



PROPOSTA DE TRABALHO PARA GERENCIAMENTO,
OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES
E SERVIÇOS DE SAÚDE, EM REGIME DE 24 HORAS/
DIA, NA UNIDADE, QUE ASSEGURE ASSISTÊNCIA
UNIVERSAL E GRATUITA À POPULAÇÃO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2021

IMED – Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento
Rua Itapeva, 202, Conj. 34 - Bela Vista – CEP. 01332-000 – São Paulo/SP



10/1

121

UMA VISÃO DE FUTURO DE
EXCELÊNCIA, DEPENDE DE COMO
SE CONSTRÓI A QUALIDADE
DIARIAMENTE.

Para alcançar a saúde integral do ser humano e
ser grande, é preciso cuidar dos
pequenos detalhes.



URUAÇU URUAÇU
URUAÇU
URUAÇU URUAÇU URUAÇU
URUAÇU SERRA DA MESA
URUAÇU
URUAÇU URUAÇU URUAÇU
SERRA DA MESA URUAÇU
SERRA DA MESA



AM

ACI

ÍNDICE

	Introdução	13
1	Área de Atividade - Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade hospitalar	21
1.1	Organização da Atividade	23
1.1.1	Implantação de fluxos	28
1.1.1.1	Fluxos operacionais compreendendo circulação em áreas restritivas, externas e internas	28
1.1.1.2	Fluxos para registro e documentos de usuários e administrativos	43
1.1.1.3	Fluxos unidirecional para materiais esterilizados/roupas	90
1.1.1.4	Fluxo unidirecional de resíduos de serviço saúde	106
1.1.2	Implantação da Gestão	122
1.1.2.1	Implantação de Logística de Suprimentos	122
1.1.2.2	Proposta para Regimento Interno da Unidade	137
1.1.2.3	Proposta para Regimento do Serviço de Enfermagem	177
1.1.2.4	Proposta de Projeto de Tecnologia da Informação com vista ao controle gerencial da Unidade e melhoria do atendimento ao usuário	197
1.1.2.5	Proposta para Regimento do Corpo Clínico	261
1.1.3	Implantação de Processos	269
1.1.3.1	Proposta de Manual de protocolos assistenciais	269
1.1.3.2	Proposta de manual de rotinas administrativas para almoxarifado e patrimônio	529
1.1.3.3	Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	539
1.2	Incremento de Atividades	556
2	Área de Qualidade - Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade hospitalar	583
2.1	Ações voltadas à Qualidade Objetiva	585
2.1.1	Comissão de Ética Médica	585
2.1.2	Comissão de Ética em Enfermagem	597

2.1.3.	Comissão de Biossegurança	609
2.1.4.	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	618
2.1.5.	Comissão de Análise e Revisão de Prontuários	636
2.1.6.	Comissão de Verificação de Óbitos	647
2.1.7.	Comissão de Residência Médica (COREME)	655
2.1.8.	Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)	668
2.1.9.	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA	695
2.1.10.	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho	707
2.1.11.	Comissão de Documentação Médica e Estatística	721
2.1.12.	Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	730
2.1.13.	Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN)	740
2.1.14.	Comissão de Proteção Radiológica	750
2.1.15.	Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde	758
2.1.16.	Comitê Transfusional;	767
2.1.17.	Comitê de investigação do óbito materno e infantil;	775
2.1.18.	Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);	784
2.1.19.	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;	797
2.1.20.	Comissão Interna de Qualidade;	809
2.1.21.	Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;	819
2.1.22.	Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;	829
2.1.23.	Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIH-DOTT	838
2.1.24.	Núcleo Interno de Regulação (NIR);	844
2.1.25.	Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);	856
2.1.26.	Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC);	864
2.1.27.	Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;	872
2.1.28.	Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);	893
2.1.29.	Comissão de Farmácia e Terapêutica;	901
2.1.30.	Comitê de Compliance;	914

AM

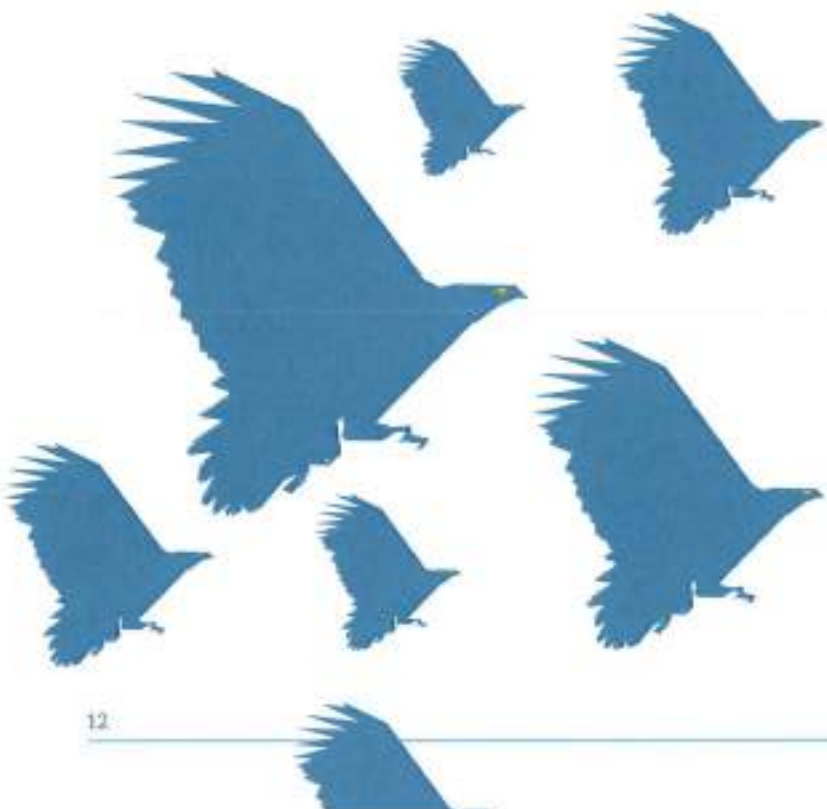
2.1.31.	Outras Comissões.	929
2.1.31.1	Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial	929
2.1.31.2	Comissão de Cuidados Paliativos	938
2.1.31.3	Comissão de Desospitalização Segura	945
2.1.31.4	Comissão de Responsabilidade Social	954
2.2	Ações voltadas à Qualidade Subjetiva	963
2.2.1	Acolhimento	963
2.2.1.1	Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação social e apoio psicossocial aos usuários e acompanhantes na emergência conforme Classificação de Risco.	963
2.2.1.2	Instrução com definição de horários, critérios e medidas e controle de risco para as visitas aos usuários.	970
2.2.2	Atendimento (incluindo, pesquisa de satisfação)	976
2.2.2.1	Proposta de implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, Proposta de formas de acomodação e conduta para os acompanhantes, com ênfase aos de usuários idosos, crianças, adolescentes e pne.	976
2.2.2.2	Proposta de implantação de ouvidoria vinculada a SES, com pesquisa de satisfação.	986
3.	Qualificação Técnica - Adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados presumidos,	1001
3.1.	Experiência anterior da Organização Social ou de seus gestores em Gestão de Hospitais	1003
3.2.	Estrutura e experiência da Diretoria	1004
3.2.1	Apresentação de organograma com definição das competências de cada membro do corpo diretivo	1004
3.2.2	Titulação de especialistas em administração/gestão hospitalar dos membros da diretoria e coordenações	1010
3.2.3.	Experiência mínima de 1 ano da Diretoria Organizacional Social em Saúde no gerenciamento de Unidade Hospitalar	1010
3.3.	Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar	1011
3.3.1.	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	1011
3.3.2.	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de ambulatório e urgência	1021
3.3.3.	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os serviços de maior complexidade na medicina como nas emergências e unidades de terapia intensiva de adulto, oncologia e de pediatria.	1038
3.3.4.	Protocolos assistenciais de atenção médica e rotinas operacionais para os ambulatórios, hospital dia e enfermarias, destaques para os plantões e sobreavulsos.	1199
3.3.5.	Apresentação de quadro de metas para a área médica (por especialidades) observados, em especial as consultas em ambulatório, internações hospitalares e de terapia intensiva.	1350

3.3.6.	Apresentação de quadro de pessoal técnico por área de atividade profissional (por especialidades), compatível com as atividades do plano de trabalho.	1355
3.3.7.	Protocolos de enfermagem (rotinas por nível de qualificação dos profissionais) nas áreas de internação/enfermarias, UTI, CME, bloco cirúrgico, oncologia e de pediatria.	1368
3.4.	Implantação de Funcionamento de Outros Serviços	1407
3.4.1.	Instrução para o funcionamento do serviço social com especificação de estrutura, norma e rotinas, definidas as áreas de abrangência, horário e equipe mínima.	1407
3.4.2.	Instrução para o funcionamento da equipe multiprofissional com especificação de norma e rotinas, área de abrangência, horário e equipe mínima.	1417
3.4.3.	Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral com especificação de estrutura, normas e rotinas, horário e equipe mínima.	1445
3.4.4.	Normas para realização dos procedimentos de aquisição, recebimento, guarda e distribuição de materiais na unidade.	1456
3.4.5.	Apresentação da padronização de medicamentos e materiais médicos hospitalares.	1473
3.4.6.	Apresentação de critérios para a contratação de terceiros para os serviços de limpeza, vigilância e manutenção predial.	1515
3.5.	Políticas de Recursos Humanos	1526
3.5.1.	Apresentação de projeto de desenvolvimento humano com pesquisa periódica de clima organizacional e definição de uso das informações.	1526
3.5.2.	Proposta para estabelecimento de Normas para Seleção de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenhos, sugestão de condutas para combater absenteísmo dos profissionais e estimular produção.	1547
3.5.3.	Registro e controle de pessoal e modelo para escalas de trabalho	1599
3.6.	Ciência e Tecnologia	1649
3.6.1.	Projeto de educação permanente com vistas à capacitação da equipe interdisciplinar do Hospital Regional Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU.	1649
3.6.2.	Núcleo de Educação Permanente - NEP	1655
3.6.3.	Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências	1701
3.7.	Metodologia de Projeto	1702
3.7.1.	Proposta de trabalho com adequado planejamento, visão de futuro, cronogramas de execução, custos estimados e resultados factíveis.	1702
3.7.2.	Projetos táticos e operacionais a serem realizados a alcançar e definição de estratégias de implantação.	1716
4.	Volume de recursos financeiros destinados a cada tipo de despesa	1727
	Anexos da Proposta de Trabalho	1733
Anexo do item 3.1.	Experiência anterior da Organização Social ou de seus gestores em Gestão de Hospitais	1735
Anexo do item 3.2.	Estrutura e experiência da Diretoria	1809
Anexo do item 3.3.1.	Apresentação de quadro de pessoal médico por área de atenção compatível com as atividades propostas no plano de trabalho.	2389



Anexo do item 1.1.3.3.	Proposta de manual de rotinas para administração financeira e gestão de custos	2545
Anexo do item 3.6.3.	Apresentação de convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências	2583
Anexo do item 5.3.j.1 do Edital	Declaração de Validade Jurídica da Proposta	2637

AM



AM

INTRODUÇÃO

O CENÁRIO GERAL: A REVOLUÇÃO PANDÊMICA.

Tornou-se lugar-comum dizer que o ano de 2020 dividiu a história da Terra em, por assim dizer, duas eras históricas da humanidade: o mundo "pré" e o mundo "pós" Covid-19.

Hoje, em junho de 2021, fala-se de laboratórios produtores de vacinas como, há tempos, já se falava do time de futebol de preferência – e, por mais inapropriado que isso seja, não são poucas as discussões sobre qual delas seria a "melhor", se a de origem norte-americana, a de origem inglesa, a de origem indiana ou a de origem chinesa.

Pior: dadas as ferramentas cuja adoção foi necessária para minimizar o processo de contaminação pelo vírus, chegou-se ao cúmulo, ao menos no Brasil, de pretensamente se definir essa ou aquela posição ideológica conforme o apoio ou a repulsa por essa ou aquela medida de isolamento social.

A discussão, contudo, assume um papel diminuto (para não dizer irrelevante) quando se constata as cicatrizes deixadas pelo vírus.

É questão de lembrar, por exemplo, o início de 2020, quando, em tempo real, o mundo assistiu ao dramático colapso do sistema de saúde da Itália, então com a média diária de 700 vítimas fatais – ou quando se viu Nova York se tornar uma cidade fantasma, numa paisagem digna dos filmes de ficção científica. Mais próximo do gênero do terror, corpos eram empilhados nas ruas de Guayaquil, no Equador

– enquanto, sem nenhum apelo à ficção, satélites fotografavam, do espaço, gigantescas covas coletivas que alteravam o rosto geográfico do Irã.

O vírus ataca em ondas – e, no Brasil, a memória recente ainda traz gravadas as imagens chocantes das filas de pessoas que, desesperadas, buscavam qualquer tipo de oxigênio junto a qualquer distribuidora que se dispusesse a vender o ar em Manaus, desta feita na dita segunda onda da pandemia. Estamos em junho de 2021, como dito, e a Argentina, a exemplo de boa parte da Ásia, encontra-se literalmente na sua pior fase da Covid-19¹.

Goste-se ou não, o fato é que, em escala planetária, a saúde deixou de ser considerada mera ciência vista em pé de igualdade com tantas outras, para assumir o protagonismo de agente definidor do futuro social, econômico e comportamental. E se é verdade que, no campo teórico, a vida sempre foi o bem maior a ser preservado, apenas com o advento da revolução pandêmica é que este ideal se impôs como prioridade concreta e real.

Em meio a tantas tragédias, pode-se dizer que ao menos algo de positivo exsurtiu a partir desse novo mundo: a força do SUS brasileiro, que, afora o notório reconhecimento de sua importância, revelou-se ser o ativo mais importante do patrimônio nacional.

E essa importância só tende a aumentar.

Em um país de 210 milhões de habitantes, menos de 25% da população conta com algum tipo de assistência à saúde privada, de caráter suplementar. E desta parcela minoritária, 80% são assistidos pelos chama-

1 "Valor Econômico", edição de 28.05.21, matéria intitulada "Argentina tem novo recorde de casos", e "Valor Econômico", edição de 21.05.21, artigo de Humberto Saccomandi intitulado "Avanço da covid-19 na Ásia traz risco global".

dos planos empresariais² - i.e., aqueles disponibilizados por empresas e que, por conseguinte, pressupõem que haja um empregador e, por óbvio, um emprego.

Basta, porém, olhar para o quadro social do País e, em meio a múltiplas e infundáveis campanhas que tentam manter um mínimo de segurança alimentar à parcela menos abastada da população, chegar-se à conclusão que, ao menos na próxima década, o SUS será cada vez mais e mais demandado.

Especialmente no caso do Brasil, em que 25% da população relata ter experimentado a nefasta experiência da falta de comida no mundo pós-Covid³, e em que 23% das pessoas pertencentes às camadas mais pobres financeiramente formam um verdadeiro exército de "excluídos digitais"⁴ (a ferir-lhes, de morte, o acesso a trabalho e renda), o desafio social não será pequeno. Não são poucos os que, antevedendo o realce das desigualdades em futuras tensões sociais, destacam a "inflação alta, da comida em particular" e o "desemprego duradouro" e "estrutural"⁵ como mais outras consequências da Covid-19 no Brasil - o que reforça a evidência de que o número de usuários do SUS tende a crescer exponencialmente.

Martin Wolf, analista econômico do "Financial Times", constata que "não há um fim permanente para a crise econômica, sem um fim para a crise de saúde"⁶. Se a constatação, nos tempos atuais, é de evidência palmar, não menos palmar é outra evidência: no patamar global, a vacinação caminha a passos lentos; se o parâmetro for uma dose, a América do Sul tratou 17% da população, Ásia vacinou menos de 6% e a África, 1,7%, com o que o aparecimento de novas variantes,

uma em seguida à outra, é algo concreto a se temer⁷, inclusive sob o prisma da economia (e, por extensão, da retomada de empregos).

E isso, é claro, sem contar as sequelas físicas e mentais da Covid-19, ainda não estudadas por completo (o chamado *long term Covid*) - e que serão abordadas com mais detalhes ao longo desta proposta -, mas que, à toda evidência, desaguarão, mais dia, menos dia, sobre o sistema público de saúde.

Isso não é tudo. Sabe-se, por exemplo, que o rearranjo hospitalar, inclusive no âmbito privado, necessário ao enfrentamento do Coronavírus provocou significativo congestionamento em, por exemplo, cirurgias eletivas e outros procedimentos e exames tidos por não urgentes - mas que, em razão do tempo de espera, transmudaram-se em necessidades que não podem mais esperar. Tome-se como o exemplo o caso dos pacientes oncológicos, cuja "demora no diagnóstico e o atraso para iniciar o tratamento estão entre os principais problemas enfrentados pelos pacientes de câncer no Brasil"⁸.

Não é à toa que 2020 foi um ano de resultados para além de positivos para as operadoras privadas de saúde, que viram suas taxas de sinistralidade caírem 10 pontos percentuais em relação a 2019⁹ - embora todas elas, por conta da mencionada demanda reprimida, não escondam o ranger de dentes decorrente da inadiável retomada dos aludidos procedimentos, ameaçando sua sustentabilidade financeira, sob o argumento de, no primeiro momento do mundo pós-Covid, terem passado por um "patamar de sinistralidade artificialmente baixo"¹⁰.

2 "Valor Econômico", edição de 12.05.21, matéria intitulada "Plano individual deve ter reajuste negativo".

3 "Folha de S. Paulo", edição de 21.05.21, matéria intitulada "Faltou comida para 25% dos brasileiros nos últimos meses".

4 "Folha de S. Paulo", edição de 28.05.21, matéria intitulada "Exclusão digital deixa famílias pobres sem auxílio emergencial".

5 Artigo de Vinicius Torres Freire publicado na "Folha de S. Paulo", edição de 30.05.21, intitulado "O erro do pessimismo exagerado".

6 "Valor Econômico", edição de 26.05.21, artigo intitulado "Podemos acabar com a pandemia em 2022?".

7 "Folha de S. Paulo", edição de 27.05.21, artigo de Vinicius Torres Freire intitulado "Vai ter vacina para todo o mundo?".

8 Suplemento pago pela Oncoguia, ONG dedicada ao apoio a pacientes com câncer", publicado na edição de 17.05.21 da "Folha de S. Paulo".

9 "Valor Econômico", edição de 23.04.21, matéria intitulada "Como 'home office', gasto com convênio médico cai".

10 Valor Econômico, edição de 14.05.21, matéria intitulada "Mais grave, segunda onda da pandemia impacta planos de saúde".

AM

O compromisso do SUS, no entanto, não é com finanças, e sim com a saúde – e não obstante, como se diz, a saúde não tenha preço, mas tenha custo, a verdade é que o sistema público brasileiro atende a todos e a qualquer um, na integralidade de cada situação que se apresente, do nível mais básico da atenção primária à mais complexa das cirurgias.

Ao passo em que o mercado inventa formas de oferecer saúde parcial e dada a conta-gotas, sempre mediante boa paga em dinheiro, o SUS, ao fim e ao cabo, abarcará tudo o mais. Dá sim, dá também, aquelas companhias não medem esforços para obter mais licenças dos entes regulatórios, a fim de venderem serviços de saúde de carteira cada vez mais limitada e menor abrangência possível, sob a bandeira de que, sendo “mais flexíveis”, seus planos tornam-se “mais aderentes à capacidade de pagamento das famílias e das empresas”¹¹. Tome-se, como exemplo, o caso de empresa financeira que, por menos de R\$ 35 mensais, ofertará a caminhoneiros consultas on-line mediante telemedicina¹², com o que caberia perguntar: e em que hospital esses caminhoneiros irão se tratar, ao se depararem com problemas de saúde? A resposta é evidente – e, queira-se ou não, as operadoras de serviços privados de saúde têm um encontro marcado com a revolução pandêmica.

Vale, portanto, reiterar: ao contrário do ente privado, o sistema público não pode se desculpar e pedir ao paciente que vá bater em outra porta. E em face da revolução pandêmica, está evidente que suas demandas crescerão em níveis para lá de consideráveis.

Nesse contexto, o SUS do mundo pós-Covid precisará ser mais do que um provedor de terapêuticas curativas: o SUS do futuro precisa ser resolutivo e, na medida do possível, atuar como vetor de informação para predizer e prevenir doenças e agravamentos.

11 “Valor Econômico”, edição de 27.05.21, matéria intitulada “Governo tenta tapar brechas na regulação dos planos de saúde”.

12 “Valor Econômico”, edição de 31.05.21, matéria intitulada “Rodobens entra em serviços de saúde”.

13 Suplemento Informativo do Grupo Dasa, encartado junto ao “Valor Econômico”, edição de 19.05.21.

14 “Folha de S. Paulo”, edição de 30.05.21, matéria intitulada “Ouvir história reduz dor de criança na UTI, diz estudo”.

Para tal, a concepção do atendimento integral à saúde, tanto sob o aspecto físico quanto sob o aspecto mental, será uma meta a ser perseguida com obsessão – e para conhecer as carências sociais dos usuários de seus serviços, o hospital do futuro, acima de tudo, deverá ser proativo para se integrar à sociedade em que se encontra, inclusive como forma de lidar e se antecipar à enorme demanda de serviços que se avoluma.

Por conta disso, será necessária redobrada atenção para todas as possibilidades de acolhimento do paciente, ampliando-se o leque de recursos multidisciplinares e o enfoque holístico da saúde em seus múltiplos aspectos.

Apenas para prosseguir no exemplo do câncer, o acompanhamento do paciente via telemedicina, se antes se tratava de ferramenta escolhida pela conveniência, agora se transmuda em gênero de primeira necessidade, evitando “deslocamentos” e “dificuldade para agendar consulta e exame”, pois, “na medida em que há agilidade no tratamento, aumenta a sobrevivência do paciente”¹³. Outro foco a ser considerado: as formas alternativas de melhor acolhimento dos pacientes, como se vê, em outro exemplo, no caso dos já demonstrados “efeitos benéficos da leitura de histórias” para fins da redução do “estresse” de crianças internadas em leitos de UTI¹⁴.

Mais usuários, mais doenças, mais dificuldades sociais: eis o quadro novo trazido pela nova realidade imposta pela revolução pandêmica.

Não será surpreendente deduzir, sob esse panorama, que o SUS do futuro deverá entender (e atender) os anseios sociais de seus usuários – para o que não será possível economizar esforços em apoio, inclusive emocional, e comunicação, sem prejuízo, é claro, da

busca permanente pela excelência operacional dos serviços de saúde *stricto sensu*. Como se vê, o hospital do futuro precisará, acima de tudo, servir – e não será exagero dizer que, no mundo pós-Covid, o modelo a ser perseguido será o do “hospital-servidor”.

Servir: esta será a nova palavra de ordem junto ao HEMU.

É evidente, como observado, que o quadro trazido com a revolução pandêmica será desafiador.

Para o IMED, contudo, ele é inspirador.

Porque é inspirado no ideal de cuidar com respeito que a presente proposta é apresentada. Cuidado só existe se for integral – e respeito pressupõe conhecer e integrar-se a quem se pretende servir.

O desafio é grande, mas não será este o primeiro a ser enfrentado por nós.

SOBRE O IMED

Sem medo de errar, pode-se dizer que o IMED já nasceu sob o destino de encarar grandes desafios.

Seu primeiro projeto (que perdurou de 2.014 a 2.018), a gestão do Hospital e Pronto Socorro da Zona Norte, localizado na cidade de Manaus-AM, já trazia em si a marca que iria caracterizar o instituto: a superação.

Diz-se “superação” porque não pode ser outra a palavra a melhor descrever o histórico de uma associação que, com menos de um ano de fundação, assume a gestão de complexo hospitalar dotado de mais de 300 leitos de internação, centro cirúrgico com 11 salas, parque de imagens amplamente equipado, sem falar de outras dezenas de leitos de observação, sala vermelha e hospital-dia. Mais: ao longo daquele período, o reconhecimento, pela população, da excelência dos serviços prestados foi uma constante da gestão do IMED (cf. doc. anexo). Como se vê, fazer a

gestão de grandes hospitais já faz parte da experiência do instituto.

De outro lado, o IMED, há mais de três anos, faz a gestão de equipes do Programa de Saúde da Família (PSF's), junto ao município de Alfenas, em Minas Gerais.

Ainda em Alfenas, a entidade também administra cinco Residências Terapêuticas destinadas a pessoas com necessidades especiais e pessoas acometidas pela doença da dependência química, uma unidade CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e um Centro de Convivência, destinado ao mesmo público. Para resumir a seriedade e dedicação do IMED com relação a esse projeto, basta se ater a detalhado relatório do Ministério Público, elaborado já em meados de 2.019, o qual, analisando múltiplos aspectos da administração do IMED, chegou a uma conclusão direta e de clareza solar: a gestão revelou-se “ *muito eficaz* ” (cf. doc. em anexo).

Portanto, atenção primária e cuidados com a saúde mental também fazem parte da expertise do IMED.

E aqui diz-se “também” porque, no Estado de Goiás, o IMED faz parte de uma história grandiosa.

Em agosto de 2.019, o instituto assumiu a gestão do HUTRIN - Hospital Estadual de Urgências de Trindade Walda Ferreira dos Santos. Detalhe importante: após ter sido declarado vencedor do certame relacionado à gestão daquele hospital em 14.08.19, o IMED recebeu no dia 19.08.19 (uma segunda-feira) a informação de que assumiria a gestão da referida unidade de saúde às 00:00 h do dia 25.08.19 – em 5 (cinco) dias, portanto. A missão foi cumprida – e a assunção do hospital, exitosa.

Muito poderia ser dito a respeito da gestão do HUTRIN, mas um bom indicador a respeito do salto de qualidade observado no hospital diz respeito ao atendimento em pronto socorro. Após 2 meses da gestão, as modificações levadas a cabo pelo instituto

resultaram em significativa diminuição do tempo de espera para atendimento: de uma média superior a 3 (três) horas de espera, observada antes da gestão o IMED, a espera, na média, passou a ser de menos de 1 (uma) hora e meia.

Hoje, é possível dizer, com tranquilidade, que a gestão do HUTRIN pelo IMED é um projeto vencedor - com atendimento, além do pronto socorro 24 h em sistema da chamada "porta aberta", Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetria e Ginecologia, Anestesiologia, Pediatria e Ortopedia. Mas a história de sua superação do instituto não para por aí.

Como se sabe, no contexto das [providências de guerra](#) para o enfrentamento do novo Coronavírus, em 16.04.20, foi sancionada lei estadual que determinava o encampamento, pelo Estado, de 4 (quatro) unidades hospitalares até então municipais, dentre elas o Hospital Regional de Luziânia - HRL, obra inacabada, cuja inauguração era aguardada desde 2.016.

Foi nesse panorama de guerra que o IMED e o Estado de Goiás assinaram, em 13.05.20, contrato de gestão para a referida unidade de saúde, com vigência a partir de 19.05.20. O compromisso era da altura que a gravidade da situação exigia: [disponibilizar o hospital 100% dedicado ao combate à Covid-19 à população em alguns dias](#).

Em 8 (oito) dias de trabalhos ininterruptos, foram contratados 138 funcionários, além de se ter providenciado toda a estrutura necessária para o funcionamento do hrl. Promoveu-se à montagem, teste e separação de equipamentos, além da confecção e instalação de placas para identificação do ambiente hospitalar, respeitando-se o padrão adotado pela Secretaria de Saúde, dentre outras inúmeras providências. No mesmo período, foram adquiridos materiais médicos e medicamentos, além de EPI's em quantidade e qualidade adequadas tanto para o atendimento da população quanto para a segurança dos profissionais.

O hospital igualmente foi abastecido de gases medicinais e passou a contar com exames laboratoriais com coleta de SWAB e teste rápido para a detecção da Covid-19. Promoveu-se, também, a adequação do setor de imagem, com a devida montagem de toda estrutura necessária para a disponibilização de exames de tomografia e de raio-x.

Assim foram implantados, naquele primeiro momento, 20 (vinte) leitos de críticos 31 (trinta e um) leitos semi-críticos, além de 2 (dois) leitos críticos junto ao pronto atendimento (a chamada sala vermelha).

Em 21.05.20, o HRL estava entregue à população, operando em tempo recorde.

É fato que o HRL, hoje, apresenta uma estrutura bem mais robusta, com 40 leitos de UTI, dentre outras melhorias.

Mas também é fato que todo o esforço inicial valeu a pena: ao final de 2.020, o Hospital Regional de Luziânia recebeu prêmio concedido pela Confederação Brasileira de Futebol (CBF), referente ao projeto intitulado "Craques da Saúde" - iniciativa que tem como objetivo presentear os [hospitais públicos com maior índice de pacientes recuperados da Covid-19](#).

Nem por isso os esforços foram deixados de lado - e hoje o HRL já contabilizou mais de 1.200 altas em favor da vida, notabilizando-se cada vez mais pela sua eficiência e qualidade assistencial.

Também sob o mesmíssimo contexto da medicina de guerra necessária ao combate da Covid-19, o IMED assumiu, em 01.06.20, o Hospital Regional de Formosa Dr. César Saad Fayad, após ter assinado o respectivo contrato emergencial de gestão quinze dias antes.

E, nesse caso, existia um fator agravante, que multiplicava o grau de dificuldade desafio: o hospital, até então administrado pela Municipalidade de Formosa, não se tratava apenas de uma unidade de saúde destinada ao enfrentamento da Covid-19. Isso por-

que, historicamente, o HRF promovia (e, de modo ininterrupto, continuou promovendo) atendimento 24 h em pronto socorro na modalidade de "porta aberta", além de atendimento nas áreas de Clínica Médica, Ortopedia, Pediatria, Anestesiologia, além de Ginecologia e Obstetrícia - constituindo-se, inclusive, na única referência da região para partos (os quais ultrapassam o número de 100 (cem) por mês).

Porém, isso nem foi o pior. Conforme restou evidenciado em múltiplos relatórios enviados à SES-GO, o IMED se deparou com uma unidade de saúde cuja infraestrutura, inclusive a predial, encontrava-se depauperada. Isso sem falar na deterioração do mobiliário hospitalar, protagonizado por macas danificadas e sem colchão, ou na perigosíssima inércia com relação à manutenção da rede elétrica (omissão cujas graves consequências dispensam comentários). E, nessas condições, menos surpreendente foi constatar que, à exceção da sala de emergência do pronto atendimento, o hospital não era servido de rede canalizada de gases medicinais.

Tais dificuldades foram superadas - e hoje o HRF é o único hospital do Entorno Norte dotado de Unidade de Terapia Intensiva, atualmente com 20 leitos ativos. Mais: para se dimensionar o salto de qualidade assistencial observado junto à unidade, tem-se que, entre junho de 2020 e março de 2021, o HRF dobrou o número de atendimentos, tanto em seu pronto socorro geral quanto no destinado aos pacientes com sintomas de Covid-19.

Por fim, cumpre destacar o mais recente projeto do IMED no Estado de Goiás - o Hospital Regional de São Luís de Montes Belos, Dr. Geraldo Landó, cuja gestão, pelo instituto, se iniciou em 03.09.20.

A exemplo do HRF, o hospital de São Luís de Montes Belos, além de possuir pronto socorro geral e pronto socorro destinado a pacientes suspeito de portarem a Covid-19 (ambos em sistema de porta aberta, com

funcionamento de 24 h), atende os usuários do SUS em outras especialidades, como Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia, além de contar com 10 leitos de UTI, atualmente voltados para o enfrentamento da pandemia. Vale destacar que o hospital é referência para atendimento de uma população de aproximadamente 500 mil pessoas, residentes em 19 cidades da região.

E, infelizmente, também a exemplo do verificado em Formosa, o HRSLMB apresentava desolador quadro quanto à sua conservação, afora inúmeros outros problemas, como, por exemplo, inoperância do NIR (Núcleo Interno de Regulação) e "arquivo" de prontuários médicos "instalado" junto à laje do hospital.

Hoje, o HRSLMB é exemplo de hospital respeitado e reconhecido pela população, do que dão mostra as inúmeras citações positivas do hospital junto à mídia local - sendo que, entre fevereiro e abril (período do pico da segunda da Covid-19), a unidade recebeu 100% de menções positivas junto à imprensa, conforme asseverado nos relatórios encaminhados à SES-GO.

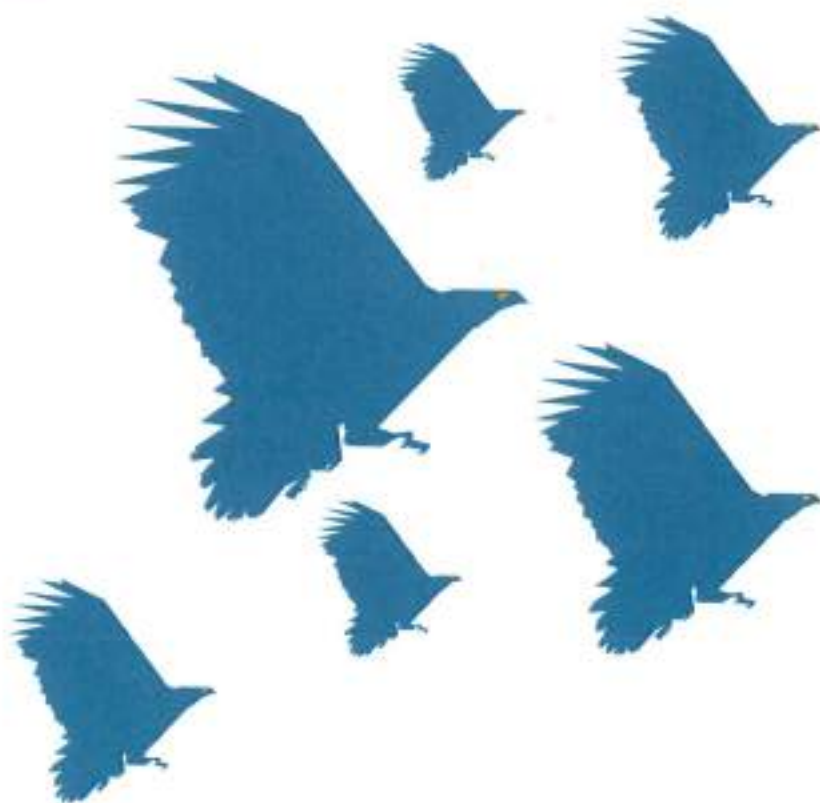
Como visto, o IMED é referência de dedicação e compromisso junto à população goiana. O instituto caminha para recuperar 2.000 pacientes portadores da Covid-19 em suas unidades, promoveu mais de 150 mil atendimentos, realizou mais de 600 mil exames, é responsável por 278 leitos de enfermária e UTI, e propiciou emprego a mais de 1.400 colaboradores, capacitando-os com mais de 14.000 horas de treinamentos.

No tópico anterior, falou-se das dificuldades que, no mundo pós-Covid, o hospital do futuro precisará encarar.

O IMED, como se viu, sabe encarar dificuldades, a



despeito do seu grau de complexidade – e, contando com seu esforço e dedicação habituais, vê-se habilitado para fazer parte dessa história: a história de superação que será contada pelo HEMU.



Por fim, observa-se que o projeto em questão será apresentado a seguir tomando-se exatamente a ordem contida no Edital, nos termos determinados em seu Anexo IV.



01



ÁREA DE ATIVIDADE



IMED
INSTITUTO
MADRUGADA
DE
MANTOVANINI

O GRANDE
CONVÊNIO

Handwritten signature or initials in blue ink.



1. ÁREA DE ATIVIDADE

1.1. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU possui 238 (duzentos e trinta e oito) leitos gerais e 45 (quarenta e cinco) leitos complementares, destes 20 (vinte) leitos de UTI adulto, 10 (dez) UTI Pediátrica e 10 (dez) UTI Neonatologia, 05 (cinco) leitos de unidade de cuidados intermediários neonatal, distribuídos da seguinte forma:

DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS		
ESPECIALIDADE	QUANTIDADE	LOCALIZAÇÃO
UTI ADULTO	20 LEITOS	2º PAVIMENTO
UTI NEONATAL	10 LEITOS	2º PAVIMENTO
UTI PEDIÁTRICA	10 LEITOS	2º PAVIMENTO
UCIN	05 LEITOS	2º PAVIMENTO
INTERNAÇÃO CLÍNICA	90 LEITOS	2º E 3º PAVIMENTO
INTERNAÇÃO CIRÚRGICA	60 LEITOS	TÉRREO E 1º PAVIMENTO
INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA	60 LEITOS	TÉRREO E 1º PAVIMENTO
INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA	28 LEITOS	2º PAVIMENTO
CENTRO CIRÚRGICO	10 SALAS	TÉRREO
CENTRO CIRÚRGICO (RPA)	14 LEITOS	TÉRREO
TOTAL: 307 LEITOS		

Tabela 01: Distribuição de leitos.

ABAIXO, SEGUE A PROPOSTA DE SETORIZAÇÃO PARA O HOSPITAL.

