações observadas.</li><li>✓ <b>Oligúria:</b> débito urinário menor que 400ml/24h ou menor que 30m/h.</li><li>✓ <b>Anúria:</b> débito urinário menor que 100ml/24h.</li><li>✓ <b>Normal:</b> débito urinário de 800 - 1.800ml/24h.</li><li>✓ <b>Poliúria:</b> débito urinário maior 3.000ml/24h.</li></ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 1008</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

<b>POP 079 - CONTROLE DE DIURESE EM PACIENTE COM SONDA VESICAL</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	É o controle do volume urinário num determinado período de tempo. Tem o objetivo de observar a função renal, compor o balanço hídrico, adequar às condutas terapêuticas, detectar precocemente sinais de complicações, auxiliar no diagnóstico/evolução/tratamento.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saco coletor graduado descartável;</li> <li>2. Luvas de procedimento;</li> <li>3. Biombo.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>3. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo em enfermagem;</li> <li>4. Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>5. Ler o volume pela escala graduada da bolsa coletora de sistema fechado;</li> <li>6. Observar características da urina;</li> <li>7. Abrir o clamp de esvaziamento da bolsa coletora de sistema fechado dentro do saco coletor graduado;</li> <li>8. Após drenagem da urina, fechar o clamp para nova coleta;</li> <li>9. Desprezar urina no vaso sanitário;</li> <li>10. Desprezar saco coletor graduado e luvas de procedimento utilizadas em saco de lixo;</li> <li>11. Higienizar as mãos;</li> <li>12. Registrar no prontuário a data, hora, quantidade e características da urina desprezada;</li> <li>13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	✓ Utilizar todos EPIs.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 1009
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Evitar exposição do paciente.</li><li>✓ Anotar quantidade e aspecto da diurese e comunicar ao Médico e Enfermeiro as alterações observadas.</li><li>✓ <b>Oligúria:</b> débito urinário menor que 400ml/24h ou menor que 30m/h.</li><li>✓ <b>Anúria:</b> débito urinário menor que 100ml/24h.</li><li>✓ <b>Normal:</b> débito urinário de 800 – 1.800ml/24h.</li><li>✓ <b>Poliúria:</b> débito urinário maior 3.000ml/24h.</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página</b> <b>1010</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

<b>POP 080 - LAVAGEM INTESTINAL</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	Tem o objetivo de eliminar ou evitar a distensão abdominal e flatulência, facilitar a eliminação de fezes, remover sangue nos casos de melena e preparar o paciente para cirurgia, exames e tratamento do trato intestinal. A lavagem intestinal é um procedimento onde se efetua a limpeza do intestino grosso para retirada de resíduos fecais, os quais são fontes de processos intoxicativos do corpo. Pode ser feita através da sonda retal.
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frasco de solução glicerinada a 5%;</li> <li>2. Sonda retal;</li> <li>3. Xylocaína gel a 2%;</li> <li>4. Gaze;</li> <li>5. Equipo macrogotas;</li> <li>6. Luvas de procedimento;</li> <li>7. Biombo;</li> <li>8. 02 Lençóis;</li> <li>9. Comadre.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Verificar a solução e o volume prescrito;</li> <li>3. Separar e transportar os materiais até a unidade do paciente;</li> <li>4. Explicar o procedimento ao paciente;</li> <li>5. Promover privacidade ao paciente com a utilização de biombo;</li> <li>6. Proteger a cama com impermeável, forrando com lençol.</li> <li>7. Se possível, colocar o paciente na posição Sims e cobri-lo com lençol, expondo apenas, o sulco interglúteo e a área retal;</li> <li>8. Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>9. Colocar um pouco de Xylocaína gel 2% em uma gaze e aplicar na ponta da sonda (cerca de 5 cm);</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página</b> <b>1011</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Conectar o frasco de solução ao equipo e à sonda retal;</li> <li>11. Encaixar frasco de glicerina no suporte de soro do leito;</li> <li>12. Com a mão não dominante afastar a prega intraglútea;</li> <li>13. Com a mão dominante introduzir cuidadosamente a sonda no reto;</li> <li>14. Com a mão não dominante fechar a prega intraglútea;</li> <li>15. Abrir a pinça do equipo observando o gotejamento da solução;</li> <li>16. Infundir lentamente a solução;</li> <li>17. Após a infusão de todo o líquido, retirar a sonda cuidadosamente;</li> <li>18. Desprezar frasco da solução, equipo, gaze e luvas de procedimento em saco de lixo adequado;</li> <li>19. Solicitar ao paciente que retenha a solução por 10-15 minutos se possível;</li> <li>20. Colocar a comadre ou acompanhar o paciente até o banheiro, orientando-o para não dar descarga;</li> <li>21. Observar o aspecto e a quantidade da eliminação, após anotar e comunicar ao Enfermeiro;</li> <li>22. Deixar o paciente confortável, protegido por um lençol;</li> <li>23. Recolher todo o material utilizado;</li> <li>24. Manter unidade do paciente em ordem;</li> <li>25. Realizar as anotações de enfermagem, registrando quantidade e aspecto da eliminação.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infundir solução glicerina lentamente.</li> <li>✓ Introduzir e retirar sonda retal lentamente.</li> <li>✓ Posicionar paciente de maneira a não expulsar sonda retal.</li> <li>✓ Lubrificar bem a sonda retal para evitar lesão anal.</li> <li>✓ Em caso do paciente referir dor, parar infusão e comunicar ao Enfermeiro;</li> <li>✓ Comunicar resultado do procedimento ao Enfermeiro e relatar na evolução de enfermagem em impresso próprio.</li> </ul>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página 1012</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

<b>POP 081 - TROCA DE BOLSA DE OSTOMIA</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A ostomia é um procedimento abdominal, realizada através de uma intervenção cirúrgica para a saída de fezes.</p> <p><b>Colostomias:</b> procedimento cirúrgico que consiste em seccionar uma extremidade do intestino grosso e expô-lo através de uma abertura na parede abdominal anterior, pela qual será eliminado o material fecal.</p> <p><b>Ileostomia:</b> é um tipo de estoma intestinal que comunica o intestino delgado (íleo) com o exterior. Elimina geralmente fezes líquidas e funciona várias vezes ao dia. Normalmente localiza-se no quadrante inferior direito do abdome.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Luvas estéreis;</li> <li>3. Bolsa de colostomia indicada ao paciente;</li> <li>4. Placa de colostomia;</li> <li>5. Soro Fisiológico 0,9%;</li> <li>6. Gazes;</li> <li>7. Compressas de gaze;</li> <li>8. Tesoura;</li> <li>9. Biombo;</li> <li>10. Pacote de curativo.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento ao paciente e sua finalidade;</li> <li>2. Posicionar o paciente confortavelmente, expondo apenas a região em que será aplicada a bolsa, mantendo sua privacidade;</li> <li>3. Lavar as mãos;</li> <li>4. Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>5. Remover a bolsa de colostomia, tencionando levemente a pele para</li> </ol>

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página</b> <b>1013</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

	<p>baixo, enquanto levanta a placa;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização;</li> <li>7. Abrir o pacote de curativos com a técnica asséptica;</li> <li>8. Limpar a pele e utilizar compressa de gaze para remover as fezes;</li> <li>9. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar;</li> <li>10. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma;</li> <li>11. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5cm maior que o tamanho do estoma);</li> <li>12. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal;</li> <li>13. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante;</li> <li>14. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp;</li> <li>15. Retirar as luvas;</li> <li>16. Lavar as mãos;</li> <li>17. Registrar em prontuário: característica do débito de colostomia, volume, odor, cor, etc.);</li> <li>18. Realizar evolução e anotação de enfermagem, assinar e carimbar ( conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000);</li> <li>19. Manter ambiente de trabalho em ordem.</li> </ol>
--	--

<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.</li> <li>✓ Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.</li> </ul> <p>➤ <b>Cuidados diários com colostomia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esvaziar a bolsa (no mínimo uma vez por plantão e sempre que necessário), soltando apenas o clamp que a fecha na parte inferior;</li> </ul>
--------------------	--



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

<b>INSTRUÇÕES DE TRABALHO</b>	<b>PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO</b>		<b>Página</b> <b>1014</b>
	<b>Unidade Pronto-Socorro</b>		
	<b>Revisão xxxx</b>	<b>Data da Revisão xxxxxx</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavá-la com soro fisiológico a cada vez que se desprezar o conteúdo no vaso sanitário;</li> <li>• O clamp poderá ser reutilizado nas trocas do mesmo paciente.</li> </ul>
--	--

<b>POP 082 - ADAPTAÇÃO DE BOLSA COLETORA EM FÍSTULA ABDOMINAL</b>	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p>A Bolsa coletora é um dispositivo instalado na abertura da fístula para coletar exsudatos corporais.</p> <p>Fístulas são comunicações anormais entre duas superfícies epitelizadas que ocorre na maioria das vezes como complicação no pós-operatório, mas pode ocorrer de forma espontânea em patologias.</p>
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Luvas de procedimento;</li> <li>2. Bolsa coletora descartável;</li> <li>3. Gaze;</li> <li>4. Soro Fisiológico 0,9%;</li> <li>5. Bandeja;</li> <li>6. Biombo.</li> </ol>
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Higienizar as mãos;</li> <li>2. Separar e transportar os materiais dentro da bandeja até a unidade do paciente;</li> <li>3. Colocar o paciente em posição segura e confortável;</li> <li>4. Proporcionar ambiente privativo utilizando biombo;</li> <li>5. Calçar as luvas de procedimento;</li> <li>6. Abrir gaze e umedecê-la com soro fisiológico 0,9%;</li> <li>7. Higienizar fístula com gaze e soro fisiológico 0,9%;</li> <li>8. Secar bem a pele ao redor da fístula;</li> <li>9. Utilizar a bolsa coletora de acordo com o tamanho adequado da fístula;</li> </ol>

*Handwritten signature and initials*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 1015
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	
	<p>10. Retirar o adesivo e colar a bolsa na pele, sendo a abertura da bolsa coletora maior que o orifício da fístula;</p> <p>11. Certificar-se que a bolsa coletora esteja bem aderida à pele;</p> <p>12. Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;</p> <p>13. Desprezar gaze e luva utilizada dentro do lixo adequado;</p> <p>14. Higienizar as mãos;</p> <p>15. Registrar no prontuário a data e hora da troca da bolsa coletora, bem como o tamanho da fístula e característica da substância exsudativa;</p> <p>16. Registrar e comunicar ao Enfermeiro se houver lesões de pele ao redor da fístula;</p> <p>17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).</p>		
OBSERVAÇÕES	<p>✓ Durante a higienização observar alteração da pele ao redor da fístula e comunicar ao Enfermeiro;</p> <p>✓ Atentar para o dispositivo mal adaptado, pois podem provocar vazamentos e dermatites.</p>		

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1016
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

POP 083 - CURATIVOS	
<b>AGENTES</b>	Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem
<b>CONCEITO</b>	<p><b>Curativo:</b> consiste em um procedimento asséptico que segue desde a irrigação com solução fisiológica até a cobertura específica com o objetivo de auxiliar no processo de cicatrização da ferida.</p> <p><b>Ferida:</b> é qualquer interrupção na continuidade da pele, que afeta sua integridade. Também é definida como uma deformidade ou lesão que pode ser superficial ou profunda, fechada ou aberta, simples ou complexa, aguda ou crônica.</p> <p>As feridas são superficiais quando limitadas à epiderme, derme e hipoderme, e profundas, quando outras estruturas são atingidas (fáscias, músculos, aponeuroses, articulações, cartilagens, tendões, ligamentos, ossos, vasos e órgãos cavitários).</p> <p>Nos ferimentos fechados, a continuidade da pele e dos tecidos não é violada ou danificada e eles podem ser tanto superficiais quanto profundos. Nas feridas abertas, ocorre a descontinuidade e o rompimento da barreira de proteção da pele, acentuando os riscos de infecção.</p> <p>As feridas simples evoluem rapidamente para a cicatrização.</p> <p>As complexas têm evolução lenta e progressiva, tendendo para a cronicidade. Podem estar contaminadas, colonizadas ou infectadas, quando mostram evidências de processo infeccioso, com tecidos desvitalizados, exsudação e odor característico.</p> <p><b>Classificação: Características das lesões:</b></p>

7 @ ml

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1017
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx

	<p><b>Necrótica:</b> Presença de placa dura (escaras) ou tecido necrosado;</p> <p><b>Infectada:</b> Presença de processo inflamatório e exsudação supurativa;</p> <p><b>Com crosta:</b> Exsudação que se modificou, composta de células mortas, retardam a cicatrização;</p> <p><b>Granulada:</b> Formação de tecido vascular novo (angiogênese) e matriz de colágeno;</p> <p><b>Epitelializada:</b> Formação e migração de células epiteliais sobre uma superfície durante o processo de cicatrização.</p> <p><b>Curativo:</b> é um meio terapêutico que consiste na limpeza e aplicação de uma cobertura estéril em uma ferida quando necessário, com a finalidade de promover a rápida cicatrização e prevenir a contaminação ou infecção.</p> <p>➤ <b>Tipos de curativos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Curativo semi-oclusivo:</b> utilizado em feridas cirúrgicas, drenos, feridas exsudativas, absorvendo o exsudato e isolando-o da pele adjacente saudável;</li><li>• <b>Curativo oclusivo:</b> atua como barreira mecânica, impede a perda de fluidos, promove isolamento térmico, veda a ferida, a fim de impedir enfisema e formação de crosta;</li><li>• <b>Curativo compressivo:</b> utilizado para reduzir o fluxo sanguíneo, promover a estase e ajudar na aproximação das extremidades da lesão;</li><li>• <b>Curativos abertos:</b> são realizados em ferimentos que não há necessidade de serem ocluídos. Feridas cirúrgicas limpas após 24 horas, cortes pequenos, suturas, escoriações, etc.</li></ul> <p>➤ <b>Objetivo dos curativos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Auxiliar o organismo a promover a cicatrização;</li><li>• Eliminar fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão;</li></ul>
--	---

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	Página 1018
	Unidade Pronto-Socorro	
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminuir infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados.</li> </ul> <p>➤ <b>Desbridamento:</b> É a retirada do tecido desvitalizado ou morto, pois a sua presença retarda o processo de cicatrização. Atualmente temos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Autolíticos:</b> destruição natural do tecido necrótico através de enzimas lisossomiais e ações de macrófagos;</li> <li>• <b>Químico/ Enzimático:</b> são utilizadas as enzimas proteolíticas com o objetivo de remover os tecidos desvitalizados. Ex.: Colagenase.</li> <li>• <b>Mecânico:</b> são realizados através do emprego de forças físicas objetivando a remoção de tecidos desvitalizados.</li> </ul> <p>São utilizados dois métodos:</p> <p><b>Fricção:</b> emprega-se gaze úmida ou esponja macia em movimentos centrífugos objetivando remover sujidades, corpos estranhos e tecidos desvitalizados.</p> <p><b>Emprego de material cortante:</b> usa-se tesoura ou lâmina de bisturi.</p>	
<b>RECURSOS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica);</li> <li>2. Soro Fisiológico 0,9%;</li> <li>3. Gaze;</li> <li>4. Luvas de procedimento;</li> <li>5. Luvas estéreis;</li> <li>6. Produtos tópicos prescritos (cremes, pomadas, hidrocoloides, etc.);</li> <li>7. Esparadrapo, fita adesiva, micropore ou similar;</li> <li>8. Atadura de crepe;</li> <li>9. Tesoura (Mayo).</li> </ol>	
<b>MÉTODO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Explicar o procedimento a ser realizado ao paciente (se consciente) ou acompanhante;</li> </ol>	

*g @ m*

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 1019
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

2. Manter o paciente em posição confortável;
3. Observar prescrição médica e de enfermagem sobre o que usar no curativo;
4. Lavar as mãos e calçar as luvas;
5. Preparar o material para a realização do curativo;
6. Avaliar a ferida;
7. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida;
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme Decisão COREN-SP-DIR/001/2000).
9. Manter a sala em ordem.

➤ **PROCEDIMENTOS PARA LESÕES FECHADAS:**

✓ **Incisão simples:**

1. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a em recipiente;
2. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica;
3. Umedecer a gaze com soro fisiológico;
4. Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão;
5. Secar a incisão;
6. Ocluir com gaze ou outro curativo prescrito;
7. Aplicar pomada descrita;
8. Fixar com micropore;
9. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que apresentar sujidade;
10. Manter a incisão ocluída no período de 24 horas ou conforme prescrição médica.

✓ **Incisão com pontos:**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MAIRIPORÃ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO HOSPITALAR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL DE CLÍNICAS ANJO GABRIEL

INSTRUÇÕES DE TRABALHO	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO		Página 1020
	Unidade Pronto-Socorro		
	Revisão xxxx	Data da Revisão xxxxxx	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Remover o curativo;</li> <li>2. Proceder a limpeza ponto a ponto, seguindo técnica descrita para lesões simples;</li> <li>3. Aplicar pomada, se prescrita;</li> <li>4. Ocluir o curativo com gaze e micropore;</li> <li>5. Realizar troca a cada 24 horas ou conforme prescrição médica.</li> </ol> <p>➤ <b><u>PROCEDIMENTOS PARA LESÕES ABERTAS:</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lavar as mãos e calçar as luvas;</li> <li>2. Remover o curativo anterior, de forma não traumática;</li> <li>3. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze;</li> <li>4. Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica), seguindo os passos da classificação de feridas;</li> <li>5. Atentar para uso de pomadas hidrocoloides, conforme prescrição médica;</li> <li>6. Cobrir a lesão com gaze e fixar com micropore;</li> <li>7. Desprezar o material usado em local apropriado;</li> <li>8. Retirar as luvas e lavar as mãos.</li> </ol>
<b>OBSERVAÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Lavar as mãos antes e após cada curativo.</li> <li>✓ Verificar data de esterilização nos pacotes utilizados para o curativo (validade usual 7 dias).</li> <li>✓ Expor a ferida e o material o mínimo de tempo possível.</li> <li>✓ Utilizar sempre material esterilizado.</li> <li>✓ Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las.</li> <li>✓ Não falar e não tossir sobre a ferida e ao manusear material estéril.</li> <li>✓ Considerar contaminado qualquer material que toque sobre locais não esterilizados.</li> </ul>



# ANEXO III

## Atestados de Capacidade Técnica e Contratos de Gestão





Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque  
Hospital e Maternidade "Sotero de Souza"  
Rua Santa Isabel, 186 – Centro – São Roque – SP  
CNPJ: 70.945.936/0001-70

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins, que o Instituto Alpha de Medicina para Saúde, CNPJ 14.512.229/0001-10, estabelecido à Rua Yoshimara Minamoto, 681 – Jd. Brasília – São Paulo/SP, efetuou um contrato de prestação de serviços para o Hospital e Maternidade Sotero de Souza, CNPJ 70.945.936/0001-70, com o Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque Hospital e Maternidade "Sotero de Souza" Rua Santa Isabel, 186 – Centro – São Roque – SP, CNPJ: 70.945.936/0001-70, funcionando 24 horas, no Pronto-Socorro, Maternidade e (Obstetrícia e Ginecologia) contrato este que se iniciou à partir de 05 de novembro de 2015.

São Roque, 24 de Novembro de 2015

  
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Roque

Patricia Brandão Azeiteiro  
RG: 14.302.254  
CPF: 050.671.886-75

  
Francisco José Messarioli Tibirica  
RG: 7.855.919-4  
CPF: 042.467.758-00

ATAPELIÃO DE NOTAS  
Rua Santa Isabel, 186 - Centro - São Roque - SP  
Posto: Dom João José Soares, 42 - 4 - 2  
AUTENTICAÇÃO - Admite-se a presente cópia  
reprodutível conforme original a não ser quando  
for das de:  
F. 3202-4393

05 OUT 2022

TRACY FERREIRA DOS SANTOS  
JOSE CARLOS DE SOUZA  
FABRÍCIO VIEIRA LUCAS  
GABRIELLA DA COSTA SANTOS  
ESCRITORES AUTORIZADOS



001136  


**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Atesto, para os devidos fins, que a Organização Social de Saúde **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, regularmente inscrita no CNPJ: 14.512.229/0001-10, com sede na Alameda Itapecuru, 645 sala 1.230 Alphaville – Barueri – SP CEP 06454-080 presta serviço nessa Secretaria de Saúde através do Contrato de Gestão, em caráter emergencial, nº 084/2018 para fazer "a **Implantação e Gestão das duas Residências Terapêuticas Tipo II, a pacientes egressos de internação por longo tempo (2(dois) anos ou mais) em instituições psiquiátricas**", desde 13 de dezembro de 2018 até o presente momento, com qualidade satisfatória, demonstrando idoneidade moral em suas relações com essa Secretaria, portanto não tendo nada que a desabone.

Por expressão da verdade, firmo o presente nessa data.

Osasco, 25 de novembro de 2019

*Dr. Fernando Antônio Tambelini Juliani*  
Cirurgião Dentista  
CRMSP 32514

**Dr. Fernando Antônio Tambelini Juliani**  
Comissão de Avaliação de Contrato de Gestão  
PI nº 017/2019



001137

# SAME

Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

O SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DE FRANCISCO MORATO, com sede na Praça da Liberdade, nº10 - Jardim Sinobe – Francisco Morato/SP, 152, inscrita no CNPJ sob o nº 59.045.351/0001-61, ATESTA para os devidos fins de direito, que a empresa **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**, devidamente inscrita no CNPJ sob n.º 14.512.229/0001-10, com sede na Rua Amador Bueno, nº 333 Conjunto 1703/1705, Centro – Santos/SP, CEP 11.013-151, prestou o serviço constante na relação abaixo, de modo regular, e que cumpriu satisfatoriamente os compromissos assumidos, nada havendo que os desabone.

Para maior validação deste, segue abaixo relacionado os serviços fornecidos.

ITEM	DESCRIÇÃO DO OBJETO
01	Implantação, instalação, manutenção e gerenciamento de 01(um) Serviço Residencial Terapêutico Tipo II, componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da Prefeitura de Francisco Morato, através do Serviço de Assistência Médica de Francisco Morato – SAME/FM, para usuários com histórico de internação de longa permanência egressos de hospitais psiquiátricos. Termo de Contrato de Gestão nº 001/2018 – Período: 10/01/2018 até a presente data

Atenciosamente,



Francisco Morato, 18 de Novembro de 2020.



FERREIRA DOS SANTOS  
CARLOS DE SOUZA  
RÍCIO VIEIRA LUCAS  
RELLA DA COSTA SANTOS  
CREVENTES AUTORIZADOS

  
**MARCELO SIMÕES**  
Superintendente

001138



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo  
Secretaria Municipal de Saúde

## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA


A PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO, com sede na Praça dos Emancipadores s/nº, Vila Couto, Cubatão/SP, inscrita no CNPJ sob nº47.492.806/0001-08, através da Secretaria Municipal de Saúde de Cubatão, **ATESTA** para os fins de direito que a entidade sem fins lucrativos INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, CNPJ sob nº14.512/229/0001-10, presta serviços a contento nas unidades de Urgência e Emergência, Pronto Socorro Central "Guiomar Ferreira Roebblen", Pronto Socorro Infantil "Enfermeiro Joaquim Nogueira" e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, todos funcionamento 24 horas, nos contratos a seguir:

Contrato nº008/2016 de 05/08/2016 à 31/01/2017;  
Contrato nº003/2017 de 01/02/2017 à 31/08/2017;  
Contrato nº007/2017 de 01/09/2017 à 27/02/2018;  
Contrato nº001/2018 de 28/02/2018 à 07/05/2018;  
Contrato nº003/2018 de 08/05/2018 à 07/05/2019;  
Contrato nº001/2019 de 08/05/2019 à 07/05/2020;  
Contrato nº003/2020 de 08/05/2020 à 07/05/2021;  
Contrato nº005/2021 de 13/10/2020 à 12/04/2021- (Emergencial Covid);  
Contrato nº001/2021 13/04/2021 à 30/09/2021 - (Emergencial Covid);  
Contrato nº002/2021 de 08/05/2021 em vigência.

Não havendo fatos supervenientes que desabonem sua conduta técnica e responsabilidade com as obrigações assumidas e quanto à sua conduta técnico-profissional, desempenhando suas atividades devidamente, atingindo todas as metas estipuladas em plano de trabalho exigido pela Administração Pública Municipal.

Cubatão, 01 de outubro de 2021.



  
ELIANE A. TANIOLA  
Secretária Municipal de Saúde

001139  




**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
www.cubatao.sp.gov.br

**ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO**

ADM Nº - 003/2018  
ADM Nº - 001/2019  
ADM Nº - 002/2020 (COVID-19)  
ADM Nº - 003/2020  
ADM Nº - 005/2020 (COVID-19)  
ADM Nº - 001/2021 (COVID-19)  
ADM Nº - 002/2021  
ADM Nº - 004/2021 (COVID-19)  
ADM Nº - 001/2022 (COVID-19)  
ADM Nº - 02/2022

OTABELIÃO DE NOTA:  
SAÚDE-SP (Imuniz. - Vacine Todos/SP)  
Rua. Dom João José Soares, 43 - Lj. 3  
AUTENTICAÇÃO Automática e online por  
reconhecimento contínuo original e em serviços  
de que do. Le. nº 24.705-020 - 2019-02

07 OUT 2022

Radny Ferreira dos Santos  
(Ass.)



Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE CUBATÃO**, inscrito no CNPJ sob o nº 47.492.806/0001-08, estabelecido na Praça dos Emancipadores, s/nº, Cubatão/SP, CEP 11.510-900, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA, e por seu Secretário Municipal de Saúde, RODRIGO DIAS SILVA, doravante designada **CONTRATANTE**, e, de outro lado, **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.512.229/0001-10, com sede na Rua Amador Bueno, nº 333, CJ. 1703, Centro - Santos/SP, CEP 11013-153, neste ato representado pela sua Diretora Presidente, ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES, portadora da Cédula de Identidade nº 19.756.610-8 SSP/SP e do CPF/MF nº 097.761.558-80, doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo nº 13.429/2017, tendo em vista a justificativa administrativa do Secretário Municipal de Saúde às fls. 3740 e autorização do Exmo Sr. Prefeito Municipal às fls. 3759, têm justos e contratados, na melhor forma de direito, o Aditamento ao Contrato de Gestão ADM Nº 003/2018, firmado em 08 de maio de 2018, com fulcro no art. 57, Inciso II, § 2º da Lei Federal nº 8.666/93, nos termos e condições a seguir:

- 1ª - Constitui o objeto do presente Aditamento, a prorrogação do prazo contratual por 12 (doze) meses, contados a partir de 08 de maio de 2022.
- 2ª - O valor a ser despendido com o presente Aditamento é da ordem de R\$ 25.220.798,52 (vinte e cinco milhões, duzentos e vinte mil, setecentos e noventa e oito reais e cinquenta e dois centavos), correspondendo a 12 parcelas mensais de R\$ 2.101.733,21 (dois milhões, cento e um mil, setecentos e trinta e três reais e vinte e um centavos).





**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
www.cubatao.sp.gov.br

**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**  
CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS

**ÓRGÃO:** MUNICÍPIO DE CUBATÃO

**CONTRATADA:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

**CONTRATO N° ADM – 003/2018.**

**ADITAMENTO AO CONTRATO DE GESTÃO N° ADM - 02 /2022.**

**OBJETO:** Constitui o objeto do presente Aditamento, a prorrogação do prazo contratual por 12 (doze) meses, contados a partir de 08 de maio de 2022.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) O ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) As informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concedor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
- e) É de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

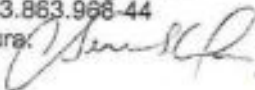
Cubatão, 6 de maio de 2022.

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO - CONTRATANTE:**

**ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA**

PREFEITO MUNICIPAL

CPF: 133.863.966-44

Assinatura: 


Processo Administrativo nº 13.428/2017 – SEJUR/2022




001142



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
www.cubatao.sp.gov.br

**RODRIGO DIAS SILVA**  
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CPF: 443.593.198-27  
Assinatura: 

**PELA CONTRATADA:**

**ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES**  
DIRETORA PRESIDENTE  
CPF: 097.761.568-80  
Assinatura: 







# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

## CONTRATO DE GESTÃO

Nº ADM - 003 /2018

Pelo presente instrumento de Contrato, de um lado o **MUNICÍPIO DE CUBATÃO**, inscrito no CNPJ sob o nº 47.492.806/0001-08, estabelecida na Praça dos Emancipadores, s/nº, Cubatão/SP, CEP 11.510-900, neste ato representada por seu Prefeito Municipal, ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA, e por sua Secretária Municipal de Saúde, ANDRÉA LIMA PINHEIRO, doravante designada **CONTRATANTE**, e, de outro lado, **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.512.229/0001-10, com sede na Al. Itapecuru, 645, CJ. 1230, Alphaville Industrial, Barueri/SP, CEP 06454-080, neste ato representada pelo seu Diretor Presidente, AFONSO BARBOSA DA SILVA, portador da Cédula de Identidade nº 34.498.655-X SSP/SP e do CPF/MF nº 351.494.948-44, doravante designada **CONTRATADA**, em face de tudo o que consta no Processo Administrativo nº 13.429/2017, após este último declarar que conhece e aceita todas as especificações, condições e estipulações do presente Contrato, têm justos e contratados os serviços ali previstos, na Lei Federal nº 8.666/1993, e ainda, submetendo-se as partes ao previsto na mesma lei e às suas posteriores alterações, mediante as seguintes cláusulas, a saber:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – Do Objeto

1.1 Constitui objeto do presente a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social visando à contratação de Serviço de Gerenciamento e Operacionalização e Execução das Ações e Serviços no Pronto Socorro Central "Guimar Roebelen", no Pronto Socorro Infantil "Enfº Joaquim Nogueira" e no Serviço e Atendimento Móvel às Urgências - SAMU, no âmbito do município de Cubatão para execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações, de acordo com Anexo I – Termo de Referência e demais documentos constantes no Processo Administrativo nº 13.429/2017, os quais fazem parte integrante deste Contrato.

### CLÁUSULA SEGUNDA – Dos Compromissos das Partes

#### 2.1 - São obrigações da CONTRATADA:

- Garantir a contratação de profissionais qualificados de forma a oferecer aos usuários serviços assistenciais de excelência;
- Atendimento necessário para desenvolvimento das ações afetas à Estratégia da Saúde da Família, proporcionando promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde;
- Uniformização dos colaboradores;



001144



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

- d) Responsabilizar-se por todos os ônus, encargos e obrigações comerciais, fiscais, sociais, tributárias, ou quaisquer outras previstas na legislação em vigor, bem como com todos os gastos e encargos com os profissionais contratados, inclusive nas rescisões;
- e) Disponibilizar permanentemente toda e qualquer documentação ou base de dados para acesso irrestrito e/ou auditoria do Poder Público;
- f) Fornecer a SMS/DAHUE/DAS as informações necessárias para garantir que todos os profissionais por ela empregados e ativos sejam devidamente cadastrados no SCNES, sob pena de descumprimento contratual nos termos da cláusula décima deste instrumento;
- g) Adotar valores compatíveis com os níveis médios de remuneração, praticados no mercado, no pagamento de salários e de vantagens de qualquer natureza, garantindo o funcionamento ininterrupto da unidade;
- h) Utilizar para a contratação de pessoal, critérios técnicos inclusive quanto ao gerenciamento e controle de recursos humanos, observando as normas legais vigentes, em especial as trabalhista, previdenciárias e sanitárias;
- i) Manter os profissionais de saúde permanentemente capacitados e atualizados, oferecendo cursos de educação permanente. A informação sobre a capacitação da equipe deve ser passada à SMS/CUBATÃO sempre que solicitada;
- j) Responsabilizar-se, civil e criminalmente perante os usuários, por eventual indenização de danos materiais e/ou morais decorrentes de ação, omissão, negligência, imperícia ou imprudência, decorrentes de atos praticados por profissionais subordinados à unidade de saúde no desenvolvimento de suas atividades;
- k) Contratar e pagar o pessoal necessário à execução dos serviços inerentes às atividades das unidades de saúde, ficando esta como a única responsável pelo pagamento dos encargos sociais e obrigações trabalhistas decorrentes, respondendo integral e exclusivamente, em juízo ou fora dele, isentando a SMS/CUBATÃO de quaisquer obrigações, presentes ou futuras, e apresentar obrigatória e mensalmente à SMS/CUBATÃO, relação dos profissionais das unidades de saúde responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação;
- l) Responder pelas obrigações, despesas, encargos trabalhistas, securitários, previdenciários e outros, na forma da legislação em vigor, relativos aos empregados utilizados na execução dos serviços ora conveniados, sendo-lhe defeso invocar a existência deste CONTRATO para eximir-se daquelas obrigações ou transferi-las à Contratada;
- m) Responsabilizar-se integralmente por todos os compromissos assumidos neste CONTRATO;
- n) A Contratada deverá apresentar a Fatura dos serviços efetivamente executados no mês anterior, acompanhada de Relatórios Gerenciais e comprovantes, na forma que lhe for indicada, atendendo à legislação pertinente;
- o) A CONTRATADA deverá manter em perfeita ordem todos os documentos fiscais e contábeis, devendo apresentá-los sempre que requerido pelos órgãos fiscalizadores competentes;



001145



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

- p) Todos os comprovantes fiscais deverão ser emitidos em nome da CONTRATADA e seus originais ficarão sob sua guarda e à disposição dos órgãos fiscalizadores;
- q) Arcar com todo e qualquer dano ou prejuízo, de qualquer natureza, causados à Contratada e/ou a terceiros por sua culpa, em consequência de erro, negligência ou imperícia, própria ou de auxiliares que estejam sob sua responsabilidade na execução dos serviços conveniados;
- r) Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- s) Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;
- t) Garantir que seus profissionais contratados realizarão plantões diários de 12 horas a 24 horas no máximo;
- u) A CONTRATADA é responsável pela indenização de danos decorrentes de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a paciente, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis.

### 2.2 - São obrigações da CONTRATANTE, além das demais decorrentes do Contrato:

- a) O Município de Cubatão obriga-se a prover a CONTRATADA dos recursos financeiros necessários à execução deste CONTRATO e a programar, nos orçamentos dos exercícios subsequentes, os recursos necessários para custear os seus objetivos, de acordo com o sistema de pagamento previsto;
- b) Prestar esclarecimentos e informações à CONTRATADA que visem a orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as questões omissas neste instrumento;
- c) Desenvolver controle e avaliação periódica através de um preposto designado pelo Prefeito Municipal, o qual observará "in loco" o desenvolvimento dos serviços prestados aos usuários;
- d) Fiscalizar a execução do Contrato de Gestão;
- e) Efetuar os repasses nos prazos aqui determinados;
- f) Prover a Contratada dos meios necessários à execução do objeto deste contrato;
- g) Analisar a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico-assistencial para a execução do objeto contratual;
- h) Criar a Comissão de Avaliação do Contrato de Gestão, a ser firmado, a qual analisará mensalmente a execução dos serviços, através do relatório de prestação de contas apresentado pela Contratada.



PROFESSOR DE NO  
CUBATÃO - SP  
AUTENTICAÇÃO  
07 OUT 2022  
Rafny Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza  
Fabrício Vieira Lucas  
Agentes Autorizados

001146



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

- i) Serão observadas todas as formalidades tanto no Relatório Conclusivo elaborado pela Comissão de Avaliação de Contrato, como na análise da regularidade da aplicação dos recursos e da execução do contrato, conforme previsto nos incisos V e VII do art. 48 da Instrução Normativa 01/2016 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

### CLÁUSULA TERCEIRA – Dos Recursos Financeiros

3.1 Os recursos financeiros para a execução do objeto deste CONTRATO serão alocados para a CONTRATADA mediante transferências oriundas do Poder Público federal estadual e municipal.

### CLÁUSULA QUARTA – Do Repasse de Recursos

4.1 Para a execução do objeto do presente CONTRATO, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes deste instrumento, a importância de **R\$ 20.231.474,52** (vinte milhões, duzentos e trinta e um mil, quatrocentos e setenta e quatro reais e cinquenta e dois centavos), referente ao valor global, em 12 parcelas mensais de **R\$ 1.685.956,21** (um milhão, seiscentos e oitenta e cinco mil, novecentos e cinquenta e seis reais e vinte e um centavos).

4.2 As parcelas referentes ao custeio serão constituídas de parte fixa e parte variável, correspondendo, respectivamente aos percentuais de 90 % (noventa por cento) e 10 % (dez por cento), conforme estabelecido no Termo de Referência – Anexo I.

4.3 O repasse da parte variável das parcelas mensais referente ao custeio, fica vinculado à aprovação de contas e emissão de Relatório Conclusivo por parte da Comissão de Avaliação de Contrato.

4.4 O repasse referente à primeira parcela será efetuado integral e até o 5º dia útil após a assinatura do contrato.

4.5 O repasse das demais parcelas será realizado em 11 (onze) parcelas iguais e sucessivas, mediante apresentação da fatura de serviços, do mês consignado.

4.5.1 A contratada deverá apresentar a fatura de serviços no 1º dia útil de cada mês, para receber 90 % do valor da mesma, referente à parte fixa, até o 5º dia útil.

4.5.2 A parcela referente aos 10% variáveis só serão liberados após aprovação pela Comissão Competente da respectiva prestação de contas.

4.5.2.1 O relatório de prestação de contas deverá ser finalizado e entregue à Contratante, até o dia 15 (quinze) de cada mês subsequente ao mês de referência, prorrogado para o próximo dia útil no caso de final de semana e feriado.



001147



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

4.5.2.2 A liberação da parte variável se dará em até 5 (cinco) dias úteis mediante aprovação da referida Prestação de Contas e com emissão de Parecer Conclusivo da Comissão Competente.

### CLÁUSULA QUINTA – Da Dotação Orçamentária

5.1 As despesas com o pagamento do CONTRATO correrão por conta dos recursos da dotação orçamentária a seguir especificada:

C.E.F.P.: 02.07.04.10.302.0008.2.052  
ELEMENTO: 3.3.90.39.00

C.E.F.P.: 02.07.04.10.302.0008.2.055  
ELEMENTO: 3.3.90.39.00

### CLÁUSULA SEXTA - Das Condições de Pagamento

6.1 O pagamento será efetuado conforme definido nas condições a seguir estabelecidas:

6.1.1 Pela prestação dos serviços objeto deste contrato, a CONTRATANTE repassará à CONTRATADA a importância global estimada e pactuada;

6.1.2 Para providências de pagamento, o mesmo, será efetivado, mediante a liberação de 12(doze) parcelas mensais;

6.1.3 A CONTRATADA emitirá dos serviços prestados, a qual deverá ser atestada pelos responsáveis técnicos da Secretaria de Saúde (DAHUE), posteriormente deverão ser enviadas ao Departamento Administrativo e Financeiro da Saúde para as demais providências;

6.1.4 O pagamento será realizado pelo setor competente, relativos aos serviços prestados, na forma disposta na Clausula Quarta, através de crédito em conta corrente indicada na declaração ou documento similar fornecido por estabelecimento bancário, pela Prestadora.

6.1.5 O pagamento se realizará no 5º dia útil, conforme consignado no subitem 4.5.1 da Clausula Quarta, com apresentação da, e devidamente atestada pelo setor competente.

6.1.6 O pagamento dos valores relativos à execução dos serviços ficará condicionado à comprovação de regularidade da Prestadora de Serviços para com os Tributos Federais, Contribuições Previdenciárias, FGTS e o INSS, as certidões deverão ser entregues, pela CONTRATADADA, juntamente com a .

6.1.6.1. A CONTRATADA deverá apresentar a comprovação do pagamento dos salários e demais encargos trabalhistas dos empregados relativos ao mês anterior à prestação de contas.



001148



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

6.1.7 Havendo erro no documento de cobrança, no todo ou em parte, a tramitação da fatura será suspensa para que a Prestadora de Serviços adote as providências necessárias à sua correção. Passará a ser considerada, para efeito de pagamento, a data de representação da fatura, devidamente corrigida.

6.1.8 Para o pagamento da prestação dos serviços será necessário o atesto, por escrito, do ordenador de despesas, confirmando a prestação dos serviços, objeto deste projeto.

6.1.9 Havendo informações, registros ou denúncias de usuários ou relatórios gerenciais com registro de descumprimento, no todo ou em parte, das condições pactuadas no contrato que tem como base este Projeto, a tramitação do faturamento da prestação de contas do mês corrente poderá ser mantida. Entretanto, serão realizadas auditorias pelo órgão competente a fim de averiguar possíveis descumprimentos e, quando comprovados, haverá aplicação das multas e penalidades contratuais nas faturas subsequêntes, assim como será designado prazo para que a Prestadora de serviços adote as providências necessárias à correção do descumprimento.