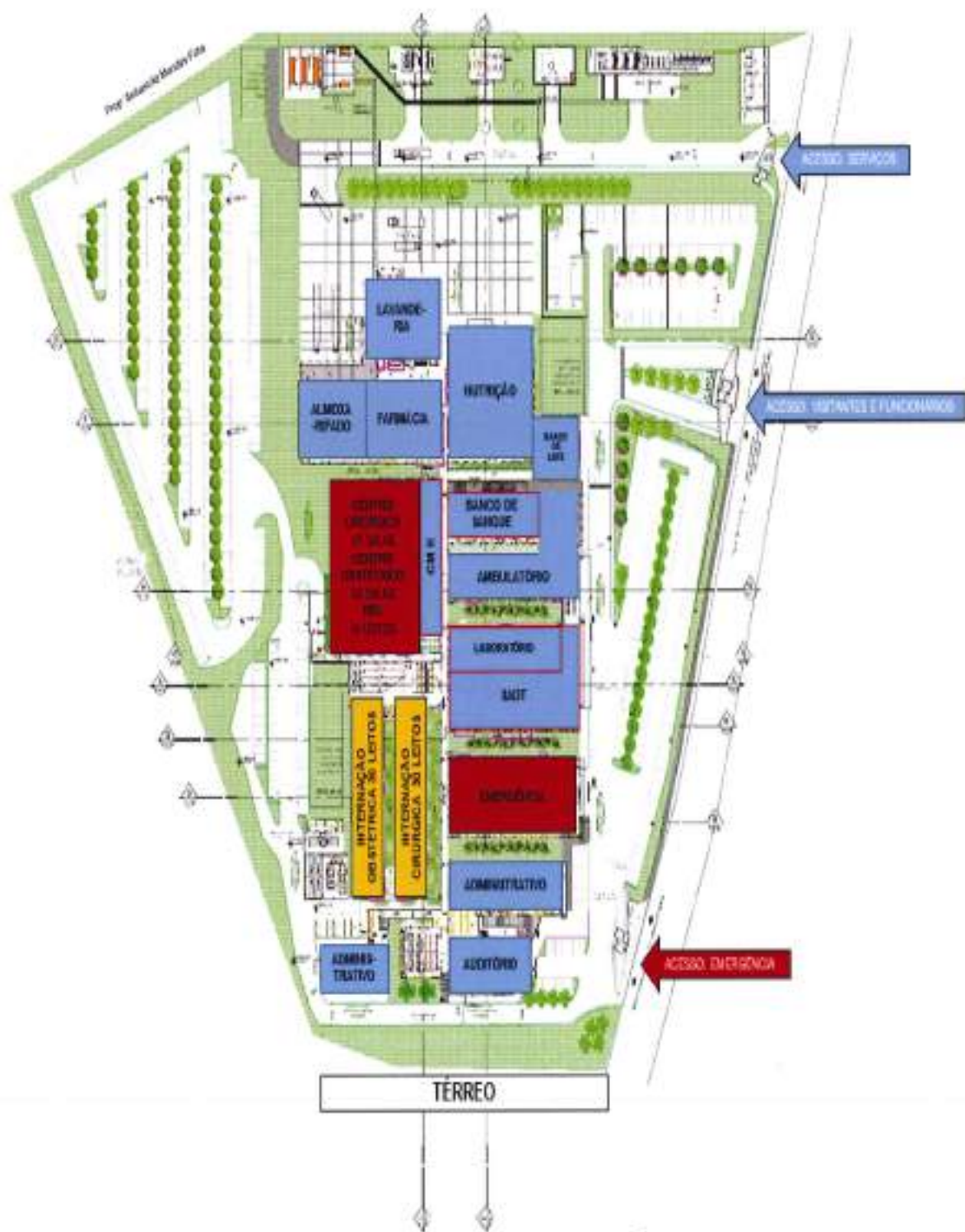


Imagem 01: Setorização do térreo.



Imagem 02: Setorização do 1º pavimento.



Imagem 03: Setorização do 2º pavimento.

Handwritten signature



Imagem 04: Setorização do 3º pavimento.

AM

1.1.1. IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

1.1.1.1 - FLUXOS OPERACIONAIS COMPREENDENDO CIRCULAÇÃO EM ÁREAS RESTRITIVAS, EXTERNAS E INTERNAS.

De acordo com o Instrumento de Chamamento Público Nº 01/2021-SES/GO, o HEMU funcionará 24 horas e realizará atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Norte, mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões.

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU possui 238 (duzentos e trinta e oito) leitos gerais e 40 (quarenta) leitos complementares, destes 20 (vinte) leitos de UTI adulto, 10 (dez) UTI Pediátrica e 10 (dez) UTI Neonatologia, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

Quadro 01 - Capacidade atual instalada do HEMU:

INTERNAÇÃO	QUANTIDADE
UTI Adulto	20 leitos
UTI Neonatal	10 leitos
UTI Pediátrico	10 leitos
UCIN	5 leitos
Clínico Adulto	90 leitos
Cirúrgico	60 leitos

Obstétrico	60 leitos
Pediátrico	28 leitos
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	14
TOTAL	307

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 50, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistências à Saúde (Hospital) correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais, em conformidade com a norma NBR-9050 da ABNT.

Neste panorama, dimensionamos as áreas de circulação em 03 principais:

- A. **ÁREAS RESTRITAS:** São os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Centro Cirúrgico e CME. Somente os profissionais podem circular livremente por estas áreas com roupas próprias da unidade;
- B. **ÁREAS INTERNAS:** São os ambientes gerais do Hospital onde circulam todos os envolvidos, tanto os profissionais da unidade quanto pacientes, acompanhantes e visitantes, além claro de fornecedores. Para maior controle dos fluxos, classificamos por grupo de fluxos os envolvidos da seguinte forma:
 1. Paciente Externo: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e

AM

emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados;

2. **Paciente Interno:** São constituídos pelos fluxos de pacientes em regime de internação, dentro da própria unidade de internação, ou quando acompanhados por funcionários / acompanhantes, acessam as diferentes unidades funcionais para diagnóstico ou terapia;
3. **Acompanhantes:** São constituídos pelos fluxos de familiares dos pacientes externos e internos que os acompanham durante sua permanência na unidade hospitalar, inclusive na fase de internação, quando se tratar de crianças e idosos. A circulação destes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais;
4. **Visitantes:** É constituído de indivíduos que demandam a unidade hospitalar para visitar os pacientes internados, ou em função de alguma atividade administrativa, tais como compras, serviços terceirizados, entre outros. O acompanhamento destes fluxos, tanto em termos de horários como da delimitação das áreas onde serão permitidos é extremamente importante para o bom funcionamento e a segurança da unidade;
5. **Funcionários:** São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação deles pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, ser permitida em toda a unidade.

F. ÁREAS EXTERNAS: São as áreas para destinadas aos tipos de serviços e a população usuária que requerem estacionamentos no

Hospital, tais como:

1. paciente externo transportado (paciente de emergência), que chega ou parte de automóvel ou ambulância;
2. paciente a ser internado (paciente interno);
3. profissionais que atuam na unidade de saúde, se possível vaga de uso exclusivo;
4. entrega de fornecimentos: materiais, medicamentos, gases, etc;
5. remoção de cadáveres;
6. remoção de resíduos.

Descrição dos fluxos

A seguir apresentaremos os fluxos e suas respectivas descrições:

1.ÁREAS RESTRITAS:

1.1.Fluxos de acesso às UTI's Adulto, Pediátrica e Neonatal:

1.1.1. Fluxo de acesso à UTI's por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário (Bloco I); seguir pelo corredor principal até o hall de elevadores sociais do Bloco D; acessar o 2º pavimento; sair do elevador e acessar o corredor de anti-sala das UTI's; acessar o corredor geral interno das UTI's;





Imagem: Fluxo de acesso à UTI's por Profissionais.

1.1.1. Fluxo de acesso à UTI's por Visitantes: Todos os Visitantes deverão se cadastrar na Recepção Administrativa (Bloco H); seguir pelo corredor principal até o hall de elevadores sociais do Bloco D; acessar o 2º pavimento; sair do elevador e acessar o corredor de anti-sala das UTI's e aguardar autorização para acesso às UTI's;



Imagem: Fluxo de acesso à UTI's por Visitantes.

1.2. Centro Cirúrgico:

1.2.1. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário (Bloco I); seguir pelo corredor principal até os vestiários do Centro Cirúrgico (Bloco D) para paramentação; acessar o Centro Cirúrgico;



Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Profissionais.

1.2.2. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por pacientes internados: Condutor identifica paciente para cirurgia; condutor e paciente em maca acessam o elevador de macas; condutor e paciente acessam o térreo até a entrada do Centro Cirúrgico; paciente é entregue à equipe de enfermagem;



Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Pacientes Internados.

1.2.3. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por pacientes eletivos: Condutor identifica paciente na Recepção de Internação (Bloco H); condutor e paciente em cadeira de rodas acessam o corredor principal no térreo; condutor e paciente dirigem-se à entrada do Centro Cirúrgico (Bloco D); paciente é entregue à equipe de enfermagem;



Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Pacientes Eletivos.

AM

1.2.4. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por pacientes urgentes/emergentes: Condutor identifica paciente no Pronto Socorro (Bloco C); condutor e paciente em maca acessam o corredor principal no térreo; condutor e paciente dirigem-se à entrada do Centro Cirúrgico (Bloco D); paciente é entregue à equipe de enfermagem;



Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Pacientes Urgente/Emergentes.

1.3. Central de Materiais Esterilizados

1.3.1. Fluxo de acesso ao CME por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário (Bloco I); seguir pelo corredor principal até às antecâmaras do CME (Bloco D) para paramentação; acessar o CME;



Imagem: Fluxo de acesso ao CME por Profissionais.

1.4. Isolamentos:

1.4.1. Fluxo de acesso aos Isolamentos por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário (Bloco I); seguir pelo corredor principal até às anti-câmaras dos leitos de isolamento (Bloco D) para paramentação; acessar o

respectivo leito de isolamento;



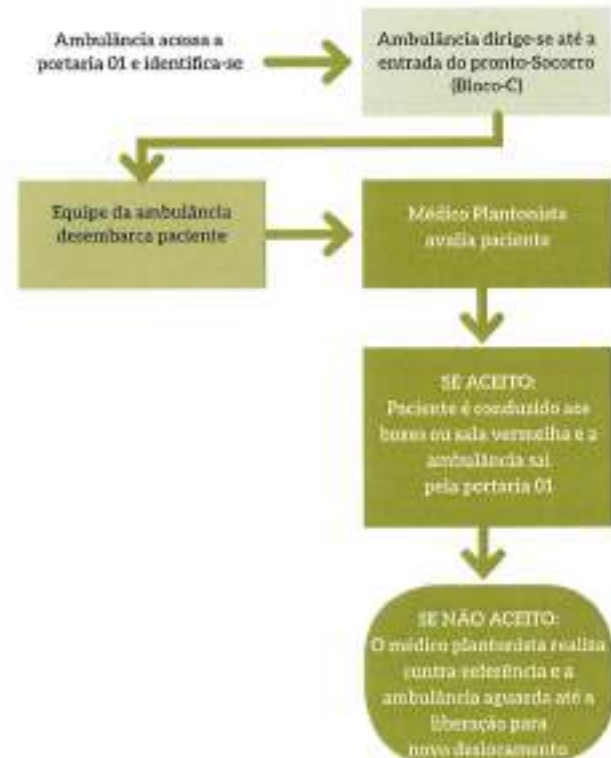
Imagem: Fluxo de acesso aos Isolamentos CME por Profissionais.

2.ÁREAS EXTERNAS:

2.1.Portaria 01 (Portaria Pronto Socorro):

2.1.1. Pronto Socorro:

2.1.1.1. Acesso de Ambulâncias (urgência/emergência): Ambulância acessa a Portaria 01 e identifica-se; dirige-se até a entrada do Pronto Socorro no Bloco C; equipe da ambulância desembarca paciente; médico plantonista avalia paciente; se aceito, paciente é conduzido aos boxes ou sala vermelha e ambulância sai pela Portaria 01; se não aceito, médico plantonista realiza contrarreferência; ambulância aguarda nas vagas exclusivas até liberação para novo deslocamento; ambulância sai pela Portaria 01;



Handwritten signature

Imagem: Fluxo de acesso de Ambulâncias Urgência e Emergência.

2.1.1.2. Acesso de Ambulâncias (remoção); Ambulância acessa a Portaria 01 e identifica-se; dirige-se as vagas exclusivas de estacionamento; equipe da ambulância dirige-se à entrada do Pronto Socorro no Bloco C; equipe da ambulância identifica e embarca paciente para remoção; ambulância sai pela Portaria 01;

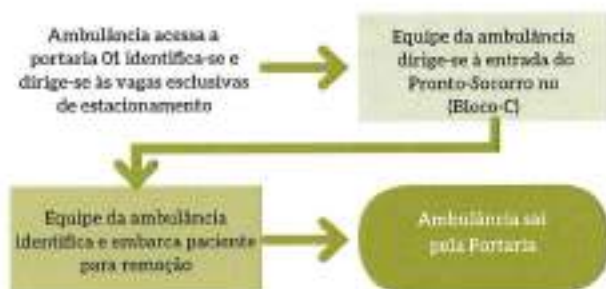


Imagem: Fluxo de acesso de Ambulâncias para Remoção.

2.1.1.3. Acesso de viaturas policiais: Viatura acessa a Portaria 01 e identifica-se; dirige-se à entrada do Pronto Socorro no Bloco C; policiais desembarcam paciente para avaliação; viatura é conduzida às vagas de estacionamento até liberação; viatura sai pela Portaria 01;



Imagem: Fluxo de acesso de Viaturas Policiais.

2.1.1.4. Acesso de veículos civis transportando pacientes graves; Veículo Civil acessa a Portaria 01 e identifica-se; dirige-se à entrada do Pronto Socorro no Bloco C; responsável desembarca paciente para avaliação; veículo é conduzido às vagas de estacionamento geral até liberação; veículo sai pela Portaria 02;



Imagem: Fluxo de acesso de Veículos Civis Transportando Pacientes Graves.

2.1.1.5. Acesso de Serviço Funerário; Veículo Funerário acessa a Portaria 01 e identifica-se; após liberação, dirige-se pela via lateral à esquerda da portaria até o Necrotério; aguarda liberação para embarque do óbito; após embarque, veículo retorna pela mesma via de acesso até a Portaria 01; veículo sai pela Portaria 01;



Imagem: Fluxo de acesso de acesso de Serviço Funerário.

2.2. Portaria 02 (Portaria Social):

2.2.1. Administração:

2.2.1.1. Acesso dos Colaboradores e demais profissionais: Colaboradores e demais profissionais com veículos acessam a Portaria 02 e identificam-se; após liberação, seguem com veículo pela via à esquerda da portaria até o estacionamento exclusivo na parte inferior do Hospital; caso o colaborador não utilize veículo próprio, o mesmo deslocará após a Portaria até o Vestiário Geral;



Imagem: Fluxo de acesso dos Colaboradores e demais profissionais.

2.2.1.2. Acesso ao Auditório: Palestrantes e Participantes acessam a Portaria 02 e identificam-se; após liberação, dirigem-se às vagas do estacionamento frontal ao Hospital; após veículo estacionado, caminham até a entrada do Auditório (Bloco G) para o evento; ao término, dirigem-se para saída na Portaria 02;



Imagem: Fluxo de acesso de acesso ao Auditório.

2.2.1.3. Acesso para Fornecedores (comercial), Visitantes e Acompanhantes: Todos os Fornecedores, Visitantes e Acompanhantes acessam a Portaria 02 para identificação; após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento) caminham até a Recepção Administrativa (Bloco H) para cadastro; aguardam autorização para acesso às áreas internas;



Imagem: Fluxo de acesso Fornecedores (comercial), Visitantes e Acompanhantes.

2.2.2. Atendimento Ambulatorial:

2.2.2.1. Acesso para Ambulatório (consultas): Pacientes acessam a Portaria 02 para identificação; após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento) caminham até a Recepção Ambulatorial (Bloco A) para cadastro; retiram senha e aguardam atendimento;



Imagem: Fluxo de acesso para o Ambulatório (consultas).

2.2.2.2. Acesso para SADT (exames): Pacientes acessam a Portaria 02 para identificação; após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento) caminham até a Recepção de SADT (Bloco B) para cadastro; retiram senha e aguardam atendimento;



Imagem: Fluxo de acesso para o SADT.

2.2.2.3. Acesso para Quimioterapia: Pacientes acessam a Portaria 02 para identificação; após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento) caminham até a Recepção Ambulatorial (Bloco A) para cadastro; retiram senha e aguardam atendimento;



Imagem: Fluxo de acesso para a Quimioterapia.

2.2.2.4. Acesso para Banco de Sangue: Doadores acessam a Portaria 02 para identificação; após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento) caminham até a Recepção do Banco de Sangue (Bloco F) para cadastro; retiram senha e aguardam atendimento;



Imagem: Fluxo de acesso para o Banco de Sangue.

2.2.2.5. Acesso para Banco de Leite; Doadoras/Beneficiárias acessam a Portaria 02 para identificação; após liberação (caso em veículo próprio, dirigem-se ao estacionamento) caminham até a Recepção do Banco de Leite (Bloco J) para cadastro; retiram senha e aguardam atendimento;



Imagem: Fluxo de acesso para o Banco de Leite.

2.3. Portaria 03 (Portaria de Fornecedores e Manutenção):

2.3.1. Fornecedores (mercadorias):

2.3.1.1. Acesso às Docas de Suprimentos (Almoarifado/CAF): Fornecedores acessam a Portaria 03 e identificam-se; após liberação, seguem pela via até a área de carga/descarga (Bloco K); aguardam autorização para desembarque; após entrega, retornam pela mesma via até saída na Portaria 03;

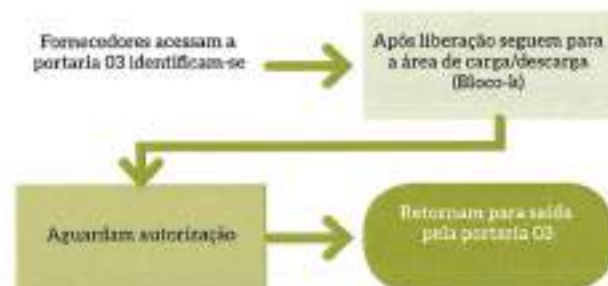


Imagem: Fluxo de acesso para às Docas de Suprimentos.

2.3.1.2. Acesso à Lavanderia: Fornecedores acessam a Portaria 03 e identificam-se; após liberação, seguem pela via até a área de carga/descarga (Bloco N); aguardam autorização para coleta/entrega; retornam pela mesma via até saída na Portaria 03;



Imagem: Fluxo de acesso para à Lavanderia.

2.3.1.3. Acesso às Docas da Nutrição; Fornecedores acessam a Portaria 03 e identificam-se; após liberação, seguem pela via até a área de carga/descarga (Bloco M); aguardam autorização para entrega; retornam pela mesma via até saída na Portaria 03;



Imagem: Fluxo de acesso para às Docas da Nutrição.

2.3.1.4. Acesso aos Gases Medicinais e GLP; Fornecedores acessam a Portaria 03 e identificam-se; após liberação, seguem pela via até os tanques para abastecimento na mesma via; aguardam autorização para entrega; retornam pela mesma via até saída na Portaria 03;



Imagem: Fluxo de acesso aos Gases Medicinais e GLP.

2.3.2. Manutenção:

2.3.2.1. Acesso à serviços de manutenção terceirizados; Equipes Terceirizadas acessam a Portaria 03 e identificam-se; após liberação, seguem pela via até a área de manobra (em frente ao Bloco N) e aguardam autorização acesso ao hospital; retornam pela mesma via até saída na Portaria 03;



Imagem: Fluxo de acesso à Serviços de Manutenção Terceirizados.

2.3.2.2. Acesso à Subestação de Energia, Caldeira e Grupo Gerador: Equipes Terceirizadas acessam a Portaria 03 e identificam-se; após liberação, seguem pela via até a área de manobra (em frente ao Bloco N) e aguardam autorização para execução; retornam pela mesma via até saída na Portaria 03;



Imagem: Fluxo de acesso à Subestação de Energia, Caldeira e Grupo Gerador.

2.4. Resíduos (Acesso livre):

2.4.1. Coleta pública:

2.4.1.1. Acesso para coleta de resíduos comuns: Veículo da coleta pública acessa o abrigo pela Avenida

Contorno e realiza a coleta;



Imagem: Fluxo de acesso para coleta de Resíduos Comuns.

2.4.2. Coleta seletiva:

2.4.2.1. Acesso para coleta de recicláveis e resíduos infectantes; Veículo da coleta acessa o abrigo pela Avenida Contorno; dirige-se à Portaria 03 para identificação; aguarda autorização para realização da coleta;



Imagem: Fluxo de acesso para Coleta de Recicláveis e Resíduos Infectantes.

3. ÁREAS INTERNAS:

3.1. Auditório:

3.1.1. Fluxo do público geral e palestrantes: acesso pela recepção do auditório; após cadastro, dirigem-se ao auditório para acomodação nas cadeiras ou apresentação no palco; ao término, retorna pela porta de entrada ou saída lateral do auditório;



Imagem: Fluxo de acesso do Público Geral e Palestrantes ao Auditório.

3.2. Colaboradores:

3.2.1. Administrativos;

3.2.1.1. Térreo;

3.2.1.1.1. Fluxo de acesso à Área Administrativa: Após registro do ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino aos Blocos H e Z;



Imagem: Fluxo de acesso à Área Administrativa.

3.2.1.1.2. Fluxo de acesso aos Consultórios: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco A;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: A Consultórios

Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.2.1.1.3. Fluxo de acesso aos SADT's: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco B;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: B SADT's

Imagem: Fluxo de acesso aos SADT's.

3.2.1.1.4. Fluxo de acesso ao Banco de Leite: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco J;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: J Banco de leite

Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Leite.

3.2.1.1.5. Fluxo de acesso ao Banco de Sangue: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco F;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: F Banco de sangue

Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Sangue.

3.2.1.1.6. Fluxo de acesso Pronto-Socorro: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco C;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se aos Blocos: C Pronto-socorro

Imagem: Fluxo de acesso ao Pronto-Socorro.

3.2.1.1.7. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico, CME e Leitões de Internação: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco D;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: D Centro Cirúrgico, CME e Leitões de Internação

Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico, CME e Leitões de Internação.

3.2.1.1.8. Fluxo de acesso à Nutrição: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco M;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: M Nutrição

Imagem: Fluxo de acesso à Nutrição.

3.2.1.1.9. Fluxo de acesso à Farmácia: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco L;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: L Farmácia

Imagem: Fluxo de acesso à Farmácia.

3.2.1.1.10. Fluxo de acesso à Lavanderia: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco N;

Após saírem do vestiário colaboradores registam o ponto



Colaboradores dirigem-se ao Bloco: N Lavanderia

Imagem: Fluxo de acesso à Lavanderia.

3.2.1.2. 1º Pavimento e 2º Pavimento:

3.2.1.2.1. Fluxo de acesso à Área Administrativa: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o elevador administrativo;



Imagem: Fluxo de acesso à Área Administrativa no 1º e 2º pavimento.

3.2.2. Assistenciais e/ou Prestadores de Serviço;

3.2.2.1. Térreo;

3.2.2.1.1. Fluxo de acesso aos Consultórios: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco A;



Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.2.2.1.2. Fluxo de acesso aos SADT's: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco B;



Imagem: Fluxo de acesso aos SADT's.

3.2.2.1.3. Fluxo de acesso ao Banco de Leite: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco J;



Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Leite.

3.2.2.1.4. Fluxo de acesso ao Banco de Sangue: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco F;



Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Sangue.

3.2.2.1.5. Fluxo de acesso Pronto-Socorro: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco C;



Imagem: Fluxo de acesso ao Pronto-Socorro.

4.2.2.1.6. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico, CME e Leitos de Internação: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco D;



Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico, CME e Leitos de Internação.

3.2.2.1.7. Fluxo de acesso à Nutrição: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco M;



Imagem: Fluxo de acesso à Nutrição.

3.2.2.1.8. Fluxo de acesso à Farmácia: Após registro de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco L;





Imagem: Fluxo de acesso à Farmácia.

3.2.2.1.9. Fluxo de acesso à Lavandaria: Após registo de ponto e saída do vestiário, colaboradores acessam o corredor principal com destino ao Bloco N;



Imagem: Fluxo de acesso à Lavandaria.

3.2.2.2. 1º Pavimento;

3.2.2.2.1. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação: Após registo de ponto e saída do vestiário, seguir pelo corredor principal até o elevador de internações (Bloco D); ao sair do elevador, acessar os leitos;



Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - 1º Pavimento.

3.2.2.3. 2º Pavimento;

3.2.2.3.1. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação: Após registo de ponto e saída do vestiário, seguir pelo corredor principal até o elevador de internações (Bloco D); ao sair do elevador, acessar os leitos;



Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - 2º Pavimento.

3.2.2.4. 3º Pavimento;

3.2.2.4.1. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação: Após registro de ponto e saída do vestiário, seguir pelo corredor principal até o elevador de internações (Bloco D); ao sair do elevador, acessar os leitos;



Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - 3º Pavimento.

3.3. Pacientes Internos e Acompanhantes (quando houver):

3.3.1. Térreo, 1º Pavimento, 2º Pavimento e 3º Pavimento;

3.3.1.1. Fluxo de acesso aos SADT's: Conductor identifica paciente para realização de SADT; conductor e paciente em maca acessam o elevador de macas; conductor e paciente acessam o térreo até a entrada o Bloco B; após realização, conductor e paciente retornam pelo mesmo caminho;



Imagem: Fluxo de acesso aos SADT's - Pacientes Internos.

3.4. Pacientes Externos:

3.4.1. Térreo

3.4.1.1. Serviço Ambulatorial:

3.4.1.1.1. Fluxo de acesso aos Consultórios: paciente acessa a Recepção Ambulatorial no Bloco A; retira senha e aguarda chamada; após senha chamada, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório; após chamada em consultório e atendimento, dirige-se à Recepção do SADT no Bloco B para realização de exames; aguarda chamado para realização; após atendimento, retorna à Recepção Ambulatorial e aguarda para atendimento de retorno em consultório; após atendimento e alta, dirige-se à saída;



Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.4.1.1.2. Fluxo de acesso aos SADT's; paciente acessa a Recepção do SADT no Bloco B; retira senha e aguarda chamada; após senha chamada, realiza cadastro e aguarda chamada para SADT; após atendimento e alta, dirige-se à saída;



Imagem: Fluxo de acesso aos SADT's.

3.4.1.1.3. Banco de Leite: paciente acessa a Recepção do Banco de Leite no Bloco J; retira senha e aguarda chamada; após senha chamada, realiza cadastro e aguarda chamada para retirada ou doação; após atendimento e alta, dirige-se à saída;



Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Leite.



3.4.1.2. Pronto Socorro:

1.4.1.2.1. Fluxo de acesso aos Consultórios: paciente acessa a Recepção do Pronto Socorro no Bloco C; retira senha e aguarda chamada da Triagem; após Triagem, realiza cadastro e aguarda atendimento em consultório; após chamada em consultório e atendimento, dirige-se ao Box para procedimentos; após procedimentos, aguarda para atendimento de retorno em consultório; após atendimento e alta, dirige-se à saída; caso seja necessária internação, será conduzido aos leitos de internação no Bloco D;



Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.4.1.2.2. Fluxo de acesso aos SADT's: Condutor ou acompanhante dirigem-se para o Bloco B; após realização, condutor ou acompanhante e paciente retornam para o Box e aguarda atendimento de retorno em consultório;

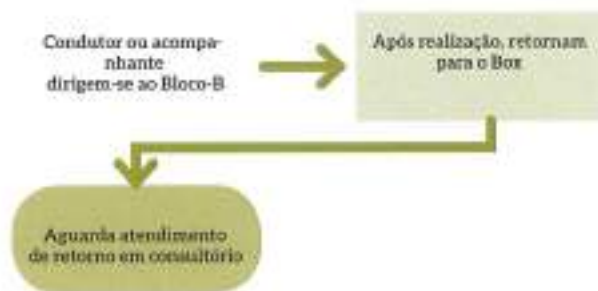


Imagem: Fluxo de acesso aos SADT's por paciente do Pronto-Socorro.

3.5. Visitantes:

3.5.1. Térreo, 1º Pavimento, 2º Pavimento e 3º Pavimento:

1.5.1.1. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação: Visitante acessa a Recepção Geral no Bloco H; retira senha e aguarda atendimento para cadastro e identificação; após atendimento e orientações das regras de visitas, será conduzido aos leitos de internação através do corredor principal até o Bloco D; se paciente estiver no térreo, o acesso será imediato; caso o paciente esteja nos pavimentos superiores, o visitante deverá acessar os elevadores sociais até o respectivo pavimento de internação; após encerramento do horário de visita, visitante retorna à Recepção Geral (Bloco H) para baixa do cadastro e dirige-se à saída;



Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - Visitantes.

3.5.2. Banco de Sangue;

1.5.2.1. Fluxo de acesso na figura de Doador: Doador acessa a Recepção do Banco de Sangue; retira senha e aguarda atendimento para cadastro e triagem; após triagem, aguarda na recepção para chamada de doação; em seguida, paciente é conduzido até as poltronas de doação para coleta; ao término, paciente é conduzido para refeição pós-doação e observação; finalizada a refeição e observação, doador é direcionado à saída do Banco de Sangue.



Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Sangue - Doador.

3.5.2.2. Fluxo de atendimento à paciente internado: Banco de Sangue recebe pedido de transfusão; técnico desloca até o leito do paciente para coleta de exames pré-transfusionais; técnico dirige-se ao Banco de Sangue para análise do material e separação dos hemocomponentes; após identificação dos hemocomponentes, técnico de desloca até o leito do paciente para realizar a transfusão; ao término, técnico retorna ao Banco de Sangue.



Imagem: Fluxo de acesso ao Banco de Sangue - Paciente Internado.

ITEM 1.1.1.2 - FLUXO PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS

A – ATENDIMENTO DO PRONTO-SOCORRO

1 – Paciente entra no Pronto Socorro por "Demanda Espontânea";

2 – "Recepção Pronto Socorro": Paciente retira a senha no totem para o atendimento de urgência e aguarda na recepção ser chamado pelo setor de "Classificação de Risco".



Imagem: Tela de chamada para Classificação de Risco

3 – "Sala de Classificação de Risco": enfermeira classifica o paciente e realiza o registro da classificação em forma eletrônica ou impressa (sinais vitais, classificação de risco, etc.).



Imagem: Tela de Registro de dados do paciente e Classificação de Risco

4 – "Consultório": médico recebe o registro do paciente (meio físico ou eletrônico), com informações preenchidas pela "Classificação de Risco", realiza a anamnese do paciente e registra a informação/solicitação (eletrônico/impresso).

Nome	Atividade	Dr(a)	Situação	Nome do Médico	Nome do Paciente	Atividade	Ativo	Ativo	Ativo	Ativo	Ativo	Ativo
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA
ALC	01/11/2019	1	10000	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA	DR. ANTONIO CARLOS DE SOUZA

Imagem: Tela de chamada para atendimento médico

Após o atendimento médico, as informações são encaminhadas para:

4.1 - Informação/solicitação é encaminhada para o serviço de atendimento de enfermagem para providências. Paciente será medicado conforme prescrição médica ou outra conduta definida pelo médico/observação até melhora do evento agudo após medicação, etc.).

Atividade	11/01/2019	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	11/01	
1 - Realizar a higiene bucal do paciente.																				
2 - Verificar a temperatura do paciente.																				
3 - Verificar a pressão arterial do paciente.																				
4 - Verificar a frequência cardíaca do paciente.																				
5 - Verificar a frequência respiratória do paciente.																				
6 - Verificar o nível de consciência do paciente.																				
7 - Verificar a hidratação do paciente.																				
8 - Verificar a integridade da pele do paciente.																				
9 - Verificar a eficácia da medicação.																				
10 - Verificar a segurança do paciente.																				

Imagem: Tela de Checkagem de Procedimentos de Enfermagem

[Handwritten signature]



4.2 - Informação/solicitação é encaminhada para SADT para providências. Paciente realizará coleta de exame laboratorial, ECG, ou de Imagens (RX, TC, RM, USG, Doppler). Após realização de exames, operacional do SADT registra informação (resultado de exame, etc.) em meio eletrônico/Impresso, encaminha a informação para o médico no "consultório" e paciente retorna para "consultório".

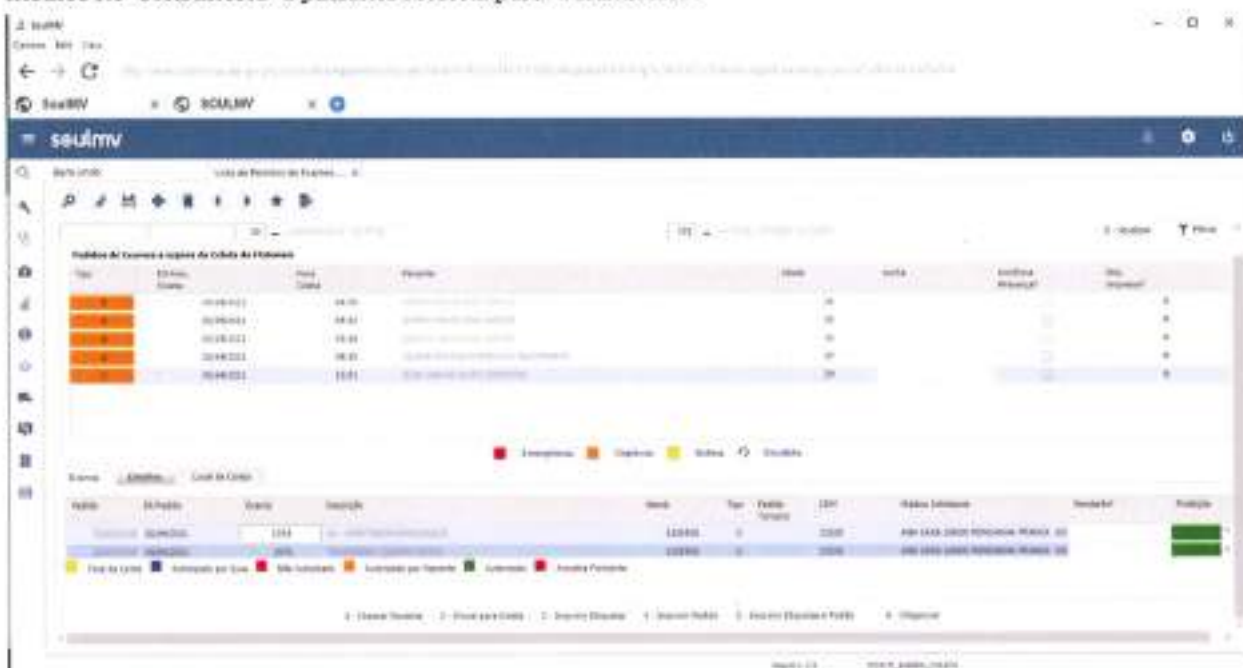


Imagem: Tela de visualização de solicitação de exames de imagem.

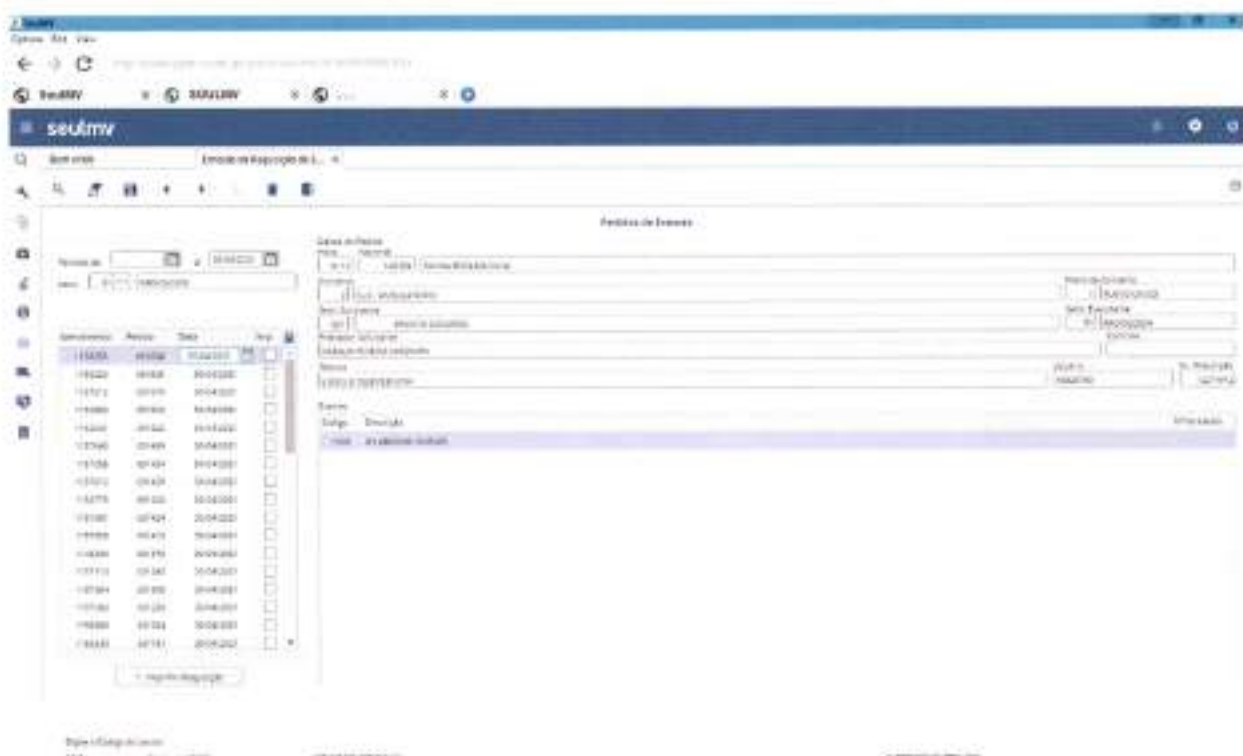


Imagem: Tela de visualização de solicitação de exames de imagem.

M

No "Consultório", o médico acessa as informações eletrônico/impresso para as seguintes condutas: Alta, Inter-
nação ou Transferência.

Nome	Data	Estado	Outros	Nome	Data	Estado	Outros
MARIA FERREIRA DA SILVA	20/10/2024	Alta	[Icon]	MARIA FERREIRA DA SILVA	20/10/2024	Alta	[Icon]
JOÃO CARLOS FERREIRA	21/10/2024	Alta	[Icon]	JOÃO CARLOS FERREIRA	21/10/2024	Alta	[Icon]
ANA CAROLINA SILVA	22/10/2024	Alta	[Icon]	ANA CAROLINA SILVA	22/10/2024	Alta	[Icon]
PEDRO PAULO DA SILVA	23/10/2024	Alta	[Icon]	PEDRO PAULO DA SILVA	23/10/2024	Alta	[Icon]
MARIA APARECIDA FERREIRA	24/10/2024	Alta	[Icon]	MARIA APARECIDA FERREIRA	24/10/2024	Alta	[Icon]
JOÃO PEDRO DA SILVA	25/10/2024	Alta	[Icon]	JOÃO PEDRO DA SILVA	25/10/2024	Alta	[Icon]
MARIA APARECIDA FERREIRA	26/10/2024	Alta	[Icon]	MARIA APARECIDA FERREIRA	26/10/2024	Alta	[Icon]
JOÃO CARLOS FERREIRA	27/10/2024	Alta	[Icon]	JOÃO CARLOS FERREIRA	27/10/2024	Alta	[Icon]
ANA CAROLINA SILVA	28/10/2024	Alta	[Icon]	ANA CAROLINA SILVA	28/10/2024	Alta	[Icon]
PEDRO PAULO DA SILVA	29/10/2024	Alta	[Icon]	PEDRO PAULO DA SILVA	29/10/2024	Alta	[Icon]
MARIA APARECIDA FERREIRA	30/10/2024	Alta	[Icon]	MARIA APARECIDA FERREIRA	30/10/2024	Alta	[Icon]
JOÃO PEDRO DA SILVA	31/10/2024	Alta	[Icon]	JOÃO PEDRO DA SILVA	31/10/2024	Alta	[Icon]
MARIA APARECIDA FERREIRA	01/11/2024	Alta	[Icon]	MARIA APARECIDA FERREIRA	01/11/2024	Alta	[Icon]
JOÃO CARLOS FERREIRA	02/11/2024	Alta	[Icon]	JOÃO CARLOS FERREIRA	02/11/2024	Alta	[Icon]
ANA CAROLINA SILVA	03/11/2024	Alta	[Icon]	ANA CAROLINA SILVA	03/11/2024	Alta	[Icon]
PEDRO PAULO DA SILVA	04/11/2024	Alta	[Icon]	PEDRO PAULO DA SILVA	04/11/2024	Alta	[Icon]
MARIA APARECIDA FERREIRA	05/11/2024	Alta	[Icon]	MARIA APARECIDA FERREIRA	05/11/2024	Alta	[Icon]
JOÃO PEDRO DA SILVA	06/11/2024	Alta	[Icon]	JOÃO PEDRO DA SILVA	06/11/2024	Alta	[Icon]
MARIA APARECIDA FERREIRA	07/11/2024	Alta	[Icon]	MARIA APARECIDA FERREIRA	07/11/2024	Alta	[Icon]
JOÃO CARLOS FERREIRA	08/11/2024	Alta	[Icon]	JOÃO CARLOS FERREIRA	08/11/2024	Alta	[Icon]
ANA CAROLINA SILVA	09/11/2024	Alta	[Icon]	ANA CAROLINA SILVA	09/11/2024	Alta	[Icon]
PEDRO PAULO DA SILVA	10/11/2024	Alta	[Icon]	PEDRO PAULO DA SILVA	10/11/2024	Alta	[Icon]

Imagem: Tela de Retorno Consultório Médico.