6.2. A CONTRATADA dará plena e fiel execução ao presente instrumento, respeitando todas as suas cláusulas e condições, obrigando-se ainda:

6.2.1. Responder e responsabilizar-se pela segurança dos serviços prestados e/ou material fornecido perante a CONTRATANTE, seus próprios funcionários e terceiros, bem como, eventuais danos patrimoniais ou extra patrimoniais causados, adotando cuidados para prevenção de acidentes, com observação e cumprimento das normas, regulamentos e determinações de segurança, adotando as medidas corretivas necessárias.

6.2.2. Assumir exclusiva e total responsabilidade por todo e qualquer dano físico ou moral, material e/ou lucros cessantes, ocasionado a qualquer de seus funcionários ou a terceiros e pela segurança de suas operações.

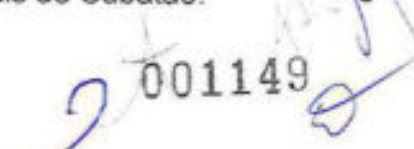
6.2.3. Indenizar a CONTRATANTE, por quaisquer danos causados por seus funcionários às instalações ou bens de propriedade da CONTRATANTE, bem como, danos físicos ou morais, causados aos funcionários da CONTRATANTE ou a terceiros.

6.2.4. Manter, durante a vigência contratual, as mesmas condições que propiciaram sua habilitação e qualificação no procedimento licitatório.

6.2.5. Refazer de imediato qualquer serviço inadequadamente executado e sempre que solicitado pela CONTRATANTE.

6.2.6. Aceitar os acréscimos ou supressões no objeto contratual, a critério da CONTRATANTE, nos termos da Lei nº 8666/93, art. 65, §§ 1º e 2º.

6.3. Não contratar empregados que sejam cônjuges, companheiros ou parentes em linha reta, colateral ou por afinidade até o terceiro grau, inclusive de integrantes de cargo de direção, chefia e de assessoramento de servidores públicos municipais de Cubatão.





## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

6.3.1. Em decorrência dessa vedação a CONTRATADA deverá apresentar, mensalmente, relação nominal dos empregados.

6.4. Encaminhar, juntamente com a Nota Fiscal, a prova de cumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias, principais e acessórias, incluída a comprovação de pagamento de salários e benefícios devidos aos empregados, bem como obrigações que venham a ser estabelecidas em virtude de lei, acordo ou convenção coletiva.

6.4.1. A não apresentação dos documentos mencionados no item 6.4, ou a apresentação com irregularidades, ensejará descumprimento contratual, podendo ser passível das sanções previstas neste contrato.

### CLÁUSULA SÉTIMA - Dos Recursos Humanos

7.1 A CONTRATADA contratará pessoal para a execução das atividades determinadas no Edital, sendo de sua inteira responsabilidade os encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais e securitários, resultantes da execução do objeto do presente CONTRATO.

7.1.1 A Organização Social deverá contratar, por meio de processo seletivo, com estrita observância da impessoalidade, todo o pessoal necessário e suficiente para a execução das atividades-fim previstas neste CONTRATO DE GESTÃO, inclusive a equipe assistencial mínima e, ainda, considerando férias e licenças.

7.1.2 Caso ocorra impossibilidade justificada e comprovada da contratação de pessoal mediante processo seletivo, admite-se a contratação de pessoa jurídica enquanto perdurar a necessidade, pelo período máximo de 90 (noventa) dias não prorrogáveis, desde que autorizada expressamente pelo Secretário Municipal de Saúde, com parecer favorável da Comissão de Acompanhamento e Avaliação.

7.2 A CONTRATADA fica ciente de que é vedada a contratação dos membros de sua Diretoria e do Conselho de Administração e respectivos cônjuges, companheiros e parentes colaterais ou afins até o terceiro grau, bem como de pessoa jurídica das quais estes sejam controladores ou detenham mais de 10% (dez por cento) das participações societárias, para prestar serviços objetos deste CONTRATO DE GESTÃO.

7.3. A CONTRATADA deverá manter em seu poder cadastro atualizado dos profissionais contratados, que deverá conter, no mínimo:

- Dados Pessoais;
- Endereço Domiciliar e telefones para contato;
- Foto 3x4 recente;



001150





## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

d) Cópia do Diploma de Formação de entidade reconhecida pelo MEC e Conselho Regional de Classe quando couber;

### CLÁUSULA OITAVA – Da Execução, Acompanhamento financeiro e da Qualidade dos serviços prestados

8.1 A CONTRATADA deverá apresentar à SMS/CUBATÃO, no prazo por ela estabelecido, informações adicionais ou complementares que esta venha formalmente solicitar, ainda que não previstas anteriormente.

8.2 A CONTRATADA deverá apresentar a SMS/CUBATÃO, anualmente, o instrumento de convenção trabalhista, devidamente registrado no Ministério do Trabalho e Emprego, bem como sua adesão e efetivo cumprimento desta convenção, na forma da lei.

8.3. A **CONTRATANTE** exercerá a fiscalização do CONTRATO através da Comissão de Avaliação da Execução Contratual indicada pelo Chefe do Executivo que procederá a verificação mensal de desenvolvimento das atividades e retorno obtido pela Contratada com aplicação dos recursos sob sua gestão, elaborando relatório circunstanciado e conclusivo que deverá ser encaminhado à autoridade superior, através do relatório de prestação contas.

8.4. A verificação da execução do objeto contratado ficará a cargo do GESTOR DO CONTRATO, que a realizará da seguinte forma:

8.4.1. Observando o desempenho e a qualidade do serviço prestado e as eventuais irregularidades ou imperfeições;

8.4.2. Assinando o aceite definitivo nas Notas Fiscais emitidas pela CONTRATADA.

8.5. Fica nomeado como GESTOR DO CONTRATO o(a) Servidor(a) Maurici Alves dos Santos (Diretor de Departamento de Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência) e na sua ausência o(a) Servidor(a) DANIEL SANTIAGO DOS SANTOS (Chefe de Serviços Administrativos de Prontos Socorros)

8.6. Constatado que o serviço contratado não atende às especificações estipuladas no presente Contrato, ou não atende à finalidade para a qual foi contratado, o GESTOR DO CONTRATO comunicará a autoridade competente para que esta oficie a CONTRATADA, comunicando e justificando as razões da recusa do recebimento do objeto do Contrato, e notificando-a para que sane as irregularidades no prazo fixado.

### CLÁUSULA NONA – Do Prazo

9.1 O prazo de vigência do presente Contrato será de 12 (doze) meses, a contar da data de sua assinatura, podendo ser renovado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses.



NOTA FISCAL Nº 07 OUT 2022  
Razão Social: Prefeitura Municipal de Cubatão  
CNPJ: 07.043.000/0001-00  
Inscrição Estadual: 130.243.333-0001  
Endereço: Rua dos Santos, 437 - 14.7  
Cidade: Cubatão - SP

001151





**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
Estado de São Paulo



**CLÁUSULA DÉCIMA – Da Revisão e Repactuação:**

10.1 O presente CONTRATO poderá ser alterado, mediante a necessidade de revisão dos quantitativos e das especialidades inicialmente pactuados, desde que prévia e devidamente justificada, com a aceitação de ambas as partes, devendo, nestes casos, ser formalizados os respectivos Termos Aditivos e ocorrerá mediante expressa autorização da chefia do Poder Executivo municipal e observância do gestor da pasta.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Da Prestação de Contas**

11.1 O acompanhamento orçamentário/financeiro será efetivado por meio da entrega obrigatória e mensal do Relatório de Prestação de Contas contendo os anexos:

- a) Demonstrativo de Folha de Pagamento;
- b) Demonstrativo de Contratação de Pessoa Jurídica;
- c) Relação dos profissionais responsáveis pela prestação dos serviços, incluindo sua formação e titulação
  - c.1) Comprovação de recolhimento de INSS e FGTS e do respectivo pagamento dos funcionários;
  - c.2) No caso profissionais autônomos apresentar Recibo de Pagamento de Autônomo (RPA)
- d) Extrato e conciliação Bancária de Conta Corrente e Aplicações Financeiras dos recursos recebidos.

11.2 Ao final de cada exercício financeiro, a CONTRATADA deverá elaborar consolidação dos relatórios de execução e demonstrativos financeiros e encaminhá-los à CONTRATADA, em modelos por esta estabelecidos.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Da Intervenção do Município no Serviço Transferido**

12.1 Na hipótese de risco quanto à continuidade dos serviços de saúde prestados à população, o Município poderá assumir imediatamente a execução dos serviços objeto deste CONTRATO que foram transferidas.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Do Desequilíbrio Econômico-financeiro**

13.1 Na hipótese de desequilíbrio econômico-financeira do contrato, constatado pela Contratada, esta poderá pleitear o restabelecimento da equação econômico financeira.

001152



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

apresentando os pressupostos necessários, nos termos da Lei nº.8.666/93 e suas alterações.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - Da Rescisão

14.1 A rescisão do CONTRATO poderá ser efetivada por:

I. Ato unilateral da CONTRATANTE, na hipótese de descumprimento, por parte da CONTRATADA, ainda que parcial, das cláusulas que inviabilizem a execução de seus objetivos e metas previstas no presente CONTRATO, decorrentes de má gestão, culpa e/ou dolo;

II. Acordo entre as partes reduzido a termo, tendo em vista o interesse público;

III. Ato unilateral da CONTRATADA na hipótese de atrasos dos repasses devidos pela CONTRATANTE, superiores a 90 (noventa) dias da data fixada para o pagamento, cabendo à CONTRATADA notificar o Município, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, informando do fim da prestação dos serviços.

IV. Nos casos previstos na Lei Federal nº. 8.666/93 e suas alterações;

V. Dissolução;

VI. Razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificada se determinadas pela máxima autoridade da esfera administrativa a que será subordinado o contratado.

VII. Inobservância do nível de qualidade proposto ou exigível para a execução dos serviços.

VIII. Paralisação do serviço sem justa causa e prévia comunicação a Administração;

14.2 Nos casos do inciso I desta cláusula, o Poder Executivo providenciará a imediata imposição das sanções legais cabíveis, após apuradas as faltas em processo regular, assegurada a ampla defesa.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - Das Penalidades

15.1.A Organização Social que, convocada para a assinatura do Contrato de Gestão, deixar de fazê-lo no prazo de 48 (quarenta e oito) horas, a contar da data do recebimento da convocação, decairá do direito à referida contratação.

15.2. Garantida a defesa prévia, a inexecução total ou parcial do contrato de gestão, assim como a execução irregular, sujeitará a Organização Social, sem prejuízo da revogação da unilateral do ajuste, às seguintes penalidades:



001153



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

I - advertência;

II - multa;

III - suspensão temporária do direito de licitar e contratar com a PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO por período não superior a 2 (dois) anos e, se for o caso, descredenciamento no Cadastro de Fornecedores, pelo prazo de até 5 (cinco) anos ou enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou, ainda, até que seja promovida a reabilitação;

IV - declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

15.2.1. A advertência poderá ser aplicada quando ocorrer:

I - Descumprimento das obrigações que não acarretem prejuízos para a Prefeitura;

II - Execução insatisfatória ou pequenos transtornos ao desenvolvimento da atividade desde que sua gravidade não recomende a aplicação da suspensão temporária ou declaração de inidoneidade.

15.2.2. A suspensão temporária será aplicada quando ocorrer:

I - Apresentação de documentos falsos ou falsificados;

II - Reincidência de execução insatisfatória do ajuste;

III - Reincidência na aplicação das penalidades de advertência ou multa;

IV - Irregularidades que ensejam a rescisão unilateral do contrato de gestão;

V - Condenação definitiva por praticar fraude fiscal no recolhimento de quaisquer tributos;

VI - Prática de atos ilícitos visando prejudicar o contrato de gestão;

VII - Prática de atos ilícitos que demonstrem não possuir a Organização Social idoneidade para contratar com o Município de CUBATÃO.

15.2.3. A declaração de inidoneidade poderá ser proposta ao Secretário Municipal de Saúde quando constatada a má-fé, ação maliciosa e premeditada em prejuízo da Organização Social, evidência de atuação com interesses escusos ou reincidência de faltas que acarretem prejuízo à Prefeitura ou aplicações sucessivas de outras penalidades.

15.2.4. A Prefeitura poderá aplicar à Organização Social multa de:



001154



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
Estado de São Paulo



- I. 1/3 (um terço) do valor contratado, por inexecução total;
- II. 1/4 (um quarto) do valor contratado, por inexecução parcial, caracterizada quando a Organização Social não executar a totalidade do serviço;
- III. 1% (um por cento) do valor contratado, por dia de atraso na execução dos serviços;
- IV. 10% (dez por cento) do valor total do contrato, na hipótese de não cumprimento de qualquer outra cláusula ou condição do contrato.

15.3. Caso julgadas devidas as multas, sua aplicação se dará com a garantia do direito de defesa da Organização Social, e os valores não considerados correlatos serão abatidos ao valor mensal ajustado.

15.3.1. As multas são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras, sendo possível a aplicação de multas cumulativamente às demais penalidades previstas no subitem 15.2 deste Edital.

15.4. A aplicação de qualquer penalidade prevista no Edital não exclui a possibilidade de aplicação das demais, bem como das penalidades previstas na Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações posteriores.

15.5. O valor da multa será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços ao Mercado (IGPM).

15.6. As importâncias relativas às multas serão descontadas do primeiro pagamento a que a CONTRATADA tiver direito.

15.7. A Contratada estará sujeita, ainda, às sanções penais previstas na Seção III, do Capítulo IV, da Lei Federal n.º 8.666/93 e alterações posteriores.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – Das Disposições Gerais**

16.1 A CONTRATADA não poderá ceder ou transferir, dar em garantia ou vincular, de qualquer forma, total ou parcialmente, o objeto contratado, a qualquer pessoa física ou jurídica, sem a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

16.2 A CONTRATADA somente poderá subcontratar os serviços contratados após a prévia e expressa autorização da CONTRATANTE.

16.3 Nenhuma hipótese de sub-contratação poderá estabelecer qualquer vínculo ou compromisso direto entre a CONTRATANTE e a sub-contratada.

Handwritten signature and the number 001155.



## PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

16.4 Despesas Contratuais e Extracontratuais: Serão de exclusiva responsabilidade da CONTRATADA todas as despesas e providências inerentes ao presente Contrato, bem como as obrigações fiscais, trabalhistas e previdenciárias.

16.5 Aplica-se ao presente, especialmente aos casos omissos, a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1.993, com as posteriores alterações introduzidas por normas subseqüentes.

16.6 Serão representantes credenciados das partes na condução da execução dos serviços objeto deste Contrato:

- Pela CONTRATANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

- Pela CONTRATADA: AFONSO BARBOSA DA SILVA.

16.7 A fiscalização da execução dos serviços deste contrato será exercida diretamente pela CONTRATANTE, ou através de prepostos por ela indicados, a quem caberá a fiscalização, ao qual a CONTRATADA proporcionará em qualquer tempo livre acesso aos locais de serviços e fontes de informações relacionadas com os serviços ora contratados.

16.8 A fiscalização será exercida no interesse exclusivo da CONTRATANTE, não reduzindo nem excluindo a obrigação e responsabilidade da CONTRATADA pela correta execução dos serviços.

16.9 Fazem parte integrante e indissociável do presente contrato, como se no mesmo estivessem transcritos em seu inteiro teor, todos os documentos diretamente relacionados com a completa e correta execução dos serviços objeto deste instrumento.

16.10 É vedada a cobrança por serviços médicos ou outros suplementares da assistência devida ao paciente.

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - Da Publicação

17.1 O CONTRATO terá o seu extrato publicado no Diário Oficial ou em jornal de ampla circulação, conforme legislação vigente.

### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - Do Foro

18.1 As partes elegem o Foro da Comarca de Cubatão, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do CONTRATO que não puderem ser resolvidas pelas partes.



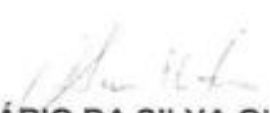
001156



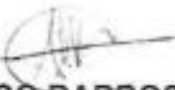
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
Estado de São Paulo

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam as partes o presente, por si e seus sucessores, em 04 (quatro) vias de igual teor e para um só efeito de direito, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Cubatão, 08 de maio de 2018.

  
**ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA**  
Prefeito Municipal

  
**ANDREA PINHEIRO LIMA**  
Secretária Municipal de Saúde

  
**AFONSO BARBOSA DA SILVA**  
P/ Contratada

Testemunhas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO

Estado de São Paulo

## TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO TERMO DE CONTRATO DE GESTÃO

**Contratante:** MUNICÍPIO DE CUBATÃO

**Contratada:** INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

**Contrato de Gestão N°:** 3 /2018

**Objeto:** O Objeto constitui objeto do presente a contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social visando à contratação de Serviço de Gerenciamento e Operacionalização e Execução das Ações e Serviços no Pronto Socorro Central "Guiomar Roebbelen", no Pronto Socorro Infantil "Enfº Joaquim Nogueira" e no Serviço e Atendimento Móvel às Urgências - SAMU, no âmbito do município de Cubatão para execução dos serviços de saúde, conforme especificações, quantitativos, regulamentação e execução de atividades e serviços de saúde e demais obrigações, de acordo com Anexo I – Termo de Referência e demais documentos constantes no Processo Administrativo nº 13.429/2017, os quais fazem parte integrante deste Contrato.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) O ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

**2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Cubatão, 08 de maio de 2018.

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONTRATANTE:

**ADEMÁRIO DA SILVA OLIVEIRA**

PREFEITO MUNICIPAL

CPF: 133.883.968-44

RG: 22.546.661 SSP/SP

Data de Nascimento: 03/11/1972

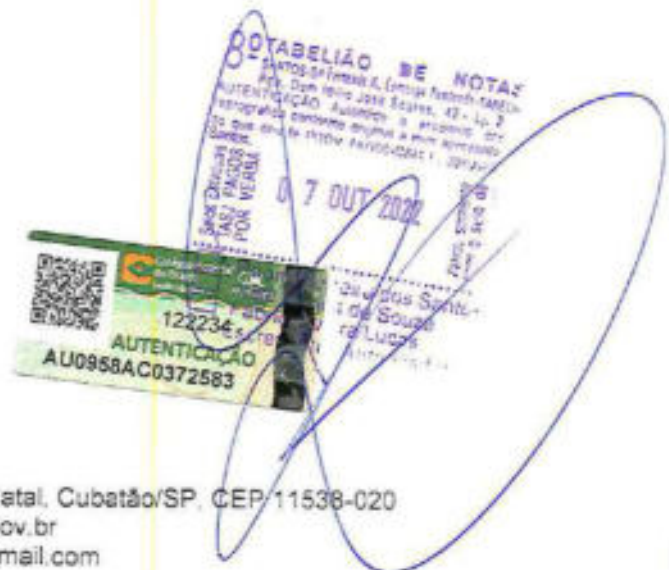
Endereço residencial: Rua das Acácias, 827, Vila Natal, Cubatão/SP, CEP: 11538-020

E-mail institucional: gabineteprefeito@cubatão.sp.gov.br

E-mail pessoal: ademariodasilvaoliveiracubatão@gmail.com

Telefone: (13) 3362-6363

Assinatura:



001158



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CUBATÃO**  
Estado de São Paulo

**ANDREA PINHEIRO**  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CPF: 159.209.878-98  
RG: 25.112.140 SSP/SP  
Data de Nascimento: 30/01/1973  
Endereço residencial: Rua São João, 343, Vila Nova, Cubatão/SP, CEP. 11520-160  
E-mail institucional: andrea.lima@cubatao.sp.gov.br  
E-mail pessoal: deapi@hotmail.com  
Telefone(s): (13) 3362-7811  
Assinatura:

**PELA CONTRATADA:**  
**AFONSO BARBOSA DA SILVA**  
DIRETOR PRESIDENTE  
CPF: 351.494.948-44  
RG.: 34.498.655-X SSP/SP  
Data de Nascimento: 15/03/1987  
Endereço residencial: Rua Martins Fontes, 352, Pq Imperial, Barueri/SP, CEP 06462-080  
E-mail institucional: presidencia@alphainstituto.com.br  
E-mail pessoal: Afonso.barbo@gmail.com  
Telefone: (11) 4193.5660  
Assinatura:







## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Hélio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [secretaria@lcpn.org.br](mailto:secretaria@lcpn.org.br)

Laranjal Paulista, 19 de agosto de 2021.

### ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atesto para os devidos fins que a entidade Instituto Alpha de Medicina Para Saúde, CNPJ nº 14.512.229/0001-10, sediada na Av. Conselheiro Nébias, nº 703, Cj. 2501, Boqueirão, Santos/SP - CEP: 11.045-003 presta a contento aos serviços estabelecidos no Contrato de Gestão - Contrato Administrativo nº 012/2018 e seus aditivos, desde 01 de março de 2018 até a presente data, referente à gestão dos serviços de saúde em caráter complementar, e Estratégia Saúde da Família, das Unidades Básicas de Saúde do Município de Laranjal Paulista, não havendo fatos desabonadores, e ressalvando que vem cumprindo integralmente as metas estabelecidas.

Atenciosamente,

**ATESTADO DE NOTAS**  
Prestado em nome do Conselho Municipal de Saúde  
Pela Diretora de Saúde José Soares, 42 - 4, 7  
AUTENTICAÇÃO: Adotado a presente data  
representando o mesmo original e em conformidade  
de seu conteúdo.  
Santos, 05 de Outubro de 2022.  
Visto e aprovado em  
sessão ordinária de  
19/08/2021.  
Karlanete de  
Laranjal Paulista



*Maria Marlene Gazonato*  
Maria Marlene Gazonato  
Secretaria Municipal de Saúde  
RG 9 109 216-4

9 001160



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com)/[sdmsaudelarlanjal@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:sdmsaudelarlanjal@laranjalpaulista.sp.gov.br)

**Contrato de Gestão que, celebram o Município de Laranjal Paulista e o INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, qualificada como Organização Social de Saúde no Município conforme Certificado de Qualificação de Organização Social nº 015/2017, decorrente do Chamamento Público nº 006/2017 e seus anexos, o gerenciamento dos Serviços de Saúde constante da cláusula primeira.**

### **Contrato Administrativo nº 012/2018**

Pelo presente instrumento, de um lado a Prefeitura do Município de Laranjal Paulista, entidade jurídica de direito público, inscrita no CNPJ/MF sob nº 46.634606/0001-80, com sede nesta cidade na Praça Armando de Salles Oliveira nº 200 - Centro, neste ato representado por seu Prefeito Municipal o Senhor Alcides de Moura Campos Junior, brasileiro, casado, portador do RG nº 16.229.902-3 e CPF/MF nº 150.548.138-45, doravante denominada CONTRATANTE, e de outro lado o INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, qualificado como ORGANIZAÇÃO SOCIAL no Município de Laranjal Paulista pelo Certificado de Qualificação de Organização Social nº 015/2017, com CNPJ/MF nº 14.512.229/0001-10, com endereço à Alameda Itapecuru nº 645 - Alphaville Industrial no município de Barueri/SP, neste ato representado por seu Diretor Presidente, Senhor Afonso Barbosa da Silva, brasileiro, casado, portador do RG nº 34.498.655-X e CPF/MF nº 351.494.948-44, doravante denominada CONTRATADA, tendo em vista o que dispõe a Lei Federal 8080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Complementar Municipal nº 189 de 14/03/2017, bem como o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal 8666/1993 e suas atualizações, resolvem celebrar o presente CONTRATO DE GESTÃO de forma complementar referente ao gerenciamento, a operacionalização e execução de serviços de saúde diante das seguintes cláusulas e condições:



807 TABELÃO DE NOTA  
AUTENTICAÇÃO  
07 OUT 2022  
Rafael Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza  
Fabricio Vierra Lucas  
Secretarias Autoriza

001161



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 8331  
E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com) / [admsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

### CLÁUSULA PRIMEIRA – Objeto

O presente Contrato de Gestão tem por objeto a operacionalização, apoio e execução do gerenciamento, pela CONTRATADA, de atividades e serviços de saúde de forma complementar em conformidade com os Anexos Técnicos que integram este instrumento, assegurando assistência universal e gratuita à população.

O Objeto contratual executado deverá atingir o fim a que se destina, com eficácia e as qualidades requeridas.

Fazem parte integrante deste contrato as normas definidas no Edital de Chamamento Público nº 006/2017, bem como seus ANEXOS.

### CLÁUSULA SEGUNDA – Obrigações e Responsabilidade da CONTRATADA

Em cumprimento às suas obrigações, cabe à CONTRATADA, além daquelas constantes das especificações técnicas nos Anexos e das estabelecidas na legislação referente ao SUS, bem como nos diplomas municipal, estadual e federal regem a presente contratação, as seguintes obrigações:

- 2.1. Prestar os serviços de saúde que estão especificados no ANEXO I - Prestação de Serviços à população usuária do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com o estabelecido neste Contrato de Gestão;
- 2.2. Dar atendimento exclusivo aos usuários do SUS, na UBS cujo uso lhe fora permitido;
- 2.3. Dispor, por razões de planejamento das atividades assistenciais, de informação oportuna sobre o local de residência dos pacientes atendidos ou que lhe sejam referenciados para atendimento, registrando o município de residência dos mesmos e, para os residentes em Laranjal Paulista a unidade referenciadora;
- 2.4. Responsabilizar-se pela indenização de dano decorrente de ação, omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência, que seus agentes, nessa qualidade, causarem a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros a estes vinculados, bem como aos bens públicos móveis e imóveis objetos de



001162



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Heli Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000

Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331

E-mail: [gmslaranjal@gmail.com](mailto:gmslaranjal@gmail.com)/[admsaudelarlanjal@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaudelarlanjal@laranjalpaulista.sp.gov.br)

permissão de uso, assegurando-se o direito de regresso contra o responsável, nos casos de dolo ou culpa, sem prejuízo da aplicação das demais sanções cabíveis;

2.5. A responsabilidade de que trata o item anterior estende-se aos casos de danos causados por falhas relativas à prestação dos serviços;

2.6. Restituir, em caso de desqualificação ou extinção, ao Poder Público, o saldo dos recursos líquidos resultantes dos valores dele recebidos;

2.7. Administrar os bens móveis e imóveis cujo uso lhe fora permitido, em conformidade com o disposto nos respectivos Termos de Permissão de uso, até sua restituição ao Poder Público;

2.8. A permissão de uso, referida no item anterior, deverá observar as condições estabelecidas na Lei Complementar Municipal 189 de 14/03/2017;

2.9. Comunicar à instância responsável do Município todas as aquisições de bens móveis que forem realizadas, no prazo máximo de 30 (trinta) dias após sua ocorrência;

2.10. Transferir, integralmente, à Contratante em caso de desqualificação ou extinção da Organização Social, o patrimônio, os legados ou doações que lhe foram destinados, cujo uso lhe fora permitido;

2.11. Cabe, ainda, a CONTRATADA fazer inventário e tombamentos dos bens adquiridos pela CONTRATADA, a fim de confrontar com o apresentado pela SMS;

2.12. Proceder às adaptações das normas do respectivo Estatuto ao disposto na Lei Complementar Municipal 189 de 14/03/2017;

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

2.14. Instalar, nas unidades objeto deste Contrato de Gestão, "Serviço de Atendimento ao Usuário", por meio de OUVIDORIA, devendo encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde relatório mensal de suas atividades, conforme o disposto nos Anexos deste Contrato de Gestão;



01163



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helió Rodrigues Pires 54 – Centro – Laranjal Paulista/SP – CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com) / [admrsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admrsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

- 2.15. Manter, em perfeitas condições de uso, os equipamentos e instrumentais necessários para a realização dos serviços contratados;
- 2.16. Adotar o símbolo e o nome designativo da unidade de saúde, cujo uso lhe fora permitido, com os padrões definidos pela CONTRATANTE;
- 2.17. Responsabilizar-se por cobrança indevida feita ao paciente ou ao seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Contrato de Gestão;
- 2.18. Manter atualizado o prontuário médico dos pacientes e o arquivo médico, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos, ressalvados os prazos previstos em lei;
- 2.19. Não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de Experimentação, exceto nos casos de consentimento informado, devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Consentida, com a expressa manifestação de consentimento do paciente ou de seu representante legal, por meio de termo de responsabilidade pelo tratamento a que será submetido;
- 2.20. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços;
- 2.21. Afixar aviso, em lugar visível, de sua condição de entidade qualificada como Organização Social de Saúde e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- 2.22. Justificar ao paciente ou ao seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas, quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste Contrato de Gestão;
- 2.23. Esclarecer os pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- 2.24. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal;
- 2.25. Garantir a confidencialidade dos dados e informações relativas aos pacientes;



OTABELIÃO DE NOTAS:  
SAÚDE MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA  
R. Com. João José Soares, 42 - L. 2  
AUTENTICAÇÃO: Assessoria de Gestão dos  
Serviços de Saúde Municipal de Laranjal Paulista  
07 OUT 2022  
Renny Ferreira  
José Carlos

001164



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helle Rodrigues Pires 54– Centro – Laranjal Paulista/SP – CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com)/[admsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

**2.26.** Assegurar aos pacientes o direito de serem assistidos, religiosa e espiritualmente por ministro de qualquer culto religioso, de acordo com a Lei Federal nº 9.982, de 14 de Julho de 2000;

**2.27.** As Unidades Básicas de Saúde (UBS) deverão implantar e implementar Serviços estabelecidos no referido Edital, deste Contrato de Gestão, e especialmente:

- Serviço de Atendimento ao Usuário;
- Implantação e implementação de Protocolos Clínicos;
- Procedimento operacional padrão;
- Descrição de fluxo de atendimento e rotinas administrativas;

**2.28.** Deverá ser fornecido relatório de atendimento prestado, ao paciente atendido e submetido à observação clínica, por ocasião de sua saída e nos casos de atendimento seguido de transferência, da unidade de saúde, do qual devem constar, no mínimo, os seguintes dados:

- a) Nome do paciente;
- b) Nome da unidade de atendimento;
- c) Localização da Unidade (endereço, município, estado);
- d) Motivo do Atendimento;
- e) Data da emissão e data da Alta (se for o caso);
- f) Procedimentos realizados e tipo de materiais empregados (se for o caso);

O cabeçalho do documento deverá conter o seguinte esclarecimento:

"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais".

**2.29.** Colher a assinatura do paciente, ou de seus representantes legais, na segunda Via do relatório a que se refere o item 24 desta cláusula, arquivando-a no prontuário do paciente, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;



001165



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranja@gmail.com](mailto:smslaranja@gmail.com)/[adm.saude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:adm.saude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

2.30. Em se tratando de serviço de observação, assegurar a presença de um acompanhante, em tempo integral, no caso de gestantes, crianças, adolescentes e idosos.

2.31. Limitar suas despesas com o pagamento de remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados das Organizações Sociais de Saúde até 70% (setenta por cento) do valor global das despesas de custeio da respectiva unidade.

2.32. A remuneração e vantagens de qualquer natureza a serem percebidos pelos dirigentes e empregados da CONTRATADA não poderão exceder os níveis de remuneração praticados na rede privada de saúde, observando - se a média de valores praticados por instituições de mesmo porte e semelhante complexidade da unidade objeto deste Contrato de Gestão. Remuneração esta baseada em indicadores específicos divulgados por entidades especializadas em pesquisa salarial existentes no mercado.

### CLÁUSULA TERCEIRA – Obrigações do CONTRATANTE

3.1. Para a execução dos serviços objeto do presente Contrato de Gestão, o município obriga-se a:

3.1.1. Prover a Parceira dos meios necessários à execução do objeto deste Contrato de Gestão;

3.1.2. Programar, no orçamento do Município, nos exercícios subseqüentes ao da assinatura do presente Contrato de Gestão, os recursos necessários, nos elementos financeiros específicos para custear a execução do objeto contratual;

3.1.3. Permitir o uso dos bens móveis e imóveis, mediante a edição de Decreto e celebração dos correspondentes termos de permissão de uso, e sempre que uma nova aquisição lhe for comunicada pela Parceira;

3.1.4. Analisar e avaliar o inventário dos bens apresentado pela CONTRATANTE, referidos no item anterior desta cláusula, anteriormente, à formalização dos termos de permissão de uso;



NOVA  
Pça. Dom João José Soares, 42 - Lt. 2  
Programa de Controle Social e Gestão de Recursos Humanos  
RUA JOSÉ JOSÉ SOARES, 42 - LT. 2 - JARDIM SÃO CARLOS - LARANJAL PAULISTA - SP - CEP: 18500-000

081166  
Handwritten signatures and initials



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smalaranjal@gmail.com](mailto:smalaranjal@gmail.com)/[admisaude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admisaude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

3.1.5. A utilização de servidores públicos deve ser feita mediante autorização governamental, observado o interesse público, a disposição de servidores públicos, para exercerem suas funções na Organização Social Parceira, conforme o disposto na Lei 189, de 14/03/2017.

3.1.6. Durante o período da disposição, o servidor público observará as normas internas da Organização Social;

3.1.7. O Valor pago pelo Município a título de remuneração e de contribuição previdenciária do servidor colocado à disposição da Organização Social será abatido do Valor de cada repasse mensal, respeitado o limite estabelecido;

3.1.8. O servidor colocado à disposição da Organização Social poderá, a qualquer tempo, mediante requerimento ou por manifestação da Organização Social, ter sua disposição cancelada;

3.1.9. Analisar, sempre que necessário, e, no mínimo anualmente, a capacidade e as condições de prestação de serviços comprovadas por ocasião da qualificação da entidade como Organização Social de Saúde, para verificar se a mesma ainda dispõe de suficiente nível técnico assistencial para a execução do objeto contratual;

3.1.10. A CONTRATADA é responsável por encargos trabalhistas, inclusive decorrentes de acordos, dissídios e convenções coletivas, previdenciários, fiscais e comerciais oriundos da execução do contrato, podendo o CONTRATANTE, a qualquer tempo exigir a comprovação do cumprimento de tais encargos, como condição de pagamento dos créditos da CONTRATADA;

3.1.11. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados na UBS, disponibilizando a qualquer momento à CONTRATANTE é às auditorias do SUS, as fichas de atendimento dos usuários, assim como os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados nas unidades de saúde UBS;

3.1.12. Apresentar e manter atualizadas todas as licenças e alvarás junto à repartições competentes, necessários à execução dos serviços objeto do presente CONTRATO DE GESTÃO



001167





## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Heflio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000

Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331

E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com)/[admsaudelaranjal@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaudelaranjal@laranjalpaulista.sp.gov.br)

### CLÁUSULA QUARTA - Da Avaliação

4.1. A Comissão Técnica de Avaliação (CTA) procederá a avaliação trimestral das metas pactuadas e a Comissão de Gestão de Contratos procederá à avaliação mensal do desenvolvimento dos recursos sob a sua gestão, elaborando relatório conclusivo.

Parágrafo Único: A verificação de que trata o "caput" desta cláusula, relativa ao cumprimento das diretrizes e metas definidas para a CONTRATADA, restringir-se á aos resultados obtidos em sua execução, através dos indicadores de desempenho estabelecidos em confronto com as metas pactuadas e com a economicidade no desenvolvimento das respectivas atividades, os quais serão consolidados pela instância responsável do CONTRATANTE e encaminhados mensalmente aos membros da CTA para análise, através do relatório assistencial anexado na prestação de contas mensal, para a realização da avaliação trimestral, porém o acompanhamento mensal.

4.2. A Comissão Municipal de Acompanhamento e Fiscalização deverá elaborar relatório anual conclusivo sobre a avaliação do desempenho da CONTRATADA.

4.3. Os relatórios mencionados nesta cláusula deverão ser encaminhados ao Secretário Municipal de Saúde.

### CLÁUSULA QUINTA - Do Acompanhamento

5.1. A execução do presente contrato de gestão será acompanhada pelo Departamento Gestor, pela Comissão Técnica de Acompanhamento (CTA), pela Comissão de Gestão de Contratos e pela Comissão Municipal Permanente de Acompanhamento e Fiscalização através do disposto neste Contrato de Gestão e seus Anexos bem como dos instrumentos por elas definidos.

### CLÁUSULA SEXTA - Do Prazo de Vigência



001168



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helió Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000

Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331

E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com) / [adm.saude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:adm.saude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

6.1. O prazo de vigência do presente Contrato de Gestão será de 12 (doze) meses, tendo por termo inicial a data de sua assinatura, podendo ser renovado, após demonstrada a consecução dos objetivos estratégicos e das metas estabelecidas e havendo concordância de ambas as partes.

PARÁGRAFO ÚNICO: O prazo de Vigência contratual estipulado nesta cláusula não exime o CONTRATANTE da comprovação da existência de recursos orçamentários para a efetiva continuidade da prestação dos serviços nos exercícios financeiros subseqüentes ao da assinatura deste Contrato de Gestão.

### CLÁUSULA SÉTIMA - Dos Recursos Financeiros

7.1. Pela execução do objeto deste Contrato de Gestão, o CONTRATANTE repassará à CONTRATADA, no prazo e condições constantes neste instrumento bem como no referido Edital de Chamamento e seus Anexos, a importância global estimada em R\$ 3.628.096,00 (três milhões seiscentos e vinte e oito mil e noventa e seis reais), sendo o valor mensal de R\$ 302.341,34 (trezentos e dois mil trezentos e quarenta e um reais e trinta e quatro centavos).

7.2. Do montante global mencionado no caput desta cláusula o valor de R\$ 3.023.413,40 (três milhões vinte e três mil quatrocentos e treze reais e quarenta centavos), corresponde ao exercício financeiro de 2018, cujo repasse dar-se-á na modalidade CONTRATO DE GESTÃO, conforme instrução TCE-SP nº 02/2008 e onerará a seguinte rubrica orçamentária:- 02.04 - Secretaria Municipal de Saúde - 10.301.0010.2017 Manutenção da Assistência Médica e Ambulatorial - 33.90.39 - Ficha 127 (Recurso Próprio), 33.90.39 - Ficha 128 (Fonte Estadual) e 33.90.39 - Ficha 129 (Fonte Federal).

7.3. O valor referente aos exercícios subseqüentes será consignado nas respectivas leis orçamentárias.



001169



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [sms@laranjal@gmail.com](mailto:sms@laranjal@gmail.com) / [admsaude@laranjal@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaude@laranjal@laranjalpaulista.sp.gov.br)

7.4. Os recursos repassados à Parceira deverão ser por esta aplicados no mercado financeiro, sendo que os resultados dessa aplicação se reverterão, exclusivamente, aos objetivos deste Contrato de Gestão.

7.5. Os recursos financeiros, para a execução do objeto do presente Contrato de Gestão pela Parceira, poderão ser obtidos mediante transferências provenientes do Poder Público, receitas auferidas por serviços que possam ser prestados, sem prejuízo da assistência à saúde, doações e contribuições de entidades nacionais e estrangeiras, rendimentos de aplicações dos ativos financeiros da Organização Social e de outros pertencentes ao patrimônio que estiver sob a administração da Organização Social de Saúde, ficando-lhe, ainda, facultado contrair empréstimos com organismos nacionais e internacionais.

7.6. A CONTRATADA deverá movimentar os recursos de INVESTIMENTOS e de CUSTEIO que lhe forem repassados, em contas correntes bancárias específicas, distintas, exclusivas e vinculadas ao Contrato de Gestão, constando como Titular a Organização Social de modo que não sejam confundidos com os recursos próprios da Parceira.

7.7. A CONTRATADA deverá manter em subconta bancária exclusiva vinculada a conta bancária de custeio, no Banco do Brasil do Contrato de Gestão, devidamente aplicado os recursos destinados ao provisionamento de encargos sociais e trabalhistas.

7.8. Os respectivos extratos de movimentação mensal deverão ser encaminhados mensalmente à Contratante.

### CLÁUSULA OITAVA - Dos Recursos para Investimentos

8.1. Os recursos destinados a investimentos necessários à adequação física, estrutural e operacional da unidade obedecerá as condições estipuladas no Edital de Seleção nº 006/2017, bem como o item 9.1 deste Contrato.

### CLÁUSULA NONA - Condições de Pagamento



07 OUT 2022

Rafael Correia dos Santos  
Cândido de Souza

Handwritten signatures and the number 801170.