5 - Alta com registro da conduta em meio impresso ou eletrônico.

Relatório de Passagem de Alta

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/10/2024 11:30
 HORÁRIO DA ALTA - 08:00/11:30

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOÃO CARLOS FERREIRA DA SILVA
 ID: 12345
 SEXO: MASCULINO
 ALUNO: SIM

DATA DE NASCIMEN-TO: 15/05/1990

PRELIMINAR ATRIBUIÇÃO: []
 DATA DE ATRIBUIÇÃO: 15/05/2024
 ASSASSINADO: 15/05/2024
 TIPO DE ATRIBUIÇÃO: []

PROCEDÊNCIA: PLANO SOCORRIDA - CASAR DE INTERNAÇÃO - DIAGNÓSTICO/PLANO SOCORRIDA
 CONDUTIVA: SUE - AMBULATÓRIO - PLANO PLANEJADA

CARACTERÍSTICA: NENHUMA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO (SUSCIPENDIDA): MFM - SOB O CUIDADO
 DIAGNÓSTICO (SUSCIPENDIDA): MFM - SOB O CUIDADO
 DIAGNÓSTICO (SUSCIPENDIDA): MFM - SOB O CUIDADO
 DIAGNÓSTICO DE ALTA: MFM - SOB O CUIDADO

Imagem: Resumo de Alta.

6 - Encaminhar paciente para internação "enfermaria e/ou sala vermelha" com registro da conduta em meio eletrônico/impresso, AIH.



Imagem: Tela de Preenchimento de AIH.

APÓS O DESFECHO DAS CONDUTAS ACIMA O REGISTRO DE INFORMAÇÃO EM PRONTUÁRIO É ENCAMINHADO AO SAME.

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo para Registro de Documentos do Pronto-Socorro.

Handwritten signature or initials in blue ink.

B – INTERNAÇÃO DE PACIENTES E FLUXOS DA ENFERMARIA

1 – Internação Enfermarias: o médico deverá preencher a AIH eletrônico/impresso, com todas as informações necessárias para solicitação da vaga;

2 – O Núcleo Interno de Regulação acessa as informações eletrônico/impresso, verifica a disponibilidade do leito e registra a internação.



The image shows a screenshot of the 'soulmy' web application. The main window displays a form titled 'Internação de Paciente'. The form is divided into several sections with various input fields and dropdown menus. At the top, there are fields for 'Data de Internação' and 'Número da Vaga'. Below this, there are sections for 'Dados do Paciente' (Name, Address, Birth Date, etc.), 'Dados do Médico' (Name, Address, etc.), and 'Dados da Internação' (Room, Bed, etc.). The form is complex and contains many fields for data entry. At the bottom of the form, there are several buttons for navigation and actions.

Imagem: Tela de Registro de Internação.

3 – Após o registro, o prontuário eletrônico/impresso é encaminhado ao setor de internação, onde são registrados todos os cuidados da equipe multidisciplinar.



The image shows a screenshot of the 'soulmy' web application. The main window displays a user profile for 'Núcleo Interno de Regulação'. On the left side, there is a vertical menu with several items, each with a small icon. The menu items are: 'Atividade Enfermagem', 'Registro de Cuidados', 'Plan de Cuidado', 'Atividade e Substâncias', 'Exatidão de Rastros', 'Exatidão de OX', 'Exatidão de Rastros de Sinais', 'Exatidão de Cuidados', and 'Tela de Responsabilidades'. The menu is highlighted with a red box. The main content area shows the user's profile information, including a name, a date, and a time.

Imagem: Tela de Rotina de Enfermagem.

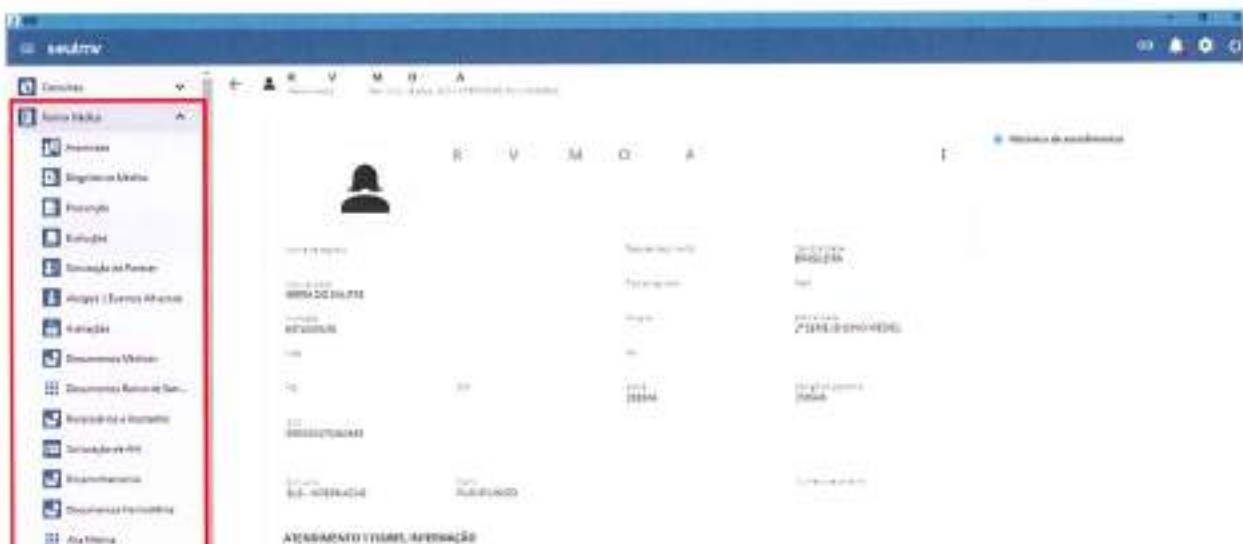


Imagem: Tela de Rotina Médica.



Imagem: Tela de Rotina Equipe Multidisciplinar.

4 - Após o período de internação e cuidados pode-se ter os seguintes desfechos: Alta melhorada; Transferência Externa ou Óbito.



Imagem: Tela de Efetivação de Alta melhorada; Transferência Externa ou Óbito.

APÓS O DESFECHO DAS CONDUTAS ACIMA O REGISTRO DE INFORMAÇÃO EM PRONTUÁRIO É ENCAMINHADO AO SAME.

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo para Registro de Documentos de Internação.

[Handwritten signature]

C – AMBULATÓRIO E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

1 - O SISREG III (Sistema de Regulação), disponibiliza o registro dos pacientes autorizados para consulta ambulatorial;



imagem: Tela de Consulta de Agenda Ambulatorial

2 - Após verificação da agenda disponibilizada pelo SISREG é agendado no Sistema de Agendamento do MV;

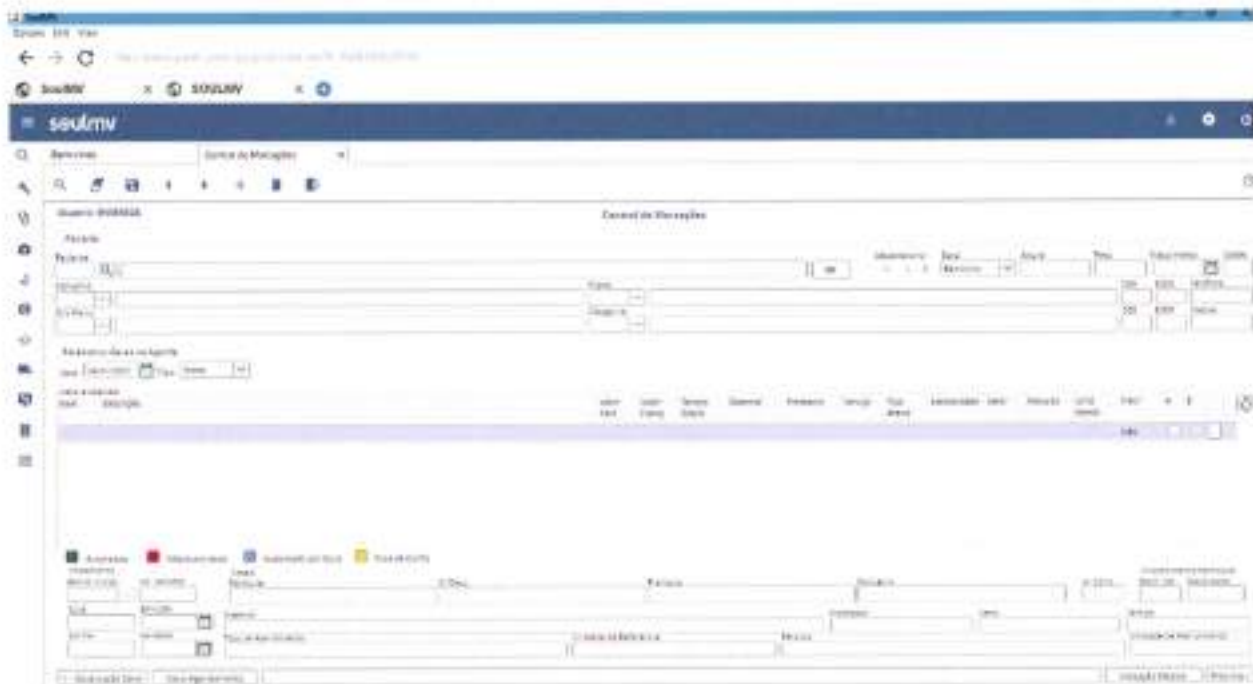


Imagem: Tela de Agendamento de Consulta Ambulatorial

3- O paciente comparece na unidade para consulta com especialista:



Imagem: Tela de Atendimento Médico - Ambulatorial

4 - Após o atendimento médico o registro é encaminhado ao Núcleo Interno de Regulação, para agendamento procedimentos solicitados (exame, cirurgia e retorno)

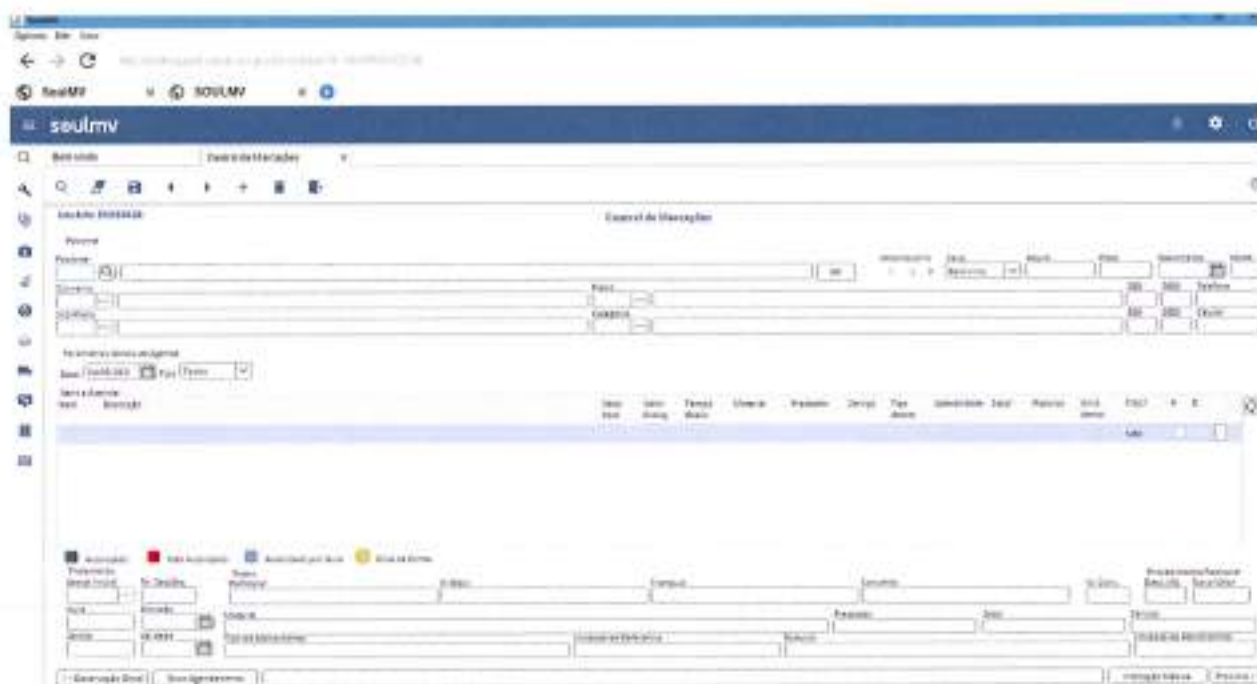


Imagem: Tela de Marcação de USG e Retorno



Imagem: Tela de Marcação de Procedimento Cirúrgico

APÓS O AGENDAMENTO, O PACIENTE COMPARECE A UNIDADE NA DATA MARCADA PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos - Agendamento Ambulatorial/Procedimentos Cirúrgicos.

Handwritten signature or initials in blue ink.

D – DISPENSAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - O médico registra a prescrição médica de forma eletrônica/impressa;

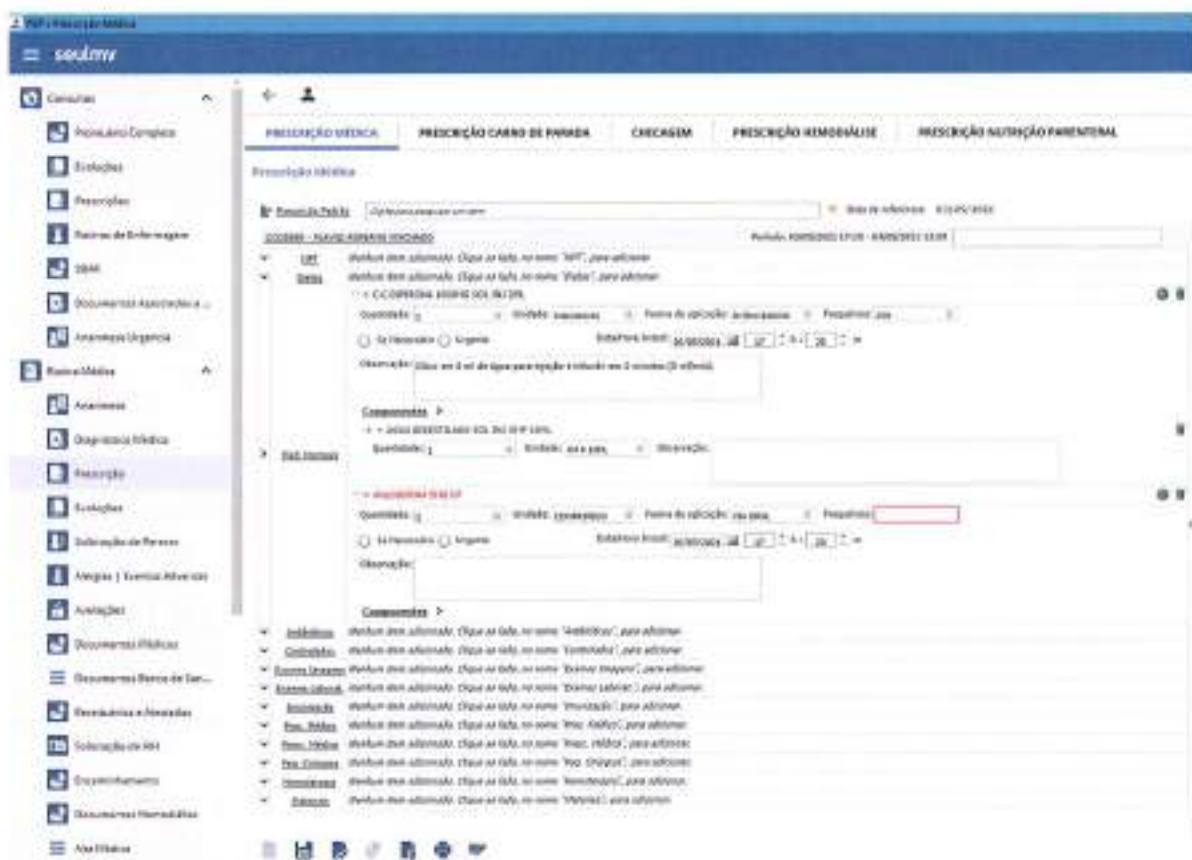


Imagem: Tela de Prescrição Médica

2 - O farmacêutico acessa o registro para realização para avaliação farmacêutica;



Imagem: Tela de Registro de Avaliação Farmacêutica

3- Após a avaliação farmacêutica, a prescrição é encaminhada para separação dos itens solicitados.

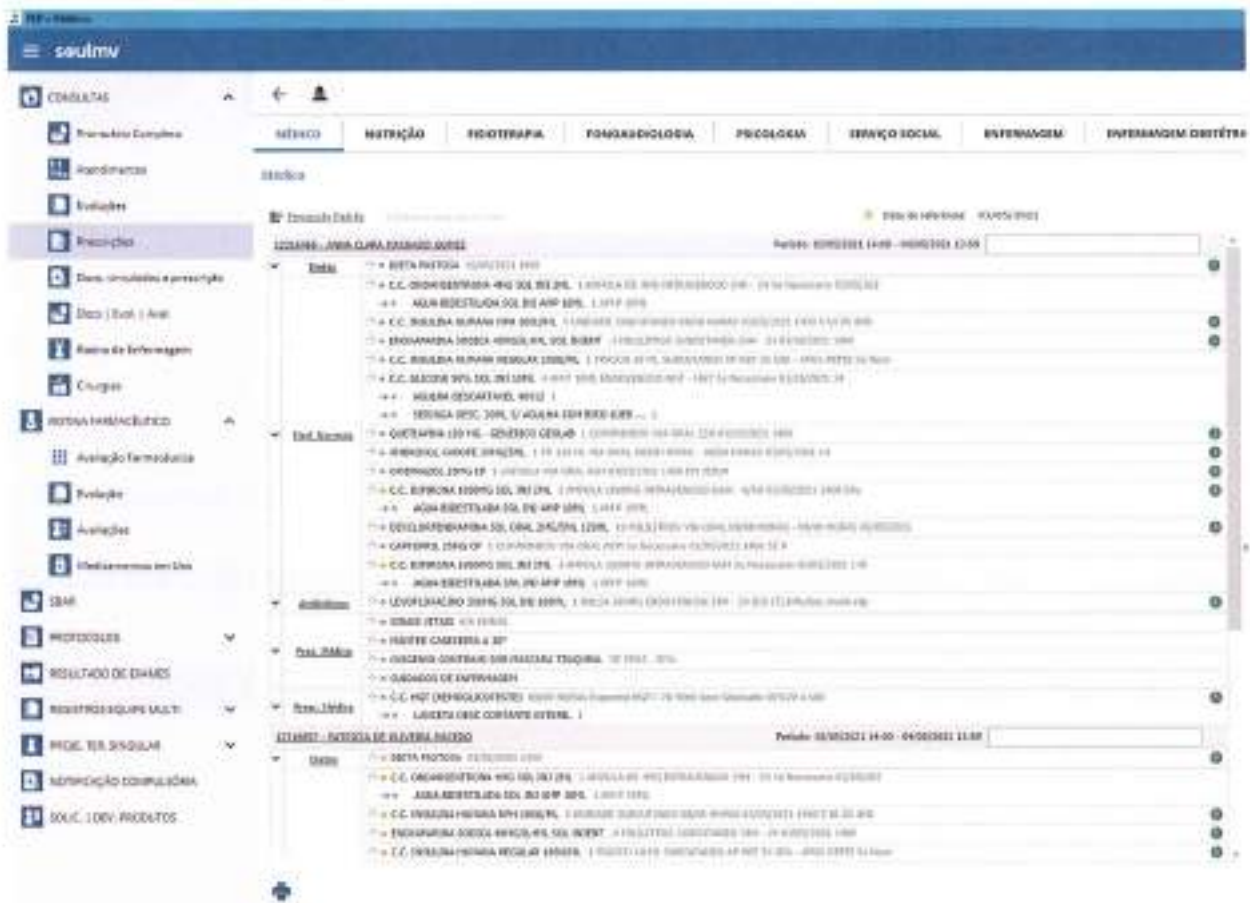


Imagem: Tela de Visualização de Prescrição

4 - Após a separação, é realizado a baixa dos MAT/MED prescritos e entregue no posto de enfermagem correspondente ao paciente;



Imagem: Tela de Baixa de Produtos

Handwritten signature or initials in blue ink.

FLUXOGRAMA

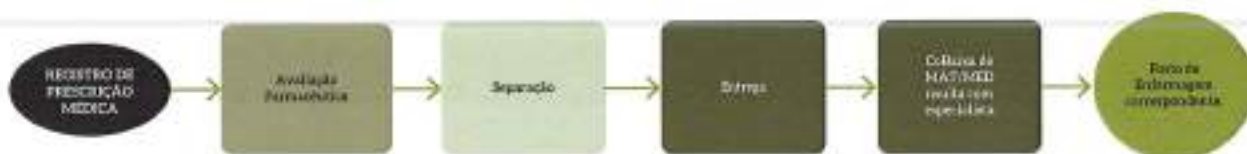


Imagem: Fluxo de Registro de Documentos - Dispensação de Prescrição Médica.

E - DISPENSAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS SETORIAL

1 - O setor requisita os MAT/MED necessários eletrônico/impresso para CAF / ALMOXARIFADO/ FARMACIA;

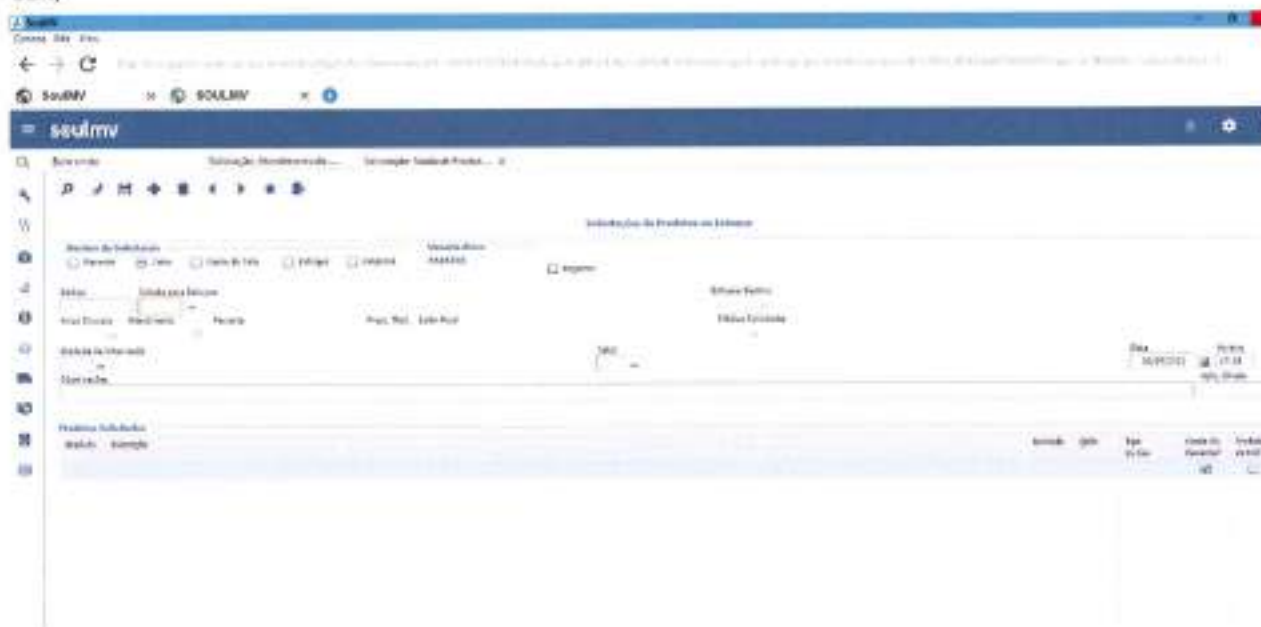


Imagem: Tela de Requisição de Produtos.

AM

2 - O destinatário acessa o registro eletrônico/impresso, realiza uma conferência clínica e separa o MAT/MED solicitado:



Imagem: Tela de Visualização de Produtos Solicitados

3 - Após a separação, é realizado a baixa dos MAT/MED solicitados e entregue no setor solicitante;



Imagem: Tela de Baixa de Produtos Solicitados

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos - Dispensação de MAT/MED Por Setor.

F - TRANSFERÊNCIA DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DO CAF PARA A FARMÁCIA

1 - O farmacêutico solicita para o CAF os MAT/MED necessários eletrônico/impresso;

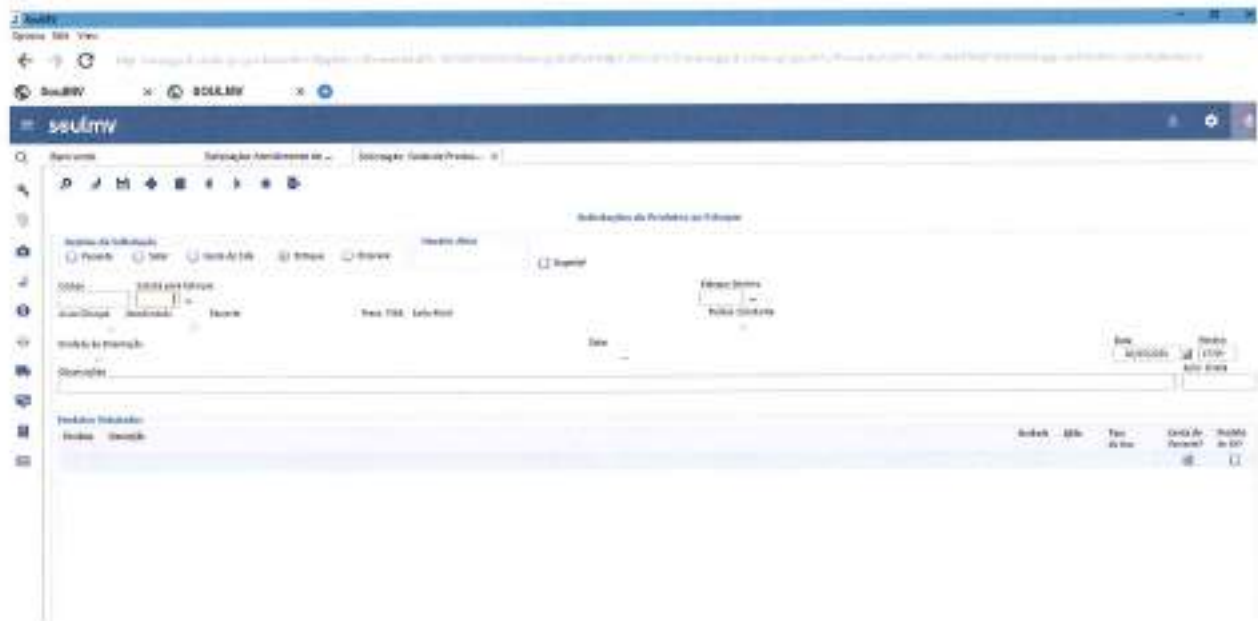


Imagem: Tela de Solicitação de Transferência de MAT/MED

2 - O assistente do CAF acessa o registro, realiza a separação dos MAT/MED solicitados faz a transferência e entrega na farmácia;



Imagem: Tela de Baixa de Transferência de MAT/MED

Handwritten signature or initials in blue ink.



3- O auxiliar de farmácia acessa o registro dos MAT/MED solicitados, confere e aceita o pedido de transferência;



Imagem: Tela de Confirmação de Transferência.

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Transferência de MAT/MED da Farmácia para o CAF.

G - FATURAMENTO DE BPA (BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL)

1 - Verificar os atendimentos gerados nas últimas 24 horas. No relatório gerado é possível visualizar todos os procedimentos que foram gerados na conta do paciente;



Handwritten signature or initials in blue ink.

2 - É verificado no BPA os profissionais que realizaram os procedimentos;

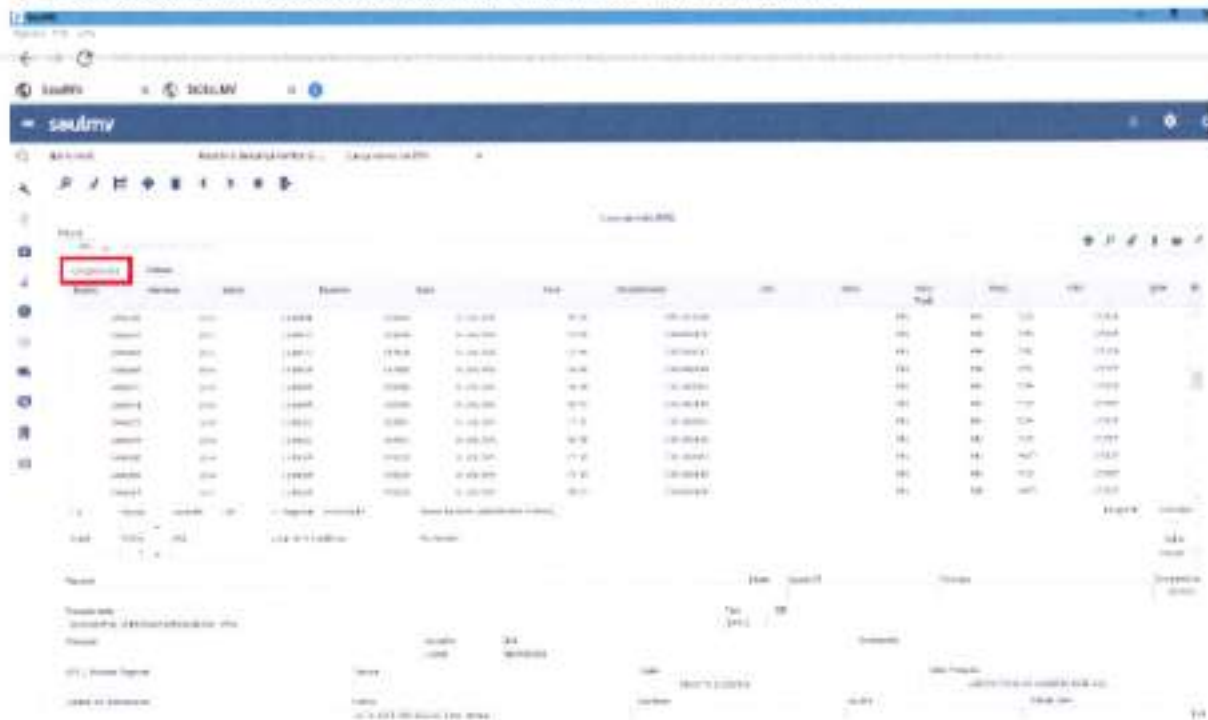


Imagem: Tela Consulta de Procedimentos Realizados por Profissional

3- Após a verificação e correção dos lançamentos é visto a crítica (erro pendente);

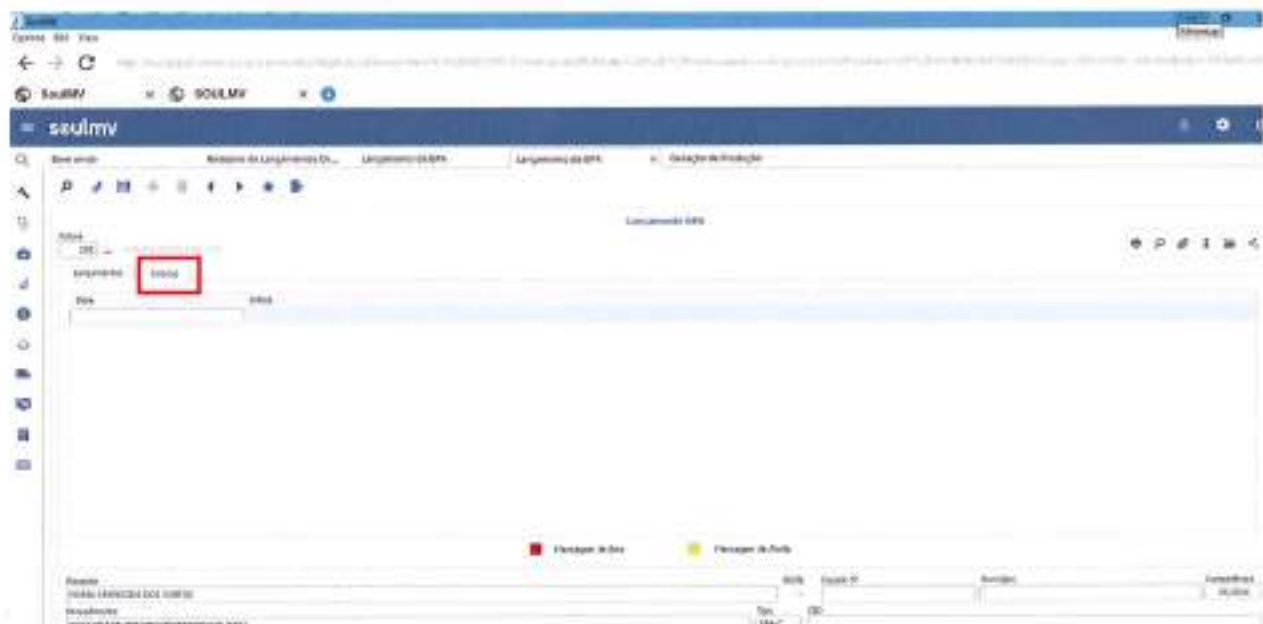


Imagem: Tela de Visualização de Prescrição

Handwritten signature or initials in blue ink.

4 - Após a correção das críticas existentes na conta, faz-se a exportação do arquivo;

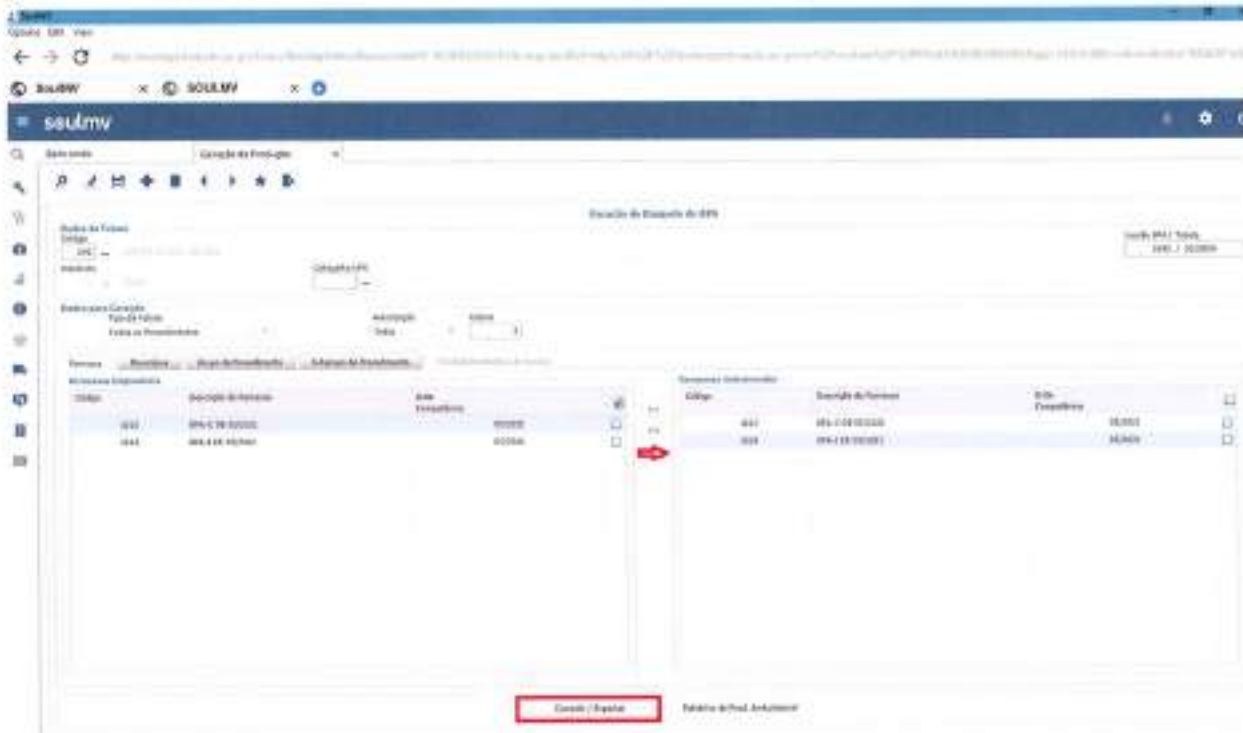


Imagem: Tela de Exportação de Produção

5 - Após gerar o arquivo do BPA, enviar para o órgão regulador;

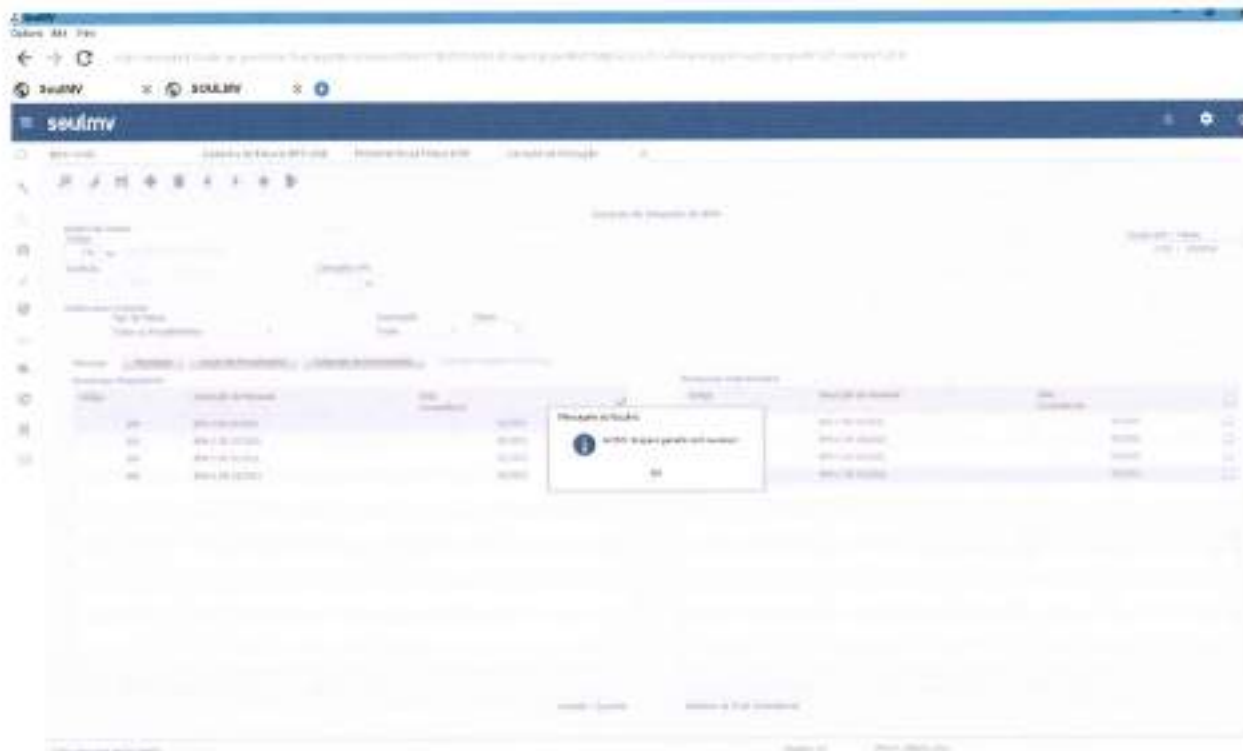


Imagem: Tela de Geração do Arquivo de BPA.