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com) / [admsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

9.1. (Investimento): No exercício de 2018 a somatória dos valores referentes a investimentos a serem repassados fica estimada em até R\$ 253.000,00 (duzentos e cinquenta e três mil reais), mediante os seguintes critérios:

A parcela correspondente a investimentos será repassada mediante a solicitação da CONTRATADA a qualquer tempo após assinatura do contrato;

As prestações de contas dos recursos de investimentos dos itens constantes no Anexo II serão apresentadas de acordo com as aquisições e as notas fiscais acompanhadas do Termo de Doação no prazo de trinta dias após a sua ocorrência.

9.2. As parcelas referentes ao Valor do custeio serão repassadas a partir do início do atendimento da unidade e os ajustes financeiros decorrentes da avaliação do alcance das metas, serão realizados trimestralmente, após análise dos indicadores estabelecidos no Anexo VI - Indicadores de Desempenho.

O Somatório de Valores de custeio a serem repassados anualmente ficam estimado em R\$3.628.096,00 (três milhões seiscentos e vinte e oito mil e noventa e seis reais), sendo para os meses o Valor de R\$ 302.341,34 (trezentos e dois mil trezentos e quarenta e um reais e trinta e quatro centavos). Os recursos serão transferidos até o 10º (décimo) dia útil de cada mês

9.3. Os Valores de ajuste financeiro, citados no parágrafo anterior, serão apurados na forma disposta no Anexo I - Transferência de Recursos, que integra o presente Contrato de Gestão.

9.4. Os indicadores do último trimestre do ano serão avaliados nos meses de Janeiro e fevereiro do ano seguinte e corrigidos na forma do item 9.1 desta cláusula.

### CLÁUSULA DÉCIMA - Da Alteração Contratual

10.1. O presente Contrato de Gestão poderá ser aditado, alterado, parcial ou totalmente, mediante prévia justificativa por escrito que conterà a declaração de interesse de ambas as partes e deverá ser autorizado pelo Secretário Municipal



001171



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4800 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranja@gmail.com](mailto:smslaranja@gmail.com)/[edmsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:edmsaude@laranjalpaulista.sp.gov.br)

de Saúde e Prefeito Municipal.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - Da Rescisão

11.1. A rescisão do presente Contrato de Gestão obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal 8.666/93 e alterações posteriores.

11.2. Verificada qualquer hipótese ensejadora da rescisão contratual, o Poder Executivo providenciará imediata revogação do decreto de permissão de uso dos bens públicos, e a cessação dos afastamentos dos servidores públicos colocados à disposição da Parceira, não cabendo à entidade de direito privado sem fins lucrativos direito a qualquer indenização, salvo na hipótese prevista no § 2º do artigo 79 da Lei federal 8.666/93.

Cabe ainda, a CONTRATADA, em caso de rescisão contratual transferir integralmente à Contratante o saldo dos recursos líquidos resultantes dos Valores dele recebidos.

11.3. Em caso de rescisão unilateral por parte do Município, que não decorra de má gestão, culpa ou dolo da Parceira, o município arcará com os custos relativos à dispensa do pessoal contratado pela Organização Social de Saúde para execução do objeto deste Contrato de Gestão, independentemente de indenização a que a Parceira faça jus.

11.4. Em caso de rescisão unilateral por parte da Parceira, a mesma se obriga a continuar prestando os serviços de saúde ora contratados, por um prazo mínimo de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir da denúncia do Contrato de Gestão.

11.5. A Parceira terá o prazo máximo de 90 (noventa) dias, a contar da data da rescisão do Contrato de Gestão, para quitar suas obrigações e prestar contas de sua gestão à Contratante.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - Das Penalidades

12.1. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato de Gestão e seus Anexos, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará o Município, garantida a prévia defesa, a



001172



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com)/[admsaudelarania@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:admsaudelarania@laranjalpaulista.sp.gov.br)

aplicar, em cada caso, as sanções previstas nas legislações Vigentes combinado com o disposto no na Portaria 1.286/93, do Ministério da Saúde quais sejam:

- a) Advertência;
- b) Multa;
- c) Suspensão temporária de participar de licitações e de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação.

**12.2.** A imposição das penalidades previstas, nesta cláusula, dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstâncias objetivas em que ele ocorreu, avaliadas pelo sistema de dosimetria utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e dela será notificada a Parceira.

**12.3.** As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d" desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com a alínea "b".

**12.4.** Da aplicação das penalidades, a Parceira terá o prazo de 05 (cinco) dias para interpor recurso, dirigido ao Secretário Municipal de Saúde.

**12.5.** O Valor da multa que vier a ser aplicada será comunicado à Parceira e o respectivo montante será descontado dos pagamentos devidos em decorrência da execução do objeto contratual, garantindo-lhe pleno direito de defesa.

**12.6.** A imposição de qualquer das sanções estipuladas, nesta cláusula, não elidirá o direito de o Município exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética do autor do fato.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - Disposições Finais e Transitórias

**13.1.** É vedada a cobrança por serviços médicos, ambulatoriais ou outros complementares da assistência devida ao paciente.



0041173



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000  
Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331  
E-mail: [smslaranja@gmail.com](mailto:smslaranja@gmail.com)/[admsaudelaranja@laranjaipaulista.sp.gov.br](mailto:admsaudelaranja@laranjaipaulista.sp.gov.br)

13.2. Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pelo Município sobre a execução do presente Contrato de Gestão, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS - Sistema Único de Saúde, decorrente da Lei 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à Parceira.

13.3. Fica acordado que os direitos e deveres atinentes à entidade privada sem fins lucrativos subscritora deste instrumento serão sub-rogados para a Organização Social de Saúde por ela constituída, mediante a instrumentalização de termo de rratificação ao presente Contrato de Gestão.

13.4. A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo, e mediante justificativa apresentadas ao Secretário Municipal de Saúde, propor a devolução de bens ao Poder Público Municipal, cujo uso fora a ela permitido e que não mais sejam necessários ao cumprimento das metas avençadas.

13.5. A qualquer momento a CONTRATADA poderá solicitar a revisão dos valores estabelecidos, de forma a não prejudicar o atendimento das metas pactuadas e manter o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato de Gestão. Para tanto, deverá apresentar as variações dos custos através de planilhas analíticas, com toda a documentação comprobatória da solicitação. Referida solicitação será apreciada pelo Controle Interno da Secretaria Municipal de Saúde que emitirá parecer conclusivo e submeterá à Comissão Técnica de Acompanhamento para a manifestação final que, sendo aprovada, será formalizada através de aditivo contratual.

### CLÁUSULA DÉCIMA – QUARTA - Da Publicação

14.1. O Contrato de Gestão será publicado no Diário Oficial do Estado, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados da data de sua assinatura.

### CLÁUSULA DÉCIMA – QUINTA - Do Foto



001174



## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Prefeitura Municipal de Laranjal Paulista

Rua Helio Rodrigues Pires 54- Centro - Laranjal Paulista/SP - CEP: 18500-000


Telefone: (15) 3283 4600 / (15) 3283 2425 / Fax: (15) 3283 6331


E-mail: [smslaranjal@gmail.com](mailto:smslaranjal@gmail.com) / [adm.saude@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:adm.saude@laranjalpaulista.sp.gov.br)


15.1. Fica eleito o Foro de Laranjal Paulista, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas deste Contrato de Gestão, que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem justas e Parceiras, assinam o presente Contrato de Gestão em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.

Laranjal Paulista, 01 de Março de 2018.

  
PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA  
ALCIDES DE MOURA CAMPOS JUNIOR  
PREFEITO MUNICIPAL

  
STELLA BIANCA GONÇALVES BRASIL PISSATTO  
Secretaria Municipal de Saúde

  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE  
AFONSO BARBOSA DA SILVA  
DIRETOR PRESIDENTE

Testemunhas:

Nome

RG

CPF

Nome

RG

CPF



001175





**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

Praça Armando de Salles Oliveira nº 200 - CEP 18.500-000  
Fone (15) 3283-8300 – (15) 3283-8331  
e-mail: [licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br)

**TERMO ADITIVO DO CONTRATO Nº 012/2018 DO CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 006/2017-PROCESSO Nº 122/2017-CONTRATO Nº 012/2018-CONTRATANTE-PMLP-CONTRATADA-INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE-OBJETO- CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE LARANJAL PAULISTA.**

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA**, Estado de São Paulo, pessoa jurídica de direito público, com sede à Praça Armando de Salles Oliveira, nº 200, nesta cidade, doravante denominada **CONTRATANTE**, neste ato representada pelo Prefeito, Sr. Alcides de Moura Campos Junior, brasileiro, casado, portador do RG nº 16.229.902-3 e CPF 150.548.138-45, e o **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, qualificada como **ORGANIZAÇÃO SOCIAL no Município de Laranjal Paulista**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 14.512.229/0001-10, com sede à Rua Amador Bueno, nº 333 – Conj 1703/1705 – Centro, no Município de Santos/SP., representada neste ato pela sua Presidente, Senhora Adriana Coluci da Costa Marques, brasileira, solteira, RG nº 19.756.610-8 e CPF/MF nº 097.761.558-80, conforme consta no contrato social, doravante denominada **CONTRATADA**, firmam o presente termo aditivo de contrato, cuja celebração foi autorizada pelo Prefeito Municipal, concernente à licitação 003/2017, na modalidade Chamamento Público, nos termos do art. 57, incisos I e II, parágrafo 2º da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações posteriores e previsão na cláusula segunda do contrato firmado em 01.03.2018, as partes já especificadas no , brasileiro, casado, ajuste inicial, têm entre si, por justo contratado, aditar o pacto contratual consoante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA-** Fica prorrogada a vigência do contrato nº 012/2018, firmado entre as partes, por mais 12 ( doze ) meses, a contar da data do seu encerramento, nos termos do artigo 65, inciso II, parágrafo 2º da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

**CLÁUSULA SEGUNDA-A CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor global estimado de R\$ 4.129.543,68 (quatro milhões, cento e vinte e nove mil, quinhentos e quarenta e três reais e sessenta e oito centavos).

**CLÁUSULA TERCEIRA-** As despesas decorrentes deste ajuste serão cobertas pelas dotações orçamentárias vigentes nº **02.04.00.10.301.0010.2017.339039- despesa - 113 - Recurso próprio- 02.04.00.10.302.0010.2019.339039 -despesa 114 - recurso estadual** e parte do orçamento consignado em dotações futuras.



**NOTA DE AUTENTICAÇÃO**  
Este documento é uma cópia autêntica do original.  
A autenticidade pode ser verificada no site: [www.tre.org.br](http://www.tre.org.br)  
Data de emissão: 07 OUT 2022

001176



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA  
ESTADO DE SÃO PAULO**

Praça Armando de Salles Oliveira nº 200 - CEP 18.500-000  
Fone (15) 3283-8300 – (15) 3283-8331  
e-mail: [licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br)

**CHAMAMENTO PÚBLICO 006/2017  
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO  
(Contratos)**

**CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LARANJAL PAULISTA**  
**CONTRATADO: INSTITUTO ALPHA PARA MEDICINA.**  
**CONTRATO Nº (DE ORIGEM): 012/2018**  
**OBJETO: CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS**  
**LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE SAÚDE,**  
**NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE LARANJAL PAULISTA.**

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP - CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

**2. Damos-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

**LOCAL e DATA: Laranjal Paulista, 03 de março de 2.022**



001178



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA  
ESTADO DE SÃO PAULO**

Praça Armando de Salles Oliveira nº 200 - CEP 18.500-000  
Fone (15) 3283-8300 – (15) 3283-8331  
e-mail: [licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br)

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: Alcides de Moura Campos Junior  
Cargo: Prefeito Municipal  
CPF: 150.548.138-45 RG: 16.229.902-3-SSP/SP  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME:**

Nome: Alcides de Moura Campos Junior  
Cargo: Prefeito Municipal  
CPF: 150.548.138-45  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:  
PELO CONTRATANTE:**

Nome: Alcides de Moura Campos Junior  
Cargo: Prefeito Municipal  
CPF: 150.548.138-45 RG: 16.229.902-3-SSP/SP  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**PELA CONTRATADA:**

Nome: Adriana Coluci da Costa Marques  
Cargo: Diretora Presidente  
CPF: 097.761.558-80 RG: 19.756.610-8 SSP/SP  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:**

Nome: Maria Marlene Gasonato  
Cargo: Secretária Municipal de Saúde  
CPF: 815.304.128-20 RG: 9.109.216-4 SSP/SP  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**GESTOR DO CONTRATO**

Nome: Maria Marlene Gasonato  
Cargo: Secretária Municipal de Saúde  
CPF: 815.304.128-20  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**DEMAIS RESPONSÁVEIS:**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Fiscalizador do Contrato  
Nome: *Neusa Regina Siqueira*  
Cargo: *Coordenadora de Saúde*  
CPF: *055.901.258-24*  
Assinatura: \_\_\_\_\_

07 OCT 2022  
AUTENTICAÇÃO  
Rafael Ferreira dos Santos  
Carlos de Souza  
Lucio Viera Lucas  
Antes Autorizados



9 001179



**PREFEITURA MUNICIPAL DE LARANJAL PAULISTA  
ESTADO DE SÃO PAULO**

Praça Armando de Salles Oliveira nº 200 - CEP 18.500-000  
Fone (15) 3283-8300 – (15) 3283-8331  
e-mail: [licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br](mailto:licitacao@laranjalpaulista.sp.gov.br)

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Presidente da Comissão Permanente de Licitações

Nome: Silvana Soares de Camargo

Cargo: Oficial Administrativo

CPF: 072.944.198-92

Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro da Comissão de Licitações

Nome: Paula Silmara Steganhá Dalaneze

Cargo: Auxiliar Administrativo

CPF: 324.365.698-27

Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro da Comissão de Licitações

Nome: Kátia Lino

Cargo: Assistente Administrativo

CPF: 106.063.688-33

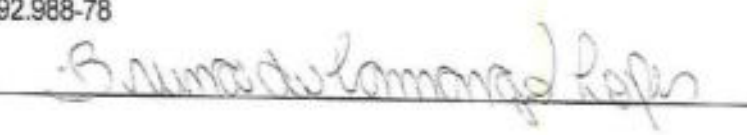
Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro da Comissão de Licitações

Nome: Bruna de Camargo Lopes

Cargo: Auxiliar Administrativo

CPF: 443.492.988-78

Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Secretária da Comissão de Licitações

Nome: Cláudia Tereza Pessin

Cargo: Assistente Administrativo

CPF: 122.693.688-19

Assinatura: 



001180



**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

**Processo Adm. nº 067/2020.**

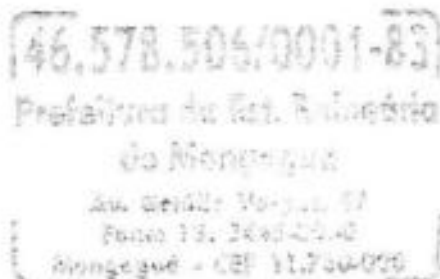
**Dispensa Licitação nº 002/2020.**

**Contrato nº 045/2020.**



Atestamos que **Empresa INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**, com sede à Avenida Conselheiro Nebias nº 703, Bairro Boqueirão, CEP 11.045-003, Santos/SP, inscrita no CNPJ sob n.º 14.512.229/0001-10, que firmou contrato e prestou serviços nesta Prefeitura, referente ao Processo Administrativo nº 067/20 de Dispensa de Licitação nº 002/2020, sob o Contrato nº 045/2020 e as Notas de Empenhos n.ºs. 3541 e 3542, tendo como Objeto: **GESTÃO PARA IMPLANTAÇÃO, GERENCIAMENTO, OPERACIONALIZAÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE, ENGLOBANDO A GESTÃO DA UNIDADE DE PRONTO SOCORRO DO VERA CRUZ, BEM COMO O FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA MÉDICA PARA A UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DO MUNICÍPIO DE MONGAGUÁ**, tendo como prazo de vigência 180(cento e oitenta) dias, no período de 28/04/2020 à 23/10/2020, o contrato tem o repasse no valor de R\$ 6.789.698,40(seis milhões, setecentos e oitenta e nove mil, seiscentos e noventa e oito reais e quarenta centavos) referente ao valor global, sendo em 6(seis) parcelas mensais de R\$ 1.131.616,40(hum milhão, cento e trinta e um mil, seiscentos e dezesseis reais e quarenta centavos), desta forma que a mesma cumpriu até o momento os requisitos contratuais dos serviços prestados com excelência e não constando nada que desabone até a presente data.

Prefeitura da Estância Balneária de Mongaguá, 05 de novembro de 2020.



Douglas Ap. Guarnieri Gomes  
Diretor Departamento de Compras

001181



PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ

Estado de São Paulo

Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 002/2021 CELEBRADO PELA PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, NO ÂMBITO DA SAÚDE, O PRESENTE CONTRATO TEM POR OBJETO GESTÃO E GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO VERA CRUZ DO MUNICÍPIO DE MONGAGUÁ/SP, NA FORMA DO PRESENTE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO, E SEUS ANEXOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, PODENDO SER PRORROGADO NAS HIPÓTESES LEGAIS.

CONTRATANTE: PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ, inscrito no CNPJ sob nº 46.578.506/0001-83, com sede na Av. Getúlio Vargas, nº 67, Centro, Mongaguá, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo Senhor Prefeito MÁRCIO MELO GOMES.

CONTRATADA: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, inscrita no CNPJ nº 14.512.229/0001-10, com sede à Av. Conselheiro Nêbias, nº 703, Bairro Boqueirão, Cidade de Santos, Estado de São Paulo, representada pela Sra. Adriana Coluci da Costa, portadora da Cédula de Identidade RG nº 19.756.610-8 e CPF nº 097.761.558-80.

Os CONTRATANTES têm entre si justo e avençado, e celebram o presente termo aditivo ao contrato nº 002/2021, referente ao Chamamento Público nº 002/2020, Processo Licitatório nº 123/2020, sujeitando-se as partes às normas disciplinares da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e às seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. O presente termo aditivo tem como objeto a PRORROGAÇÃO da vigência do Contrato nº 002/2021, por mais 12 (doze) meses, nos termos previstos no artigo 57, inciso II, da Lei nº 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO PRAZO

2.2. Pelo presente termo aditivo, fica prorrogada a vigência do Contrato por mais 12 (doze) meses, com início no dia 25/01/2022 e término no dia 25/01/2023.

CLÁUSULA QUINTA - DO VALOR DO TERMO ADITIVO

5.2. O valor global deste termo aditivo para cobrir as despesas relativas à prorrogação do contrato, pelo período de 12 (doze) meses, é de R\$ 18.184.664,97 (dezoito milhões, cento e oitenta e quatro mil, seiscentos e sessenta e quatro reais e noventa e sete centavos).

CLÁUSULA NONA - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

9.2. A despesa para o exercício subsequente será alocada à dotação orçamentária prevista para atendimento dessa finalidade, a ser consignada à CONTRATANTE, na Lei Orçamentária Anual.

OUTUBRO DE 2022  
AUTENTICAÇÃO  
CACAO Autenticar a presença física de quem contém o original e não apresentar o original em 15 (quinze) dias após a data de emissão do documento.  
Santos, SP, em 07 de Outubro de 2022.  
1º Tabelião de Notas  
Mônica de Fátima

07 OUT 2022

1º Tabelião Aditivo ao Contrato nº 002/2021. - Fls. nº 01/01

Raony Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza  
Fabrício Viera Lucas  
Escriturantes Autorizados

Handwritten signature and initials. Large handwritten number 001182. Other handwritten marks.





**PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEARIA DE MONGAGUÁ**

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP.

O presente termo aditivo decorre de autorização do Senhor Prefeito, exarada no Processo licitatório nº 123/2020, e encontra amparo legal no artigo 57, da Lei nº 8.666/93.

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no contrato inicial, firmado entre as partes.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente termo aditivo em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes, CONTRATANTE e CONTRATADA, e pelas testemunhas abaixo.

Mongaguá, 12 de Janeiro de 2022.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE MONGAGUÁ**

**MARCIO MELO GOMES**

**PREFEITO  
CONTRATANTE**

Adriana C. C. Marques  
Diretora Procedural  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde  
CNPJ 14.512.229/0001-10

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**

CNPJ nº 14.512.229/0001-10

Sra. Adriana Coluci da Costa

RG nº 19.756.610-8

CPF nº 097.761.558-80

**CONTRATADA**

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_





**PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ**

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP.  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000

1514  
6

CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2021  
CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2020

TERMO DE CONTRATO QUE CELEBRAM ENTRE SI, A PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, NO ÂMBITO DA SAÚDE, O PRESENTE CONTRATO TEM POR OBJETO GESTÃO E GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO VERA CRUZ DO MUNICÍPIO DE MONGAGUÁ/SP, NA FORMA DO PRESENTE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO, E SEUS ANEXOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, PODENDO SER PRORROGADO NAS HIPÓTESES LEGAIS.

CONTRATO N° 002/2021  
PROCESSO N° 123/2020  
CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2020

**CONTRATANTES:**

Pelo presente termo de contrato em que figuram de um lado, como **CONTRATANTE**, a **PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ**, pessoa Jurídica de Direito Público Interno, devidamente inscrita no CGC/MF sob nº. 46.578.506/0001-83, com sede à Av. Getúlio Vargas, nº 67 - Centro - Mongaguá, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo Senhor Prefeito **MÁRCIO MELO GOMES**, e de outro lado como **CONTRATADA**, a firma **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, com sede à Av. Conselheiro Nebias, nº 703, no Bairro Boqueirão, na Cidade de Santos, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob nº 14.512.229/0001-10, neste ato representada pela sua Presidente, Sra. Adriana Coluci da Costa Marques, portador da Cédula de Identidade RG sob nº 19.756.610-8 e CPF nº 097.761.558-80, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem entre si como certo e ajustado o presente contrato, que será regido pela Lei Federal nº 9.637/98, Lei Federal 9.666/93, Lei Municipal nº 3.044/2019, e demais disposições pertinentes à matéria, mediante cláusulas e condições a seguir aduzidas:

**CLÁUSULA SEGUNDA**

A **CONTRATADA** obriga-se ao cumprimento do aqui acordado, em conformidade com o edital e seus anexos constantes no **Chamamento Público nº 002/2020**, parte integrante deste contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A **CONTRATADA** fica obrigada a prestar os serviços dentro dos melhores padrões e normas científicas vigentes e atualizadas, e com o necessário rigor técnico que a natureza dos serviços requer.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A **CONTRATADA** fica obrigada a garantir a execução dos serviços contratados durante a vigência do presente contrato, de forma a não prejudicar e retardar os procedimentos de saúde pública necessários aos usuários do Sistema de Atenção à Saúde.



07 OUT 2022  
Município de Santos  
José Carlos de Souza  
15173-1000

Contrato de Concessão nº 002/2021

001184





PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEARIA DE MONGAGUÁ.

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº 67 - Centro - Mongaguá - SP.  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000

1515  
9

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO**

Convencionam as partes contratantes que a vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses, com início a partir da Ordem de Início dos Serviços emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, no ato da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado nas hipóteses legais nos termos da legislação vigente.

**CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, valores em conformidade com a planilha de quantidades e preços referente aos serviços devidamente executados.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Dá-se ao presente contrato o valor de R\$ 18.184.664,97 (dezoito milhões, cento e oitenta e quatro mil, seiscentos e sessenta e quatro reais e noventa e sete centavos), referente ao valor global do presente contrato de gestão.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A despesa onerará a seguinte dotação orçamentária: Ficha nº 02.09/10.301.0009.2021.3.3.50.39.99 - Manutenção do Fundo Municipal de Saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A CONTRATANTE efetuará o primeiro repasse de pagamento à CONTRATADA, na forma do item 12 do edital de chamamento público, em até 05 (cinco) dias após a assinatura deste contrato de gestão, mediante emissão de Solicitação de Repasse, sendo os demais repasses de pagamento efetuados a cada 30 (trinta) dias, consecutivamente, contando deste termo inicial.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Para efeito do disposto no PARÁGRAFO QUARTO a CONTRATADA deverá apresentar à CONTRATANTE os documentos a seguir relacionados, referentes à prestação dos serviços do mês anterior ao repasse que a ser realizado, salvo o primeiro repasse do contrato de gestão que será tratado na forma do parágrafo quinto, da cláusula quarta do presente contrato de gestão.

- a) Relação nominativa dos empregados utilizados nos serviços objeto deste contrato, acompanhada da folha de pagamento individualizada onde constem apenas os nomes desses empregados;
- b) Cópia autenticada da guia de recolhimento do FGTS;

**CLÁUSULA QUINTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

A aplicação de multa na infração ao disposto nos artigos 81, 86 e 87 da Lei Federal nº 8.666/93, será assim disposta:

- 1) A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato na Prefeitura Municipal de Mongaguá aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido por esta Municipalidade, caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o a seguinte penalidade de multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor da obrigação não cumprida.
- 2) Pela inexecução total ou parcial do serviço poderão ser aplicadas à contratada a seguinte penalidade de multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da obrigação não cumprida, ensejando a mesma multa caso a Contratada não apresente a documentação exigida para assinatura do contrato.



OTABELIÃO DE NOTAS  
SANTOS-SP  
Rua, Dom João José Soares, 42 - L. 2  
AUTENTICAÇÃO AUTOMÁTICA  
Este documento possui a seguinte URL:  
http://www.1515.com.br/1515/0222

07 OUT 2022

Contrato de Concessão nº 002/2021

001185  
Handwritten signature and initials.



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEARIA DE MONGAGUÁ**

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP,  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000

1516  
9

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

As multas aqui previstas não impedem a aplicação de outras sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Ficará impedida de licitar e de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 02 (dois) anos, garantido o direito prévio de ampla defesa, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a licitante que:

- 1 - Ensejar o retardamento na entrega do objeto deste Contrato;
- 2 - Não mantiver a proposta, injustificadamente;
- 3 - Comportar-se de modo inidôneo;
- 4 - Fizer declaração falsa;
- 5 - Cometer fraude fiscal;
- 6 - Falhar ou fraudar a entrega do objeto contratado.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

As sanções aqui previstas poderão ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 05 (cinco) dias úteis após o recebimento da notificação, conforme Artigo 109 da Lei 8666/93.

**PARÁGRAFO QUARTO**

A Prefeitura Municipal de Mongaguá/SP poderá efetuar a retenção de qualquer pagamento que for devido, para compensação das multas aplicadas, sendo que o valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pela CONTRATANTE, cobrada extrajudicialmente ou judicialmente respondendo a CONTRATADA pela sua diferença, a qual deverá ser recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados de sua notificação oficial quando ocorrer, respeitando a ampla defesa da CONTRATADA.

**CLÁUSULA SEXTA**

A CONTRATADA compromete-se a manter, durante a execução do contrato, as condições e qualificações exigidas na licitação que deu origem a presente contratação.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente, nos termos dos artigos 77 e seguintes da Lei Federal nº 8.666/93, pela CONTRATANTE, a qualquer momento, bastando para tanto simples comunicação por escrito.

**CLÁUSULA OITAVA**

No caso de rescisão amigável, fica assegurado à CONTRATANTE o direito de exigir a continuidade do contrato durante o período de 15 (quinze) dias.

**CLÁUSULA NONA - DO REAJUSTE**

Ocorrendo a prorrogação do mesmo por mais 12 (doze) do presente, o preço global será reajustado pelo INPC.

**CLÁUSULA DÉCIMA**

Faz parte deste contrato, naquilo em que não colidir com as cláusulas deste instrumento, os Anexos do Chamamento Público nº 002/2020, como se o mesmo aqui estivesse transcrito.

ROTELEIÃO DE NOTA:  
SANTOS SP - Rua 18, 1900 - Participação  
Pça. Dom João José Soares, 42 - L. 7  
IDENTIFICAÇÃO - Número de inscrição  
inscrição comercial estadual e número de  
inscrição de inscrição estadual - 2010-833

Contrato de Concessão nº 002/2021



7 OUT 2022

001186  
Handwritten signature and initials.



PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP.  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000

1514  
6

CONTRATO DE GESTÃO N° 002/2021  
CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2020

TERMO DE CONTRATO QUE CELEBRAM ENTRE SI, A PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE, NO ÂMBITO DA SAÚDE, O PRESENTE CONTRATO TEM POR OBJETO GESTÃO E GERENCIAMENTO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO VERA CRUZ DO MUNICÍPIO DE MONGAGUÁ/SP, NA FORMA DO PRESENTE EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO, E SEUS ANEXOS, PELO PERÍODO DE 12 (DOZE) MESES, PODENDO SER PRORROGADO NAS HIPÓTESES LEGAIS.

CONTRATO N° 002/2021  
PROCESSO N° 123/2020  
CHAMAMENTO PÚBLICO N° 002/2020

**CONTRATANTES:**

Pelo presente termo de contrato em que figuram de um lado, como **CONTRATANTE**, a **PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE MONGAGUÁ**, pessoa Jurídica de Direito Público Interno, devidamente inscrita no CGC/MF sob nº. 46.578.506/0001-83, com sede à Av. Getúlio Vargas, nº 67 - Centro - Mongaguá, Estado de São Paulo, neste ato representado pelo Senhor Prefeito **MÁRCIO MELO GOMES**, e de outro lado como **CONTRATADA**, a firma **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, com sede à Av. Conselheiro Nebias, nº 703, no Bairro Boqueirão, na Cidade de Santos, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob nº 14.512.229/0001-10, neste ato representada pela sua Presidente, Sra. Adriana Coluci da Costa Marques, portador da Cédula de Identidade RG sob nº 19.756.610-8 e CPF nº 097.761.558-80, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, tem entre si como certo e ajustado o presente contrato, que será regido pela Lei Federal nº 9.637/98, Lei Federal 8.666/93, Lei Municipal nº 3.044/2019, e demais disposições pertinentes à matéria, mediante cláusulas e condições a seguir aduzidas:

**CLÁUSULA SEGUNDA**

A **CONTRATADA** obriga-se ao cumprimento do aqui acordado, em conformidade com o edital e seus anexos constantes no Chamamento Público nº 002/2020, parte integrante deste contrato.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

A **CONTRATADA** fica obrigada a prestar os serviços dentro dos melhores padrões e normas científicas vigentes e atualizadas, e com o necessário rigor técnico que a natureza dos serviços requer.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A **CONTRATADA** fica obrigada a garantir a execução dos serviços contratados durante a vigência do presente contrato, de forma a não prejudicar e retardar os procedimentos de saúde pública necessários aos usuários do Sistema Único de Saúde.



MANUELA  
07 OUT 2022  
MONGAGUÁ

Contrato de Concessão nº 002/2021

01188



PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEARIA DE MONGAGUÁ

Estado de São Paulo  
Av. Genílio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP.  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3443-3000

1515  
9

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO**

Convencionam as partes contratantes que a vigência do presente contrato será de 12 (doze) meses, com início a partir da Ordem de Início dos Serviços emitida pela Secretaria Municipal de Saúde, no ato da assinatura do contrato, podendo ser prorrogado nas hipóteses legais nos termos da legislação vigente.

**CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, valores em conformidade com a planilha de quantidades e preços referente aos serviços devidamente executados.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

Dá-se ao presente contrato o valor de R\$ 18.184.664,97 (dezoito milhões, cento e oitenta e quatro mil, seiscentos e sessenta e quatro reais e noventa e sete centavos), referente ao valor global do presente contrato de gestão.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

A despesa onerará a seguinte dotação orçamentária: Ficha nº 02.09/10.301.0009.2021.3.3.50.39.99 - Manutenção do Fundo Municipal de Saúde.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

A CONTRATANTE efetuará o primeiro repasse de pagamento à CONTRATADA, na forma do item 12 do edital de chamamento público, em até 05 (cinco) dias após a assinatura deste contrato de gestão, mediante emissão de Solicitação de Repasse, sendo os demais repasses de pagamento efetuados a cada 30 (trinta) dias, consecutivamente, contando deste termo inicial.

**PARÁGRAFO QUARTO**

Para efeito do disposto no PARÁGRAFO QUARTO a CONTRATADA deverá apresentar à CONTRATANTE os documentos a seguir relacionados, referentes à prestação dos serviços do mês anterior ao repasse que a ser realizado, salvo o primeiro repasse do contrato de gestão que será tratado na forma do parágrafo quinto, da cláusula quarta do presente contrato de gestão.

- a) Relação nominativa dos empregados utilizados nos serviços objeto deste contrato, acompanhada da folha de pagamento individualizada onde constem apenas os nomes desses empregados;
- b) Cópia autenticada da guia de recolhimento do FGTS;

**CLÁUSULA QUINTA - DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

A aplicação de multa na infração ao disposto nos artigos 81, 86 e 87 da Lei Federal nº 8.666/93, será assim disposta:

- 1) A recusa injustificada do adjudicatário em assinar o contrato na Prefeitura Municipal de Mongaguá aceitar ou retirar o instrumento equivalente, dentro do prazo estabelecido por esta Municipalidade, caracteriza o descumprimento total da obrigação assumida, sujeitando-o a seguinte penalidade de multa de 20% (vinte por cento) sobre o valor da obrigação não cumprida.
- 2) Pela inexecução total ou parcial do serviço poderão ser aplicadas à contratada a seguinte penalidade de multa de 10% (dez por cento) sobre o valor da obrigação não cumprida, ensejando a mesma multa caso a Contratada não apresente a documentação exigida para assinatura do contrato.

DOABELIÃO SE NO  
RUA ANTONIO DE FIGUEIRA, 42 - JARDIM  
Poa. São João José Gomes, 42 - 14  
AUTENTICAÇÃO Automática à Assinatura  
Utilizada conforme sistema de Assinatura  
Digital do PROV 7486-DAN I, 30

07 OUT 2022

Contrato de Concessão nº 002/2021

001189





PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEARIA DE MONGAGUÁ

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP.  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000

1516  
9

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**

As multas aqui previstas não impedem a aplicação de outras sanções previstas na Lei Federal nº 8.666/93.

**PARÁGRAFO SEGUNDO**

Ficará impedida de licitar e de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 02 (dois) anos, garantido o direito prévio de ampla defesa, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a licitante que:

- 1 - Ensejar o retardamento na entrega do objeto deste Contrato;
- 2 - Não mantiver a proposta, injustificadamente;
- 3 - Comportar-se de modo inidôneo;
- 4 - Fizer declaração falsa;
- 5 - Cometer fraude fiscal;
- 6 - Falhar ou fraudar a entrega do objeto contratado.

**PARÁGRAFO TERCEIRO**

As sanções aqui previstas poderão ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, sem prejuízo de outras medidas cabíveis, facultada a defesa prévia do interessado no prazo de 05 (cinco) dias úteis após o recebimento da notificação, conforme Artigo 109 da Lei 8666/93.

**PARÁGRAFO QUARTO**

A Prefeitura Municipal de Mongaguá/SP poderá efetuar a retenção de qualquer pagamento que for devido, para compensação das multas aplicadas, sendo que o valor da multa será descontado dos pagamentos devidos pela CONTRATANTE, cobrada extrajudicialmente ou judicialmente respondendo a CONTRATADA pela sua diferença, a qual deverá ser recolhida no prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados de sua notificação oficial quando ocorrer, respeitando a ampla defesa da CONTRATADA.

**CLÁUSULA SEXTA**

A CONTRATADA compromete-se a manter, durante a execução do contrato, as condições e qualificações exigidas na licitação que deu origem a presente contratação.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO**

O presente contrato poderá ser rescindido unilateralmente, nos termos dos artigos 77 e seguintes da Lei Federal nº 8.666/93, pela CONTRATANTE, a qualquer momento, bastando para tanto simples comunicação por escrito.

**CLÁUSULA OITAVA**

No caso de rescisão amigável, fica assegurado à CONTRATANTE o direito de exigir a continuidade do contrato durante o período de 15 (quinze) dias.

**CLÁUSULA NONA - DO REAJUSTE**

Ocorrendo a prorrogação do mesmo por mais 12 (doze) do presente, o preço global será reajustado pelo INPC.

**CLÁUSULA DECIMA**

Faz parte deste contrato, naquilo em que não colidir com as cláusulas deste instrumento, os Anexos do Chamamento Público nº 002/2020, como se o mesmo aqui estivesse transcrito.

Contrato de Concessão nº 002/2021



122234

AUTENTICAÇÃO  
AU0958AC0372593

07 OUT 2022

001190  
9



**PREFEITURA DA ESTÂNCIA BALNEARIA DE MONGAGUÁ**

Estado de São Paulo  
Av. Getúlio Vargas, nº. 67 - Centro - Mongaguá - SP.  
CEP. 11730-000 - Telefone: (13) 3445-3000

JS17  
G

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA**

Todos os pronunciamentos entre as partes deverão ser feitos e formalizados por escrito, sem o que não tem validade devendo obrigatoriamente constar como referência o número da presente contratação.

**DO FORO**

Fica eleito o foro da Comarca de Mongaguá/SP, como o único capaz de conhecer dirimir as dúvidas e litígios oriundos do presente instrumento e seu objeto.

E, por estarem assim justos e acordados assinam o presente em 05 (cinco) vias de igual teor e forma na presença de testemunhas abaixo.

Mongaguá, 05 de janeiro de 2021

**MUNICÍPIO DE MONGAGUÁ**  
**MÁRCIO MELO GOMES**  
**PREFEITO MUNICIPAL - CONTRATANTE**

**CONTRATADA**  
**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**  
**CNPJ nº 14.512.229/0001-10**  
**ADRIANA COLUCCI DA COSTA MARQUES**  
**RG Nº 19.756.610-8**  
**CPF Nº 097.761.558-80**

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_



Contrato de Concessão nº 002/2021

001191



**ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

Prefeitura do Município de Franco da Rocha, empresa estabelecida na Avenida Liberdade, 250, Centro, Cidade de Franco da Rocha, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.523.080/0001-60, **ATESTA** para os devidos fins que, o **Instituto Alpha de Medicina para a Saúde**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 14.512.229/0001-10, com endereço na Avenida Conselheiro Nébias, nº 703, Boqueirão, Santos, Estado de São Paulo, executou os serviços de Gestão de Residência Terapêutica tipo II, de acordo com a Portaria GM 106/2000 do Ministério da Saúde, que define serviços residenciais terapêuticos, a execução do objeto do presente, nas quantidades abaixo identificadas, na modalidade de Termo de Colaboração – **Termo de Colaboração nº 003/2017**.

Unidades	Especificação
02 (duas) moradias	Gestão por Termo de Colaboração, conjunção entre as partícipes para a oferta de 02 (duas) moradias na modalidade Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II, para municípios egressos de longa internação em instituições psiquiátricas.

Média Mensal de Valores e Serviços: R\$ 75.000,00

Período de Execução: de 28/09/2017 até a presente data.

Representante: Adriana Coluci da Costa Marques, portadora da Cédula de Identidade RG n.º 19.756.610-8 e do CPF. n.º 097.761.558-80

Atesto ainda, que os serviços acima referidos foram executados dentro do estabelecido.

Franco da Rocha, 04 de Maio de 2021.



Lorena Rodrigues de Oliveira  
Secretária de Saúde

## TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 003/2017

Que entre si estabelecem de um lado o Município de Franco da Rocha, por seu Prefeito Municipal, Senhor Francisco Daniel Celeguim de Moraes, denominado neste ato MUNICIPALIDADE, com a intervenção da Secretari Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, neste ato representada por seu titular do outro lado, o INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA A SAÚDE, CNPJ: Nº 14.512.229/0001-10, com sede no município de São Paulo, aqui representado pelo seu Diretor Administrativo, senhor AFONSO BARBOSA DA SILVA, brasileiro, portador do RG Nº 34.498.655 e do CPF Nº 351.494.948-44, doravante denominada CONTRATADA, e considerando o disposto no art. 199, § 1º da Constituição da República; art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Município, e art. 4º, § 2º e 24 a 26, todos da Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1.990, em especial, o disposto no art. 9º sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo, neste âmbito pela Secretaria Municipal da Saúde ou órgão competente, resolvem somar esforços para celebrar o presente contrato para contratação de serviços hospitalares, com fulcro no ato de inexigibilidade de licitação em conformidade com o "caput" do Artigo 25 da Lei federal Nº 8666/93 e legislação complementar, de acordo com as Cláusulas que seguem abaixo.

### CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1. O objeto do presente TERMO DE COLABORAÇÃO é a conjunção de esforços entre as partes para a oferta de 02 (duas) moradias na modalidade Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II, para munícipes egressos de longa internação em instituições psiquiátricas.