Handwritten signature or initials.

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos - Faturamento de BPA (Boletim de Procedimento Ambulatorial).

H - FATURAMENTO DE AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)

1 - Visualizar os registros de altas no período;



Imagem: Tela de Visualização de Altas



2 - Analisar os registros da equipe Multidisciplinar no prontuário;



Imagem: Tela de Visualização de Prontuário

3 - Após a criteriosa análise do prontuário, o registro é encaminhado para SES para liberação do código autorizador para o fechamento da conta;



Imagem: Tela de Análise da Conta

Handwritten signature or initials in blue ink.

4- Após a liberação do código autorizador gerar-se o arquivo de AIH para envio ao órgão regulador;



Imagem: Tela de Geração do Arquivo de AIH.

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos - Faturamento de AIH | Autorização de Internação Hospitalar

Handwritten signature or initials in blue ink.

I – COMPRAS DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

1. O colaborador da Farmácia e/ou Almoarifado planeja e informa a quantidade a ser comprada plataforma de gestão de projetos e processos.

Este é um modelo de cartão. [Criar cartão com base em modelo](#)

Solicitação de Compras : DOPAMINA, CLORIDRATO DE 5MG-ML AMPOLA 10ML INJEC - Quantidade: 38 unidades COTAÇÃO 6021

na lista [Solicitação - Compras Farmacia](#)

MEMBROS F GP PC RS WM + **ETIQUETAS** EM COTAÇÃO +

ADICIONAR A UM MODELO

- Membros
- Etiquetas
- Checklist
- Anexo
- Local
- Capa

POWER-UPS

- Articinar power...

Descrição

Adicione uma descrição mais detalhada...

Atividade [Mostrar Detalhes](#)

WM Escrever um comentário...

2. Comprador insere o(s) item(s) a ser(em) cotado(s) no sistema de compras.

ALTERAR COTAÇÃO

Dados Gerais	Item	Participantes	
Código: <input type="text" value="6021"/>	Descrição: * <input type="text" value="Hospital Geral de TRINDADE"/>	Responsável: <input type="text" value="Pedro Cesar Libardi"/>	Moeda: * <input type="text" value="Real"/>
Rodada Atual: <input type="text" value="1ª rodada"/>	Data Inicial da Rodada: <input type="text" value="20/04/2021 16:52"/>	Data Final da Rodada: <input type="text" value="26/04/2021 13:28"/>	<input type="button" value="Atualizar"/>
Termo de Concordância: <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px;"><p>HUTRIH ENTREGAS DAS 07:00 AS 17:00HS - HOSPITAL DE HUTRIH FATURAR 30 DIAS - COTAR MEDICAMENTOS COM VALIDADE MINIMA 12 MESES NP CONSTAR "CONTRATO 037/2019 - IVEO/SIS-GO"</p></div>			
Anexar Arquivos: <input type="button" value="Adicionar"/> <input type="button" value="Salvar"/>			

AM

3. Encerrando o prazo de cotação, o comprador avalia se houve, no mínimo, 3 fornecedores.

FINALIZADO	DEXMEDETOMIDINA 100	Quantidade: 200	Valor Referencial: R\$ 0,00	NCM:
VCG/ML FRASCO AMPOLA 2 ML		Valor do Frete: 0,00	Valor de Referência: R\$ 0,00	
Marca: Sem preferência	Data Entrega Desejada: 30/04/2021	Unidade de Medida: AMP	Último Valor Pago: R\$ 73,00	Condição de Pgmto: 30 dias após emissão da NF
Razão Social - CNPJ: IMED (HUTRIN) - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO 19.324.171/0004-47		Endereço do Entrega: Rua: 3.251 - Jd. Primavera, Trindade - GO, CEP 75290-234		

1ª rodada

Data Inicial	Data Fim
25/04/2021 14:38	29/04/2021 18:22

ELLO DISTRIBUIÇÃO LTDA - EPP				FINALIZADO	RECOMENDADO
Marca: ACCORD	Preço por Unidade: 73,00	Quantidade Disp.: 200	Preço Bruto: 14.600,00	Embalagem Embalagem: 25 AMP	
Tipo Frete: CIF	Valor do Frete: 0,00	Condição de Pgmto: 30 DIAS	Faturamento Mínimo: 600,00	Data Entrega Solic.:	Prazo de Entrega: 2 dias()
IPVA Aliq. (%)	PIS Aliq. (%)	COFINS Aliq. (%)	ICMS Aliq. (%)	DPFAL Aliq. (%)	ST Aliq. (%)
NCM: CA	CA	Medico	Garantia:	Vi. Liquido: 0,00	
Obs. e Anexos:					

ASTHAMED COMERCIO DE PRODUTOS E EQUIPAMENTOS HOSPITALARES LTDA					
Marca: AURORINDOAVEL	Preço por Unidade: 105,00	Quantidade Disp.: 200	Preço Bruto: 21.000,00	Embalagem Embalagem: 5 AMP	
Tipo Frete: CIF	Valor do Frete: 0,00	Condição de Pgmto: 30 DIAS	Faturamento Mínimo: 300,00	Data Entrega Solic.:	Prazo de Entrega: 1 dia()
IPVA Aliq. (%)	PIS Aliq. (%)	COFINS Aliq. (%)	ICMS Aliq. (%)	DPFAL Aliq. (%)	ST Aliq. (%)
NCM: CA	CA	Medico	Garantia:	Vi. Liquido: 0,00	
Obs. e Anexos:					

SUJEITO A CONFIRMAÇÃO DE ESTOQUE					
BD DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR LTDA - 15.345.000/0062-11					
Marca: volpharma	Preço por Unidade: 120,00	Quantidade Disp.: 200	Preço Bruto: 24.000,00	Embalagem Embalagem: 3 AMP	
Tipo Frete: CIF	Valor do Frete: 0,00	Condição de Pgmto: 30 DIAS	Faturamento Mínimo: 1.000,00	Data Entrega Solic.:	Prazo de Entrega: 4 dias()
IPVA Aliq. (%)	PIS Aliq. (%)	COFINS Aliq. (%)	ICMS Aliq. (%)	DPFAL Aliq. (%)	ST Aliq. (%)
NCM: CA	CA	Medico	Garantia:	Vi. Liquido: 0,00	
Obs. e Anexos:					

Handwritten signature



4. Finalizando prazo de cotação, o comprador seleciona o fornecedor ganhador com menor preço e/ou condições, gera o pedido de compra e envia para aprovação da Diretoria Financeira.

Pedido 17309

Relatório gerado por Wilson Massafiro Murela em: 02/05/2021 18:05



Pedido	Código	Origem	Total do pedido	Situação
17309	-	COT_6217	450,00	Confirmado

Empresa compradora:

Empresa:	IMED (IMTRIN) - INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO
CNPJ:	19.324.171/0004-47
Endereço:	Brazil - Goiás - Triunfante - Jd Primavera, Rua: 3, 281 - CEP 75390-334
Contato:	LUCIANA SOUZA
Telefone:	(11)3141-1148
Email:	financeiro@imed.org.br

Comprador:

Nome	Email	Telefone
Pedro Cesar Libardi	compras@hospital-organelotando.org.br	(98) 3460-651

Empresa fornecedora:

Empresa:	INOVACAO SERVICOS E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ:	00.302.007/0001-68
Endereço:	-
Contato:	Gaiele Carvalho dos Santos
Telefone:	(62)3283-1414
Email:	gaiele.comercial@vanguarda.net.br

Faturamento:

Data de aprovação	Condição de Pagamento	Faturamento mínimo	Organização da Compra	Grupo de Compradores	Tipo de Pedido
-	30 dias após emissão da NF	-	-	-	URGENTE

Frete:

Endereço de entrega	Prazo de entrega	Frete
Brazil - Goiás - Triunfante - Jd Primavera, Rua: 3, 281 - CEP 75390-334	30 dia(s)	CF

Itens do Pedido:

Produto	Marca	Unid. Medida	Quant.	VL. Unitário	Prazo de entrega	VL. Total	Usuário Solicitante	Centro de Custo
EQUIPO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL COM FILTRO DE AR - para dieta enteral Neolite em 250ml	Sem preferência	UND	50	9,00	30 dia(s)	450,00	Pedro Cesar Libardi	FARMACIA

Handwritten signature in blue ink.

5. Após aprovação da Diretoria Financeira, o pedido é enviado para o fornecedor automaticamente autorizando a entrega e faturamento do pedido.

6. O comprador anexa na plataforma de gestão de projetos e processos o mapa de cotação e pedido de compra para conferência no recebimento.

Solicitação de Compras: (40877) PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5MG/ML - Quantidade: 500 frascos Cotação 5800 PEDIDO 15877

na lista [Compras Realizadas](#) @

MEMBROS



ETIQUETAS



ADICIONAR A UM MODELO

 Membros

 Etiquetas

 Checklist

 Anexo

 Local

 Capa

POWER-UPS

+ Adicionar power-...

BUTLER



+ Adicionar botão

Descrição

Adicione uma descrição mais detalhada...

Anexos

PDF

pedido_15877.pdf ↗

Adicionado: 22 de abr às 00:39 - [Comentário](#) - [Excluir](#) - [Editar](#)

PDF

mapa_comparativo_cotacao_5800.pdf ↗

Adicionado: 22 de abr às 00:39 - [Comentário](#) - [Excluir](#) - [Editar](#)

AM

FLUXOGRAMA



Imagem: Fluxo de compras.

J – PAGAMENTO DE PRESTADORES DE SERVIÇO

1 – Prestador de serviços insere a nota fiscal, relatório e certidões na plataforma de gestão de projetos e processos.



Imagem: Tela do 'Quadro Prestador de Serviço'

2 - Tesouraria unifica os documentos (nota fiscal, relatório e certidões) e envia para a "Oficina de documentos" solicitando o atesto da nota (verificação da direção da Unidade se os serviços informados na nota estão de acordo com os serviços prestados na Unidade) - Lista Aguardando



Imagem: Tela do "Quadro - Oficina de Documentos"

3 - Após o atesto da direção, a secretária do diretoria envia o card para a "Lista Prepar.Aprov.pagto", onde serão inclusas as certidões negativas e contratos de prestação de serviços. Caso exista alguma certidão positiva, o card é colocado na "Lista - Em andamento" e solicitado ao prestador a regularização da certidão.



Imagem: Tela do "Quadro - Oficina de Documentos"

4 - Após a verificação das certidões, atesto da nota e inclusão do contrato, o card é enviado para o Quadro - Adm_Fin, para aprovação do Controle Interno.



Imagem: Tela do "Quadro - Adm_Fin"

5 - Se aprovado, o card é enviado para a lista "Tesouraria" para pagamento. Se reprovado, é enviado pra a "Lista - Não aprovados" no Quadro Oficina de Documentos para regularização do processo. Nesse último caso, é verificada qual a não conformidade e solicitado ao prestador de serviços a regularização. Após a regularização, a documentação é encaminhada novamente para aprovação do Controle Interno.



6 - Após o pagamento, o card é enviado para a Lista "Conciliação"



AM

7 - Na "Conciliação" é incluído o comprovante de pagamento e o card é enviado para o "Quadro - Prestação de Contas" Lista SIPEF D+1 - Aguardando Inclusão e Transmissão,



8 - Após a transmissão, o card é enviado para a lista SIPEF D+1 - Transmitidos



Imagem: Fluxo para pagamentos de terceiros.

K - PAGAMENTO DE FORNECEDORES DE MATERIAL MÉDICO E MEDICAMENTO

1 - Após o recebimento da nota pelo almoxarifado, a mesma é anexada ao card e enviada para o Quadro Oficina de Documentos - Lista Prepar.Aprov.Pagt, para conferência da documentação e inclusão das certidões.



2 - Tesouraria faz a conferência da documentação (mapa de cotação, pedido, nota e certidões). Se houver alguma não conformidade, o card é enviado para a lista aguardando e o fornecedor ou o setor de compras é acionado para regularização da mesma e caso não haja nenhuma não conformidade, o card é enviado para o Quadro - Adm_Fin, para aprovação da controladoria.



5 - Se aprovado, o card é enviado para a lista "Tesouraria" para pagamento, se reprovado é enviado para a "Lista - Não aprovados" no Quadro Oficina de Documentos para regularização do processo. É verificada qual a

não conformidade e solicitado ao prestador de serviços a regularização. Após a regularização é encaminhado novamente para aprovação da controladoria.



6 - Após o pagamento, o card é enviado para a Lista "Conciliação"



7 - Na "Conciliação" é incluído o comprovante de pagamento, e o card é enviado para o "Quadro - Prestação de Contas" Lista SIPEF D+1 - Aguardando Inclusão e Transmissão.

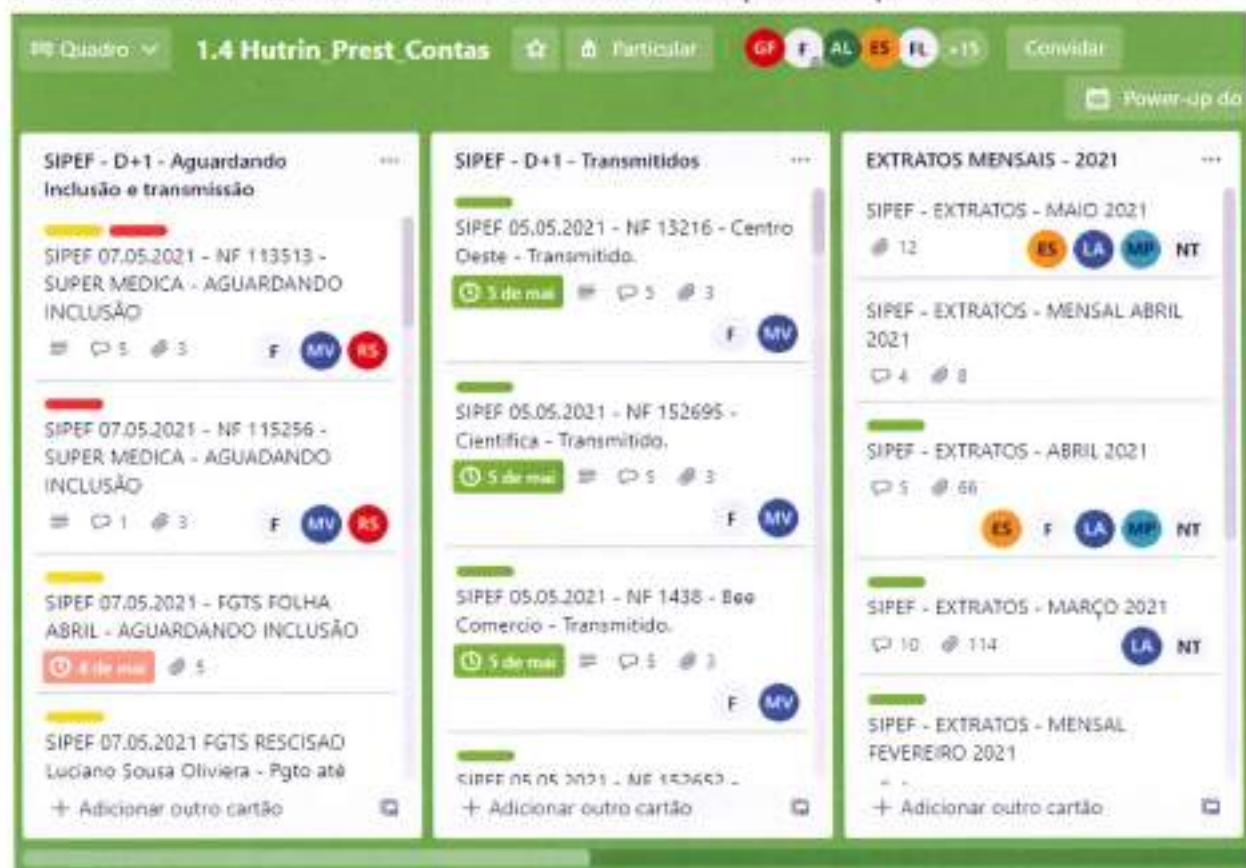


Handwritten signature

8 - Após a transmissão, o card é enviado para a lista SIPEF D+1 - Transmitidos.



9 - Na lista "Extratos Mensais" são anexados os extratos mensais para Prestação de Contas Mensal - SIPEF.



10 - Na lista "Despesas de Baixo Custo" são anexados os processos para prestação de contas – SIPEF – Fundo Fixo.



FLUXOGRAMA



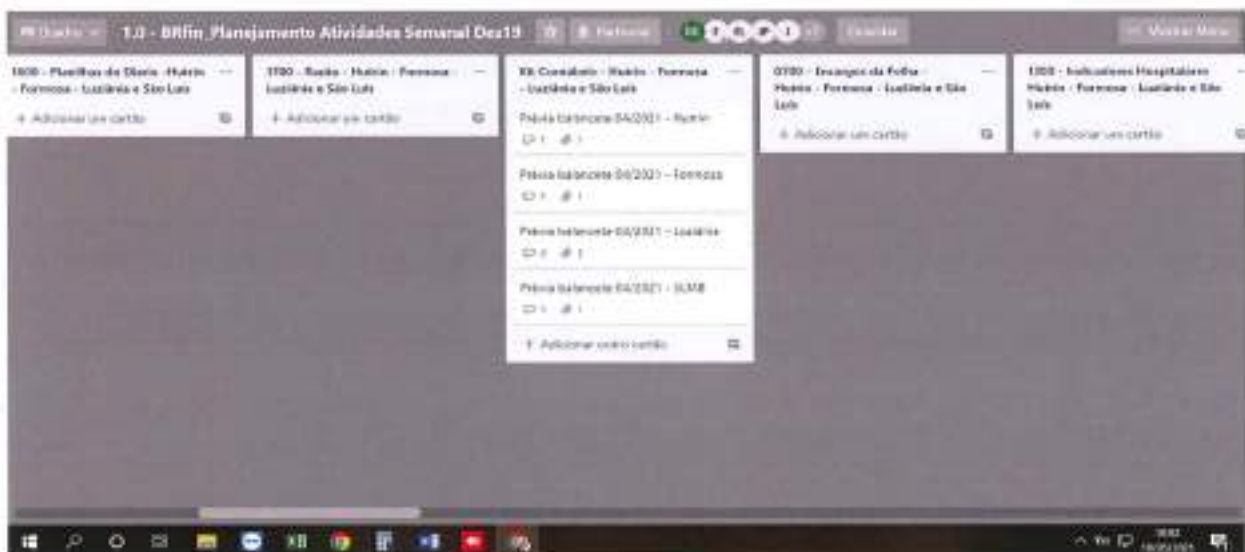
Imagem: Fluxo para Pagamentos de Fornecedores de Material Médico e Medicamento.

L – ELABORAÇÃO DO “KIT CONTÁBIL”

1- Na lista “Kit Contábil” são anexados os relatórios que compõem o Kit Contábil:

- Livro Razão
- Livro Diário
- Balancete
- Balanço patrimonial
- Folha de Pagamento (resumo da folha e folha analítica).
- Caged
- Gefip
- DCTF
- Extrato Bancário
- DRE.

2 – A contabilidade disponibiliza a prévia desses documentos para conferência do departamento financeiro no quadro BRFIN:



3 – Após a conferência, as planilhas são enviadas ao departamento de automatização das matrizes de acordo com o Sipef, são elas:

- 0300 - Balancete
- 0400 - Balanço Patrimonial
- 0500 - Folha de Pagamento

- 0700 - Encargos da Folha de Pagamento
- 0900 - DRE
- 1300 - Indicadores Hospitalares Metas de Produção
- 1500 - Gastos com Colaboradores
- 1600 - Diário
- 1700 - Razão
- 1800 - Demandas Judiciais
- 1900 - Benefícios da Folha de Pagamento

4 - Após a adequação das planilhas, é disponibilizado no trello quadro BRFIN para que o departamento de prestação de contas faça a conferência e posteriormente importe no sistema Sipef.



Handwritten signature

5 – Após a importação no Sipef, são disponibilizados os arquivos em PDF e o relatório de transmissão no quadro prestação de contas – Kit Contábil Documentos:



FLUXOGRAMA

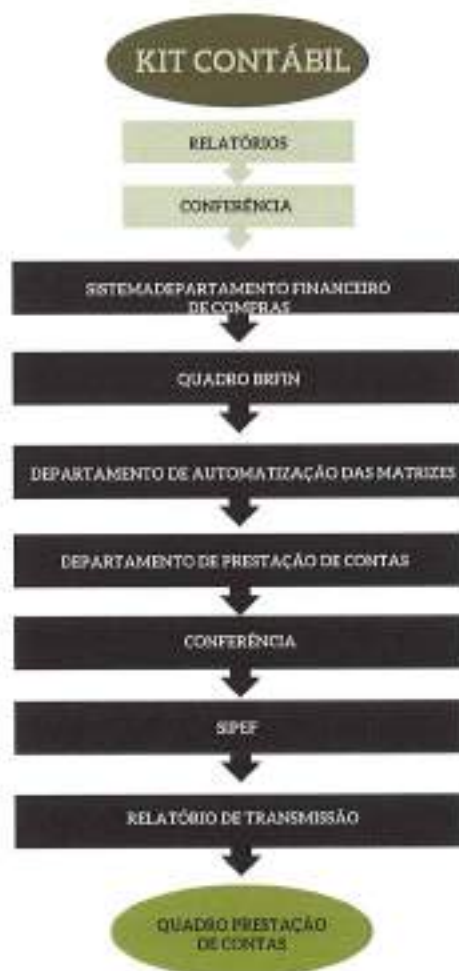


Imagem: Fluxo para o Kit Contábil.

M - FLUXO DE OFÍCIOS

Os ofícios contam com uma numeração contínua e crescente para controle do que foi enviado, recebido e/ou respondido (controle de entrada e saída de ofícios), sendo certo que as respostas devem conter numeração própria da Unidade de Saúde, mas sempre citar a numeração dos ofícios recebidos.

1 - Ofícios Recebidos

Os ofícios são enviados pelos órgãos entes públicos e privados anteriormente mencionados, algumas vezes, por e-mail, junto às aos endereços eletrônicos pessoais e corporativos cadastrados, de acordo o tema abordado; e, em outras ocasiões, são encaminhados, via correio, tanto para sede de IMED localizada no Município de São Paulo, como para as filiais ou Unidades de Saúde geridas pelo mesmo.

Após, o recebimento, são digitalizados e salvos em pastas internas próprias e, posteriormente, são inseridos em local específico e individualizado (denominado "card") da plataforma de gerenciamento de projetos e processos utilizada pelo IMED (a "Plataforma"¹), sendo marcadas todas as pessoas envolvidas no tema, bem como o seu responsável direto. Destaca-se que o card é inserido em lista do mês de competência² - i.e, do mês em que foi recebido.

¹ Plataforma



² Cards no mês de competência.

Handwritten signature



³ Card específico com as pessoas marcadas



Ato contínuo, o responsável retém um número de ofício em card próprio da Plataforma (disposto em lista que separa os números dos ofícios por mês³) e elabora uma minuta de ofício resposta com indicação do ofício recebido, inserindo-a no card da demanda juntamente com todas as informações e documentos pertinentes para fins análise e revisão da mesma pela equipe jurídica* - que pode pedir informações e/ou documentos complementares, bem como entrar em contato com o responsável pela demanda.

³ Lista com cards mensais de ofícios



Revisada a minuta, o jurídico insere a versão final da resposta no card da demanda disposto na Plataforma e solicita assinatura do diretor da Unidade de Saúde, bem como o encaminhamento ao órgão solicitante, que, dependendo de cada caso, será realizado pelo(a) assistente da diretoria por e-mail ou entregue para protocolo físico diretamente no órgão**. Em ambos os casos, é solicitado o ateste de recebimento (comprovante de protocolo) em resposta ao e-mail ou na segunda via do ofício resposta.

* Minuta de ofício resposta com pedido de revisão jurídica

Solicitação de ofício - Of. N° 69/2020 - Cancelamento de DNV

na lista [Ofícios Concluídos/Protocolados - OUTUBRO/2020](#)

MEMBROS **DATA ENTREGA**

LX PL + 23 de out de 2020 às 12:00 **CONCLUIDO** ▾

Descrição

Adicione uma descrição mais detalhada...

Anexos

PDF	Ofício IMED HCAMP-HRF n° 69.pdf ↗ Adicionado: 26 de out de 2020 às 11:29 - Comentário - Excluir - Editar
PDF	Of. 69 - Cancelamento dnv.pdf ↗ Adicionado: 22 de out de 2020 às 15:15 - Comentário - Excluir - Editar
DOCX	Ofício IMED-GO HCAMP-HRF n° cancelamento DNV (1).docx ↗ Adicionado: 22 de out de 2020 às 10:45 - Comentário - Excluir - Editar

Adicionar um anexo

ADICIONAR AO CARTÃO

- Membros
- Etiquetas
- Checklist
- Data de entrega
- Anexo
- Local
- Capa

POWER-UPS

- + Adicionar power-...

BUTLER ⓘ

- + Adicionar botão

AÇÕES

- Mover
- Copiar
- Criar modelo

AA

** Minuta revisada e encaminhada para assinatura da diretoria e posterior protocolo

< Compartilhar

LK **Luiza Khalil** 26 de out de 2020 às 11:30
@vanialuciagomespiresfernandes @aks118 @pauloleme5. Envio em anexo o ofício protocolado!

📎 - Responder

LK **Luiza Khalil** 26 de out de 2020 às 08:29
@vanialuciagomespiresfernandes acredito que sim! Acabei de perguntar a responsável do Núcleo de Vigilância (Carol), pois ela que ficou encarregada de entregar e protocolar este ofício, assim que a mesma der um respaldo estarei informando!

📎 - Responder

VF **Vânia Lúcia Gomes Pires Fernandes** 24 de out de 2020 às 20:18
@luizabastoskhalil boa noite! Não tem outra pessoa para receber o ofício?!

📎 - Responder - Editar

LK **Luiza Khalil** 23 de out de 2020 às 12:02
@aks118 @vanialuciagomespiresfernandes. Boa tarde! Me foi informado pela responsável do Núcleo de Vigilância do HRF, que a Sra. Amanda Regina estará no HRF apenas na quarta que vem! Sendo assim, provavelmente o protocolo será realizado neste dia.

LK **Luiza Khalil** 22 de out de 2020 às 13:29
@aks118 @vanialuciagomespiresfernandes. Obrigada. Assim que obtemos o protocolo, estarei anexando!

📎 - Responder

AKS 22 de out de 2020 às 15:13
@luizabastoskhalil, segue, em anexo, o ofício revisado. Favor colher a assinatura da diretora, protocolizar, anexar o comprovante a este card e, por fim, dar conclusão ao mesmo.

📎 - Editar - Escher

PL **Paulo Leme** 22 de out de 2020 às 14:45
@aks118, pode checar?

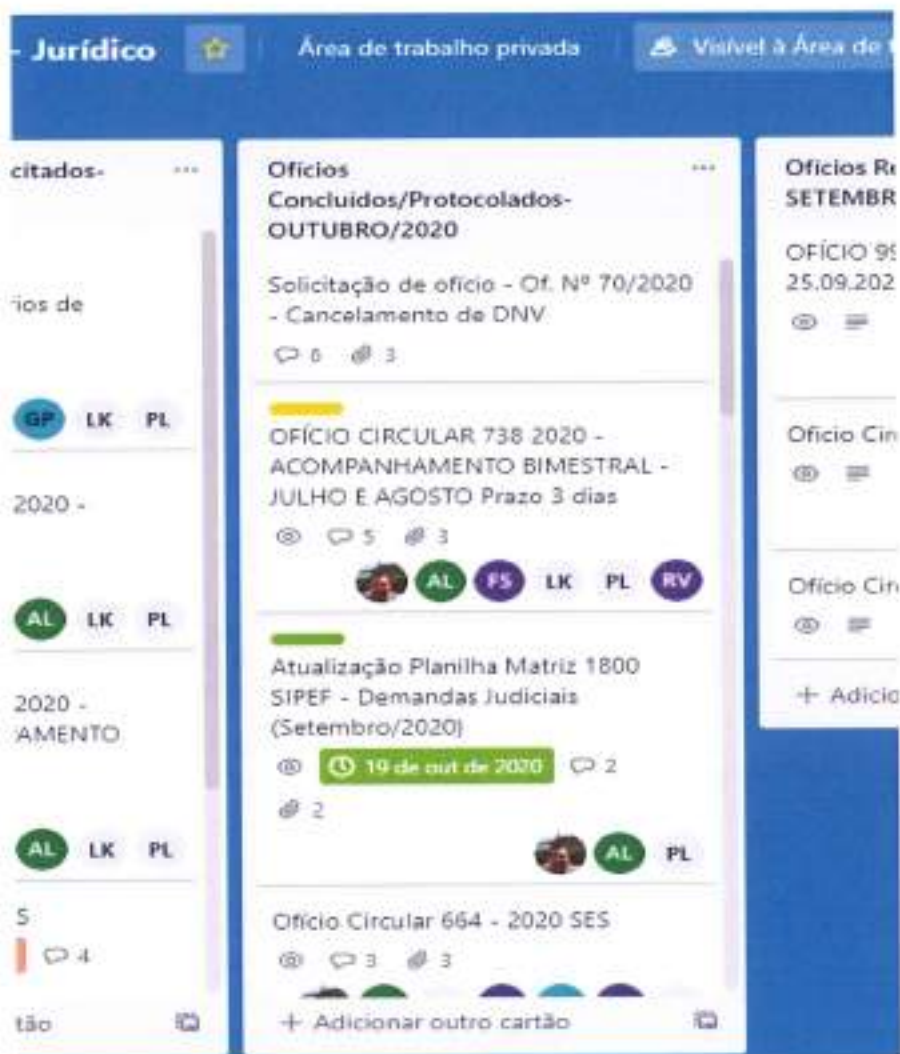
📎 - Responder

LK **Luiza Khalil** 22 de out de 2020 às 10:07
@andrefonsecaleme @pauloleme5 @aks118 @vanialuciagomespiresfernandes. Bom dia! A enfermeira responsável do Núcleo de Vigilância do HRF, pediu para solicitar um ofício justificando o motivo do cancelamento da declaração de nascido vivo. Sendo assim, para o envio à Vigilância Municipal, em prol da entrega e substituição da DNV. A responsável do setor mencionado acima fez um modelo no qual está anexado. Se precisar de alterações, favor corrigir! Se estiver nos conformes nos avisar para imprimir e protocolar. Gratia!

📎 - Responder

Recebido o comprovante de protocolo, o mesmo é inserido no card da demanda juntamente com a versão assinada do ofício pelo(a) assistente da diretoria, sendo o card posteriormente baixado e movido para lista de demanda concluídas do respectivo mês de competência^{***}.

^{***} Card baixado e enviado para lista de demandas concluídas no mês.



Notas Importantes:

- A. Nos casos de ofícios advindos de demandas judiciais é o próprio jurídico que, após ser comunicado via Plataforma e receber das pessoas envolvidas todas as informações e documentos pertinentes, atua diretamente junto ao Poder Judiciário (juízo onde tramita a ação) em todas as fases e atos do processo.
- B. Para ofícios enviados pela SES/GO, em atendimento ao procedimento padrão instituído, as respostas são enviadas em arquivo único assinado digitalmente (ofício resposta consolidado com a documentação que o instrui, quando assim houver) para o setor de protocolo da SES/GO (protocolo.saude@golas.gov.br), bem como são mencionados e destacados os números dos processos administrativos que deram origem aos ofícios (tanto nas respostas, como nos e-mails de encaminhamento). Quando, devido ao tamanho do arquivo, não for possível o encaminhamento por e-mail, os ofícios são protocolizados diretamente no setor de protocolo existente na SES/GO, que certifica o recebimento na segunda via do ofício resposta.

07/05/2021

Localmail :: Re: Ofício IMED-GO/HUTRIN nº 82/2021

Assunto: **Re: Ofício IMED-GO/ HUTRIN nº 82/2021**
De: PROTOCOLO DA SAUDE <protocolo.saude@goias.gov.br>
Para: secretaria@hospital-hutrin.org.br <secretaria@hospital-hutrin.org.br>
Data: 07/05/2021, 07:32

Prezada(s),

Informamos que a solicitação, anexa, gerou o Protocolo de nº: 202100010017974.

Atenciosamente,

Marina Azeites

De: secretaria@hospital-hutrin.org.br <secretaria@hospital-hutrin.org.br>

Enviado: quinta-feira, 6 de maio de 2021, 17:07

Para: PROTOCOLO DA SAUDE

Cc: super.ses.go@gmail.com

Assunto: Ofício IMED-GO/ HUTRIN nº 82/2021

Prezado(a)s, boa tarde!

Segue, em arquivo anexo, Ofício Inmed Hutrin nº 82/2021: Resposta ao Ofício Circular nº 490/2021 - SES - Solicitação de Atualização da Quantidade de Leitos Operacionais.

Favor confirmar o recebimento e respectivo protocolo, bem como informar o número do processo administrativo correspondente.

Atenciosamente,

--

Aline Gomes

Diretora

E-mail: secretaria@hospital-hutrin.org.br

Endereço:

R. O.S. 200 - Jardim Primavera, Trindade - GO
Cep 75580-000

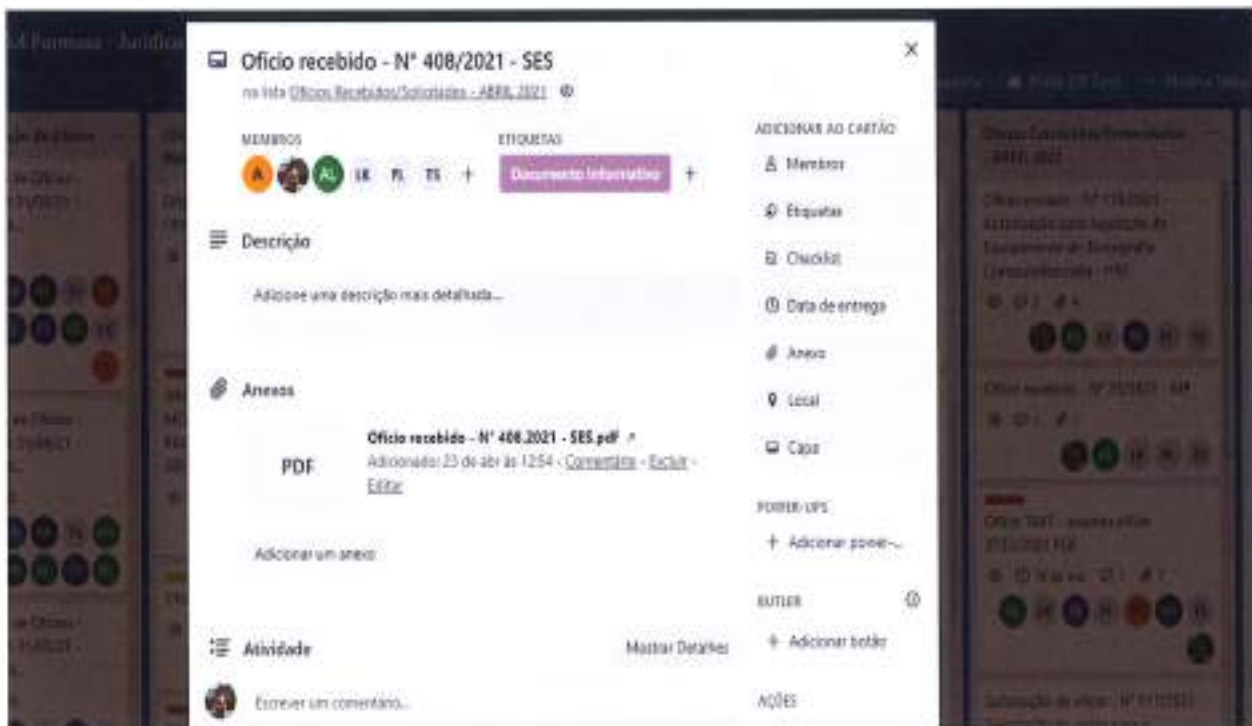
Hutrin

Hospital de Urgências de Trindade

Tel: (62) 9 9670-8042

hospital-hutrin.org.br

- C. Os ofícios de natureza meramente informativa são inseridos na Plataforma com a marcação das pessoas que precisam tomar conhecimento acerca do seu teor. Após o término do mês em que foram recebidos, os respectivos cards são baixados e enviados para lista de demandas concluídas pelo(a) assistente da diretoria.