§ 1º. Os pacientes/munícipes serão previamente avaliados pela Coordenação de Saúde Mental/SMS – Franco da Rocha e se elegíveis encaminhados às moradias contratadas.

§ 2º. Os serviços nas moradias na modalidade Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II, serão efetuados de acordo com o Plano de Trabalho, que acompanha o presente TERMO.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

2. Cumpre à CONTRATADA:

2.1. Executar as atividades pactuadas, de acordo com o estipulado no presente termo e respectivamente em conformidade com as orientações e diretrizes técnicas



07 OUT 2022

Francisco Daniel Celeguim de Moraes  
Prefeito Municipal

001193

Secretaria Municipal de Saúde  
Franco da Rocha, SP - CEP 07615-000

Av. João Ubaldo, Nº 250, Centro, Franco da Rocha, SP



fixadas em conjunto com a Área Técnica da Saúde Mental - SMS no desenvolvimento dos trabalhos;

2.2. Apresentar mensalmente à Coordenação de Saúde Mental – SMS, responsável pelo acompanhamento dos serviços, relatório individual das atividades dos moradores;

2.3. Comunicar de imediato às Comissões de Acompanhamento dos Contratos – da SMS de Franco da Rocha e/ou da Coordenação de Saúde Mental / SMS – Franco da Rocha a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente TERMO;

2.4. Responsabilizar-se por sua estrutura própria de recursos humanos e materiais utilizados na execução deste TERMO;

2.5. Responsabilizar-se perante SMS e perante terceiros por quaisquer danos ou ocorrências em função das atividades que executou por força deste contrato, na medida de sua participação no evento discutido;

2.6. Permitir que servidores da SMS, por meio das Comissões de Acompanhamento dos Contratos/SMS e/ou da Coordenação de Saúde Mental/SMS, exerçam atividades de acompanhamento e supervisão da execução do TERMO.

2.7. Zelar pela transparência das ações objeto deste TERMO.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

3. Os serviços serão executados em moradias disponibilizadas pela Contratante, situadas no município de Franco da Rocha, em endereços a serem definidos entre as partes.

3.1. Para cumprimento do objeto do termo, a CONTRATADA se obriga a executar os serviços em moradias localizadas no município de Franco da Rocha, que deverão ser prestados de acordo com a Portaria Nº 3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011; e ainda:

3.2. Prestar os serviços nas moradias na modalidade Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II, ininterruptamente durante 24 horas, 7 dias por semana – apresentar Plano de Trabalho;

3.3. Responsabilizar-se pela contratação, capacitação e treinamento dos seus profissionais para realização de atendimento humanizado;

3.4. Arcar com o pagamento de todos os profissionais necessários à prestação dos serviços contratados, incluindo técnicos, administrativos, profissionais de limpeza, etc.;



DECLARAÇÃO DE NOTAS  
SOLICITANTE: Harry Ferreira da Silva  
07 OUT 2022  
AUTENTICAÇÃO  
Harry Ferreira da Silva

Professora de Município de Franco da Rocha  
001194  
Avenida Liberdade, Nº 200, Centro Franco da Rocha/SP

3.5. Realizar às suas expensas, sempre que necessário, manutenção predial e/ou reparos na rede elétrica, hidráulica, de internet e telefonia, pintura de paredes, troca de lâmpadas, conserto ou substituição de móveis e/ou eletrodomésticos, etc ... nas moradias onde os Serviços Residenciais Terapêuticos são prestados.

3.6. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre moradores;

3.7. Comunicar aos familiares ou responsável legal, bem como à Coordenação de Saúde Mental e a Secretaria Municipal de Saúde/SMS, de intercorrência clínica grave, acidentes, evasão, transferência ou falecimento de beneficiário do programa, em no máximo 24 horas após a ocorrência;

3.8. Esclarecer aos moradores e/ou responsáveis legais, sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;

3.9. Permitir, quando solicitado, que todos os processos das atividades contratadas sejam vistoriados pelas Comissões de Acompanhamento dos Contratos da SMS e da Coordenação de Saúde Mental/SMS – Franco da Rocha;

3.10. Responsabilizar-se pela indenização de danos causados a moradores, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária; de negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou por prepostos;

3.11. A CONTRATADA obriga-se a informar a SMS/FR sobre as eventuais alterações na capacidade instalada do serviço, bem como a alteração do responsável técnico;

3.12. Eventual mudança de endereço da(s) moradia( s) deverá ser imediatamente comunicada a SMS/PMFR, que analisará a conveniência de manter os serviços em outro local podendo, ainda, rever as condições do contrato /ajuste e, até mesmo rescindi-lo;

l. Havendo necessidade de mudança de moradia (v. da ou retomada de imóvel, desapropriação, necessidade de reforma, etc) a CONTRATADA deverá comunicar a Coordenação de Saúde Mental/SMS e solicitar previamente visita técnica para aprovação.

3.13. A Área Técnica da Saúde Mental/SMS deverá comunicar eventual mudança de endereço de moradia ao Gestor do Termo para que sejam tomadas as medidas cabíveis;

3.14. Notificar a SMS/PMFR de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de sessenta (60) dias, contados da data de registro da alteração, cópia dos respectivos documentos registrados na Junta Comercial do Estado de São Paulo.



§ 1º - A responsabilidade pela execução dos serviços é da CONTRATADA.

#### CLÁUSULA QUARTA - DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

4.1. Para o cumprimento do objeto deste TERMO DE COLABORAÇÃO, a CONTRATADA obriga-se a oferecer ao morador os recursos necessários a seu atendimento, de acordo com o estabelecido pelo:

§ 1º. Ministério da Saúde, em especial:

- Portaria GM Nº 106 de 11 de fevereiro de 2000
  - Lei 10.216 de 06 de abril de 2001
  - Portaria 3.088 de 23 de dezembro de 2011
  - Portaria 3.090 de 23 de dezembro de 2011;
- E outras que venham a substituí-las ou serem publicadas;

§ 2º. Plano de Trabalho - ANEXO I

§ 3º. Manual de Normas e Procedimentos de Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II (Anexo II).

#### CLÁUSULA QUINTA - DO ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS E ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES

Cabe à Coordenação da Saúde Mental/SMS:

§ 1º. Fazer a supervisão dos serviços;

§ 2º. Emitir mensalmente atestado quantitativo consolidado referentes aos serviços prestados, (por Prestador, por região), indicando o valor aprovado para pagamento (Anexo IV) e enviá-los ao Gestor do TERMO;

§ 3º. Comunicar ao Gestor do Termo de Colaboração, Normas e/ou Portarias que venham a ser publicadas e que impliquem em alteração da prestação dos serviços para que sejam tomadas as medidas cabíveis referentes ao Termo;

§ 4º. Comunicar ao Gestor, alteração das condições de prestação dos serviços firmadas no contrato inicial para que sejam tomadas as medidas cabíveis referentes ao Termo;



- § 5º. Enviar ao Gestor, manifestação sobre prorrogação do Termo de Colaboração, com no máximo 2 (dois) meses antes da data de expiração da vigência do mesmo;
- § 6º. Fornecer qualquer tipo de informações técnicas ao Gestor do Termo de Colaboração, quando solicitadas;
- § 7º. Prestar esclarecimentos aos órgãos de controle, quando solicitado;
- § 8º. Fornecer informações ao Ministério da Saúde e enviar relatórios, sempre que necessário;
- § 9º. Selecionar e encaminhar aos Serviços Residenciais Terapêuticos os pacientes elegíveis a serem incluídos no programa por meio da Coordenação de Saúde Mental;
- Indicação dos CAPS para os quais cada Serviço Residencial Terapêutico Tipo II deverá ser referenciado;
  - Providenciar transferência eletiva de pacientes, quando necessário;
- § 10º. Submeter os Projetos Terapêuticos específicos à Coordenação Nacional de Saúde Mental (Portaria GM 106 de 11 de fevereiro de 2011);
- § 11º. Por meio das Comissões de Acompanhamento dos Contratos – SMS supervisionar a execução do presente contrato no que tange à:
- Promoção da atenção integral em saúde dos beneficiários do programa;
  - Assegurar a continuidade de cuidados em saúde mental, em programas extra-hospitalares para os beneficiários do programa;
  - Acompanhamento da qualidade dos serviços contratados em cada região onde os Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II estiverem instalados, por meio do Formulário de Avaliação Mensal da Qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos (Anexo III);
  - Notificar o Prestador de irregularidades/não conformidades na prestação dos serviços, estabelecendo prazo para adequação;
  - Decorrido o prazo estabelecido para adequação, se não houver atendimento do requerido, ou caso a avaliação da qualidade resulte insuficiente, comunicar à Área Técnica da Saúde Mental/SMS, e esta após ciência e manifestação, encaminhará ao Gestor do TERMO, propondo a penalidade a ser aplicada, para que sejam tomadas as medidas previstas no presente contrato;

CLÁUSULA SEXTA - DO INÍCIO DOS SERVIÇOS



QUOTABEILIAO DE NOTAS  
SANTOS DE JESUS S. (Cranje Falcão 140) 44  
P. 100 - São João José Santos 43 - L. 3  
AUTENTICAÇÃO Assinatura e Protocolo cada  
propriedade contatando o setor a ser encaminhado  
30 dias do laudo realizado em 30/09/2022  
Santos  
07 OUT 2022  
Ranry Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza

6.1. Após a assinatura do TERMO DE COLABORAÇÃO, os serviços deverão ser iniciados imediatamente a partir da data de ordem de início emitida por esta Secretaria, por meio da Área Técnica da Saúde Mental/SM5.

### CLÁUSULA SÉTIMA – OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

7.1. Os serviços ora contratados serão prestados por profissionais devidamente incluídos no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do CAPS de referência.

§1º. Para efeitos deste TERMO DE COLABORAÇÃO, consideram-se profissionais do próprio estabelecimento da INSTITUIÇÃO CONTRATADA:

- a) Profissional que tenha vínculo de emprego com a CONTRATADA;
- b) Profissional autônomo que, eventual ou permanentemente, preste serviço a CONTRATADA, ou seja, por esta autorizada a fazê-lo.

§2º. Equipara-se ao profissional autônomo definido no item II do Parágrafo primeiro, empresa, grupo, sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

§3º. É de responsabilidade exclusiva e integral da CONTRATADA, a utilização de pessoal para execução do objeto deste termo, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a CONTRATANTE ou ao Ministério da Saúde.

§4º. Será vedada a cobrança por serviços médicos, psiquiátricos e outros complementares da assistência devida a pacientes.

§5º. A CONTRATADA responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita a paciente ou a seu representante por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do objeto deste contrato.

§6º. Sem prejuízo de acompanhamento, fiscalização e normatização suplementares exercidos pela CONTRATANTE sobre a execução do objeto deste contrato, a CONTRATADA reconhece, nos termos da legislação vigente, a prerrogativa de avaliação, regulação, controle e auditoria dos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

§7º. A CONTRATADA fica obrigada a:

ACERTAMENTO DE NOTAS  
SISTEMA DE CONTROLE DE PREÇOS  
CNPJ: 06.940.888/0001-90  
RUA: RUA JOSE BORGES, 43 - L. 7  
Cidade: Franco de Rocha - SP  
CEP: 07541-320

07 OUT 2022

Avenida Liberdade, Nº 250,

Prefeitura do Município de Franco de Rocha  
Tel.: (11) 4900-1740  
Franco de Rocha - SP | CEP 07541-320  
www.franco.rocha.sp.gov.br

001198



- VI. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre os moradores;
- VII. Notificar a CONTRATANTE de eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 60 (sessenta) dias contados da data de registro da alteração, cópia dos respectivos documentos;
- VIII. Disponibilizar aos seus profissionais envolvidos na execução dos serviços, ora contratados, os produtos e equipamentos de proteção individual e ao paciente quando necessário.
- IX. Controlar a utilização de recursos oriundos de benefícios dos moradores.

### CLÁUSULA NONA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA

9.1. Será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária de negligência, imperícia ou imprudência, praticada por seus empregados, profissionais ou por preposto, ficando-lhe assegurado o direito de regresso.

§1º. A fiscalização e o acompanhamento da execução do presente termo por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da CONTRATADA.

§2º. A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal Nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

### CLÁUSULA DÉCIMA – DAS OBRIGAÇÕES DA SMS

10.1. Cumpre a SMS:

I. Garantir os recursos financeiros necessários para a execução do objeto deste contrato, assegurando o repasse dos recursos a ele destinado;

II. Por meio da Área Técnica da Saúde Mental/SMS, orientar, acompanhar e supervisionar a execução do contrato junto à CONTRATADA, através de seus órgãos competentes;

III. Por meio da Área Técnica da Saúde Mental/SMS, receber e avaliar, relatórios técnicos e demais dados que lhe sejam encaminhados pela CONTRATADA e que lhe permitam a melhor administração dos trabalhos;

OTABELIÃO DE NOVA  
SAÚDE PÚBLICA  
R. Dr. Tomaz José Soares, 10 - C. 2  
AUTENTICAÇÃO Autêntica e legítima  
reproduzida conforme original e em conformidade  
com o que consta no livro de registro nº 2022-0337  
07 OUT 2022  
Rafael Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza  
Fabício Viera Lucas  
Empregados Autorizados



- IV. Adotar as providências necessárias para registrar no instrumento específico as alterações necessárias para a continuidade ou regulação do termo.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

11.1. A CONTRATANTE se obriga a:

- I. Acompanhar e supervisionar os serviços executados pela CONTRATADA, notificando-a sobre eventuais irregularidades;
- II. Efetuar o pagamento dos serviços executados pela CONTRATADA, atestados a contento e aprovados pela Área Técnica da Saúde Mental/SMS.
- III. Estabelecer normas e rotinas para o funcionamento dos serviços.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS VALORES

12.1. A CONTRATADA receberá mensalmente da CONTRATANTE, a importância referente aos serviços efetivamente executados a contento, mediante atestado enviado pela Coordenação de Saúde Mental/SMS;

- § 1º. Os valores poderão ser reajustados anualmente pelo Índice IPC-FIPE, mediante justificativa apresentada pela CONTRATADA.
- § 2º. O valor mensal previsto para o presente termo de colaboração é de R\$ 59.999,56 (Cinquenta e nove mil, novecentos e noventa e nove reais e cinquenta e seis centavos) para 02 (duas) moradias com até 10 moradores, e para o período de 12 (doze) meses o valor máximo previsto é de R\$ 719.994,72 (Setecentos e dezasseis mil, novecentos e noventa e quatro reais e sessenta e dois centavos).
- § 3º. Os recursos serão repassados mensalmente, proporcionalmente ao número de moradores encaminhados pela Coordenação de Saúde Mental/SMS.
- § 4º. Caso ocorra falecimento, evasão ou desaparecimento de morador a CONTRATADA receberá por 3 meses 80% do valor referente àquele morador a partir do 1º dia do quarto mês subsequente ao falecimento, desaparecimento ou evasão, cessará o pagamento e poderá ser incluído novo morador na vaga ociosa da moradia.

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS



07/08/2022  
José Carlos dos Santos

Av. Itália, Lapa, nº 280,

Prefeitura de Franco de Ruy  
Tel: (11) 4800-174  
Franco de Ruy/SP | CEP: 13040-120

001200

13.1. Está previsto o pagamento mensal à CONTRATADA proporcional ao número de moradores encaminhados pela Área Técnica de Saúde Mental/SMS, até o valor máximo estimado de R\$ 59.999,56 (Cinquenta e nove mil, novecentos e noventa e nove reais e cinquenta e seis centavos), correspondentes aos moradores de 02 (duas) moradias na modalidade Serviços Residenciais Terapêuticos Tipo II;

§ 1º. As despesas decorrentes do presente contrato neste exercício financeiro ocorrerão à conta das dotações orçamentárias:

Nº 02.10.02 – 10.301.0028.2.056 – 3.3.90.39.00 – FICHA 278 – VINCULO 02.000.0000

Nº 02.10.02 – 10.301.0028.2.056 – 3.3.90.39.00 – FICHA 278 – VINCULO 05.000.0000

§ 2º. O pagamento dos valores envolvidos será feito por crédito em conta-corrente da contratada no Banco do Brasil, a ser informada.

§ 3º. Não poderão ser pagas com os recursos transferidos quaisquer despesas que fogem ao objeto deste contrato, ainda que em caráter de emergência, e em especial:

- I. Aquelas contraídas fora de seu período de vigência;
- II. As decorrentes de taxas bancárias, multa, juros ou correção monetária, inclusive relativa a pagamentos ou recolhimentos realizados fora dos respectivos prazos;
- III. As relativas a taxa de administração, gerência ou similar;
- IV. O pagamento a qualquer título a servidor ou empregado público integrante do quadro de pessoal de órgãos ou entidade pública, da administração direta ou indireta, por serviços de consultoria ou assistência técnica;

§ 4º. Obriga-se a CONTRATADA a restituir os valores que lhe forem transferidos, atualizados monetariamente desde a data do recebimento, acrescidos de juros legais quando:

- I. Não for executado o objeto deste contrato;
- II. Os recursos forem utilizados em finalidade diversa do estabelecimento neste TERMO.

§ 5º. É vedado atribuir efeitos financeiros retroativos ao presente TERMO. As despesas decorrentes deste TERMO serão cobertas por repasses do Ministério da Saúde.





Fundo Municipal de Saúde, e correrão, no presente exercício, à conta das dotações orçamentárias:

Nº 02.10.02 – 10.301.0028.2.056 – 3.3.90.39.00 – FICHA 278 – VINCULO 02.000.0000

Nº 02.10.02 – 10.301.0028.2.056 – 3.3.90.39.00 – FICHA 278 – VINCULO 05.000.0000

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

14.1. Será pago, mensalmente, o valor referente ao número de moradores egressos dos hospitais psiquiátricos, encaminhados pela Coordenação Saúde Mental – SMS, até o limite de R\$ 29.999,78 por moradia, com no máximo 10 (dez) moradores, na modalidade Serviço Residencial Terapêutico Tipo II, no total de R\$ 59.999,56 para 02 (duas) moradias, estimado mensalmente para o presente Termo. O valor estipulado neste termo será pago da seguinte forma:

- § 1º. A CONTRATADA se obriga a apresentar as informações regulares ao CAIS de referência para faturamento no SIA/SUS;
- § 2º. A CONTRATADA se obriga a apresentar mensalmente à Área Técnica da Saúde Mental – SMS o relatório mensal de acompanhamento de cada morador e planilha de acompanhamento de utilização dos recursos dos benefícios de cada morador;
  - I. Cabe à CONTRATADA arquivar os comprovantes das despesas efetuadas, que deverão ser apresentados em caso de auditoria por esta Secretaria municipal de Saúde, Ministério da Saúde e outros;
  - II. A CONTRATADA responderá civil e criminalmente pela utilização indevida e/ou apropriação dos recursos oriundos dos benefícios dos moradores.
- § 3º. A CONTRATADA apresentará mensalmente para a CONTRATANTE as faturas e os documentos referentes aos serviços efetivamente prestados, obedecendo ao procedimento e os prazos estabelecidos pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE;
- § 4º. A CONTRATANTE, após a revisão dos documentos pela Coordenação de Saúde Mental/SMS, efetuará o pagamento do valor finalmente apurado e aprovado, depositando-o na conta da CONTRATADA no BANCO DO BRASIL.





001203

- § 5º. As contas, rejeitadas pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas à CONTRATADA para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pela CONTRATANTE.
- § 6º. Ocorrendo erro ou falha por culpa da CONTRATANTE, esta garantirá à CONTRATADA o pagamento, no prazo avençado neste termo, do valor correspondente ao mês imediatamente anterior, acertando eventuais diferenças no pagamento seguinte; ficando, contudo, exonerada do pagamento de multa ou de quaisquer outras sanções e encargos financeiros;
- § 7º. As contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do SUS, a qualquer tempo.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA

15.1. A execução do presente TERMO será avaliada pelos órgãos competentes do SUS mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

- § 1º. A CONTRATADA poderá, a qualquer tempo, ser submetida à auditoria especializada.
- § 2º. A CONTRATANTE vistoriará a qualquer momento as instalações da CONTRATADA para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato.
- § 3º. Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou suspensão da capacidade operativa da CONTRATADA sem a autorização da CONTRATANTE poderá ensejar em não prorrogação deste contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.
- § 4º. A CONTRATANTE, por meio da Coordenação de Saúde Mental/SMS exercerá a função de monitoramento e supervisão durante o período regulamentar da ação, a qual deverá aprovar a prestação de contas deste contrato, ficando assegurado a seus agentes qualificados, o poder discricionário de orientar ações e de acatar ou não justificativas com relação às eventuais disfunções havidas na sua execução, sem prejuízo da ação das unidades de controle interno e externo.

§ 5º. A fiscalização exercida pela CONTRATANTE sobre os serviços que ora foram contratados não eximirá a CONTRATADA da sua plena responsabilidade perante o



**OTABELIAÇÃO DE NOTAS**  
 Para: Com. de Saúde Mental/SMS  
 AUTENTICAÇÃO / Número: 001/2022  
 Data: 07/07/2022  
 Assinatura: [Assinatura]

001203

[Assinaturas manuscritas]

Ministério da Saúde e Conselhos de Classes, à própria CONTRATANTE ou pacientes e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do contrato.

- § 6º. A CONTRATADA facilitará para a CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.
- § 7º. Em qualquer situação está assegurado à CONTRATADA, amplo direito de defesa e o direito à interposição de recursos.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PENALIDADES

16.1. A inobservância, pela CONTRATADA, de cláusula ou obrigação constante deste contrato ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente autorizará a SECRETARIA a aplicar-lhe as sanções previstas na Lei Federal Nº 8.666, de 1993, assegurado o direito à prévia defesa, ou seja:

- § 1º. Advertência;
- § 2º. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a administração por até dois (02) anos;
- § 3º. Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a administração, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida desde que ressarcida a administração dos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior;
- § 4º. Multa a ser cobrada segundo os seguintes critérios:
- I. Pela inexecução total do objeto do contrato, multa de 30% (vinte por cento) sobre o valor total dos serviços contratados;
  - II. Pelo atraso no início da prestação dos serviços contratados, multa diária de 1% (um por cento) sobre o valor estimado total do contrato até o 10º dia, data a partir da qual se caracterizará o inadimplemento total;
  - III. Pela inexecução parcial qualitativa, multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor correspondente à parcela dos exames executados considerados não conforme;



- IV. Pela inexecução Parcial decorrente de quaisquer outras causas não previstas nos itens acima, multa de 5% (cinco por cento) sobre o valor correspondente à parcela não executada;
- V. Pelo descumprimento de qualquer outra cláusula, que não diga respeito diretamente à execução do objeto do contrato, multa de 0,5% (meio por cento percentual) sobre o valor mensal executado dos serviços contratados;
- VI. Pela rescisão do contrato por culpa da CONTRATADA, multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do Termo;
- VII. Poderá ficar impedido de licitar e contratar com o Município pelo prazo de até 5 (cinco) anos, sem prejuízo das multas previstas no item anterior e das demais cominações legais;
- VIII. As sanções são independentes e a aplicação de uma não exclui a das outras.
- § 5º. O prazo para pagamento de multas será de 5 (cinco) dias úteis a contar da intimação da CONTRATADA, sendo possível, a critério do CONTRATANTE, o desconto das respectivas importâncias do valor eventualmente devido a CONTRATADA;
- § 6º. O não pagamento de multas no prazo previsto ensejará a inscrição do respectivo débito no CADIN e no Sistema Municipal da Dívida Ativa, bem como o ajuizamento do competente processo de execução fiscal.
- § 7º. A imposição de qualquer das sanções não ilidirá o direito da CONTRATANTE exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade tiver acarretado para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminais e cíveis do autor do fato;
- § 8º. A violação ao disposto no parágrafo quarto da cláusula quarta deste contrato, além de sujeitar a CONTRATADA às sanções previstas nesta cláusula, autorizará a SECRETARIA a reter, do montante devido à CONTRATADA o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento do usuário do SUS.

### CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA RESCISÃO

17.1 A rescisão deste termo obedecerá às disposições da Lei Federal Nº 8.666, de 1993 e da Lei Municipal Nº 13.274, 2002.



- § 1º. Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a CONTRATADA estará obrigada a continuar a prestação dos serviços contratados por mais 90 (noventa) dias, sob pena inclusive de, em havendo negligência de sua parte, ser-lhe imposta multa duplicada.
- § 2º. Em caso de rescisão do presente termo pela CONTRATANTE não caberá à CONTRATADA, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços executados até a data do evento.

### CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

- 18.1. O prazo de vigência do presente contrato será de 24 (vinte e quatro) meses, tendo por termo inicial o a data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, por iguais e sucessivos períodos, mediante anuência das partes, até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme inciso II do artigo 57 da Lei de Licitações e Contratos.
- § 1º. A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do contrato fica condicionada aos repasses do Ministério da Saúde, à disponibilidade financeira do Município e anuência da Coordenação de Saúde Mental.

### CLÁUSULA DÉCIMA NONA – DAS ALTERAÇÕES

- 19.1. Qualquer alteração do presente TERMO será objeto de aditivo, na forma da legislação vigente e as demais anotações se darão por apostilamento.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA – DA PUBLICAÇÃO

- 20.1. O presente termo será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

- § 1º. Os casos omissos serão resolvidos pela aplicação das disposições contidas na Lei Federal Nº 8.666/93, e pelos princípios gerais de Direito.

### CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – DO FORO

- 22.1. Os partícipes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente TERMO DE COLABORAÇÃO.



22.2. E por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Franco da Rocha, 28 de Setembro de 2017

FRANCISCO DANIEL CELEGUIM DE MORAES  
PREFEITO

LORENA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

EDUARDO PADILHA DO PRADO BUENO  
SECRETÁRIO DE GOVERNO

AFONSO BARBOSA DA SILVA  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE



TESTEMUNHAS:

1ª   
Nome: Saramenta Kacioma Silva  
CPF: 269.659.578-08

2ª   
Nome: José Henrique Pereira Lopes  
CPF: 801.513.478-01



Av. João Liberto 11.200  
Centro - Franco da Rocha - SP  
CEP 07840-120  
Tel: (11) 4800.1300  
www.francoदारocha.sp.gov.br

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 003/2017

## ANEXO IV-TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

(Instrução Nº 002/2008 - Resolução Nº 08/2008)

Contratante: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA

Contratada: INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE

Termo de Colaboração Nº 003/2017

Objeto: SERVIÇO DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS DO TIPO II, para municípios egressos de longa internação em instituições psiquiátricas.

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima identificado, e cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damos-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar Estadual Nº 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

Franco da Rocha, 28 de Setembro de 2017.

### CONTRATANTE:

Nome e Cargo: Francisco Daniel Celeguim de Moraes / Prefeito

E-mail institucional: [kiko.prefeito@francodarocha.sp.gov.br](mailto:kiko.prefeito@francodarocha.sp.gov.br)

E-mail pessoal: [kiceleg@hotmail.com](mailto:kiceleg@hotmail.com)

Assinatura: \_\_\_\_\_

### CONTRATADA:

Nome e Cargo: Afonso Barbosa da Silva / Presidente

E-mail institucional: [adm@alphainstituto.com.br](mailto:adm@alphainstituto.com.br)

E-mail pessoal: [afonso.barbosa@gmail.com](mailto:afonso.barbosa@gmail.com)

Assinatura: \_\_\_\_\_



001208

TERMO DE ADITIVO Nº 004  
TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 003/2017

**QUARTO** Termo Aditivo ao Termo de Colaboração nº 003/2017 celebrado entre o Município de Franco da Rocha e o Instituto Alpha de Medicina para a Saúde decorrente do Chamamento Público nº 010/2017.

O **MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA**, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrita no CNPJ sob nº 46.523.080/0001-60, com sede, Av. Liberdade, nº 250, Centro, Franco da Rocha - SP, neste ato representado por seu pelo Senhor Prefeito **NIVALDO DA SILVA SANTOS**, portador da Cédula de Identidade RG Nº 6.672.080-SSP/SP e do CPF/MF, Nº 572.574.428-00, com endereço profissional acima indicado, e o **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA A SAÚDE**, CNPJ: Nº 14.512.229/0001-10, com sede na Alameda Itapecurú, nº 645, sala 1.230, Alphaville, Barueri/SP CEP: 06454-080, aqui representado pela presidente **ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES**, brasileira, solteira, enfermeira, portadora do RG Nº 19.756.610-08 do CPF Nº 097.761.558-80. Os **CONTRATANTES** têm entre si justo e avençado, e celebram o presente **TERMO ADITIVO** ao **Termo de Colaboração nº 003/2017**, instruído no **Processo Interno nº 14.534/2021**, sujeitando-se as partes às normas disciplinares da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e às seguintes cláusulas:

**Objeto do Termo de Colaboração** Conjunção de esforços entre as partes para a oferta de 02 (duas) moradias na modalidade Serviços Residenciais Terapêuticos do Tipo II, para municípios egressos de longa internação em instituições psiquiátricas.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PRAZO E DO FUNDAMENTO LEGAL**

1.1 Com base no Artigo 65, inciso II, alínea "d", da Lei Federal nº 8.666/93, resolvem de comum acordo ADITAR o referido contrato, para o **reequilíbrio econômico-financeiro no valor total de R\$ 44.452,64** (quarenta e quatro mil, quatrocentos e cinquenta e dois reais, sessenta e quatro centavos).

1.2. Este Termo Aditivo será suportado pela dotação orçamentária nº 02.10.06 10.302.0029.2.057 3.3.90.39.00 Vínculo 05.302.0001 – Ficha 329

1.3 As partes estão cientes e acordam a inserção da cláusula resolutiva no presente negócio jurídico, assim se, durante a vigência do contrato a Administração perder o interesse no objeto contratual devido a conclusão de nova licitação, a vigência deste Termo de Colaboração se encerrará automaticamente, tendo a empresa **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE** o prazo de 30 (trinta) dias para cessar todas as atividades desenvolvidas e desocupar as instalações públicas, independente de notificação, não cabendo a nenhuma das partes reclamar, ressarcimentos ou indenizações.



OTABELIAÇÃO DE NOTA  
07 OUT 2022  
Rafael Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza  
Fabrício Viera Lucas

001209



### CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

3.1 Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no termo de colaboração inicial, firmado entre as partes.

### CLÁUSULA QUARTA – DO FORO

4.1 As partes contratantes elegem o foro da Comarca de Franco da Rocha - SP para dirimir eventuais questões decorrentes do presente contrato.

### CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 O presente Termo vigorará a contar da data de sua assinatura e terá sua eficácia condicionada à publicação do seu extrato no Diário Oficial do Estado de São Paulo.

5.2 O presente Termo de Aditamento fica fazendo parte integrante do processo licitatório, a fim de que produza todos os efeitos legais de conformidade com a legislação vigente.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente termo aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes, CONTRATANTE e CONTRATADA.

Franco da Rocha, 04 de novembro de 2021.

  
NIVALDO DA SILVA SANTOS  
Prefeito

  
THAÍS MARQUÊS LÓPEZ RIVERA  
Secretária de Saúde

  
ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES  
Instituto Alpha de Medicina para Saúde



001210 Prefeitura de Franco da Rocha  
Telefone: (11) 4800-1733  
www.francoarocha.sp.gov.br  
Av. Liberdade, 250 - Centro, Franco da Rocha/SP

- Seguir as normas do SUS elencadas e definidas na PT/GM Nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, e/ou outras que venham a ser publicadas;
- Fornecer os dados referentes a cada Residência Terapêutica Tipo II, de cada um dos seus moradores ao CAPS de referência, necessários à alimentação dos sistemas de informação, conforme anexo V da Portaria GM/MS 3.090 de 23 de dezembro de 2011.
- Obriga-se a apresentar mensalmente relatórios de atividades de cada moradia;
- Garantir aos profissionais da Comissão de Acompanhamento dos Contratos – SMS e/ou à Coordenação da Saúde Mental/SMS o acesso à moradia, no exercício de suas funções;
- Substituir profissional, quando solicitado pela Coordenação de Saúde Mental/SMS, no prazo máximo de 24 horas a contar do recebimento da notificação emitida pela mesma;
- Garantir o acesso do Conselho de Saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;
- Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH, principalmente quanto a que todo usuário do SUS saiba nomear quem são os profissionais que cuidam da sua saúde.

#### CLÁUSULA OITAVA – OUTRAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Ainda se obriga a:

- I. Atender moradores com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços;
- II. Em caso de urgência/emergência médica o encaminhamento do morador à Unidade de Saúde (AMA 24 HS, PS ou Hospital mais próximo) deverá ser feita pelo cuidador/profissional da instituição contratada, em serviço no momento da ocorrência.
- III. Afixar, em local visível, informativo de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição;
- IV. Esclarecer moradores e/ou responsáveis legais sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos;
- V. Respeitar a decisão do morador e/ou responsável legal, ao consentir ou recusar prestação de serviços de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida do usuário.

**NOTA**  
OBSERVAÇÃO: O presente documento é uma cópia autenticada e não possui validade jurídica. Para obter o original, favor dirigir-se ao setor de Autenticação de Documentos da Prefeitura Municipal de Franco de Rocha/SP, Rua Dom João Soares, 42 - Lt. 2 - Jd. São João - Franco de Rocha/SP - CEP: 13040-000. Telefone: (11) 3070-4333.

001211

Prefeitura do Município de Franco de Rocha/SP  
Rua Dom João Soares, 42 - Lt. 2 - Jd. São João - Franco de Rocha/SP - CEP: 13040-000  
Telefone: (11) 3070-4333

Avenida Liberdade, Nº 250, Centro/Franco de Rocha/SP - CEP: 13040-000



122234

AUTENTICAÇÃO

AU0958AC0372552

07 OUT 2022

Renato Ferreira dos Santos  
José Carlos de Souza  
Fabrício Vieira Lucas

# ANEXO IV

## Declaração Cebas

## DECLARAÇÃO

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o nº 14.512.229/0001-10, por intermédio de seu representante legal, **Sra. Adriana Coluci da Costa Marques**, portador (a) da cédula de identidade RG nº 19.756.610-8 SSP/SP e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 097.761.558-80, DECLARA, sob as penas da lei e por ser a expressão da verdade que não possui CEBAS – Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social.

Mairiporã, 18 de outubro de 2022.



**ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES**  
DIRETORA/PRESIDENTE  
INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE



# ANEXO V

## Aprovação do Conselho de Administração

**CIRCULAR DE CONVOCAÇÃO**

**ASSEMBLÉIA GERAL EXTRAORDINARIA**

**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

FICAM CONVOCADOS PELA PRESENTE CIRCULAR, NA FORMA DO ESTATUTO, OS SENHORES MEMBROS DA DIRETORIA EXECUTIVA DO INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE, INSCRITO NO CNPJ/MF SOB O NO.14512229/0001-10, PARA REUNIAO EXTRAORDINARIA QUE SERA REALIZADA NO DIA 14/10/2022 AS 20h EM PRIMEIRA CONVOCAÇÃO OU AS 20h E 40 MIN EM SEGUNDA CONVOCAÇÃO, NA SEDE DO INSTITUTO NA RUA AMADOR BUENO, 333 SALA 1816 - SANTOS - SP., PARA DELIBERAREM SOBRE PAUTA ÚNICA: **A) análise e aprovação da proposta técnica, o orçamento e o programa de investimento elaborado pelo INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE para concorrer junto ao Edital de Chamamento Público n.º 007/2022, que visa GESTÃO PLENA, por meio de CONTRATO DE GESTÃO, a ser celebrado a partir da Proposta Técnica/Programa de Trabalho atendendo especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel com Unidade de Pronto Atendimento munido de classificação de risco para atendimento geral, a ser celebrado a partir da Proposta Técnica/Programa de Trabalho selecionada de acordo com as condições estabelecidas no presente Comunicado e seus respectivos Anexos, nos termos do instrumento convocatório e no estatuto do Instituto Alpha.**

Santos/SP, 07 de OUTUBRO de 2022.




Adriana Coluci da Costa Marques

Diretora-Presidente

Instituto Alpha de Medicina para Saúde

001215



**INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAUDE**

**ASSEMBLEIA GERAL EXTRAORDINARIA - REALIZADA EM 14/10/2022.**

Aos quatorze dias do mês de outubro de dois mil e vinte e dois, às dezoito horas e quarenta minuto, em segunda convocação, na sede do **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA E SAUDE**, CNPJ/MF sob no. 14.512.229/0001-10, na Rua Amador Bueno,333 cj. 1816, em Santos – São Paulo, em Assembleia Geral Extraordinária nos termos do *artigo 16* do seu Estatuto, convocada pela Presidente Sra. ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES, nos termos do *artigo 17* do estatuto reuniram-se os membros associados, que assinam a lista de presença, nos termos da convocação para deliberarem sobre a seguinte ordem do dia: A) análise e aprovação da proposta técnica, o orçamento e o programa de investimento elaborado pelo **INSTITUTO ALPHA DE MEDICINA PARA SAÚDE** para concorrer junto ao Edital de Chamamento Público n.º 007/2022, que visa **GESTÃO PLENA**, por meio de **CONTRATO DE GESTÃO**, a ser celebrado a partir da Proposta Técnica/Programa de Trabalho atendendo especificações, quantitativos, regulamentação do gerenciamento e execução de atividades e serviços de saúde no Hospital de Clínicas Anjo Gabriel com Unidade de Pronto Atendimento munido de classificação de risco para atendimento geral, a ser celebrado a partir da Proposta Técnica/Programa de Trabalho selecionada de acordo com as condições estabelecidas no presente Comunicado e seus respectivos Anexos, nos termos do instrumento convocatório e no estatuto do Instituto Alpha. Os trabalhos se iniciaram com a saudação da Sra. Adriana, diretora presidente do Instituto, que presidirá a assembleia, confirmando o quórum necessário para início dos trabalhos, nomeando a mim, José Eduardo Barboza Elias, Diretor Secretário-Geral, para exercer o cargo de secretário, a quem caberá a redação da presente ata. Logo após, a Sra. Presidente passou á análise da ordem do dia. Item a) A Sra Presidente informou aos convocados que a reunião

extraordinária é de extrema importância para a adequada participação do Instituto junto ao Chamamento Público 007/2022. Tal convocação vislumbra a gestão dos serviços de saúde do Hospital de Clínicas Anjo Gabriel do Município de Mairiporã, sendo pressuposto editalício a aprovação da proposta técnica, o orçamento e o programa de investimentos pelo Conselho de Administração da entidade. Isto posto, a Sra. presidente seguiu com a análise da ordem dia, o Presidente do Conselho de Administração apresentou o edital de Chamamento Público em pauta junto com a Proposta técnica, orçamentária e programa de investimentos, incorrendo na ciência de todos os membros do Conselho presentes. Mesmo assim seria concedido um prazo de 30 minutos para que quem desejasse, procedesse a leitura do referente edital junto a Proposta Técnica, Orçamentária e Programa de Investimentos. Decorrido o prazo, indagado aos presentes se alguém queria fazer uso da palavra, todos, unanimemente, manifestaram sua concordância com os termos, sendo aprovada por unanimidade. Instado os presentes se alguém desejava fazer uso da palavra, todos quedaram-se silentes, sendo assim, nada mais havendo a ser tratado, foi finalizada a presente ata, que foi lida, ratificada e assinada por todos os presentes.

Santos, 14 de outubro de 2022.



ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES  
PRESIDENTE



JOSE EDUARDO BARBOZA ELIAS  
SECRETARIO



**LISTA DE PRESENÇA ATA DE ASSEMBLEIA EXTRAORDINARIA**

ADRIANA COLUCI DA COSTA MARQUES

*Adriana*

JOSE EDUARDO BARBOZA ELIAS

*Jose Eduardo*

ANA CAROLINA RIZZO

*Ana Carolina*

MARIA DALVANIR NUNES

*Maria Dalvanir*

BARBARA BRAW DE JESUS MARQUES

*Barbara*

TIELLE MENEZES DARROS DA SILVA

*Tielle*

NEIDE MARIA CONCEIÇÃO

*Neide*

RICARDO SANTOS SOARES DE FIGUEIREDO

*Ricardo*

CLAUDIO MARQUES DA COSTA

*Claudio*

NELSON LUIZ CARVALHO AFFONSO

*Nelson*

ADRIANA FERNANDES LUIZ MONTEIRO

*Adriana*

CAMILA TAVARES FERREIRA

*Camila*

DIEGO OLIVEIRA LIMA

*Diego*

MELISSA GOMES FERREIRA

*Melissa*

CLEONICE PEDROZA FERNANDES

*Cleonice*