- D. Caso os ofícios tenham demanda de natureza jurídica, geralmente, é a própria equipe jurídica que, após recebê-los pela Plataforma e coletar com as pessoas envolvidas todas as informações e documentos relacionados, elabora a resposta, assina e envia diretamente ao órgão requisitante, encaminhando posteriormente o ofício assinado e o comprovante de protocolo ao(à) assistente da diretoria para os trâmites de baixa do card e o seu envio para lista de demandas concluídas.
- E. Os ofícios que, após concluídos, tem desdobramento são tratados nos mesmos cards que foram movidos para lista de demandas concluídas, sendo os mesmos desarquivados e dispostos na lista de demandas pendentes do mês correspondente.

Ofícios Enviados (Originários do IMED)

Os ofícios originários do IMED são aqueles utilizados para solicitar investimentos, informações e/ou documentos aos órgãos públicos ou privados, bem como para dar ciência aos mesmos acerca de determinado assunto, tudo com vistas ao gerenciamento pleno e eficaz da Unidade de Saúde.

A seu turno, após toda a fase preparatória interna e retenção de um número de ofício em card próprio da Plataforma, são elaborados pelo responsável da área pertinente ao tema e inseridos na Plataforma com todas as informações e/ou documentos correspondentes para análise, aprovação e revisão jurídica e técnica (se aplicável).

Analisados, aprovados e revisados, seguem o mesmo fluxo dos ofícios recebidos (item "2" retro).

AM

FLUXOGRAMA



OFÍCIOS ENVIADOS

PREPARAÇÃO

NUMERAÇÃO

CARD DA DEMANDA

RESPONSÁVEIS

ANÁLISE E REVISÃO

VERSÃO FINAL

VERSÃO FINAL

CARD DA DEMANDA

ASSINATURA DA
DIREÇÃO DA UNIDADE

PROTOCOLO

COMPROVANTE
DE PROTOCOLO

CARD DA DEMANDA

DEMANDAS CONCLUÍDAS

M

ITEM 1.1.1.3. FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS

A - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

A Central de Materiais Esterilizados (CME) do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU), está localizada no piso Térreo da unidade e servirá como um serviço de apoio técnico para as demais áreas de prestação da assistência da unidade.

A RDC Nº 15, de 15 de março de 2012, da ANVISA, define a CME como uma "unidade funcional destinada ao processamento de produtos para a saúde dos serviços de saúde".

Organização dos serviços de esterilização

O Ministério da Saúde define a CME como um "conjunto de elementos destinados à recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição do material não caracterizado como de uso único para as unidades de

estabelecimento de saúde".

Caracteriza-se por um setor de apoio técnico e, dentro da cadeia de operação de uma instituição de saúde, sendo um dos setores responsáveis pela atividade do processo assistencial, neste caso, fornecendo produtos reprocessados para realizar procedimentos técnicos operacionais e assistenciais com garantia de esterilização e desinfecção de alto nível.

Suas ações se iniciam com o processo de recepção, conferência, esterilização e armazenamento do material/instrumental que serão utilizados para a realização dos procedimentos que requeiram instrumentais estéreis. O processo tem sua inicialização com recepção do material "sujo/contaminado" e posterior desinfecção e armazenamento.

No caso do HOSPITAL ESTADU-

AL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU) por se tratar de uma unidade de grande porte que realizará procedimentos de alta complexidade voltado principalmente para cirurgia geral, obstetrícia, oncologia e em casos de urgência e emergência, caracterizando sempre procedimentos invasivos de alta especificidade, os itens relacionados no escopo dos serviços serão os itens esterilizáveis de uso diário no âmbito de um serviço de emergência de alta complexidade e com demanda espontânea, além de receber também pacientes regulados de outros municípios.

No âmbito de uma instituição de saúde, a CME desenvolve as seguintes atividades:

- Recebimento, inspeção e processamento dos instrumentais com utilização de lavadoras termo-desinfectoras;
- Processamento termo resistente e termo sensível;
- Sistema de entrega na Central de Materiais;
- Gestão de OPME;
- Montagem e preparo das caixas com instrumentais;
- Preparo de materiais

respiratórios;

- Gestão do sistema de entrega e controle dos materiais;
- Arsenal.

Do ponto de vista do método de esterilização, deverá ser considerado o método de esterilização ideal para cada material ou equipamento, assim definido no quadro abaixo:

MÉTODOS FÍSICOS	Vapor saturado/autoclaves
	Calor seco
	Raios Gama/Cobalto
MÉTODOS QUÍMICOS	Glutaraldeído
	Formaldeído
	Ácido peracético
MÉTODOS FÍSICO QUÍMICOS	Esterilizadoras a Óxido de Etileno (ETO)
	Plasma de Peróxido de Hidrogênio
	Plasma de gases (vapor de ácido peracético e peróxido de hidrogênio; oxigênio, hidrogênio e gás argônio)
	Vapor de Formaldeído

Diretrizes técnicas

Os serviços serão executados de acordo com o Manual Operacional a ser elaborado posteriormente pelas Comissões competentes, que deve se pautar por normas ditadas pela Vigilância Sanitária e outras complementares definidas pela Comissão Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Unidade. Deve, ainda, atender as especificações dos fabricantes de equipamentos e materiais já existentes na Unidade de saúde.

Os serviços poderão ser executa-

dos nas 24 horas do dia, de segunda a domingo, em observância à

demanda dos itens e sua respectiva disponibilidade para a prestação dos serviços de assistência ou de acordo com a demanda da unidade de saúde.

Os trabalhos deverão ser executados de forma a garantir os melhores resultados, devendo aperfeiçoar a gestão de seus recursos - humanos e materiais - com vistas ao aprimoramento e manutenção da qualidade dos serviços.

Os materiais utilizados deverão

ter registro na ANVISA e devem ser aprovados pela CCIH.

Os funcionários deverão atentar para:

- Proceder a limpeza e/ou desinfecção do material utilizado, conforme rotina técnica pela CCIH;
- Manter o material limpo, agrupado por espécie e protegido em caixa plástica, ou inox com tampa, devidamente identificado;
- Zelar pela integridade e conservação do material;
- Toda a equipe deverá receber capacitação sobre os seguintes temas:
- Classificação de produtos para saúde;
- Conceitos básicos de microbiologia;
- Transporte dos produtos contaminados;
- Processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização, funcionamento dos equipamentos existentes;
- Monitoramento de processos por indicadores químicos, biológicos e físicos;

AM

- Rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde;
- Manutenção da esterilidade do produto;
- Prevenção de infecção relacionada à assistência;
- Segurança do paciente;
- Higiene das mãos,
- Uso correto dos uniformes de área restrita;
- Uso corretos dos produtos químicos;
- Noções de manutenção preventiva, calibração e qualificação dos equipamentos envolvidos.

Operacionalização dos serviços

A programação, execução e supervisão dos processos de trabalho na CME serão desenvolvidas por profissionais habilitados e de comprovada capacitação nas atividades de esterilização, com liderança e Supervisão de Enfermeiros especializados, ou outro profissional de nível superior habilitado para tal função, além de buscarem orientação e amparos da CCIH.

Na busca das Boas Práticas Am-

bientais será elaborado e mantido um programa interno de treinamento para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos sólidos, conforme orientação e coordenação do setor especializado.

Para a execução do reprocessamento de artigos serão consideradas a classificação dos artigos e o método de reprocessamento, indicado pela ANVISA e demais órgãos reguladores.

Quanto a guarda e distribuição de materiais a cada uma delas compete uma série de obrigações:

As embalagens a serem utilizados deverão ser aprovadas pela CCIH devendo fazer parte da validação dos processos.

Descrição das áreas do CME e suas atribuições

A CME é dividida minimamente em três áreas separadas por barreira física. São elas:

1. **Área suja/expurgo:** destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo das unidades assistenciais. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde

deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

2. **Área limpa/área de preparo:** local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos, assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado. É nesta área onde é dado início ao processo de esterilização nas autoclaves ou termodesinfetadora ou qualquer outro processo de esterilização, desde que este esteja previamente validado e aprovado pela CCIH e conforme instrução do fabricante. Devem ser observados os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves/ termodesinfetadoras, assim como a realização dos testes de Bowie &

Handwritten signature

Dick para as autoclaves de alto vácuo; caso o sistema de esterilização seja realizado através de AUTO CLAVE.

3. **Área estéril de guarda e distribuição de artigos esterilizados (arsenal):** local destinado à guarda dos instrumentais esterilizados e dispensação dos mesmos, com fluxo restrito de pessoas e a lavagem das mãos realizada rigorosamente para manipulação dos materiais esterilizados.

Dinâmica e fluxo unidirecional na central de materiais esterilizados

A dinâmica de trabalho na Central de Material Esterilizado (CME) deve possuir um fluxo contínuo e unidirecional de artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos, com os limpos e esterilizados.

A dinâmica também deve impedir que o funcionário escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, desta forma, deve haver barreiras que garantam este impedimento, conforme ilustração dos fluxos abaixo.

uso da água, sabão e detergente neutro ou detergente enzimático para manter em estado de asseio os artigos e superfícies reduzindo a população microbiana. A limpeza constitui ainda o primeiro passo nos procedimentos técnicos de desinfecção e esterilização, considerando que a presença de matéria orgânica protege os microrganismos do contato com agentes desinfetantes e esterilizantes.

- **Descontaminação:** É o processo de redução dos micro-organismos de artigos e superfícies, tornando-os seguro para o manuseio.
- **Desinfecção:** É o processo físico ou químico de destruição de microrganismos, exceto os esporulados. A desinfecção é realizada por meio físico, através da água quente (60 a 90°C) ou em ebulição e pelo meio químico, através de produtos denominados de desinfetantes.
- **Esterilização:** É o processo de destruição de todos os microrganismos, inclusive esporulados, a tal ponto que não

PROPOSTA DE FLUXO GERAL – CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS



As diretrizes/normas de funcionamento das CMEs estão amparadas pela RDC Nº15 da ANVISA de 15 de março de 2012.

DESCRIÇÃO DOS FLUXOS PARA A CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

Para a descrição dos Fluxos para a Central de Material Esteriliza-

do (CME) serão observadas as seguintes definições:

- **Limpeza:** É o processo manual ou mecânico de remoção de sujidade, mediante o

Handwritten signature or initials in blue ink.

seja mais possível detectá-los através de testes microbiológicos padrão. A probabilidade de sobrevivência do microrganismo no item submetido ao processo de esterilização é menor que um em um milhão (10⁻⁶). A esterilização é realizada pelo calor, germicidas químicos, óxido de etileno, radiação e outros.

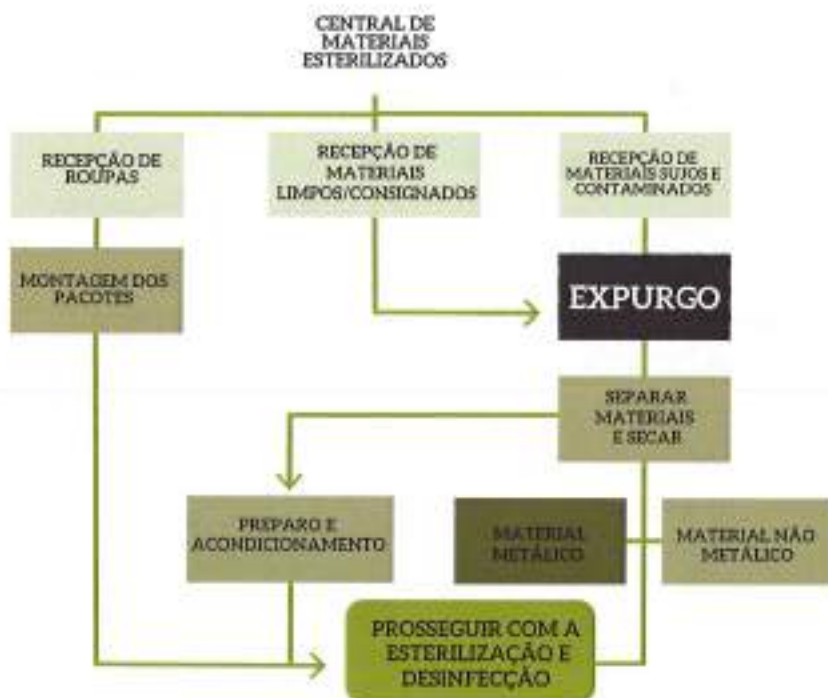
- **Artigos/materiais:** Compreendem instrumentos, objetos de natureza diversa, utensílios (comadres, papagaios e outros), acessórios de equipamentos entre outros.

Serão descritos a seguir os seguintes fluxos da CME:

- 1 - Fluxo de Chegada de Materiais para a Desinfecção e Esterilização
- 2 - Fluxo de Entrega e o Processo de Desinfecção.
- 3 - Fluxograma Geral dos materiais.
- 4 - Fluxo do Processo de Armazenamento e Distribuição.

A seguir a apresentação dos Fluxos e suas respectivas descrições.

1. FLUXO DE CHEGADA DE MATERIAIS PARA A DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO NA CME.



1.1 Descrição da chegada de materiais para a Desinfecção e Esterilização na CME.

1.1.1 Recebimento material

sujo: CME recebe o material "sujo/contaminado" no expurgo das ÁREAS ASSISTENCIAIS e iniciar o processo de separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, técnicas de esterilização específicas, secagem, se é metálico ou não e etc.

Após os materiais estarem prontos prosseguir com o início da ESTERILIZAÇÃO/DESINFECÇÃO.

1.1.2 Recebimento de roupas

As roupas (campos, compressas e capotes) deverão ser recebido pela CME e separadas conforme sua utilidade e tamanhos, devendo ser observados se há presença de furos, rasgos ou manchas. Ao montar o pacote o colaborador deverá anexar a fita indicadora do

processo de autoclave obedecendo sempre a técnica de dobradura.

As autoclaves, utiliza vapor saturado sob pressão, pois a destruição dos microrganismos é resultado da combinação de temperatura, pressão e umidade, que causam a desnaturação e termocoagulação das proteínas presentes na estrutura dos microrganismos, provocando a morte das bactérias.

1.1.3 Recebimento de materiais consignados:

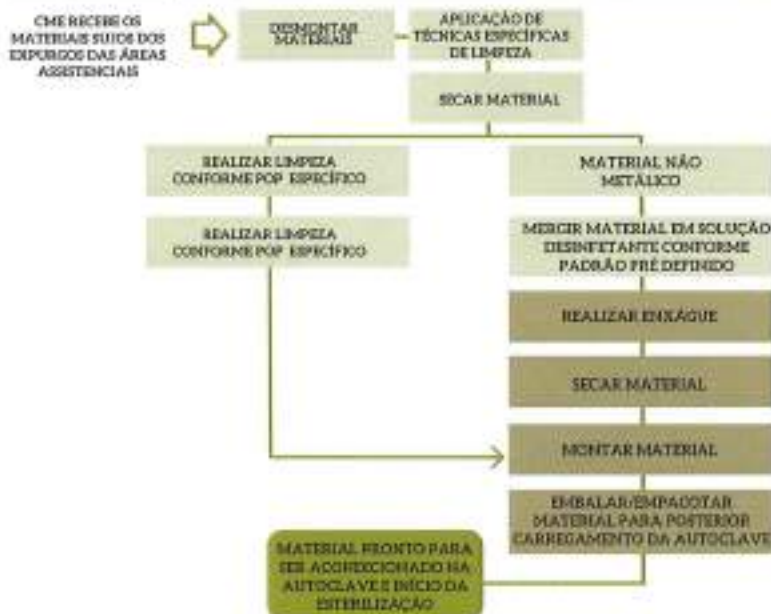
O material consignado deverá ser reprocessado no balcão da área limpa do expurgo, onde o colaborador fará a conferência e separação e em seguida o material passará pela limpeza e preparo conforme especificação técnica e indicação do processo de esterilização.

2.1 Descrição do Fluxo do Processo de Desinfecção: CME – Área Suja

2.1.1 ÁREA SUJA - CME: recebe o material "sujo/contaminado" das ÁREAS ASSISTENCIAIS e das providências, sendo:

- - Separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, técnicas de esterilização específicas, secagem etc.
- - Artigos metálicos:
 - Realizar limpeza conforme POP.
 - Montagem das caixas conforme POP.
 - Embalar/empacotar para processo de esterilização.
- - Material não metálicos
 - Realizar imersão do material em solução conforme POP.
 - Emergir material, enxaguar e realizar secagem conforme POP.
 - Montar material conforme POP.
 - Embalar/empacotar para processo de esterilização.
- - Material(is) pronto(s) para ser(em) carregado(s) na Autoclave para ESTERILIZAÇÃO.

2 – FLUXO DO PROCESSO DE DESINFECÇÃO – CME ÁREA SUJA



2.1.2 – Início da ESTERILIZAÇÃO.

A partir desta fase, os materiais serão esterilizados nas Autoclaves da CME.

- Separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, etc.

3 – FLUXOGRAMA GERAL DOS MATERIAIS – CME – UNIDADES ASSISTENCIAIS.



- Realização da limpeza e secagem do material.

- Pré-preparo do material para ÁREA LIMPAA - CME.

- Encaminhamento do material para ÁREA LIMPAA para dar início à ESTERILIZAÇÃO.

3.1.5. CME – ÁREA LIMPAA: Recebe o material da ÁREA SUJAA e dá providências, sendo:

3.1.5.1 – Conferência do material limpo pela ÁREA SUJAA. Caso seja verificado qualquer anomalia ou inconformidade em relação ao processo de limpeza prévia, o material será devolvido para a ÁREA SUJAA para providências.

3.1.5.2 – Separação do material de acordo com processo de desinfecção (autoclave ou termodessinfectora).

3.1.5.3 – Empacotamento e/ou selagem dos materiais.

3.1.5.4 – Carregamento da autoclave ou termodessinfectora.

3.1.5.5 – ESTERILIZAÇÃO: Início do processo de Esterilização.

3.1 - Descrição do Fluxo Geral de Materiais: CME – Unidades Assistenciais.

3.1.1. **CME - ARSENAL:** No ARSENAL encontram-se armazenados os "Materiais Esterilizados" (kits de oxigenoterapia, kits de sutura, etc.) para uso diário na prática e apoio assistencial que são distribuídos para as "Unidades Assistenciais" do HEMU.

3.1.2. **UNIDADES ASSISTENCIAIS:** Neste locais os materiais esterilizados serão utilizados na prática assistencial conforme

demanda e necessidade.

3.1.3. Após utilização dos materiais, estes deverão ser recolhidos nos Expurgos das áreas assistenciais para posterior encaminhamento para a ÁREA SUJAA do CME, em rotina a ser definida posteriormente junto a CCIH e Coordenações.

3.1.4. **ÁREA SUJAA – CME:** Recebe o material "sujo/contaminado" das UNIDADES ASSISTENCIAIS e dá providências, sendo:

3.1.6. **ÁREA ESTÉRIL/ARSENAL:** É nesta etapa que autoclave será descarregada e os materiais serão armazenados no ARSENAL da CME e prontos novamente para distribuição e pronto uso novamente.

4 – FLUXO DO PROCESSO DE DESCARGA DA AUTOCLAVE E ARMAZENAMENTO DOS MATERIAIS NO ARSENAL- ÁREA LIMPA



4.1 Descrição do Fluxo do Processo de Descarga da Autoclave e Armazenamento dos Materiais no Arsenal-Área Limpa

4.1.1. **CME – ÁREA LIMPA - Autoclave Carregada:** é dado início ao processo de **ESTERILIZAÇÃO**.

4.1.2. **Final do processo de esterilização.**

4.1.2.1 - Os materiais serão descarregados das Autoclaves.

4.1.2.2 – **Verificação da esterilidade dos materiais:**

B - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS (LAVANDERIA)

A lavanderia hospitalar se constitui em um serviço importante e contribui indiretamente para o cuidado em saúde. É responsável pelo processamento e distribuição do enxoval em perfeitas condições de higiene, conservação e quantidade, sendo a roupa limpa indispensável ao funcionamento eficiente de uma institui-

4.1.2.2.1 - As cargas não devem ser liberadas quando: houver alteração nos parâmetros físicos (tempo, temperatura e pressão), os indicadores químicos presentes no papel grau cirúrgico sugerem que os materiais não foram expostos à esterilização e indicador biológico der resultado positivo.

Se a carga for liberada antes dos resultados do indicador biológico e posteriormente, esse indicar falha no processo, todos os materiais desde a última carga deverão ser recolhidos e considerados não estéreis.

4.1.2.2.2 - Se não for observado qualquer não-conformidade em relação às etapas do processo de esterilização, os materiais serão armazenados no **ARSENAL** e estarão prontos para serem distribuídos para as demais **ÁREAS ASSISTENCIAIS** de acordo com demanda e solicitação.

ção. Todos os setores do hospital **HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU (HEMU)**, são dependentes do adequado funcionamento da lavanderia, uma vez que ela auxilia no controle das infecções hospitalares, na segurança e no conforto dos pacientes.

A necessidade de se garantir o

correto processamento das roupas e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação às unidades do hospital, barrando dessa forma focos de infecção hospitalar, faz da lavanderia um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes. O processamento das roupas da unidade abrange todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno em ideais condições de reuso.

O Manual de Processamento de Roupas de Serviço de Saúde: Prevenção e Controle de Risco (2009) realizou a alteração na nomenclatura de "Lavanderia Hospitalar" para "Unidade de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde", tendo em vista que tanto hospitais quanto os demais serviços que utilizam algum tipo de roupa ou têxtil na assistência à saúde necessitam submetê-las ao processamento especializado e com profissionais capacitados, sendo, portanto, normatizado pelo referido instrumento.

Unidade de processamento de roupas do HEMU

A Unidade de processamento de roupas do HEMU está localizada no pavimento térreo, junto à área de serviços de apoio, para conferir-lhe a mais correta e adequada localização, facilitar o transporte

e circulação da roupa, facilitar a demanda quanto ao tempo e localização, além de ser programado o distanciamento das unidades a fim de evitar ruídos, vibrações, odores, calor, risco de contaminação, localização dos equipamentos e também para possível e futura expansão local;

O formato da lavanderia do HEMU possibilita um fluxo racional de trabalho de processamento de roupa, seguindo um fluxo progressivo, como em uma linha de montagem industrial, evitando cruzamento de circulações das atividades.

Conforme RDC/Anvisa n. 50/02, para cada atividade existe um ambiente correspondente a sua execução. Esses ambientes encontram-se principalmente em dois setores: Área "suja" e "limpa". Na definição do dimensionamento dos ambientes devem ser consideradas a quantidade de trabalhadores e de equipamentos da unidade.

A seguir estão relacionados os ambientes necessários em uma unidade de processamento de roupas de serviços de saúde, conforme a RDC/Anvisa n. 50/021.

a) Área suja

É a área, na unidade de processamento de roupas de recebimento, separação, pesagem e lavagem das roupas. Podemos dizer que se

trata de uma espécie de "central de microrganismos", esta área se caracteriza-se por apresentar: mau odor; risco de contaminação e fadiga. Esta área deve ser absolutamente separada do restante da lavanderia por meio de parede até o teto (barreira de contaminação) para evitar a dispersão dos microrganismos pelas áreas limpas, o que levaria a recontaminação da roupa.

Deve ter sanitários, vestiários e chuveiros próprios para quem trabalha no local, a fim de evitar a circulação desses funcionários por outras dependências. O funcionário deste setor deve usar uniforme completo: gorro, máscara, avental (fechado na frente com mangas fechadas no punho), botas e luvas. O uso deste uniforme de defesa é a maneira mais segura de evitar contaminação do próprio funcionário. Ao sair desta área, deverá tomar banho e vestir roupa pessoal ou outro uniforme comum, caso tenha que ir até outras áreas da lavanderia. Por ser inadmissível o trânsito em outras dependências sem os cuidados acima, é necessário que exista, no interior desta área, um local destinado a depósito de produtos de lavagem. Esta área deve ter pressão negativa, ou seja, deve receber corrente de ar e não difundir o ar contaminado para outros setores.

b) Área Limpa

Área Limpa Molhada

Nela ficam localizadas as máquinas lavadoras (apenas as portas de acesso para saída da roupa lavada), e as extratoras ou centrifugas. É a área de trabalho mais pesada da lavanderia, uma vez que a roupa é retirada ainda molhada da máquina, o que torna o peso, cerca de três vezes maior que a roupa seca. Tem como característica a umidade e o ruído.

O piso deve ser gradeado próximo às máquinas para evitar a presença de água no chão, pois haveria risco maior de acidente e de insalubridade.

Área Limpa Seca

Nesta área ficam as secadoras e calandras. As roupas são secas, passadas, dobradas e encaminhadas à rouparia. Durante a dobra, as roupas que necessitam de reparos devem ser separadas para serem encaminhadas para o setor de costura. Esta área tem como característica principal a presença de calor.

c) Rouparia

Nesta área ficam estantes para a roupa limpa. Deve ter também, armários fechados para armazenar as roupas de inverno, tipo cobertores, nos períodos de verão.

d) Área de costura

Nesta área ficam as máquinas, mesas, estantes e armários para roupas novas e roupas a serem reparadas.

1. Fluxo do processamento de roupas

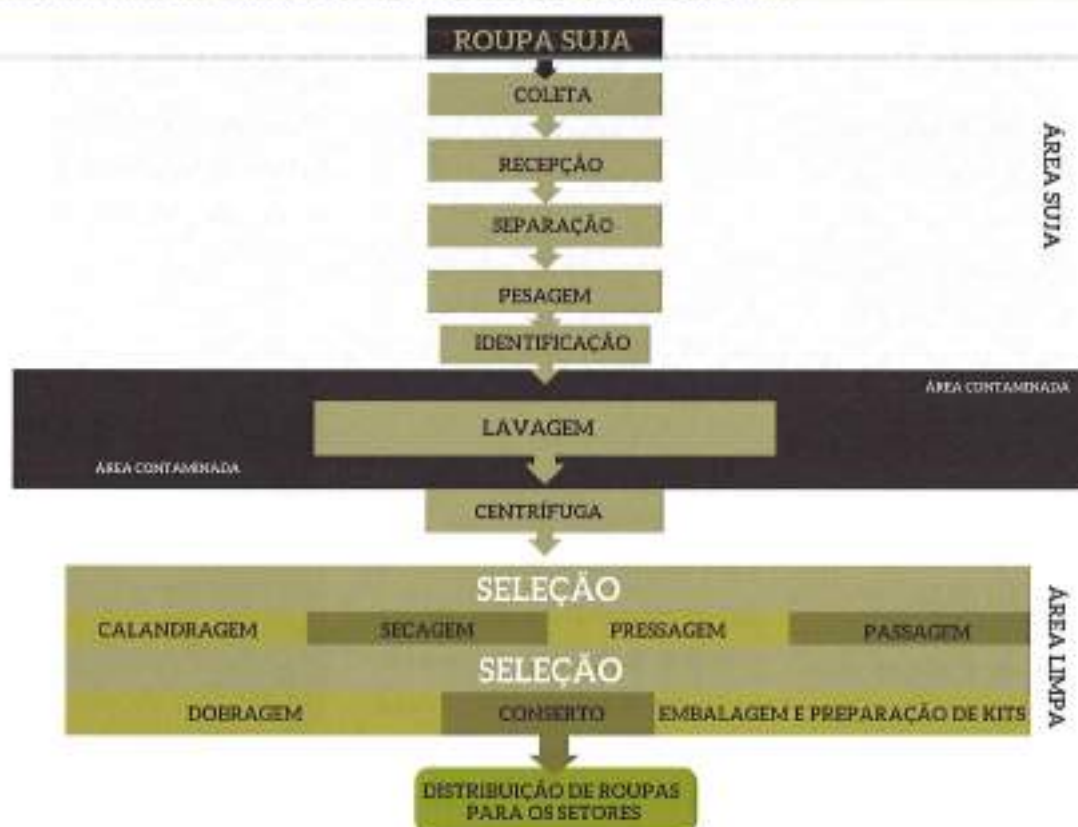
As roupas hospitalares representam todo e qualquer tecido utilizado dentro do ambiente hospitalar que necessita passar por um processo de lavagem e secagem para sua reutilização. As roupas hospitalares incluem, dentre outros: lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes e de profissionais, fraldas em tecido, compressas, campos cirúrgicos, máscaras, aventais, gorros e panos de limpeza. Com esses exemplos, percebe-se a grande variedade de material de diversas origens e diferentes utilizações, compreendendo sujidades e contaminações das roupas utilizadas dentro dos hospitais.

A Unidade de processamento de roupas do HUMU é uma instituição considerada um setor de apoio que a finalidade de coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todos os setores e unidades de um serviço de saúde.

O processamento das roupas de unidades de saúde deverá abranger todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno abrangendo as seguintes atividades:



1.1 DIAGRAMA DO FLUXO UNIDIRECIONAL DE ROUPAS



O fluxo de roupas deve ser determinado de forma cuidadosa para que não ocorra cruzamento entre roupa suja e roupa limpa, evitando contaminações. Além deste importante resultado, o fluxo adequado também contribuirá com a racionalização do tempo, equipamento, recursos humanos e ocupação da área de circulação, resultando em melhor funcionalidade do serviço.

O planejamento e as rotinas da lavanderia devem seguir os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde e basear-se nas padronizações constantes. As diretrizes/normas de funcionamento das Lavanderias e Processamento de Roupas em unidade de saúde estão amparadas pelo "Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde Prevenção e controle de riscos - ANVISA/2009" e pelo "Manual de Lavanderia Hospitalar - Ministério da Saúde/1986"

Qualquer que seja a dimensão e a capacidade, a lavanderia deverá ser planejada, instalada, organizada e controlada com o mesmo rigor dispensado às demais dependências.

2. Descrição do fluxo de produção da lavanderia

2.1 Fluxo unidirecional para coleta de roupas sujas;

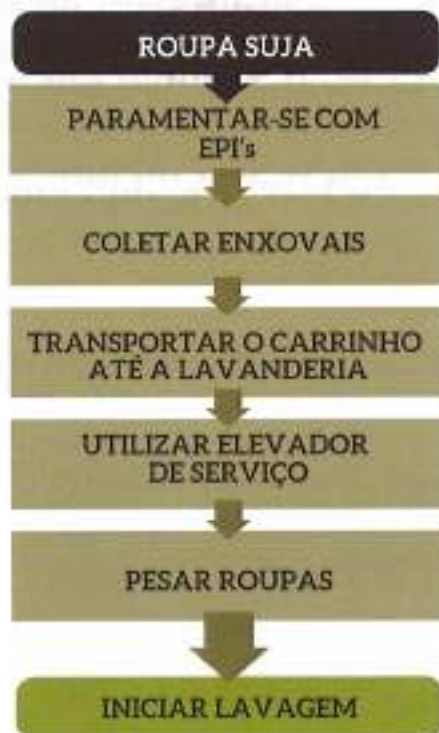
Coleta: A coleta de roupas é considerada o início de todo o processamento de lavagem e é de extrema importância, sempre deverá acontecer em horários pré-estabelecidos, contribuindo para agilizar a rotina de retirada das roupas sujas das unidades, devendo permanecer o menor tempo possível dentro evitando a proliferação de microrganismos.

A seleção das roupas se inicia no momento da coleta, para escolha do método de lavagem adequado. Os hampers devem ser identificados quanto ao tipo de roupa: lençóis/cobertores, roupas infectadas ou roupas privativas, além da unidade de origem. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos

sacos e o seu destino errado, outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¼ da sua capacidade^{3,11} e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

Durante a operação de coleta, o servidor deve usar luvas de borracha, máscara, gorros, avental e sapatos fechados e os carros utilizados na remoção dos sacos de roupa suja nunca devem ser utilizados para transporte de roupa limpa. Igualmente, deve-se evitar o cruzamento da roupa suja com a limpa, confeccionado de material que permita o uso. Os carros utilizados para o recolhimento e transporte da roupa devem ser diariamente higienizados com produtos químicos para sua limpeza e desinfecção. Além disso, precisa estar nitidamente identificado a fim de evitar que seja confundido com o carro de transporte interno de resíduos de serviços de saúde.

2.2. Diagrama do fluxo unidirecional de coleta de roupas sujas;



2.3 Processos de lavagem de roupas sujas e funções:

2.3.1 Recepção - Terminada a coleta nas unidades, a roupa suja é transportada à recepção do setor de roupa suja, para o processamento no âmbito de lavanderia. Na área de recepção, a roupa é retirada do carro de coleta, para ser separada e pesada, sendo registrado em impresso próprio.

A separação é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas, para a retirada de qualquer objeto que porventura tenha sido deixado nas roupas. Desta forma, evitam-se que elementos estranhos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo. Até o seu manuseio as roupas sujas devem permanecer sobre estrados de polietileno e não no chão.

Os EPI são os mesmos indicados para a coleta, acrescidos de óculos de proteção.

2.3.2 Separação - Na área de separação os sacos de roupa suja são pesados e o resultado do peso é registrado em impresso próprio, para o controle de custos das diversas unidades. Este registro servirá de indicador de consumo de roupa produzida pela unidade/setor demandante.

A boa lavagem começa na separação da roupa suja, quando será classificada segundo o grau de sujidade, tipo de tecido e cor com a finalidade de agrupar a roupa que pode ser lavada em conjunto e agrupar a roupa que terá o mesmo acabamento.

Na separação é indispensável que todas as peças de roupa sejam cuidadosamente abertas para a retirada de eventuais peças não pertencentes ao enxoval (carimbos, canetas, impressos e outros objetos), visando evitar que estes elementos entrem no processo de lavagem, causando danos às máquinas e ao próprio processo.

Durante a separação, a roupa é agrupada em lotes ou fardos correspondentes a uma fração da capacidade da máquina, em geral 80% de sua capacidade de lavagem. Os fardos ou sacos, já triados ou classificados, recebem uma marca ou identificação, segundo cor, tipo de tecido e grau de sujidade, que irá determinar a fórmula para lavagem.

Parâmetros para classificação da roupa suja:

a) Grau de sujidade

- Sujidade pesada - roupa com sangue, fezes, vômitos e outras sujidades proteicas.
- Sujidade leve - roupa sem presença de fluidos corpóreos, sangue e/ou produtos químicos.

b) Coloração da roupa

- A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Sugere-se a seguinte divisão:
 - roupa branca e cores claras;
 - roupa de cores firmes;
 - roupa de cores desbotáveis.

c) Tipo de Fibra Têxtil

O processo de lavagem não é o mesmo para todos os tipos de tecido, variando conforme sua origem e composição. Portanto, deve-se considerar o tipo de tecido ao classificar a roupa.

d) Tecido, Formato, Tamanho e/ou Tipo de Peça

Esse tipo de classificação, além de determinar o processo de lavagem a ser escolhido, facilita o trabalho na área limpa e no setor de acabamento. As roupas podem ser classificadas como:

- lisas: lençóis, fronhas, colchas etc.;
- tecidos felpudos: toalhas, roupões etc.;
- roupas cirúrgicas: campos operatórios, aventais etc.; uniformes e paramentos: camisas, camisolas, calças, pijamas etc.;
- roupas especiais: cobertores etc.;
- absorventes: compressas cirúrgicas, fraldas etc.

Peças pequenas podem ser colocadas em sacos de lavagem específicos para o processamento.

2.3.3. Pesagem - Após separação, já em lotes, fardos ou sacos identificados, a roupa é novamente pesada, em balança bem nivelada, para controle contábil operacional da lavanderia e da capacidade das lavadoras.

A pesagem das roupas é indispensável para indicar a carga correta das lavadoras, o peso da roupa recebida de cada unidade para a contabilidade de custos e facilitar a determinação das fórmulas mais adequadas de lavagem. Após a pesagem, os fardos ou sacos de roupa identificados devem ser levados até à(s) lavadora(s), onde todo o material necessário para a lavagem deve ser colocado à mão, para evitar desperdício de tempo e de energia.

2.3.4 Lavagem - É o processo que consiste na eliminação da sujeira fixada na roupa, deixando-a com aspecto e cheiro agradáveis, nível bacteriológico reduzido ao mínimo e confortável para o uso. O processo de lavagem compreende:

2.4 Processos pós de lavagem de roupas sujas e funções (ÁREA LIMPA):

2.4.1 Centrifugagem - área responsável pela centrifugagem das roupas, pós processo de lavagem. A carga da centrifuga deve ser distribuída uniformemente dentro do tambor, em pequenos montes de roupa, ajustados, em peso equilibrado, para evitar que o tambor ao girar, se afaste do eixo, no ponto mais pesado, levando ao estrago rápido do equipamento e da roupa, por torção ou repuxo. A carga de roupa na centrífuga deverá ser coberta com um pano resistente, tipo lona, antes de se colocar a tampa, para melhor vedação e acondicionamento.

Na centrifugagem, em geral, pela eliminação da água, se reduz 60% do peso da roupa. Terminada a centrifugagem a roupa é retirada, selecionada, colocada em carrinho e encaminhada à secagem ou tratamento adequado a cada tipo.

2.4.2 Seleção - Na separação, consideram-se os seguintes aspectos: - tipo de tecido (liso, felpudo, seda, algodão, poliéster e lã); - tipo de roupa (lençóis, toalhas, campos, roupa de vestir, incluindo uniformes e outros); - qualidade de limpeza (manchas, resíduos de produtos e outros).

2.4.3 Secagem - A secagem é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo. A roupa destinada à secadora é colocada em carrinho ou cesto próprio, e são secadas na secadora, depois de secas, as roupas são retiradas da secadora e colocadas em carros-cestos apropriados, sendo selecionada, dobrada e encaminhada à rouparia para repouso. As outras peças do enxoval que se destinam à calandra devem ser abertas e colocadas em mesa-carrinho para facilitar a sua operação. A roupa selecionada é distribuída para secagem na seguinte proporção: 70% para calandragem, 25% para a secadora e 5% para a prensagem

ou passagem a ferro. A secagem é a operação que visa retirar a umidade das roupas que não podem ser calandradas, como uniformes de centro cirúrgico, toalhas, cobertores e roupas de tecido felpudo. A secadora necessita de várias limpezas diárias para impedir o acúmulo de felpas.

2.4.4 Calandragem - é a operação que seca e passa ao mesmo tempo as peças de roupa lisa (lençóis, colchas leves e campos). Após aquecimento, a calandra deve ser operada continuamente, em determinado período, para evitar desperdício de energia.

São necessários dois operadores para colocar a roupa molhada e dois para retirar e dobrar a roupa seca ao mesmo tempo. Ao se retirar a roupa, faz-se uma seleção das peças danificadas, que deverão ser encaminhadas à costura para reparo ou baixa.

Na seleção, a roupa danificada vai para a costuraria para conserto ou baixa. Se realizado o seu conserto, a peça retorna ao início do processo para relavagem. É recomendável a utilização de estrados, na área de alimentação da calandra, para evitar que lençóis e outras peças grandes entrem em contato com o piso e sejam contaminados.

2.4.5 Prensagem - Uniformes e outras peças não passíveis de serem colocadas em calandra ou que tenham detalhes como pregueado e vincos são passadas na prensa. Após a prensagem, são devidamente guardadas na rouparia, de preferência em porta-cabides rolantes.

2.4.6 Passagem a ferro e dobragem - Nesta área devem ser previstas mesas e bancadas para manuseio das peças de roupa ou máquinas de dobragem. Também deve ser previsto um espaço para o estacionamento de carros de transporte que levarão a

roupa para a área de armazenagem. Usada

apenas eventualmente ou para melhorar o acabamento da roupa pessoal. Seu uso é pouco econômico, sob o ponto de vista de gasto de tempo, energia elétrica e física.

2.4.7 Área de costura: Área para confecção e reparos das roupas que necessitam de conserto, onde estão instaladas máquinas de costura e mesas de corte. Devem ser previstos armários ou estantes para armazenagem das roupas a serem consertadas e daquelas já reparadas.

2.4.8 Guarda e distribuição - Nesta etapa, consideram-se que as peças do enxoval estão prontas para serem distribuídas para uso.

2.5 Fluxo unidirecional para distribuição de roupas limpas

Durante a atividade de distribuição de roupa limpa deverá ser utilizado uniforme de cor diferente do uniforme usado para a coleta. A coleta deverá ser feita com a utilização de carrinhos tipo contêiner com tampa, lavável, com dreno para eliminação de líquidos e devidamente identificado, os quais NÃO devem servir à distribuição de roupas limpas;

A coleta de roupas sujas, bem como a distribuição de roupas limpas até os setores finais será feita pelos funcionários do IMED devidamente treinados para este fim.



Regulamentações

As normas abaixo deverão ser atendidas quanto ao serviço em questão:

- Portaria GM/MS Nº 3.523, de 28 de agosto de 1998: Aprova o regulamento técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados;
- Portaria Nº 393, de 15 de maio de 1998: Estabelece os métodos para determinação da biodegradabilidade de tenso ativos aniônicos com validade em todo território nacional. Revoga a Portaria SVS Nº 120, de 24 de novembro de 1995, e dá outras providências;
- RDC Nº 189, de 18 de julho de 2003: Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho;
- NR-5: Dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA e tem como objetivo a prevenção de acidentes e as doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978 - NR 5). De acordo com essa NR, a unidade de processamento de roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho conforme NR-17 (BRASIL, 1978 - NR-17);

ITEM 1.1.1.4 – FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

De acordo com o Instrumento de Chamamento Público Nº 01/2021-SES/GO, o HEMU funcionará 24 horas e realizará atendimentos de Urgência e Emergência porta aberta e referenciada de alta e média complexidade, prestando atendimento prioritariamente a Macrorregião Centro Norte, mas também podendo oferecer suporte assistencial às demais Macrorregiões. O HEMU está localizado na Avenida Contorno, esquina com Rua Pará, quadra G2 lote 1 Jardim Eldorado, na cidade de Uruaçu, estado de Goiás, com CEP 764000-00.

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu – HEMU possui 238 (duzentos e trinta e oito) leitos gerais e 40 (quarenta) leitos complementares, destes 20 (vinte) leitos de UTI adulto, 10 (dez) UTI Pediátrica e 10 (dez) UTI Neonatologia e 5 (cinco) leitos de UCIN, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuídos da seguinte forma:

QUADRO 01 – CAPACIDADE ATUAL INSTALADA DO HEMU:

INTERNAÇÃO	Quantidade
UTI Adulto	20 leitos
UTI Neonatal	10 leitos
UTI Pediátrico	10 leitos
UCIN	05 leitos
Clínico Adulto	90 leitos
Cirúrgico	60 leitos
Obstétrico	60 leitos
Pediátrico	28 leitos
Centro Cirúrgico (Salas cirúrgicas)	10
Centro Cirúrgico (RPA)	14
TOTAL	307

Os serviços de saúde são os responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os Resíduos de Saúde por eles gerados e devem atender às normas e exigências legais, desde o momento de sua geração até a sua destinação final.

A gestão compreende as ações referentes às tomadas de decisões nos aspectos administrativo, operacional, financeiro, social e ambiental e tem no planejamento integrado um importante instrumento no gerenciamento de resíduos em todas as suas etapas - geração, segregação, acondicionamento, transporte, até a disposição final -, possibilitando que se estabeleça de forma sistemática e integrada, em cada uma delas, metas, programas, sistemas organizacionais e tecnologias, compatíveis com a realidade local.

A Lei Federal Nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos é o marco legal que aborda o tema sobre a Logística Reversa dos materiais médicos e insumos hospitalares.

As etapas que envolvem desde a produção, segregação e o acompanhamento do descarte correto dos Resíduos dos Serviços de Saúde – RSS permite reduzir o volume de resíduos perigosos e a incidência de acidentes ocupacionais dentre outros benefícios à saúde pública e ao meio ambiente.

Para a correta execução de cada etapa deste processo se faz necessário a definição de um FLUXO UNIDIRECIONAL, que é uma das partes integrantes dos demais processos relacionados à coleta e descarte de resíduos produzidos em uma unidade de saúde. Este e demais outros fluxos relacionados à coleta e descarte dos RSS devem estar inseridos em um Plano de Gerenciamento de Resíduos do Serviço de Saúde

- PGRSS.

O PGRSS é um documento que descreve um conjunto de procedimentos que devem ser adotados pelas unidades de saúde com o objetivo de diminuir ou eliminar a produção de resíduos produzidos e proporcionar aos resíduos gerados um encaminhamento seguro, de forma eficiente, visando a proteção dos trabalhadores e a preservação da saúde pública e do meio ambiente.

O PGRSS tem como objetivo maior o estabelecimento de diretrizes que visam o cumprimento das legislações ambientais vigentes que tem o papel de responder para as inspeções da ANVISA e Secretarias do Meio Ambiente e Vigilância Sanitária. Para a elaboração e exercício da função de responsável pelo PGRSS deve-se designar profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica - ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber.

Além de obedecer a RDC 222/ANVISA, de 29/03/2018 (em substituição à RDC 306 de 2004), a instituição de saúde geradora de resíduo, como responsável por seu resíduo (da geração à destinação final), tem estes procedimentos para facilitar a proteção e identificação de problemas da saúde (colaborador, usuário, fornecedor e do meio ambiente) através da correta gestão dos resíduos gerados no serviço, também conhecidos por Resíduos de Serviços de Saúde - RSS.

TIPOS DE RESÍDUOS SÓLDOS HOSPITALARES GERADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Resíduos do grupo A - infectantes, presença de material biológico

- Resíduos com possível presença de agentes biológicos que, por suas características, podem apresentar risco de infecção.
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica.

Os Resíduos do Grupo A são subdivididos em 5 sub-grupos:

A1: - Resíduos com suspeita ou certeza de contaminação biológica, por exemplo:

- Culturas e estoques de micro-organismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os medicamentos hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos, atenuados ou inativados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratórios de manipulação genética.
- Resíduos resultantes da atividade de ensino e pesquisa ou atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes classe de risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido.
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou

com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.

- Sobras de amostras de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.

A2: - Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações, e os cadáveres de animais suspeitos de serem portadores de microrganismos de relevância epidemiológica e com risco de disseminação, que foram submetidos ou não a estudo anatomopatológico ou confirmação diagnóstica.

A3: - Peças anatômicas (membros) do ser humano; produto de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenha sido requisitado pelo paciente ou seus familiares.

A4: - Kits de linhas arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados. - Filtros de ar e gases aspirados de área contaminada; membrana filtrante de equipamento médico-hospitalar e de pesquisa, entre outros similares. - Sobras de amostras de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes classe de risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne epidemiologicamente importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação com príons. - Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento

de cirurgia plástica que gere este tipo de resíduo. - Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre. - Peças anatômicas (órgãos e tecidos), incluindo a placenta, e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica. - Cadáveres, carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos. - Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

A5 - Órgãos, tecidos e fluidos orgânicos de alta infectividade para príons, de casos suspeitos ou confirmados, bem como quaisquer materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, suspeitos ou confirmados, e que tiveram contato com órgãos, tecidos e fluidos de alta infectividade para príons. - Tecidos de alta infectividade para príons são aqueles assim definidos em documentos oficiais pelos órgãos sanitários competentes.

Referência: World Health Organization, 2010. WHO Tables on Tissue Infectivity Distribution in Transmissible Spongiform Encephalopathies

RESÍDUOS DO GRUPO B

Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade.

- Produtos farmacêuticos, quimioterápicos antineoplásicos.
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais

pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes.

- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores).
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas.
- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

RESÍDUOS DO GRUPO C:

Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados na norma NE 6.02 da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.

A caracterização de resíduos radioativos gerados por serviços nucleares pode ser classificada de acordo com o tipo de procedimento realizado, onde deve-se avaliar as seguintes características de acordo com a norma da CNEN NN 8.01:

- I - Estado físico;
- II - Meia-Vida;
- III - Compactáveis ou não compactáveis;
- IV - Orgânicos ou inorgânicos;
- V - Biológicos (putrescíveis e patogênicos); e,
- VI - Outras características perigosas (explosividade, combustibilidade, inflamabilidade, corrosividade e toxicidade química).

Cada radionuclídeo de acordo com seu tipo específico de finalidade possui níveis de concentração, definidos pela unidade de medida Bq/m³ (Becquerel). O mesmo radionuclídeo pode ter níveis de concentração diferentes de acordo com seu estado físico (líquido, sólido ou gasoso) descritos na normativa 8.01 da CNEN.

Resíduos do grupo D: lixo comum, sem risco biológico

- Sobras de alimentos e do preparo de alimentos.
- Resto alimentar de refeitório.
- Resíduos provenientes das áreas administrativas.
- Resíduos de varrição, flores, podas e jardins.
- Resíduos de gesso provenientes de assistência à saúde.
- Forrações de animais de biotérios sem risco biológico associado.
- Resíduos recicláveis sem contaminação biológica, química e radiológica associada.

Resíduos do grupo E - materiais perfurocortantes

- Resíduos como: lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas; tubos capilares; micropipetas; lâminas e lamínulas; espátulas; e todos os utensílios de vidro quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

SIMBOLOGIA DOS RESÍDUOS DE SAÚDE

SÍMBOLOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE RESÍDUOS

Os resíduos do grupo A são identificados pelo símbolo de substância infectante com rótulos de fundo branco e contornos pretos



Os resíduos do grupo B são identificados através do símbolo de risco associado e com discriminação de substância química e frases de risco



Os rejeitos do grupo C são apresentados pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão MATERIAL RADIOATIVO



Os resíduos do grupo D podem ser destinados a reciclagem ou à reutilização. Quando adotada a reciclagem, sua identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda recipientes, usando um código de cores e suas correspondentes nomenclaturas, baseada na resolução CONAMA N. 275/01, e símbolo de tipo de material reciclável.



Para os demais resíduos do grupo D deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Pode ser seguida de cor determinada pela prefeitura. Caso não exista processo de segregação para a reciclagem, não há exigência de padronização de cor destes recipientes.

Os produtos do grupo E são identificados pelo símbolo de substância infectante, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de RESÍDUO PERFUROCORTANTE, indicando o risco que apresenta o resíduo.



Fonte: RDC 222 - ANVISA

REJEITOS LÍQUIDOS HOSPITALARES

O lançamento de rejeitos líquidos em rede coletora de esgotos, conectada à estação de tratamento, deve atender às normas ambientais e às diretrizes do serviço de saneamento.

Na RDC 222/2018 no artigo 63 - As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser lançadas em rede coletora de esgotos sanitários, conectada à estação de tratamento, desde que atendam às normas e diretrizes da concessionária do sistema de coleta e tratamento de esgotos sanitários ou lançadas diretamente em corpos hídricos após tratamento próprio no serviço.

Quando não houver acesso ao sistema de coleta e tratamento de esgoto por empresa de saneamento, estes efluentes devem ser tratados em sistema ambientalmente licenciado antes do lançamento em corpo receptor.

REJEITOS LÍQUIDOS	DESTINO
Sangue e secreções provenientes de cirurgias e aspirações	Rede de esgoto
Sobras de medicamentos	Devolvidos à Farmácia

Desinfetantes e detergentes utilizados em desinfecção do ambiente	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem e degermação das mãos com antissépticos	Rede de esgoto
Efluentes resultantes da lavagem de roupas com adição de produtos químicos	Rede de esgoto
Ácido Peracético	Rede de esgoto, produto biodegradável
Revelador e Fixador de Raios X	Recolhimento por empresa especializada
Óleo proveniente de preparo de alimentos	Recolhimento por empresa especializada
Óleo diesel – resíduos do gerador	Recolhimento por empresa especializada

ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ESGOTO

O esgoto sanitário é tratado pela estação de tratamento local. Os resíduos líquidos gerados diariamente pelas unidades de saúde serão constituídos basicamente de água e de resíduos transportados (fezes, urina, desinfetante, detergente, gorduras, partículas de alimentos entre outros componentes utilizados nas atividades cotidianas), e apresenta as mesmas características dos efluentes sanitários urbanos.

O revelador e fixador de raios-X não serão produzidos já que o equipamento da unidade se trata de um equipamento que produz imagens digitais.

O óleo utilizado na cozinha deverá ser acondicionado em embalagem plástica rígida, resistente à ruptura, lacrado com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre paletes, na baía de químicos no abrigo de resíduos das unidades.

A Comissão de Resíduos da unidade possui como desafio de encontrar uma empresa que colete esse tipo de resíduo para reciclagem.

No caso do GERADOR, o descarte do óleo diesel

utilizado no gerador será acondicionado em embalagem plástica rígida, resistente à ruptura, lacrado com tampa rosqueável, devidamente identificada e armazenada sobre palets, na bala de químicos nos abrigos de resíduos das unidades e sendo entregue a empresa especializada que realizará a destinação final do resíduo.

É necessário o uso de EPI (Equipamentos de Proteção Individual) durante o manuseio de qualquer produto químico (luvas, óculos com proteção lateral e máscara facial).

MJ

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE ACORDO COM OS SETORES DO HEMU

BLOCO	SETOR	TIPO DE RESÍDUO
A	AMBULATÓRIO	A, D e E
B	SADT E LABORATÓRIO	A, B, D e E
C	PRONTO SOCORRO	A, D e E
D	ENFERMARIAS	A, D e E
E	CENTRO CIRÚRGICO TÉRREO - UTI 2 PAVIMENTO	A, D e E
F	BANCO DE SANGUE	A, B, D e E
G	AUDITÓRIO	D
H	ADMINISTRATIVO	D
I	VESTIÁRIO GERAL	D
J	BANCO DE LEITE	A e D
K	ALMOXARIFADO	B, D
L	FARMÁCIA	B, D e E
M	NUTRIÇÃO	B e D
N	LAVANDERIA	A, B e D
O	CENTRAL DE ÁGUA GELADA	D
P	ABRIGO DE RESÍDUOS	A, B, C, D e E
Q	CALDEIRA	A, B e D
R	SUBSTANÇA/GERADORES	B e D
S	LAVAGEM DE AMBULÂNCIAS	B e D
T	GASES MEDICINAIS	B e D
V	CENTRAL DE GÁS GLP	D
X	GASES MEDICINAIS	A e D
Z	ADMINISTRATIVO	D
	UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA	A, B, D e E

Handwritten signature

QUANTIDADE DE RESÍDUOS GERADOS

As quantidades de resíduos gerados por tipo de resíduo serão analisadas mensalmente em reuniões da comissão de resíduos mitigando as possíveis causas das quantidades geradas traçando estratégias para melhoria contínua. Serão analisados mensalmente através de um indicador de processos internos a quantidade de resíduos gerados de acordo com o número de pacientes/dia das unidades.

ROTA DE COLETAS DE HORÁRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS

As coletas dos resíduos das salas de condicionamento interno temporários para o abrigo externo deverão ser de acordo com os horários pré-estabelecidos e conforme a necessidade das unidades, porém deverão sempre respeitar o fluxo de entrega dos seguintes setores: SND e CME. Caso haja situação de confronto nos corredores, a equipe de retirada dos resíduos e CME deverá dar prioridade aos demais.

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

O manejo de resíduos sólidos deverá ser feito de maneira integrada, para proteger a saúde dos envolvidos; melhorar as condições de trabalho nas instalações da unidade de saúde, evitar a contaminação dos resíduos comuns, proteger o meio ambiente e atender a legislação vigente.

Além dos serviços básicos de cumprimento das legislações referente ao manejo adequado dos resíduos, os mesmos terão atenção compartilhada com projetos de compensação ou redução de usos embasado no Ministério do Meio Ambiente buscando elevar o grau de importância nacional de ações individuais voltadas ao bem-estar ambiental global.

Certificações almeçadas: GRI (Global Reporting Ini-

tiative), GHG protocol (Inventário de emissões atmosféricas nacional), Sou Resíduo Zero, Evento Neutro Carbono, entre outras.

O Fluxo Unidirecional de coleta interna dos resíduos do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU ocorrerá conforme descrito abaixo:

BLOCO A – AMBULATÓRIO:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do AMBULATÓRIO e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do Ambulatório.

BLOCO B – SADT E LABORATÓRIO:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do SADT e LABORATÓRIO e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do SADT e Laboratório.

BLOCO C – PRONTO SOCORRO:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do Pronto Socorro e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir

com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do Pronto-Socorro.

BLOCO D – ENFERMARIAS/ INTERNAÇÕES:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas enfermarias e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de

Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna das Enfermarias/Internações.

BLOCO E – CENTRO CIRÚRGICO (TÉRREO) E UTI'S ADULTO, NEONATAL E PEDIÁTRICA (SEGUNDO ANDAR):

Centro Cirúrgico (Térreo): A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas enfermarias e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.

No caso de cirurgias que gerem peças anatômicas, devem seguir o fluxo conforme o **Subgrupo A3**, onde as peças anatômicas devem ser registradas em formulário próprio, embaladas em saco vermelho

para resíduos infectantes, acrescido da identificação "PEÇAS ANATÔMICAS", e encaminhadas para a geladeira de armazenamento localizada no abrigo externo de resíduos.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna do Centro Cirúrgico.

UTI's Adulto, Neonatal e Pediátrica (Segundo Andar): A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas enfermarias e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

Através do elevador de serviços (exclusivo para resíduos e roupa suja), o colaborador conduzirá o carrinho de coleta até o pavimento térreo; seguirá pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna das UTI's Adulto, Neonatal e Pediátrica.

BLOCO F – BANCO DE SANGUE:

O planejamento da coleta interna é feito para definir a regularidade da coleta em função da demanda da geração de RSS, garantir que a coleta seja realizada em todas as áreas e evitar que os RSS permaneçam nos locais de geração além do tempo permitido. A RDC 222/2018 orienta que:

“Os sacos para acondicionamento de RSS do grupo A devem ser substituídos ao atingirem o limite de 2/3 (dois terços) de sua capacidade ou então a cada 48 (quarenta e oito) horas, independentemente do volume, visando o conforto ambiental e a segurança dos usuários e profissionais. Os sacos contendo RSS do grupo A de fácil putrefação devem ser substituídos no máximo a cada 24 (vinte e quatro) horas, independentemente do volume.” (ANVISA, 2018)

O ideal é que a coleta seja feita diariamente pois a longa permanência de RSS nos coletores, dentro das áreas, atrai insetos e roedores.

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados no setor de Banco de Sangue e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna do Banco de Sangue.

BLOCO J – BANCO DE LEITE:

Todos os funcionários dos bancos de leite humano devem ser capacitados para segregar adequadamente os resíduos e reconhecer o sistema de identificação.

Todo resíduo tem que ser acondicionado próximo ao local de sua geração em sacos plásticos ou coletores de papelão para materiais perfurocortantes, identificados.

As unidades geradoras têm que dispor de número suficiente de recipientes para cada tipo de resíduo.

A coleta interna deverá ser efetuada de acordo com as necessidades do Banco de Leite no que se refere à frequência, horário e demais exigências do serviço.

A coleta interna ocorrerá de maneira que tenha o menor percurso, sempre no mesmo sentido, sem provocar ruídos, evitando coincidência com o fluxo de pessoas, roupas e outros materiais.

Os procedimentos serão realizados de forma a não permitir o rompimento dos recipientes. No caso de acidente ou derramamento, deve-se realizar imediatamente a limpeza e desinfecção do local e notificar a chefia do Banco de Leite.

No transporte de recipiente contendo resíduos acima de 20 litros, um meio de transporte deverá ser utilizado.

A coleta dos resíduos sólidos do setor, será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo

acesso externo do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna do Banco de Leite.



BLOCO M – UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

A geração de resíduos em unidades de saúde depende, entre outros fatores, do tipo da unidade, complexidade dos procedimentos, do tamanho da unidade (SILVA et al., 2005) e da alimentação oferecida.

Dados de composição gravimétrica dos resíduos de serviços de saúde demonstram que as UANs inseridas nestes serviços são responsáveis por uma geração variável de 45% (SOARES; CASTILHOS; MACEDO, 1997) a 21% (NAGASHIMA; BARROS; FONTES, 2007) e, segundo esses autores, destes índices 65% a 47% são considerados resíduos comuns, nos quais se incluem os resíduos orgânicos.

Assim o setor se torna o maior gerador de resíduos sólidos da unidade, para tal, os resíduos comuns (Grupo D) gerados no setor de UAN seguirão o mesmo fluxo descrito da coleta interna até a Sala de Utilidades, no entanto, ao invés de seguir para o Abrigo de Resíduos, os resíduos comuns (Grupo D) serão dispensados em um Compactador de Resíduos Orgânicos, que será disposto na parte externa do setor de UAN, no qual o passará por um processo de compactação, reduzindo seu volume até a coleta externa e destinação final.

Compactador de Resíduos Orgânicos



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna da Unidade de Alimentação e Nutrição.

BLOCO N – LAVANDERIA:

Lavanderias hospitalares tem sido alvo de políticas fiscalizadoras mais frequentes dos órgãos governamentais. Assim sendo, no HEMU será realizado um estudo para propor ações e processos que permitam o reuso dos resíduos líquidos gerados na Lavadeira, exigência de substituição de produtos químicos para produtos biodegradáveis e a viabilidade de implantação de filtros nas tubulações para minimizar os impactos ambientais junto ao afluente.

A coleta dos resíduos sólidos do setor, será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos

aconicionados na área de trabalho da Lavanderia e transportar até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-definidos, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e substituirão o carrinho de resíduos vazio e limpo pelo carrinho de resíduos ocupado pelos resíduos coletados no respectivo setor.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna da Lavanderia.

BLOCO S – LAVAGEM DE AMBULÂNCIAS:

Segundo Costa (2006, apud REIS; ANDRADE; SANTOS, 2010), a água torna-se resíduo após ser utilizada, uma vez que está contaminada com produtos químicos utilizados na lavagem dos automóveis, sendo dessa forma inapropriada para o consumo.

A captação desse bem natural para a utilização na lavagem é oriunda da rede pública de abastecimento, de poços ou córregos, sendo essa água, por sua vez potável (TEIXEIRA, 2003, apud MAGALHÃES, 2005).

Os efluentes gerados da atividade de lavagem de automóveis, segundo U.S.EPA (1999, apud MAGALHÃES, 2005), contêm, na maioria das vezes, apenas sabão, água de exangue e cera, apresentando agentes desengraxantes, solventes e metais pesados, ge-

ralmente, quando há lavagem do motor e da parte inferior do veículo.

De acordo com Kuroda (2002, apud MAGALHÃES, 2005), entende-se que a escolha de determinada alternativa de tratamento está atrelada às características da água em sua forma bruta, dependendo, também, do padrão de qualidade que se deseja alcançar após o tratamento.

Para os Resíduos Líquidos gerados por este setor do Hemu, será realizado estudo para o tratamento dos mesmos, e posteriormente o acondicionamento temporário em uma caixa de reutilização, a qual conterá um sistema de bombeamento que fará a reinserção no processo.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos Líquidos da Lavagem de Ambulâncias.

A coleta dos resíduos sólidos do setor, será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

O colaborador conduzirá o carrinho de coleta pelo acesso externo do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos Sólidos da Lavagem de Ambulâncias.

UNIDADE DE QUIMIOTERAPIA:

Para o setor de Oncologia do HEMU, será implantada a agenda compartilhada, método pelo qual se faz que pacientes em tratamento pelo mesmo protocolo e mesmo medicamento sejam atendidos de maneira sincronizada, respeitando o tempo correto de cada ciclo de tratamento.

Os médicos assistentes dos pacientes em tratamento com quimioterapia encaminham as prescrições com datas previstas para agendamento, então, as prescrições são separadas e os cálculos são realizados para organizar os pacientes de maneira que não haja desperdício de resíduos quimioterápicos e que todos sejam atendidos conforme necessidade e solicitação médica.

A geração dos resíduos quimioterápicos torna-se inevitável em determinadas situações, mas com a agenda compartilhada será possível reduzir esta geração. Ao que é necessário ser descartado, existirá uma estrutura com lixeira, coletor de perfuro e saco identificado. Considerando o potencial do residual do quimioterápico dissipar no ar, será utilizado saco plástico para envolver cada sistema de administração do medicamento no paciente para garantir a segurança do colaborador a cada descarte.

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza.

Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados no setor de Oncologia e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas, os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

Através do elevador de serviços (exclusivo para resíduos e roupa suja), o colaborador conduzirá o carrinho de coleta até o pavimento térreo; seguirá pelo corredor central do HEMU e seguirá até o Abrigo de Resíduos da unidade.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos da Unidade de Quimioterapia.

FLUXO GERAL DE COLETA INTERNA DE RESÍDUOS

- Os resíduos são coletados na sala de utilidades das unidades geradoras (Setores do HEMU) pelos colaboradores do setor de Higienização e encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte interno fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos.
- O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas.
- Os carros de transporte deixam as salas de utilidades, passando pelos corredores até chegar ao elevador de transporte de lixo e roupas sujas, caso estejam nos andares superiores;
- Os carros de transporte chegam ao TÉRREO e encaminham os resíduos até o depósito externo.





Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos - Geral.

COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

A Coleta e o Transporte Externo, consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou destinação final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação de integridade física do pessoal, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana.

A coleta, o transporte externo, o tratamento e a destinação final dos resíduos dos Grupos A, B, E e D devem ser realizados por empresa terceirizada, sendo necessária coleta diária dos mesmos.

Os sistemas para tratamento externo dos RSS são passíveis de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/1997, e de fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente. Os sistemas de tratamento térmico por incineração

devem obedecer ao estabelecido e a apresentação de Licença de Operação, inclusive as condicionantes, caso haja, emitida pelo órgão ambiental para tratamento de resíduos de serviços de saúde.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna de Resíduos - Coleta e Transporte Externo.

PROPOSTA DE FLUXO DO MANEJO INTEGRADO DE RESÍDUOS

Grupo A e E

Assim como descrito na RDC 222, os resíduos do grupo "A" e "E" necessitam de tratamento prévio antes de seu descarte final, com métodos diversos, tais como autoclavagem e descaracterização ou incineração. A metodologia utilizada para o tratamento destes resíduos visa eliminar as características nocivas dos mesmos, e deve ser selecionada levando em

consideração as vertentes ambientais e econômicas da unidade.

Sendo assim, os resíduos seguirão à risca as normativas federais, estaduais e municipais contemplando a gestão desde seu ponto de geração/segregação até o momento de seu descarte final ambientalmente adequado.

GRUPO B

Comumente os resíduos do grupo B gerados em uma unidade de saúde possuirão diferentes tipos de características físicas, e para todos os tipos haverá uma alternativa de descarte ou compensação visando a redução do risco inerente a este resíduo. Dos resíduos do grupo B:

Sólido

Todos os resíduos com características eletrônicas serão aplicados metodologias de logística reversa ou descarte em pontos de coleta especializados pelo fabricante para que possa ser neutralizado e encaminhado a destinação final.

Ex: Pilhas, baterias, lâmpadas, produtos químicos, medicamentos, entre outros.

Líquido

Os resíduos químicos presentes na unidade deverão ser neutralizados através do projeto de tratamento a ser implantado no HEMU, antes de seu descarte final, de modo que não cause danos ao meio ambiente.

Ex: Hormônios sintéticos, quimioterápicos, líquidos reveladores e fixadores de filmes, medicamentos, entre outros.

Gasoso

Habitualmente os resíduos considerados gasosos provenientes de equipamentos passaram por meio de tratamento adequado de acordo com suas especificações de neutralização, havendo casos que não possam ser controlados como por exemplo a troca de gases refrigerante ou emissões atmosféricas, onde os mesmos serão mensurados junto ao Programa Brasileiro GHG (GreenHouse Gases) Protocol e envolvidos em programas de compensação de emissões atmosféricas.

GRUPO C

Como o HEMU tem vocação volta ao tratamento Oncológico e se caso for o interesse da SES/GO na ampliação dos serviços, poderá haver a demanda de resíduos do grupo C o mesmo necessitará de abrigo especial licenciado pela CNEN (Comissão Nacional de Energia Nuclear). Sendo assim a unidade contará com o abrigo específico dependendo das características físicas, natureza da radiação e sua meia vida, contando com procedimentos específicos de coleta, identificação do rejeito, segregação, acondicionamento, depósito inicial e tratamento junto ao CNEN.

GRUPO D

Os resíduos do grupo D produzidos na unidade buscarão seguir a segregação de resíduos recicláveis, não recicláveis e orgânicos a fim de proporcionar uma destinação ambientalmente adequada, onde seguirá o princípio dos 3 R's (reduzir, reutilizar e reciclar) acrescentando possíveis outras definições a possíveis projetos ao manejo dos resíduos a exemplo a compostagem de resíduos orgânicos.

AM

ITEM 1.1.2 - IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

ITEM 1.1.2.1 – IMPLANTAÇÃO DA LOGÍSTICA DE SUPRIMENTOS

O setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) de forma a assegurar a disponibilização dos materiais, medicamentos e insumos necessários para o desempenho das respectivas atividades. Uma cadeia de abastecimento bem administrada garante:

- Otimização dos recursos humanos;
- Padronização e categorização de produtos, garantindo a racionalização dos recursos e redução das compras;
- Redução do saldo imobilizado em inventário;
- Redução de perdas;
- Maior agilidade no abastecimento e consequentemente redução de sub estoques;
- Maior segurança do paciente.

TERMOS E DEFINIÇÕES

Curva ABC: método de classificação de informações para que se separem os itens de maior importância ou impacto, os quais são normalmente em menor número; onde A corresponde aos itens de estoque de maior importância, valor ou quantidade (20% do total), B corresponde a itens com importância, quantidade ou valor intermediário (30% do total), e C corresponde a itens menor importância, valor ou quantidade (50% do total).

Curva XYZ: classifica o inventário tomando como base o critério de criticidade, ou seja, é colocado em análise o impacto que a falta desses itens no inventário causa nos processos internos; sendo que X é definido como grupo ordinário, os itens dessa categoria apresentam baixa criticidade (sendo assim, sua falta compromete o atendimento de usuários internos e externos, mas não traz graves consequências), Y é definido como grupo crítico, representando os produtos cuja falta causa um transtorno razoável dentro da organização e Z trata-se do grupo vital, cuja falta traz consequências desastrosas, podendo, por exemplo, interromper as operações da empresa.

Curva 123: esse método leva em consideração a dificuldade com que certos produtos são adquiridos. Dessa forma, o grupo 1 compreende os itens cuja aquisição é complexa, ou seja, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra; o grupo 2 abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores e o grupo 3 é formado pelos materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento rápido e pontual.

Curva PQR: classificação de estoque de acordo com a popularidade de cada um dos itens, onde P é a classe formada por produtos muito populares e que apresentam uma movimentação frequente; Q são produtos de média popularidade e que possuem uma frequência média de transações; R inclui itens de baixa popularidade e que não são movimentados com frequência.

Método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair):

este método atribui o custo da mercadoria vendida ao preço de compra mais antigo em estoque. Sendo assim, o método PEPS prioriza a ordem cronológica de entrada dos produtos privilegiando o uso do lote mais antigo de mercadorias até que as quantidades sejam esgotadas. Em seguida, é utilizado o segundo grupo mais velho e assim por diante. Para usar este tipo de gestão é necessário que as mercadorias do estoque sejam armazenadas de forma seriada.

Custo Médio Ponderado: é uma forma de mensurar o valor do estoque da empresa sem que seja levada em conta uma ordem cronológica de recebimento das mercadorias. Em resumo, sobre o valor dos custos de cada mercadoria é calculada uma média ao somar os diferentes preços de aquisição do produto estocado dividido pela quantidade adquirida. O resultado é o custo médio da mercadoria estocada.

Lead Time: tempo usado para rodar todo o ciclo de produção, desde o pedido do cliente até o recebimento do produto. Na visão do cliente é o tempo desde que ele fez o pedido até o produto chegar em suas mãos. Já na visão da empresa é algo mais detalhado passando em todas as etapas do processo da empresa e quanto cada uma delas demora até que o produto chega nas mãos do cliente. O gestor de suprimentos deve ter ciência do tempo entre solicitação ao fornecedor e efetiva entrega do produto. A metodologia pode ser utilizada também em acordos entre suprimentos e setores assistenciais.

Estoque de Segurança: quantidade mínima de produtos que são mantidos em estoque para impedir que serviços sejam interrompidos por falta de itens de estoque. A ideia é não usar esse estoque e sim usá-lo como uma espécie de seguro para a operação. O cálculo do estoque de segurança se dá por: demanda média diária do produto X tempo de entrega (lead time) em dias.

Giro de Estoque: indicador responsável por demons-

trar o desempenho de um estoque. Ele permite saber de forma precisa de quanto em quanto tempo o estoque costuma ser renovado. Cálculo: consumo no período / estoque médio no período.

Fornecedor Crítico: Fornecedor de insumos que impactam diretamente na qualidade da assistência oferecida ao paciente.

Cotação: Comparação de preços entre fornecedores, de um determinado produto ou serviço em um determinado tempo no mercado.

Rastreabilidade: Capacidade de traçar o caminho de um produto desde a disponibilização ao setor até seu uso.

Sistema DataMatrix: Trata-se de código bidimensional, similar ao QR Code, que substitui o código de barras tradicional de identificação de produtos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da RDC 157/2017, adotou este sistema para rastreamento de produtos incluídos no Sistema Nacional de Controle de Medicamentos (SNCM), com previsão de implantação no segundo semestre de 2022. A principal vantagem é a grande quantidade de informações que pode ser inserida com um código compacto impresso a laser.

Inventário: Lista de bens e materiais disponíveis em estoque que estão armazenados na empresa ou então armazenados externamente, mas pertencentes à empresa.

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras ocorre após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas demandas, inclusive as sazonais. O processo de compras varia de acordo com o tipo de aquisição a ser efetuada, podendo ser:

Compra de itens padronizados: insumos de uso contínuo, aprovados na empresa, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques.

Compra de emergência: insumos não disponíveis em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.

Compra de itens não padrão: insumos de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantem em estoque.

Alçada de Aprovação

As aprovações seguem alçadas de acordo o valor:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS	VALOR (R\$)*	SOLICITAÇÃO	APROVAÇÃO		
		GERENTE - COORDENADOR DA ÁREA SOLICITANTE	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA
Padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
Não Padronizados	Até R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓
	Acima de R\$ 10.000,00	✓	✓	✓	✓

Padronização de Medicamentos, Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalar

A Comissão de Padronização de Medicamentos é responsável por selecionar os medicamentos que farão parte do arsenal terapêutico por meio de um processo dinâmico, contínuo, participativo e multidisciplinar, visando assegurar o acesso aos medicamentos necessários, adotando critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo para utilização racional destes fármacos.

A Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares é responsável por avaliar os materiais e equipamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões, segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo.

QUALIFICAÇÃO E CADASTRO DE

FORNECEDORES

A qualificação de Fornecedores é feita com base em padrões de qualidade, capazes de garantir insumos e serviços de alto padrão. Aplica-se a avaliação em todos os fornecedores de produtos que participam ou desejam participar dos processos de cotação e de compra.

O Cadastro de Fornecedores não assegura a compra efetiva dos produtos, dependendo assim, dos processos de compra e cotação e avaliação/qualificação.

A condição para inclusão no Cadastro de Fornecedores Qualificados é verificar a plena capacidade de fornecimento de produtos.

A Instituição reserva-se no direito de selecionar e classificar livremente seus Fornecedores, dentro de critérios previamente estabelecidos e aprovados

M



pele setor de compras e comissão de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos médico-hospitalar.

A documentação para cadastro de fornecedores é solicitada pelo setor de qualidade ao setor de compras que solicita ao fornecedor. São necessários os documentos:

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores

- - Ficha cadastral padrão fornecida pela Instituição;
- - Cópia do Cartão CNPJ;
- - Contrato social e últimas alterações.

Documentos necessários por ramo de atividade

- Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.

Obrigatórios:

- - Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;
- - Alvará Sanitário Municipal;
- - Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis;

Complementares:

- - Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação.

- Gêneros Alimentícios

Obrigatórios:

- - Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal;
- - Alvará Sanitário Municipal;

Complementares:

- - Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal - e Certificado de Responsabilidade Técnica;
- - Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.
- Prestadores de Serviços

Obrigatórios:

- - Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização;
- - Certidão Negativa de Falência e Concordata;

Complementares:

- - Cópia da Inscrição Estadual;
- - Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS - CND;
- - Certificado de Regularidade com FGTS;
- - Certidões Negativas de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);
- - PPRA - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;

- - PMCSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

O setor de compras, preencherá o check list para cadastro de fornecedor (Anexo I), a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

Não é permitida a negociação com fornecedores antes da apresentação da documentação inicial.

Para todo produto a ser adquirido pela Instituição, exige-se o registro no Ministério da Saúde ou outro órgão governamental de mesma equivalência. Para fornecimento de produtos isentos de registro no Ministério da Saúde é necessária cópia do documento de isenção.

RENOVAÇÃO DE LICENÇAS

Os documentos devem estar no prazo de validade e serão gerenciados pelo Setor da Qualidade, podendo ser consultados sempre que necessário. Em caso de validade expirada, o Setor da Qualidade solicitará nova documentação com prazo regularizado.

O responsável pela compra realiza cotação diária e efetiva a compra de acordo com o melhor preço, qualidade e padronização dos produtos a serem adquiridos.

PROCESSO DE COMPRAS

O Setor de Compras realiza as compras de itens de estoque através de uma solicitação realizada pelo responsável pelo reabastecimento ou gestor da área. Para solicitação de compras, deve ser levado em consideração o consumo do item, giro de estoque, análise

de curva ABC, curva XYZ, curva 123, curva PQR, lead time, estoque atual e consumo médio. A necessidade de manutenção de estoque de segurança deve também nortear todo o processo de compra, visando a segurança da operação da instituição.

O Departamento de Compras trabalha também com a compra de produtos não estocáveis solicitados diretamente pelo Departamento requisitante. O requisitante utiliza de função no Sistema Operacional denominada "Solicitação de Compra Direta" solicitando os itens por e-mail.

O pedido de compra junto ao Fornecedor pode ser feito via telefone, Skype, fax ou e-mail, sendo solicitada a entrega de acordo com a necessidade.

No ato da compra, caso o produto solicitado não esteja disponível, o Fornecedor deverá comunicar o Comprador e este deverá comunicar o setor solicitante, a fim de possibilitar substituição ou nova programação de entrega.

O Departamento de Compras e Suprimentos deverá manter uma comunicação eficaz com todos os outros departamentos do Hospital, informando qualquer ocorrência, referente às compras específicas de cada setor, bem como o abastecimento do estoque.

Responsabilidades do fornecedor

É de responsabilidade do Fornecedor:

- Ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e nos prazos de entrega;
- Fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas normas técnicas;
- Responder as cotações dentro do prazo estabelecido;
- Cumprir toda a legislação aplicável ao processo produtivo e de compra e venda;

- Responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos materiais produzidos ou comercializados no seu estabelecimento, inclusive por todo desvio de qualidade, que por ventura não tenha sido identificado no ato do recebimento;
- Avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;
- Oferecer hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.
- Responsabilidades do comprador
- É de responsabilidade do Comprador:
 - Respeitar os horários definidos para atendimento à fornecedores e representantes;
 - Oferecer o máximo de transparência no processo de compras;
 - Realizar as especificações devidas dos itens a serem comprados;
 - Efetuar sempre a melhor compra;
 - Não usar o cargo e/ou facilidades para obter favorecimento para si ou para outrem no processo de contratação e gestão de fornecedores;
 - Recusar hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.

A Nota Fiscal deverá ser emitida em nome da Unidade e deverá conter:

- Endereço, CNPJ e Inscrição Estadual da Instituição;
- Número da Ordem de Compra;
- Descritivo dos produtos (informações de embalagens e quantidades, preços unitários e totais);
- Lote e validade, no caso de Notas Fiscais de medicamentos.
- Prazos de pagamento acordados.

Não serão aceitas Notas Fiscais com data anterior à Ordem de compra. Caso a Nota Fiscal apresente alguma irregularidade, o Departamento de Compras e Suprimentos entrará em contato com o fornecedor para adequação.

Recebimento de Insumos

A entrega deverá ser realizada de acordo com a programação estabelecida entre Setor de Compras e o Fornecedor, respeitando os horários de funcionamento dos locais de recebimento. A entrega dos produtos deve ser efetuada nos seguintes horários:

SETOR DO RECEBIMENTO	PERÍODO DA SEMANA	HORÁRIOS DE ENTREGA
Almoxarifado	Segunda a Quinta Sextas feiras	07:00hrs às 16:30hrs 07:00hrs às 15:30hrs

Avaliação / Inspeção de Recebimento

Todos os insumos recebidos de Fornecedores serão inspecionados através da aplicação de um Check list

EMISSÃO DE NOTAS FISCAIS



de Recebimento de Mercadoria (Anexo II), de acordo com o tipo de insumo. Abaixo, relação de alguns itens a ser avaliado no recebimento.

- A entrega foi realizada no prazo estabelecido?
- A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?
- O entregador estava adequadamente trajado?
- A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?
- Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?
- Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?
- Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?
- As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?
- Existem laudos técnicos (medicamentos quimioterápicos)?
- Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?

O check list deve ser aplicado antes do recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não-conformes, é necessário comunicar ao Setor de

Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

- Notas fiscais chegam em bom estado de conservação? Chegam rasgadas, sujas ou molhadas?

Qualificação por Recebimento

Após a inspeção de recebimento, será gerada uma pontuação de acordo com os quesitos estipulados por cada área e a relevância para o bom funcionamento do processo de cada departamento. A cada conformidade recebida no Check List de Recebimento de Mercadorias, é atribuído 01 (um) ponto. Quando um item não for aplicável, este deve ser desconsiderado do total de pontos possíveis.

A pontuação será realizada da seguinte forma:

$$\text{Nota de Recebimento} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pontos obtidos}}{\text{N}^\circ \text{ de pontos possíveis}} \times 100$$

$$\text{N}^\circ \text{ de Entregas}$$

LEGENDA

N° de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check-list
 N° de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida
 N° de entregas: Total de entregas realizadas no período

Resultado da Qualificação de Fornecedores

QUALIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO (NOTA DE RECEBIMENTO)	TOMADA DE AÇÃO
Ótimo	91% a 100	Incentivo à manutenção das boas práticas
Bom	76% a 90%	Oportunidade de melhoria das ocorrências apontadas

Regular	51% a 75%	Será dado período de adequação de 06 meses para alteração de status. Após esse período, se não houver alteração de status será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação
Insatisfatório	Até 50%	Será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.

AVALIAÇÃO / VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES LOCAIS

As avaliações / visitas técnicas a fornecedores têm como objetivo garantir a qualidade do produto oferecido e devem ser realizadas por uma equipe técnica específica para o tipo de produto e fornecedor que se deseja avaliar. Deverá ser realizado mediante comprovação do cumprimento dos requisitos através de informações, documentos exigidos e observação de práticas junto ao fornecedor.

As visitas técnicas serão realizadas de acordo com a classificação de criticidade, conforme a tabela a seguir:

TIPO	PERIODICIDADE	PROCEDIMENTO
Críticos	Visitas Anuais	Fornecedores de suprimentos vitais que impactam diretamente no prognóstico e segurança do paciente.

Semicríticos	Visitas a cada 2 anos	Fornecedores de produtos e serviços que impactam indiretamente na assistência, sem prejuízo ao paciente.
Não-críticos	De acordo com gestor da área	Fornecedores de produtos e serviços que não impactam no prognóstico do paciente, podendo ser substituído sem prejuízo para Instituição.

As visitas técnicas serão realizadas por profissionais da equipe técnica de cada área, acompanhados, sempre que necessário, de membro da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Recomenda-se também a participação de um membro do Serviço Especializado de Medicina e Segurança do Trabalho (SESMT) ou Comissão Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (CIPA).

A visita técnica será embasada em check list específico, de acordo com o tipo de fornecimento. Os itens avaliados serão classificados como 'Conforme', 'Não-conforme' ou 'Não aplicável'. A partir do percentual atingido no número de conformidades, os fornecedores são qualificados. Após a avaliação, é necessário enviar para o fornecedor o relatório de avaliação, constando plano de ação para os itens 'não-conforme' para adequação.

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
Qualificado	mais de 75%	Visitar após 01 ano
Sob avaliação	entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses

Não qualifi-
cado

menos de 25%

Bloquear fornecedor
Impossibilitada
comercialização até
agendamento de nova
visita

Todas as não conformidades deverão ser tratadas através de plano de ação a ser apresentado a diretoria e monitorado pelo setor de responsabilidade de cada insumo, juntamente com o setor de compras. O fornecedor deve ser informado o resultado da avaliação e, se necessário, a necessidade de realização de plano de ação, sendo os prazos acordados entre o fornecedor e a instituição.

ARMAZENAMENTO DOS INSUMOS

O armazenamento de insumos é realizado no almoxarifado. É premissa básica para o armazenamento dos insumos:

- Área com espaço adequado para acomodar de forma organizada os insumos;
- Produtos armazenados em paletes. O empilhamento de caixas deve respeitar a orientação do fabricante. Não é permitido que os insumos sejam estocados em contato direto com superfícies (solo, teto, parede);
- O local deve ser de fácil higienização (interior com superfície lisa, sem rachaduras, sem desprendimento de pó), devendo ter rotina de limpeza implantada e monitorada;
- Deve ser fechado e possuir rotina de dedetização a fim de evitar a entrada de roedores, insetos e outros animais;
- Deve possuir controle de temperatura ambiente e umidade relativa do ar com plano de ação, no caso de oscilações;
- Deve possuir método de controle de acesso, de forma a permitir o acesso somente de pessoas autorizadas, além de

monitoramento por sistema de câmeras em locais estratégicos (exemplo: entrada principal, sala de fracionamento e guarda de medicamentos controlados e OPME);

- Deve possuir espaço racional para o fluxo de pessoas e materiais;
- Deve possuir um método de estocagem, preferencialmente em ordem cronológica (método PEPS - o primeiro a entrar no estoque é o primeiro a sair);
- Deve possuir sistemática para o monitoramento das validades de medicamentos e insumos;
- Centralizar todo controle do estoque na área de suprimentos. Para tanto, é necessária ampliação dos horários de dispensação. Esta prática reduz e/ou elimina estoque nas áreas assistenciais e conseqüentemente minimiza o índice de perdas.

INVENTÁRIO

A contagem periódica dos itens é utilizada para realizar os ajustes necessários no estoque físico e virtual ao longo dos meses e minimizar as inconsistências ao longo do ano.

O inventário rotativo deverá ser realizado mensalmente para itens da curva A, trimestralmente para itens da curva B e semestralmente para insumos da classe C, levando em conta também o perfil de consumo específico do hospital.

Caso haja divergências entre os dados registrados com as informações referentes à contagem física dos materiais, será necessário analisar e definir um plano de ação para reduzir as divergências.

MONITORAMENTO



Uma das finalidades da monitorização é manter uma vigilância constante dos processos, com o objetivo de se detectar precocemente os desvios dos padrões da prática esperados, e corrigi-los prontamente, adotando uma postura pedagógica e não punitiva. Elenca-mos abaixo alguns indicadores para gerenciamento da área de suprimentos:

- Índice de compra de urgência.
- Índice de compra não padrão.
- Índice de perda por validade.
- Índice de acurácia do estoque quantitativa e qualitativa.

Quantitativo: Quantidade física/
Quantidade contabilizada.

Qualitativo: Quantidade de produtos sem diferença entre estoque físico e contabilizado/quantidade total de produtos sem diferença entre físico e contabiliza-do.

- Giro de estoque.

REGISTROS

- Formulário de avaliação de fornecedor.
- Formulário de visita técnica.
- Inventário.

ANEXOS

- Anexo I - Check List para Cadastro de Fornecedores.
- Anexo II - Check List para Recebimento de Mercadorias.
- Anexo III - Formulário de Avaliação de

Fornecedores.

HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
xxx	xxxx	xxxxxxx

0001

**ANEXO I - Check
List para Cadastro de
Fornecedores**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Orientação: A documentação para cadastro de fornecedores é solicitada pelo setor de Qualidade ao setor de compras que solicita ao fornecedor. O setor de compras deverá preencherá este Check list para cadastro de fornecedor, a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores	Conforme	Não se aplica
Ficha Cadastral da Empresa	[]	[]
Contrato Social (última alteração)	[]	[]
Cartão CNPJ	[]	[]
Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.		[]
Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;	[]	[]
Alvará Sanitário Municipal;	[]	[]
Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis;	[]	[]
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação	[]	[]
Gêneros Alimentícios		[]
Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal	[]	[]
Alvará Sanitário Municipal	[]	[]
Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	[]	[]
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.	[]	[]
Prestadores de Serviços		[]
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	[]	[]
Certidão Negativa de Falência e Concordata	[]	[]
Cópia da Inscrição Estadual	[]	[]
Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS - CND	[]	[]
Certificado de Regularidade com FGTS	[]	[]
Certidões Negativas de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social);	[]	[]
PPRA - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	[]	[]
PMCSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	[]	[]

[] Aprovado para Cadastramento de Fornecedores Data: ____/____/____

Assinatura Responsável do setor de Compras: _____

Orientação: Todos os insumos recebidos de Fornecedores serão inspecionados através da aplicação deste Check List de acordo com o tipo de insumo. O check list deve ser aplicado antes do recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não-conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item.

Item de Avaliação	Conforme	Não se aplica
A entrega foi realizada no prazo estabelecido?	[]	[]
A entrega foi realizada em veículo adequado (perfeito estado de conservação, limpos e com a documentação atualizada)?	[]	[]
O entregador estava adequadamente trajado?	[]	[]
A Nota Fiscal está com os dados corretos (CNPJ, local de entrega e Ordem de Compra)?	[]	[]
Os produtos entregues estão de acordo com a Ordem de Compra (suas quantidades, preços e especificações do produto)?	[]	[]
Existem inadequações nas embalagens (embalagem violada, com rasuras, informações ilegíveis, com sujidade, sem informações técnicas necessárias para utilização do produto, entre outros)?	[]	[]
Existe lote e validade dos produtos em acordo com Nota Fiscal e dentro de prazo hábil para consumo?	[]	[]
As temperaturas dos produtos termolábeis estão adequadas (Refrigerador: 2° a 8°C/ Câmara Fria: 2° a 8°C/ Congelador: 0° a -20°C/ Freezer: -20° a 0°C/ Temperatura Ambiente: 15° a 30°C)?	[]	[]
Existem laudos técnicos (medicamentos quimioterápicos)?	[]	[]
Notas fiscais estão em bom estado de conservação? Sem sujidades, rasuras, rasgos?	[]	[]

Calculo para Pontuação:

$$\text{Nota de Recebimento} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pontos obtidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pontos possíveis}} \times \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Entregas}}{\text{Total de entregas realizadas no período}} \times 100$$

LEGENDA

N° de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check list
N° de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida
N° de entregas: Total de entregas realizadas no período

QUALIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO (NOTA DE RECEBIMENTO)	TOMADA DE AÇÃO
Ótimo	91% a 100	Incentivo à manutenção das boas práticas
Bom	76% a 90%	Oportunidade de melhoria das ocorrências apontadas
Regular	51% a 75%	Será dado período de adequação de 06 meses para alteração de status. Após esse período, se não houver alteração de status será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.
Insatisfatório	Até 50%	Será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.

Data: ____/____/____

Assinatura Responsável do setor: _____

MJ

LOGO

ANEXO III -
Formulário de
Avaliação de
Fornecedores

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

DADOS GERAIS DO FORNECEDOR

Fornecedor:

CNPJ:

Periodicidade de Avaliação: [] Anual [] Semestral

Pontuação: 0 - não atendeu; 05 - atendeu parcialmente; 10 - atendeu plenamente

	REQUISITOS	PONTUAÇÃO
QUALIDADE	1. Prêmio de Qualidade: Possui Certificação de Qualidade?	
	2. Realiza Pesquisa de Satisfação com seus Clientes?	
OPERACIONAL	3. Avaliação Desempenho operacional do Fornecedor: Qualidade, Rapidez, Agilidade em resolver problemas	
	4- Quantidade: Itens constantes na NF é a mesma da ordem de compra?	
	5- Pontualidade e Prazo de Entrega: Prazos de entrega acordados são cumpridos?	
FINANCEIRO	6.Preço: Preço Justo/ Capacidade de Competição frente ao Mercado	
	7-Condições Comerciais: Preços/ Forma de Pagamento/ Frete	
PARCERIA	8. Avaliação Relacionamento Empresa x Fornecedor	
	9- Parceria Financeira do Fornecedor com a Instituição (Flexibilidade em Negociar em tempos difíceis)	
QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	TOTAL	
	PONTUAÇÃO MÁXIMA	90
	TOTAL DE ITENS APLICÁVEIS	9
	PONTUAÇÃO EM %	

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
<input type="checkbox"/> Qualificado	mais de 75%	Visitar após 01 ano, se aplicável.
<input type="checkbox"/> Sob avaliação	entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses, se aplicável.
<input type="checkbox"/> Não qualificado	menos de 25%	Bloquear fornecedor Impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

Data: ____/____/____

Assinatura Responsável do setor: _____

Handwritten signature in blue ink.

ITEM 1.1.2.2 – PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU

LOGO

PROPOSTA DE
REGIMENTO INTERNO
DO HOSPITAL ESTADUAL
GERAL E MATERNIDADE
DE URUAÇU - (HEMU).

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), será orientado pelas normativas elaboradas pela equipe de gestão do IMED, seu organograma funcional, pelo presente Regimento Interno, pela legislação brasileira e em estrita observância aos princípios éticos e morais. Este Regimento representa a estrutura de funcionamento das Unidades e serviços que compõem o HEMU e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Artigo 1º. O HEMU é uma Unidade de Assistência Hospitalar, Ensino e Pesquisa, tendo por objetivo a

prestação da assistência a urgência/emergência geral, assistência médica em Média Complexidade e Alta Complexidade, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, nos limites do termo de referência pactuado, de forma humanizada com qualidade, segurança e cuidando com respeito, conforme estabelecido nos **princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS**, para os atendimentos nas especialidades:

- Clínica Médica;
- Cirurgia Geral (ambatório de pré e pós cirúrgico);
- Cirurgia Oncológica;
- Oncologia Clínica;
- Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico);
- Dermatologia - Oncologia (ambatório de pré e pós cirúrgico);
- Gastroenterologia Geral (ambatório de pré e pós cirúrgico);
- Gastroenterologia Oncologia (ambatório de pré e pós cirúrgico);

- Ginecologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Obstetrícia (pré natal alto risco);
- Hematologia;
- Infectologia (VVS);
- Mastologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Neurocirurgia;
- Otorrinolaringologia - adulto (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Otorrinolaringologia pediátrica (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Ortopedia e Traumatologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Cuidado Paliativo - Paliativismo;
- Pediatria (egresso alto risco);
- Proctologia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Pneumologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Urologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Proctologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Urologia Oncologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Angiologia e Cirurgia Vascular (ambulatório de pré e pós cirúrgico);

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo. 2º. O HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- (HEMU) tem por finalidade:

Desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e recuperação da saúde no âmbito das especialidades que lhe compete;

Prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência no âmbito das especialidades que lhe compete;

Promover, prevenir e recuperar a saúde da população dentro da área de abrangência geográfica que lhe compete;

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo. 3º. O HEMU possui a seguinte composição organizacional, conforme no organograma abaixo:

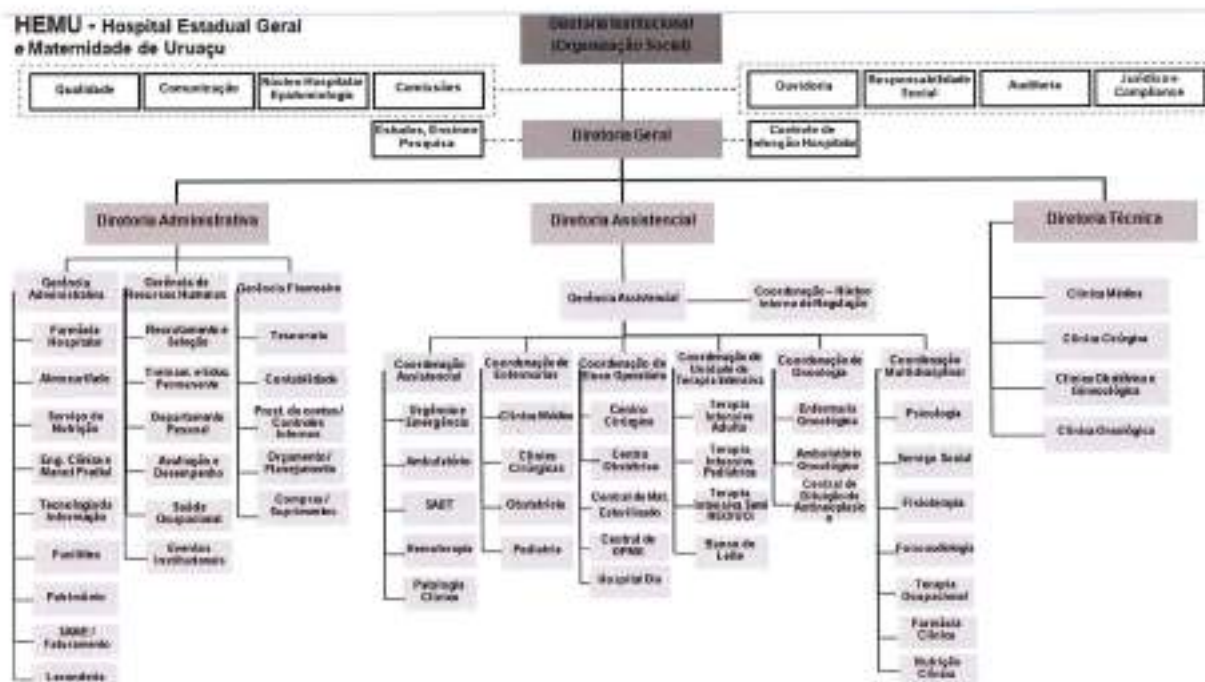


Figura 1. Organograma Institucional HEMU.

Seção I. Diretoria Geral

Parágrafo único: A Diretoria Geral é o órgão máximo na estrutura hierárquica e será assessorado pelos seguintes setores:

- Gerência Administrativa;
- Gerência Financeira
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Gerência Assistencial
- Comissão de Farmácia;
- Comissão de Revisão de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Diretoria Administrativa;
- Diretoria Assistencial;
- Secretaria;
- Diretoria Técnica;
- Gerência de Recursos Humanos;

- Comissão de Biossegurança;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê Transfusional;
- Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Epidemiologia Hospitalar;
- Qualidade;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com Risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);
- Comissão Regional de Sistemas de Informação do Câncer (CR SINC);
- Comissões Temporárias.

Seção II. Diretoria Técnica

Parágrafo único: A Diretoria Técnica será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a classe médica no hospital. Será assessorada pelas seguintes Coordenações:

- Coordenação da Clínica Médica;
- Coordenação da Clínica Cirúrgica;
- Coordenação da Clínica Obstétrica e Ginecológica;
- Coordenação de Urgência e Emergência;
- Coordenação do Ambulatório;
- Coordenação do Centro Cirúrgico;
- Coordenação do SADT;
- Assessoria Jurídica;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Qualidade e Segurança do Paciente;

- Comissão de Mortalidade Materna e Neonatal;
- Comissão de Residência Médica (COREME);
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes - CIHDOTT;
- Comitê de Compliance;
- Comissões Temporárias.

Seção III. Diretoria Assistencial

Parágrafo único: A Diretoria assistencial será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará a classe de enfermagem no hospital. Será assessorado pelos seguintes Coordenações:

- Coordenação Assistencial;
- Coordenação de enfermagem das Enfermarias;
- Coordenação Bloco Cirúrgico Operatório;
- Coordenação de enfermagem Oncológica;
- Coordenação de Unidade de Terapia Intensiva;
- Coordenação da equipe Multidisciplinar.

Parágrafo único: A Diretoria Administrativa será subordinada à Diretoria Geral e será o órgão que representará os profissionais de apoio assistencial e logístico no hospital. Será assessorado pelos seguintes Coordenações:

- Coordenação de Farmácia Hospitalar;
- Coordenação de Nutrição e Dietética;
- Coordenação de Tecnologia de informação;
- Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Coordenação de Faturamento;
- Coordenação dos Serviços Gerais;
- Supervisão de Engenharia Clínica e Manutenção predial;
- Supervisão de Facílites;
- Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
- Supervisão do Patrimônio;
- Almojarifado.

Parágrafo 9 - Gerência Administrativa será subordinada à Diretoria Administrativa será o órgão que fará o elo de ligação entre as unidades de apoio e os profissionais de apoio assistencial e logístico no hospital. Será assessorado pelas coordenações já citadas.

Seção IV. Diretoria Administrativa

CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo. 4º. À Diretoria Geral compete:

- Coordenar, acompanhar e conduzir as diretrizes e objetivos da política de saúde preconizada para o hospital;
- Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas através da Diretoria Técnica, Gerência Administrativa e Gerência de Assistencial, objetivando a eficiência e a eficácia da organização;
- Coordenar, estimular e acompanhar as ações desenvolvidas pelas Comissões Permanentes e Comissões Temporárias, objetivando a articulação e o cumprimento de seus objetivos propostos;
- Coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através das Assessorias de Jurídica, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;
- Coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através da Assessoria Financiera, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;
- Coordenar e acompanhar as ações desenvolvidas através da Assessoria de Jurídica, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;
- Coordenar e acompanhar as ações

desenvolvidas na Coordenação de RH, promovendo a articulação e bom desempenho aos órgãos integrantes da Instituição;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Fomentar a humanização do atendimento hospitalar;
- Promover articulação com órgãos afins para o desenvolvimento de programas, convênios e parcerias da Instituição Hospitalar com instituições de ensino e pesquisa em saúde;
- **Artigo. 5º. À Secretaria compete:**
 - Prestar assistência à Diretoria Geral, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;
 - Recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for o caso;
 - Recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;
 - Redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;
 - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Handwritten signature or initials in blue ink.

Artigo. 6º. À Assessoria Jurídica e compliance compete:

- Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades voltadas para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente a área hospitalar;
- Manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;
- 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.

Artigo. 7º. À Gerência Financeira compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Contabilidade, Supervisão de Tesouraria e Supervisão de Faturamento;
- Executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados pelo setor;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Prestar assessoria ao Diretor Geral nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;
- Analisar, permanentemente, os aspectos financeiros do Hospital com vistas a sugerir medidas para um adequada gestão financeira;
- Elaborar planos, programas e projetos de gestão financeira do Hospital;
- Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;
- Manter contato com a Diretoria Geral objetivando a eficiência dos processos administrativos/financeiros das atividades hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Assessoria Financeira serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 8º. À Contabilidade compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Contabilidade;

- Fazer registro diário dos procedimentos e serviços contábeis prestados;
- Elaborar a proposta orçamentária do Hospital;
- Emitir notas de empenho e/ou anulação, bem como liquidação dos mesmos, de acordo com a legislação, mantendo atualizado seu controle;
- Elaborar os registros contábeis;
- Manter o registro das receitas e despesas realizadas através do SIC;
- Enviar a prestação de contas a Secretaria de Saúde;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Tesouraria;

- Receber, guardar, entregar, pagar e restituir, mediante comprovação, quaisquer valores do Hospital ou do paciente;
- Proceder diariamente o registro dos pagamentos e recebimentos efetuados e a verificação de saldos existentes em caixa, emitindo boletim financeiro;
- Manter o controle de contas bancárias;
- Efetuar pagamentos dos processos de aquisição de materiais, prestação de serviços e folha de pagamento;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Contabilidade serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 9º. À Tesouraria compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Tesouraria serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 10º. Ao Faturamento compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela

Supervisão de Faturamento;

- Fazer registro diário dos serviços prestados nos sistemas próprios (SIS AIH, BPA, APAC e sistema MV);
- Classificar, conferir e apurar despesas por pacientes, de acordo com os registros no prontuário do paciente, Boletim de atendimento ambulatorial e APAC;
- Classificar as contas;
- Emitir relatórios mensais do quantitativos de faturamento por tipo de cobrança (BPA, APAC, AIH) de acordo com o centro de custo que executou o atendimento;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do prontuário do paciente, equipamento e material utilizado;
- Colaborar com a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Coordenação Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 11º. Ao Compras compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Compras;
- Planejar e programar a aquisição dos materiais e equipamentos, devidamente autorizada pela Diretoria, em articulação com a Supervisão de Almoxarifado e Coordenação de Assistência Farmacêutica, de conformidade com a política de estoque e as necessidades do hospital, identificando no mercado as melhores condições;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Buscar novas fontes de fornecimento e descobrir novos produtos, visando o aprimoramento dos procedimentos e os métodos, através de uma política de compras dinâmica e eficaz;
- Manter boas relações comerciais com os fornecedores, assegurando o cumprimento dos prazos de entrega, através do cumprimento dos prazos de pagamento pela Diretoria;
- Certificar-se de que materiais adquiridos foram recebidos conforme quantidades e especificações constantes nos Pedidos de Fornecimento de Mercadorias e seus anexos, através do processo de diligenciamento;
- Manter atualizadas as informações

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de

AM

cadastrais dos fornecedores;

- Catalogar leis, decretos, portarias e instruções relativas à aquisição de material;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Colaborar com a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Coordenação Administrativa da Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Compras serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 12º. À Gerencia de Recursos humanos compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Recursos Humanos;
- Realizar em conjunto com a direção da unidade levantamento das necessidades de

pessoal em cada setor do Hospital;

- Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos profissionais do hospital;
- Manter atualizado no Sistema do CNES as informações cadastrais e registros de contratação e desligamento dos profissionais assistenciais do hospital;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Controlar a concessão de férias e licenças dos profissionais, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;
- Controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;
- Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;
- Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material

utilizado;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Manter contato com a supervisão administrativa, Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;
- Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Supervisão de

Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Gestão de Pessoas serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 13º. A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar compete:

- Cumprir e fazer cumprir as normativas da portaria 2.616 do MS;
- Elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infecção relacionada a assistência conforme características e particularidades do hospital;
- Assessorar a autoridade máxima do hospital no que tange ao controle das infecções relacionadas a assistência a saúde;
- Elaborar, implementar, manter, executar e avaliar as ações de prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência hospitalar;
- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado;
- Implementar o uso racional de antimicrobianos e de soluções germicidas e materiais médicos hospitalares;
- Auxiliar a Diretoria Técnica no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à

infecção relacionada a assistência hospitalar;

- Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção relacionadas a assistência, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo. 14º. À Comissão de Revisão de Prontuários compete:

- Cumprir e fazer cumprir resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002;
- Propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;
- Zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;
- Promover a avaliação qualitativa e

quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;

- Sugerir à Diretoria Técnica ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo. 15º. À Comissão de Farmácia compete:

- Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- Elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital;
- Estabelecer condutas terapêuticas;
- Fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos,



emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;

- Desenvolver programas de farmacovigilância;
- Estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.
- **Artigo. 16º. À Comissão de Revisão de Óbitos compete:**
- Cumprir e fazer cumprir a Resolução nº 2.171/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Auxiliar a Diretoria Técnica no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade do hospital;

- Sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;
- Emitir anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para conhecimento, avaliação e medidas pertinentes caso necessário;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo. 17º. À Comissão de Ética Médica compete:

- Cumprir e fazer cumprir a Resolução CFM nº 2.152/2016;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos

- pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
- Fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
 - Após denúncia de práticas médicas irregulares e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
 - Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
 - Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
 - Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
 - Orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;
 - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
 - Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
 - Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.
 - Artigo. 18º. À Comissão de Ética de Enfermagem compete:
 - Cumprir e fazer cumprir a Resolução COFEN Nº593/2018;
 - Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
 - Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
 - Assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
 - Trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
 - Analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;
 - Orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
 - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material



utilizado;

- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo. 19º. À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes compete:

- Cumprir e fazer cumprir a NR5 do MT;
- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;
- Elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;
- Controlar a eficácia das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- Participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requerer ao Hospital a paralisação de equipamento ou serviço onde exista risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo. 20º. Às Comissões Temporárias compete:

- Estudar e analisar problemas e situações não previstas na competência das Comissões Permanentes;
- Sugerir soluções ou correção dos problemas ou situações que lhe forem indicadas;

Artigo. 21º. Ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) compete:

- Fortalecer o processo de regulação e gerenciamento de leitos da unidade;

- Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e o hospital;
- Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situações não previstas na pactuação;
- Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);
- Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;
- Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar;
- Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- Fornecer subsídios para a Direção Geral e Técnica para o adequado gerenciamento dos leitos;
- Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;
- Acompanhar indicadores gerenciais;
- Monitorar o censo diário;
- Monitorar motivos de retardo na ocupação e

desocupação de leitos;

- Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.
- Avaliação dos resultados e busca por melhorias.

Artigo. 22º. Ao Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE): compete:

- Cumprir e fazer cumprir a PORTARIA GM - 204 de 17 de fevereiro de 2016, que normatiza e estabelece competências para o NHE;
- Atuar como interface entre as vigilâncias epidemiológica Municipal, Estadual e o hospital;
- Investigar e Notificar doenças de notificação compulsória (Imediata, semanal e negativa) conforme cada situação;
- Realizar vigilância sentinela, conforme norma técnica específica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- Interagir com as equipes da unidade para a realização de busca ativa rotineiras

Handwritten signature or initials in blue ink.

de doenças ou agravos de notificação compulsória, com os respectivas classificação de CID's ;

- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o atendimento a população, por meio de programas de educação continuada, para a devida notificação de doenças e agravos que devem ser notificados;
- Emitir mensalmente relatório detalhado com indicadores epidemiológicos, perfil epidemiológico das doenças, agravos e óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor geral para conhecimento, avaliação e medidas pertinentes caso necessário;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo. 23º. À Diretoria Técnica compete:

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões:

Coordenação da Clínica Médica; Coordenação da Clínica Cirúrgica; Coordenação da Clínica Obstétrica e Ginecológica; Coordenação da Clínica Oncológica; Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva; Coordenação de Urgência e Emergência; Coordenação do Ambulatório; Coordenação do SADT.

- Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades

técnicas e administrativas de sua área;

- Manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;

Artigo. 24º. À Coordenação da Clínica Médica compete:

- Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;

- Emitir pareceres e relatórios, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;

- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;

- Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;

- Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

- Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

- Primar pelo respeito, ética e responsabilidade com as informações sigilosas passadas pelos pacientes durante as consultas e atividades desenvolvidas na clínica;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

dados para fins estatísticos;

- 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.

Parágrafo Único - As atividades do SADT serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 31º. À Gerência Assistencial compete:

- Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;
- Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Urgência e Emergência; Ambulatório; SADT; Hemoterapia; Patologia Clínica; Unidades de Internação (Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Pediátrica); Bloco Operatório e CME; Hospital Dia; Unidades de Terapia Intensiva e Banco de Leite; Unidade de Internação Oncológica; Ambulatório Oncológico e Central de Diluição de Antineoplásicos.

- Desenvolver programas de assistência integral e contínua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro;
- Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem - COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
- Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
- Atender sempre às convocações do COREN,

Artigo. 25º. À Coordenação da Clínica Cirúrgica compete:

- Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes cirúrgicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- Emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;
- Elaborar escala de cirurgias para todos os membros da Clínica;
- Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Clínica Cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 26º. À Coordenação da Clínica Obstétrica compete:

- Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes obstétricos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- Emitir pareceres, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;
- Preencher adequadamente o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- Preencher todos os itens de Declaração

de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;

- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Primar pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas na clínica;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Clínica Obstétrica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 27º. À Coordenação de Urgência e Emergência compete:

- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades assistenciais desenvolvidas na unidade de urgência e emergência, visando um melhor atendimento e à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;

- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes no Pronto Socorro;
- Orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;
- Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares na Urgência e Emergência, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Diretoria Técnica, objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Urgência e Emergência serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 28º. À Coordenação Geral do Ambulatório compete:

- Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Geral do hospital;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório;
- Monitorar diariamente o tempo de espera de consultas, propor medidas e intervenções para o que a jornada do paciente no ambulatório não ultrapasse de 60 minutos entre seu registro, atendimento e liberação, exeto nos casos que tecnicamente justifique tal prolongamento de tempo;
- Monitorar diariamente o nível de satisfação do usuário com os serviços prestados;
- Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório para os pacientes egressos e de demanda agenda;
- Proporcionar ao SAME, através do registro das atividades, condições de coletar dados

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de

para fins de estatística, jurídicos e outros;

- Colaborar na formação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde;
- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial;
- Manter contato com a Direção Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços ambulatoriais;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Parágrafo Único - As atividades de Coordenação do Ambulatório Integrado serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo, 29º. À Coordenação do Bloco Operatório compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas à atuação da equipe cirúrgica em suas respectivas áreas;

- Prestar assistência de médica cirúrgica aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- Elaborar o mapa cirúrgico em conjunto com a coordenação de enfermagem e encaminhá-lo às Unidades de Internação, Serviços de Apoio e NIR;
- Executar e supervisionar a atividade da equipe médica;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória de doenças do Ministério da Saúde;
- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, protocolos e padronizações definidos pelo CCIH;

- Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA;
 - Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
 - Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
 - Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
 - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
 - Fazer registro diário dos serviços prestados;
 - Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
 - Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
 - **Parágrafo Único** - As atividades do Serviço Médico do Centro Cirúrgico serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.
- Artigo. 30º. À Coordenação do SADT:
- Coordenar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades realizada pelos serviços de apoio ao diagnóstico (laboratório de patologia clínica, laboratório de anatomia patológica, exames de métodos gráficos, exames de imagem, EDA, colonoscopia, broncoscopia), visando uma melhor qualidade dos exames complementares realizados;
 - Comunicar imediatamente ao setor solicitante resultados de exames que apontam para uma condição clínica que necessite de uma intervenção especializada imediata;
 - Realizar todos os exames para pacientes internados e ambulatoriais do Hospital;
 - Integrar-se com os profissionais das outras especialidades médicas para a elucidação eficiente dos diagnósticos;
 - Estabelecer plantão nas 24 (vinte e quatro) horas para realização de exames de urgência para os pacientes internados;
 - Fazer registro diário dos serviços prestados a cada setor do hospital;
 - Fazer o lançamento diário dos laudos e resultados de exames no software oficial do hospital;
 - Manter contato com a Diretoria Técnica e Diretoria Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
 - Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar

no prazo determinado;

- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Parágrafo Único - a função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida.

Artigo. 32º. À Gerencia Administrativa compete:

- Gerenciar, planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos Serviços Gerais (Portaria e Vigilância, Limpeza, Lavanderia), Supervisão de Manutenção de Equipamentos e Transportes, Supervisão de Tecnologia da Informação, Supervisão de Lavanderia, Rouparia e Costuraria, Supervisão do Almoarifado e Patrimônio Coordenação de Nutrição e Dietética, Coordenação Farmacêutica, Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio

técnico, moral e profissional do corpo clínico;

- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa entre os profissionais assistenciais;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- Manter contato com a Direção Geral, Técnica e Gerência de enfermagem do hospital objetivando a eficiência assistencial, administrativa e logística dos serviços hospitalares;
- Fazer cumprir as normas dos Conselhos de

cada grupo de profissionais subordinados à gerência Administrativa.

Parágrafo Único - As atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 33º. À Coordenação de Serviços Gerais compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Portaria, Vigilância e Limpeza;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Artigo. 34º. Ao Serviço de Portaria e Vigilância compete:

- Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral no hospital;
- Controlar a entrada e saída de veículos, e objetos em geral no hospital;
- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e profissionais;
- Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas do hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Artigo. 35º. Ao Serviço de Limpeza compete:

- Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso, de acordo com as normas e padrões definidos pela CCIH.
- Limpar as áreas externas e de circulação do hospital;
- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Manter contato com a Supervisão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Serviços Gerais serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 36º. À Coordenação de Manutenção de Equipamentos Biomedicos compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Realizar atividades referentes a consertos de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio serviço ou terceirizados, solicitando autorização da Gerência Administrativa;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos Biomédicos;
- Operar e manter em regular funcionamento os equipamentos fazendo revisões periódicas dos mesmos e de suas redes de distribuição;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- Manter contato com a Diretoria Geral e Gerência Administrativa 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.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Manutenção de Equipamentos Biomedicos serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 37º. À Coordenação de Manutenção Predial compete:

- 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;

- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- Manter contato com a Gerência Administrativa 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.

Parágrafo Único – As atividades da Coordenação de Manutenção Predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 38º. À Supervisão de Tecnologia da Informação compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;
- Emitir pareceres sobre equipamentos,

instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital);

- Manter os equipamentos de informática todos inventariados em seus respectivos setores em perfeitas condições de uso;
- Proporcionar aos demais setores do hospital os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;
- Manter contato com a Gerência Administrativa 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.

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 39º. À Supervisão de Lavanderia, Rouparia e

Costuraria compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter atualizado o sistema de gerenciamento de uso e processamento e informações referentes ao consumo de roupas e seus custos por setor hospitalar;
- Manter o enxoval em quantidade suficiente, livre de rasgos, manchas ou qualquer fator que comprometa sua boa imagem;
- Manter atualizada um arquivo com relação de produtos químicos utilizados no processamento de roupas e seus respectivos registros na ANVISA;
- Cumprir e fazer cumprir as normas da CCIH no que tange o processamento de roupas com resíduos infectantes;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Manter contato com a Gerência

Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado, obedecendo as normas e legislações vigentes em relação as boas práticas bem como as orientações definidas pela CCIH.

Artigo. 40º. À Supervisão de Almoarifado e Patrimônio compete;

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoarifado e Patrimônio;
- Receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria Geral e Gerência Administrativa;
- Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Gerência do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- Manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;
- Fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os

ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;

- Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;
- Manter o estoque dos materiais padronizados no hospital em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;
- Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades da Supervisão de Almoarifado e Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 41º. A Coordenação do Serviço Social compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;
- Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;
- Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- Participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;

- Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
- Colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
- Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
- Promover educação em saúde no hospital;
- Manter contato com a Gerência Administrativa e Coordenação Multiprofissional do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material

utilizado;

- Elaborar manuais de normas e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 42º. À Coordenação da Equipe Multi Profissional compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades administrativas da área de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica na UTI, Unidades de Internação e unidade de urgência e emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- Garantir assistência dos serviços de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica aos pacientes internados, através de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, contribuindo de maneira interdisciplinar para com todas as outras equipes.
- Prestar assistência conforme legislação vigente no âmbito do exercício profissional e código de ética;

- Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência Multiprofissional;
- Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência;
- Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;
- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;
- Cooperar com as Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- Estabelecer comunicação com a equipe Médica e administrativa, para alinhamento de situações que se revelem necessárias;
- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- Efetuar a avaliação de desempenho da equipe multiprofissional de acordo com a legislação e orientações da Instituição;
- Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;
- Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- Acompanhar junto ao Gestor imediato e Gerência de Recursos Humanos a situação de cada profissional da equipe aos seus

respectivos conselhos de classe;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades dos Serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia, nutrição e terapia ocupacional hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada serviço.

Artigo. 43º. À Coordenação de Nutrição e Dietética compete:

- Coordenar, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da supervisão de produção e supervisão de dietética;
- Realizar o planejamento administrativo do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único - As atividades do Serviço de Nutri-

ção e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 44º. À Coordenação de Assistência Farmacêutica compete:

- Coordenar, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação de materiais e medicamentos;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;
- Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;
- Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros

produtos farmacêuticos;

- Elaborar avaliações fármaco econômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados no hospital;
- Manter contato com a Gerência Administrativa 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.

Parágrafo Único - As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de

modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 45º. À Coordenação do Serviço de Arquivo Médico e Estatística compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatística e Serviço de Registro Geral;
- Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência Administrativa do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único – As atividades do Serviço de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

CAPÍTULO V. DO FUNCIONAMENTO

O Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), será orientado pelas normativas elaboradas pela equipe de gestão do IMED, pelo presente Regimento Interno, pela Legislação Brasileira e em estrita observância aos princípios éticos e morais. Este Regimento representa a estrutura de funcionamento das Unidades e serviços que compõem o HEMU e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Parágrafo Único – O HEMU tem suas atividades organizadas e distribuídas em unidades produtivas de serviços especializados, cada unidade é gerenciada pelo seu gestor, conforme pontuadas nas atribuições e competências determinadas no presente regimento, em consonância das normas emanadas da Constituição Federal, lei 8.080, normas do CFM - Conselho Federal de Medicina, e todas normativas pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial o contrato de gestão firmado entre o IMED e a SES-GO.

CAPÍTULO VI. DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo. 46º. São atribuições do Diretor Geral:

- Dirigir o Hospital, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;
- Participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pelo Hospital;
- Submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;
- Fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
- Garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;
- Baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;
- Indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;
- Gerenciar o fluxo de recursos do fundo para pequenas despesas e aquisições emergenciais;
- Assinar documentos, atestos, ofícios e ordens de compras;
- Programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;

- Homologar, revogar ou anular, conforme o caso, ordens de serviços, orçamentos e planilhas de compras realizadas pelo Hospital;
- Elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos profissionais do Hospital;
- Submeter relatório das atividades realizadas a Secretaria de Saúde.

Artigo. 47º. São atribuições do Diretor Técnico:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Técnicos Assistenciais no âmbito da área médica, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Consultar e propor ao Diretor Geral penas

- disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina - CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.
- Despachar com o Diretor Geral e Diretor Técnico;
- Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Consultar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerência;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;

Artigo. 48º. São atribuições do Gerente Administrativo

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos, Logísticos e de apoio assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

Artigo. 49º. São atribuições do Gerente Assistencial:

- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem e Multiprofissional, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
 - Despachar com o Diretor Geral;
 - Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
 - Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
 - Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
 - Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
 - Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
 - Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
 - Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem - COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões, bem como demais conselhos;
 - Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
 - Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
 - Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
 - Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.
- Artigo. 50º. São atribuições dos Coordenadores e Supervisores:
- Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
 - Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
 - Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
 - Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;
 - Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos profissionais;

AM

- Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for o caso;
- Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
- Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;
- Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
- Requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo. 51º. São deveres do profissional de qualquer categoria:

- Cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;
- Manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço

ou quando autorizado;

- Executar as tarefas que lhe forem determinadas;
- Tratar com humanidade os pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem o Hospital, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;
- Zelar pelo patrimônio do Hospital;
- Comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;
- Obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional e normas gerais de boa convivência e respeito mútuo;
- Participar de comissões;
- Aguardar em serviço a chegada do substituto;
- Evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;
- Participar de reuniões, quando convocado;
- Executar as atribuições delegadas.

CAPÍTULO VII. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo. 52º. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Geral. Caso seja necessário, pela natureza do caso omissos, serão ouvidos o Diretor Técnico e/ou a Comissão de Ética Médica e/ou Comissão de ética de Enfermagem ou outra comissão temporária definida para tal.

Artigo. 53º. Sempre que necessário este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e reformulado.

Artigo. 54º. Revogam-se as disposições em contrário.

CAPÍTULO VIII – HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XX/XX/XX	XXX	XXXXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXXX XXXXXXXXX

ITEM 1.1.2.3 - REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

LOGO

PROPOSTA PARA REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Código: XXX-XXX-XXX

Data: XX/XX/XXXX

Revisão: XX

Páginas: X de XX

REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo. 1º. O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) tem por objetivo prestar uma assistência com qualidade, com ausência de riscos ao cliente/paciente, atuando em consonância com a Missão e Valores institucionais, fundamentada pela Lei do Exercício Profissional (Decreto nº 94.406 de 08/06/1987) e do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (Resolução COFEN nº 564/2017) e assim assinalando as demais Instruções e Legislação emanada dos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo. 2º. O serviço de enfermagem tem por finalidade:

- I. Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- II. Atendimento humanizado e integral;

III. Respeito ao paciente, família e profissionais;

IV. Trabalho multiprofissional, respeitando o modelo de gestão e atenção;

V. Incentivo ao desenvolvimento pessoal através de capacitações e estímulo ao trabalho em equipe;

VI. Promoção da interação de ensino/pesquisa/assistência;

VII - Estimular e promover o trabalho atendendo aos conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade;

VII - Prestar assistência de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde;

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo. 3º. A equipe que compõe a Equipe de Enfermagem está assim organizada:

- I. Gerência Assistencial;
- II. Coordenação de Enfermagem;
- III. Coordenação do Núcleo Interno de

Regulação (NIR);

- IV. Coordenação Multiprofissional;
- V. Enfermeiros Assistenciais / Emergência e Urgência / Intensivistas;
- VI. Enfermeiro especialista em Bloco Cirúrgico/ CME;
- VII. Enfermeiro especialista em Obstetrícia;
- VIII. Enfermeiro especialista em Oncologia;
- IX. Técnicos de Enfermagem;
- X. Auxiliar de Enfermagem.

CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo. 4º. São competências para o Gerência Assistencial: Orientação para resultados; Foco no cliente; Relacionamento Interpessoal e Comunicação; Gestão de Equipe; Liderança; Planejamento; Visão de Negócio e Visão Sistêmica; Prevenção e solução de problemas; Negociação; Resiliência; Criatividade; Iniciativa; Segurança na tomada de decisão.

Artigo. 5º. São competências para o Coordenadores: Orientação para resultados; Foco no Cliente; Relacionamento Interpessoal e Comunicação; Gestão de Equipe; Liderança; Planejamento; Visão Sistêmica

dos serviços do SUS; Solução de problemas; Negociação; Iniciativa; Organização; Resiliência; Criatividade; Segurança na tomada de decisão; Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 6º. São competências para o Enfermeiro Assistencial, indiferente de sua área de especialização: Liderança; Trabalho em equipe; Flexibilidade; Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 7º. São competências para o Técnico de Enfermagem: Responsabilidade; Atitude Ética; Comunicação; Trabalho em equipe; Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 8º. São competências para o Auxiliar de Enfermagem: Responsabilidade; Atitude Ética; Comunicação; Trabalho em equipe; Comprometimento com o projeto institucional.

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo. 9º. O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) manterá plantão durante 24 horas,

sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

- I. Horário de Trabalho ou Serviço Diurno (SD): 07h às 19h, em dias alternados;
- II. Tempo de Intervalo Diurno: (refeição - 30 a

60 min e descanso - 60 min);

III. Horário de Trabalho ou Serviço Noturno (SN): 19h às 07h, em dias alternados;

IV. Tempo de Intervalo Noturno: (refeição - 30 a 60 min e descanso - 60 min);

Artigo. 10º. O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) obedecerá aos seguintes turnos de trabalho:

I - Unidade de internação: 07h às 19h, 19h às 07h;

II - Unidade de ambulatório: 07h às 17 (segunda a sexta-feira).

Parágrafo Único. O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Artigo. 11º. Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: jaleco; roupas brancas, não transparentes, não apertadas; sapato fechado; cabelos presos; unhas curtas e sem adornos.

Artigo. 12º. O funcionário poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizada somente pelo Gerência Assistencial ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo. 13º. São atribuições da Gerência Assistencial:

- I. Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- II. Despachar com o Diretor Geral;
- III. Elaborar e executar o Planejamento Estratégico anual de enfermagem alinhado ao planejamento da Instituição;
- IV. Realizar diagnóstico, planejar e avaliar resultados das ações pertinentes a enfermagem;
- V. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- VI. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da instituição;
- VII. Cooperar com as demais Diretorias da Instituição e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- VIII. Convocar e participar nas reuniões com os coordenadores de enfermagem;

- IX. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- X. Efetuar a avaliação de desempenho do coordenador de enfermagem, de acordo com a legislação e orientações da instituição;
- XI. Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem de acordo com a missão, visão e valores da instituição;
- XII. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e demais entidades reguladoras de saúde;
- I. Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento da Instituição em quantidade e qualidade, garantindo sua efetividade;
- II. Gerenciar as atividades técnicas, administrativas, de ensino e pesquisa junto a Educação Permanente e Desenvolvimento, em consonância com a Diretoria Técnica da Instituição;
- III. Acompanhar os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem, tomando providências quando necessário sobre atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem;
- IV. Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho, conforme Resolução COFEN nº543/2017;
- V. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/06/1987;
- VI. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 564/2017;
- VII. Indicar os coordenadores de enfermagem como cargos de confiança, respeitando o critério e requisitos específicos de cada cargo;
- VIII. Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da Instituição, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e missão da Gerência de Enfermagem e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício de enfermagem (COREN);
- IX. Estruturar, organizar e dirigir a Gerência de Enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;
- X. Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da Gerência Assistencial;
- XI. Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;
- XII. Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, às unidades de internação, centro cirúrgico, CME, pronto socorro e ambulatório;

- XIII. Zelar pelo patrimônio e imagem da Instituição;
- XIV. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;
- XV. Organizar, dirigir e supervisionar os cuidados de Enfermagem prestados pela Instituição, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes;
- XVI. Propor adaptações e reformar de planta física que se façam necessárias para atender às necessidades técnicas;
- XVII. Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com os cuidados prestados aos pacientes, bem como, dar sugestão das alterações em protocolos e manuais de Enfermagem;
- XVIII. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da equipe de enfermagem;
- XIX. Apresentar relatórios mensais sobre as atividades realizadas e movimentos estatísticos;
- XX. Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;
- XXI. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;
- XXII. Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem;
- XXIII. Manter uma integração com os demais serviços da Instituição para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;
- XXIV. Monitorar os serviços das empresas terceirizadas, visando manter a qualidade do serviço;
- XXV. Estimular atividades de pesquisa científica na instituição;
- XXVI. Colaborar com atividades educacionais para profissionais em todos os níveis de formação (técnico, graduação, pós graduação).
- Artigo. 14º.** São atribuições do Coordenador de Enfermagem:
- I. Realizar o monitoramento dos indicadores da assistência de Enfermagem;
 - II. Realizar o gerenciamento da Comissão de Enfermagem;
 - III. Monitorar e intervir quando necessário, na escala de atividades do corpo de enfermagem;
 - IV. Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;
 - V. Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;
 - VI. Zelar pelo cumprimento das disposições

- legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;
- VII. Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade nas Unidades Assistenciais;
- VIII. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;
- IX. Cooperar com as demais Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- X. Estabelecer comunicação com a equipe Médica e Administrativa, para acerto de situações que se revelem necessárias;
- XI. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- XII. Efetuar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e supervisores, de acordo com a legislação e orientações da Instituição;
- XIII. Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;
- XIV. Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- XV. Auxiliar o RH nas auditorias periódicas aos registros de enfermagem;
- XVI. Fornecer relatórios e documentações sempre que solicitado pela Gerência de Enfermagem e Diretoria da Unidade;
- XVII. Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- XVIII. Acompanhar junto ao gestor imediato e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao Conselho Regional de Enfermagem;
- XIX. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem;
- XX. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- Parágrafo Único** - As atividades de Coordenação Assistencial; de Enfermarias; Bloco Operatório; Unidade de Terapia Intensiva e Oncologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.
- Artigo. 15º.** São atribuições do Coordenador do Núcleo Interno de Regulação:
- I. Fortalecer o processo de regulação e gerenciamento de leitos da unidade;
 - II. Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e o hospital;

- IV. Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência Multiprofissional;
- V. Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência;
- VI. Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;
- VII. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;
- VIII. Cooperar com as Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- IX. Estabelecer comunicação com a equipe Médica e administrativa, para alinhamento de situações que se revelem necessárias;
- X. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- XI. Efetuar a avaliação de desempenho da equipe multiprofissional de acordo com a legislação e orientações da Instituição;
- XII. Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;
- XIII. Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- XIV. Acompanhar junto ao Gestor imediato e Gerência de Recursos Humanos a situação de cada profissional da equipe junto aos seus respectivos conselhos de classe;
- XV. Fazer registro diário dos serviços prestados;
- XVI. Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- XVII. Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- XVIII. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- XIX. Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- XX. Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- XXI. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- XXII. Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.
- Parágrafo Único** - As atividades dos Serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia, nutrição e terapia ocupacional hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada serviço.

Artigo. 17º. São atribuições do Enfermeiro Assistencial / Emergência e Urgência / Intensivista:

- | | |
|--|---|
| <p>I. Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;</p> <p>II. Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;</p> <p>III. Acolher os pacientes de modo que sejam atendidos continuamente em suas necessidades;</p> <p>IV. Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;</p> <p>V. Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;</p> <p>VI. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;</p> <p>VII. Redigir relatório no livro de plantão;</p> <p>VIII. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;</p> <p>IX. Planejar e prover os recursos necessários para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem;</p> <p>X. Realizar os registros da Assistência de Enfermagem, conforme padrões da</p> | <p>Instituição e a legislação em vigor;</p> <p>XI. Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;</p> <p>XII. Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;</p> <p>XIII. Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;</p> <p>XIV. Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pelos Técnicos de Enfermagem;</p> <p>XV. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;</p> <p>XVI. Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;</p> <p>XVII. Realizar, acompanhar e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) dos pacientes da unidade;</p> <p>XVIII. Realizar aspiração de traqueotomia, tubo oro traqueal e vias áreas superiores;</p> <p>XIX. Realizar instalação de cateter nasogástrico e</p> |
|--|---|

vesical;

- XX. Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência;
- XXI. Participar da visita multiprofissional;
- XXII. Participar das reuniões setorial multiprofissional;
- XXIII. Preencher notificações de sua responsabilidade, segundo padronização da Coordenação de Vigilância Sanitária e Secretaria Estadual de Saúde;
- XXIV. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;
- XXV. Acompanhar menor desacompanhado em consulta ou designar o Técnico ou Auxiliar de Enfermagem para fazê-lo;
- XXVI. Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;
- XXVII. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;
- XXVIII. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;
- XXIX. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;

- XXX. Elaborar escala de folgas, conferir presença, faltas, atrasos e realocar os funcionários para atendimento onde for necessário;
- XXXI. Avaliar periodicamente os funcionários de sua equipe;
- XXXII. Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;
- XXXIII. Seguir normas relacionadas ao controle de infecção hospitalar (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis);
- XXXIV. Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;
- XXXV. Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção;
- XXXVI. Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;
- XXXVII. Realizar as atividades de área/ setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;
- XXXVIII. Zelar pelo preenchimento e organização do prontuário do paciente;
- XXXIX. Facilitar e interagir com os processos da Gerência e Coordenação de Enfermagem;

XL. Facilitar e interagir com os processos da Gerência e Coordenação de Enfermagem;

XLI. Promover a comunicação efetiva com os clientes internos e externos, participar da tomada de decisão e resolução de problemas relacionados à assistência.

Parágrafo Único - As atividades de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

Artigo. 18º. Compete ao Enfermeiro Centro Cirúrgico:

- I. Coordenar, supervisionar e monitorar as atividades de enfermagem da unidade sob a sua responsabilidade;
- II. Desenvolver habilidades e competências técnico-científica em conjunto com a equipe de enfermagem;
- III. Realizar planos de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos;
- IV. Prever recursos necessários ao atendimento em sala operatória;
- V. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;
- VI. Checar previamente a programação cirúrgica;
- VII. Elaborar a escala diária de atividades dos

funcionários;

VIII. Supervisionar e orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de itens especiais;

IX. Planejar, implementar e avaliar as rotinas assistenciais;

X. Planejar, implementar e executar as ações de educação permanente para a equipe do Centro Cirúrgico.

XI. Planejar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo os quatro períodos de trabalho;

XII. Orientar e conscientizar a equipe cirúrgica para uso e observância das precauções padrão;

XIII. Verificar os materiais e equipamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico;

XIV. Manter o ambiente cirúrgico seguro, tanto para o paciente, quanto para equipe multiprofissional;

XV. Recepcionar o paciente no CC certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios da área, do prontuário e da pulseira de identificação, assim como da apresentação dos exames pertinentes ao ato cirúrgico;

XVI. Realizar avaliação pré operatória, de acordo

com as condições oferecidas pelo Setor;

- XVII. Participar e executar, o cuidado ao atendimento direto ao paciente Crítico e Semicrítico;
- XVIII. Participar de todas as reuniões a que for convocado, bem como de todas as reuniões semanais com as demais chefias e promover reuniões com a equipe;
- XIX. Organizar e distribuir a equipe de enfermagem para prestar atendimento individualizado e sequencial, em atendimento às condições do paciente e qualificação profissional de cada funcionário;
- XX. Elaborar a escala diária de atribuições da equipe de enfermagem observando o melhor funcionamento do setor;
- XXI. Avaliar e ser receptivo à avaliação de desempenho periódico, oferecendo e recebendo "feedback" das orientações prestada ao servidor avaliado;
- XXII. Relatar diariamente ao Chefe da Unidade os fatos de maior relevância ocorridos no plantão;
- XXIII. Desenvolver capacidade de liderança e manter conduta ética para harmonizar e obter o comprometimento da equipe no alcance das metas e resultados da unidade, em consonância com o estabelecido pela Instituição.
- XXIV. Orientar os servidores quanto à importância

de conhecer o protocolo de acidentes com material biológico, de como conduzir-se nestas situações e do registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;

- XXV. Utilizar-se da roupa privativa somente no setor;
- XXVI. Orientar, cobrar e monitorar a apresentação da equipe Enfermagem sob sua responsabilidade, no que diz respeito ao uso correto da touca, da máscara (cobrindo nariz e boca), do pro pé, bem como, sobre a não utilização de adornos que possam comprometer a segurança do paciente durante os procedimentos no Centro Cirúrgico, SRPA e Central de Material e Esterilização.

Parágrafo Único - As atividades de Enfermagem na Central de OPME e Hospital Dia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

Artigo. 19º. Compete ao Enfermeiro da Central de Material Esterilizado:

- I. Coordenar, planejar, supervisionar e avaliar o desenvolvimento das atividades de processamento dos artigos hospitalares executados pela equipe de enfermagem no CME;
- II. Prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação,

- Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Ambulatórios, mantendo estoque para as emergências;
- III. Coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem quanto ao processamento do instrumental cirúrgico, conferindo o conteúdo das caixas cirúrgicas das várias especialidades de acordo com uma relação preexistente, sempre que utilizadas e de acordo com a programação cirúrgica;
- IV. Supervisionar o controle de entrada e saída de material do CME para outros setores do hospital;
- V. Coordenar, planejar e executar treinamento com a equipe de Enfermagem em serviço e em processo de educação continuada;
- VI. Desenvolver habilidades e competências técnico-científicas em conjunto com a equipe de enfermagem e incentivar e promover a pesquisa científica em seu campo de atuação;
- VII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- VIII. Coordenar, supervisionar e controlar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização executados pela equipe de enfermagem;
- IX. Supervisionar a equipe pelo cumprimento das orientações quanto ao uso de EPI's e as normativas para dinâmica do serviço;
- X. Orientar os profissionais sob sua supervisão quanto a importância de conhecer o protocolo de condutas quando do acidente com material biológico, do registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;
- XI. É vetado o uso de adornos durante qualquer procedimento de enfermagem no Centro Cirúrgico, SRPA e Central de Material e Esterilização;
- XII. Utilizar-se da roupa privativa somente no setor.
- Artigo. 20º.** Compete ao Enfermeiro Obstetra e Obstetrix:
- I. Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;
- II. Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;
- III. Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;
- IV. Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;
- V. Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de

- III. Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situações não previstas na pactuação;
- IV. Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);
- V. Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;
- VI. Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;
- VII. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar;
- VIII. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;
- IX. Fornecer subsídios para a Direção Geral e Técnica para o adequado gerenciamento dos leitos;
- X. Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;
- XI. Acompanhar indicadores gerenciais;
- XII. Monitorar o censo diário;
- XIII. Monitorar motivos de retardo na ocupação e desocupação de leitos;
- XIV. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição.
- XV. Avaliação dos resultados e busca por melhorias.
- Artigo. 16°.** São atribuições do Coordenador Multi-profissional:
- I. Coordenar, planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades administrativas da área de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica na UTI, Unidades de Internação e unidade de urgência e emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
 - II. Garantir assistência dos serviços de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica aos pacientes internados, através de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, contribuindo de maneira interdisciplinar para com todas as outras equipes.
 - III. Prestar assistência conforme legislação vigente no âmbito do exercício profissional e código de ética;

- posição no parto, preservação da integridade perineal do momento da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;
- VI. Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;
- VII. Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;
- VIII. Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;
- IX. Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;
- X. Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;
- XI. Emitir a Declaração de Nascido Vivo - DNV, conforme a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo.
- XII. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;
- XIII. Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;
- XIV. Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;
- XV. Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidências científicas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;
- XVI. Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;
- XVII. Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;
- XVIII. Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em atendimento ao imperativo da Portaria GM/

MS nº 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua;

XIX. Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;

XX. Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

XXI. Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;

XXII. Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta

Artigo. 21º. Compete ao Enfermeiro Oncológico:

- I. Assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem aos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico em ambientes hospitalar e ambulatorial;
- II. Promover a humanização do atendimento a pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico;

III. Normatizar a consulta de Enfermagem a pacientes submetidos ao tratamento com quimioterápico antineoplásico;

IV. Assegurar a observância dos requisitos básicos de biossegurança para os profissionais de Enfermagem que trabalham com quimioterapia antineoplásica com fins terapêuticos;

V. Normatizar os serviços de quimioterapia, conforme a Portaria MS/SAS Nº 3.535/98, acompanhando a evolução tecnológica de padrões internacionais de biossegurança;

VI. Obedecer às normas de segurança do paciente conforme a RDC ANVISA Nº 36/2013;

VII. Assegurar controle trimestral das doenças ocupacionais através de protocolo inserido ao PCMSO.

VIII. Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de Enfermagem, em pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico antineoplásico, categorizando-o como um serviço de alta complexidade;

IX. Elaborar protocolos terapêuticos de Enfermagem na prevenção, tratamento e minimização dos efeitos colaterais;

X. Realizar consulta de enfermagem baseada na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE);

PROPOSTA PARA
REGIMENTO INTERNO
DO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

- XI. Administrar quimioterápico antineoplásico, conforme farmacocinética da droga e protocolo terapêutico; (NR)
- XII. Promover acesso venoso totalmente implantável;
- XIII. Promover e difundir medidas de prevenção de riscos e agravos através da educação dos pacientes e familiares;
- XIV. Participar de programas de garantia da qualidade em serviço de quimioterapia antineoplásica de forma setorizada e global;
- XV. Proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais de Enfermagem atuantes na área;
- XVI. Participar da definição da política de recursos humanos, da aquisição de material e da disposição da área física, necessários à assistência integral aos clientes; relações técnico-científicas com as unidades afins, desenvolvendo estudos investigacionais e de pesquisa;
- XVII. Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de Enfermagem no prontuário do paciente e demais documentos, ressaltando os indicadores de desempenho e de qualidade, interpretando e melhorando a utilização dos mesmos;
- XVIII. Formular/atualizar manuais técnicos operacionais para equipe de Enfermagem nos diversos setores de atuação;
- XIX. Formular e implantar manuais educativos aos pacientes e familiares, adequando-os à sua realidade social;
- XX. Manter a atualização técnica e científica da biossegurança individual, coletiva e ambiental, que permita a atuação profissional com eficácia em situações de rotinas e emergenciais, visando interromper e/ou evitar acidentes ou ocorrências que possam causar algum dano físico ou ambiental;
- XXI. Participar da elaboração de protocolos institucionais;
- XXII. Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações pertinentes à área de atuação.
- Parágrafo Único** - As atividades de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.
- Artigo. 22º.** São atribuições do Técnico de Enfermagem:
- Integrar a equipe de saúde, assegurando à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;
- I. Realizar anotações de enfermagem pontuais, em ordem cronológica e com letra legível, devidamente datada, carimbadas e assinadas;

- II. Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos e auxiliar em procedimentos;
 - III. Ministras medicamentos por via oral, inalatória e parenteral, entre outras;
 - IV. Realizar controle hídrico, registrando dados no prontuário do paciente;
 - V. Realizar curativos conforme prescrição de enfermagem;
 - VI. Aplicar oxigenoterapia, nebulização e inalação;
 - VII. Pesar e medir o paciente;
 - VIII. Alimentar e/ ou auxiliar o paciente;
 - IX. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente: banho de aspersão ou leito, higiene ocular, oral, íntima e mudança de decúbito;
 - X. Realizar troca diária da fixação do tubo oro traqueal após o banho e sempre que necessário;
 - XI. Realizar punção venosa (e/ou troca da fixação da mesma) identificando data da punção, atentando para sinais flogísticos;
 - XII. Colher material para exames laboratoriais e identificá-los corretamente;
 - XIII. Realizar controle de sinais vitais, glicemia capilar e pressão venosa central;
 - XIV. Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência;
 - XV. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente crítico sob supervisão do enfermeiro;
 - XVI. Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;
 - XVII. Seguir normas relacionadas ao controle de infecção hospitalar (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis);
 - XVIII. Zelar pela limpeza e ordem do material, dos equipamentos e das dependências da unidade;
 - XIX. Participar da visita multiprofissional;
 - XX. Participar das reuniões setorial e das reuniões de equipe;
 - XXI. Participar nos programas de treinamentos e aprimoramento profissional desenvolvidos na unidade e/ ou instituição;
 - XXII. Participação das reuniões de Educação Permanente.
- Parágrafo Único** - As atividades do Técnico de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

Artigo. 23º. São atribuições do Auxiliar de Enfermagem:

XXIII. Executar a prescrição dos profissionais assistentes do usuário, no que concerne as suas atribuições;

XXIV. Receber os clientes/pacientes, admitidos na unidade;

XXV. Observar, reconhecer e comunicar ao enfermeiro sinais e sintomas dos usuários, em nível de sua qualificação;

XXVI. Executar ações de tratamento simples conforme a Lei do Exercício Profissional;

XXVII. Prestar cuidados de higiene, conforto e alimentação ao usuário;

XXVIII. Ministrar medicamentos, conforme prescrição médica;

XXIX. Zelar pela segurança do usuário;

XXX. Preparar os usuários para cirurgias e exames;

XXXI. Realizar anotações de enfermagem, conforme a lei do exercício profissional;

XXXII. Zelar pela manutenção e limpeza das dependências da unidade;

XXXIII. Acompanhar e transportar os usuários para exames, cirurgias ou alta hospitalar, conforme avaliação do enfermeiro;

XXXIV. Desempenhar tarefas afins;

XXXV. Cumprir as determinações do enfermeiro responsável pela unidade de acordo com a sua qualificação, normas e rotinas do serviço;

XXXVI. Cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

Parágrafo Único - As atividades do Auxiliar de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo. 24º. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do Coren-GO.

Artigo. 25º. Os profissionais de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Artigo. 26º. O funcionário não poderá deixar o ambiente de trabalho uniformizado.

Artigo. 27º. Os profissionais de enfermagem só poderão se ausentar da unidade a partir do momento que o próximo profissional assumir o plantão, preservando a garantia da qualidade e continuidade da assistência;

Artigo. 28º. Norma Regulamentadora nº32 ou NR-32: constitui-se de uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde, de qualquer serviço de saúde, inclusive, os que trabalham nas escolas, ensinando e pesquisando. As normas/recomendações a serem seguidas são:

- I. As precauções padrão deve ser praticadas rotineiramente, usando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI); e adequar uso de EPI's conforme exposição;
- II. O profissional de enfermagem deve atender a convocação para receber as vacinas e exames de saúde, eles são importantes para a prevenção de moléstias infecciosas que poderão estar presente no ambiente de trabalho;
- III. Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho;
- IV. O descarte de agulhas e outros materiais perfuro cortantes devem ser realizados dentro da caixa apropriada, sem reencapar;
- V. Qualquer acidente de trabalho por menor que seja, mesmo não havendo afastamento do trabalho, deve ser notificado no Pronto-Socorro e posteriormente ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;

- VI. Não deve usar calçado aberto. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;
- VII. Não guardar alimentos em locais não destinados para este fim;
- VIII. Não manusear lentes de contato nos postos de trabalho.

Artigo. 29º. Anualmente, o pessoal de enfermagem deverá apresentar ao Departamento de Pessoal ou ao Enfermeiro Responsável Técnico, a certidão negativa fornecida pelo Coren-GO, informando que o mesmo se encontra regularizado com suas obrigações financeiras, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Uma vez constatado exercício ilegal da profissão, seja por inscrição provisória vencida ou falta de inscrição na categoria em que atua na instituição, o profissional será notificado por escrito pelo Responsável Técnico de Enfermagem e terá 48 horas, para regularizar a situação frente ao COREN-GO, devendo apresentar declaração. Não regularizando a situação no prazo estipulado, o caso será encaminhado à Comissão de Ética de Enfermagem e ao Diretor do Hospital, que indicará o impedimento profissional até a completa resolução da situação.

Artigo. 30º. O presente Regimento do Serviço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto n. 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem".

LOGO

PROPOSTA PARA
REGIMENTO INTERNO
DO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Artigo. 31º. O Enfermeiro Responsável Técnico poderá tomar decisões não previstas no presente Regimento, desde que respaldadas pela Legislação vigente.

Artigo. 32º. O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

Artigo. 33º. Este Regimento serve como instrumento

de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores de enfermagem, sem qualquer exceção;

Artigo. 34º. Este Regimento 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.

CAPÍTULO VIII - HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XXX	XX	XXXXXXXXXXXXXX

AM



ITEM 1.1.2.4 - PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

RELAÇÃO DE MÓDULOS

- Totem - Emissão de Senha
- Painel de Atendimento e Chamada
- Controle de Sala
- Gestor de Fluxo de Atendimento
- Classificação de Risco
- Pronto Atendimento
- Central de Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamento;
- Ambulatório;
- Internação;
- Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico;
- Posto de Enfermagem;
- Prescrição Eletrônica do Paciente;
- PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente;
- CCIH - Controle e Infecção Hospitalar;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Diagnóstico por imagem;
- Faturamento Internação SUS (BPA e APAC);
- Faturamento Internação SUS (AIH);
- Patrimônio;
- Agência Transfusional;
- Almoxarifado e Farmácia;
- Nutrição e Dietética;
- CME - Central de Material Esterilizado;
- Engenharia e Manutenção;
- Portaria;
- SAME;
- Higienização e Limpeza;
- Lavanderia e Rouparia;
- Gestão de Usuários;
- Acompanhamento e Controle gerencial;

- Diretoria Clínica;
- Editor de Documentos Eletrônicos;
- Gerador de Relatórios;

GESTÃO DE FLUXO

TOTEM EMISSÃO DE SENHA

- O sistema deverá disponibilizar solução para a emissão de senhas de atendimentos normais, pacientes prioritários e pacientes com mais de 80 anos para a gestão das filas de espera e atendimentos;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração da impressora do totem de emissão de senhas;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração do tipo de impressão do totem de emissão de senhas;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração das filas que terão suas senhas emitidas pelo totem em questão;
- Na emissão da senha o sistema além de imprimir o número, deverá apresentar qual etapa inicial do atendimento o usuário deverá esperar;
- O sistema deverá estar integrado com os painéis de atendimento e para a chamada dos pacientes;
- O sistema deverá permitir configurar o número de cópias para a emissão da senha;

PAINEL DE ATENDIMENTO E CHAMADA

- O sistema deverá disponibilizar solução

para a chamada eletrônica dos pacientes em atendimento nos setores de atenção ao paciente na instituição;

- O sistema deverá permitir fazer a configuração da fila que o painel irá fazer a gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes. Ex: Senha, Nome, Hora de Chegada, Hora Prevista Atendimento, Status do Paciente, Nome do Paciente;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração de quais processos de atendimento (triagem, atendimento administrativo, atendimento médico, atendimento social, exame de imagem, exame de laboratório, procedimentos, medicamentos) serão utilizados pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela em cada uma das etapas;
- O sistema deverá permitir configurar a chamada do paciente em tela cheia;
- O sistema deverá permitir configurar chamada com som;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar o painel de chamada e atendimento com a leitura da senha ou do nome do paciente por voz;
- O sistema deverá permitir a configurar/habilitar a na tela do painel de atendimento a direção que o paciente deve se dirigir para receber o atendimento (a esquerda, a direita, em frente);
- O sistema deverá permitir configurar o painel de chamada para apresentar a foto do

MJ

paciente;

- O sistema deverá apresentar o local que o paciente deverá se dirigir (Sala, Consultório, Box, Guichê);
- O sistema deverá permitir configurar quais especialidades de atendimento que serão chamadas através do painel;
- O sistema deverá permitir fazer a configuração/habilitação dos campos de apresentação do painel por etapa do atendimento;
- O sistema deverá permitir configurar o tipo de direcionamento por voz: masculina, feminina ou uma específica;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar as últimas senhas chamadas;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar função multimídia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, vídeos, apresentações, stream, URL ou outros tipos;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar a apresentação dos pacientes em espera para atendimento por listagem;
- O sistema deverá permitir configurar/habilitar informação com a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE) na fila que o painel está configurado para fazer a gestão;
- O sistema deve permitir configurar/habilitar informação com o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) por especialidade no Pronto Socorro;

CONTROLE DE SALA

- O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da Instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de imobilização, sala de exames de imagens);
- O sistema deverá permitir o usuário visualizar os pacientes que estão esperando serem chamados para atendimento na sala, organizado por prioridade de atendimento;
- O sistema deverá disponibilizar recurso para o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- O sistema deverá estar integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- O sistema deverá permitir registrar que o paciente se encontra em atendimento na sala;
- O sistema deve emitir mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontrar em atendimento em uma outra sala ao ser chamado;
- O sistema deve permitir registrar eletronicamente a conclusão do atendimento do paciente na sala;
- Ao concluir o atendimento do paciente na sala, ele deve ser removido automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o

aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;

- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;
- O sistema deve atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada a cada registro realizado no sistema;

GESTOR DE FLUXO DE ATENDIMENTO

- O sistema deve disponibilizar de solução que permita fazer análise em tempo real (on-line) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e on-line de indicador para fazer análise do tempo de espera para cadastro indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e on-line de indicador para fazer análise do tempo de espera para triagem e classificação, indicando a senha com maior tempo de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica e on-line, indicador para fazer análise em tempo real por prioridade do tempo médio de espera para classificação de risco, para cadastro do paciente e para o atendimento médico, indicando as senhas com maior tempo médio de espera da etapa

de atendimento;

- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera para atendimento médico, cadastro, classificação de risco, atendimento social, indicando a senha com maior tempo médio de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera para atendimento com tolerância;
- O sistema deve disponibilizar de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes com atendimento médico por especialidade e por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de mortes de pacientes por especialidade e por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de internações por prioridade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de

pacientes classificados por faixa etária;

- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes com classificação em aberto e finalizadas;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;
- O sistema deve disponibilizar painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos com alta por cidade e bairro;

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O sistema deve permitir registrar todo o processo de triagem e classificação de risco do paciente no serviço de pronto atendimento do hospital;

O sistema deve permitir que seja configurado e parametrizado qual protocolo de classificação de risco que será utilizado pela instituição;

O sistema deve possuir carregado em sua base no mínimo o Protocolo Humaniza SUS;

O sistema deve permitir que seja configurado qual processo de atendimento será utilizado no fluxo de

atendimento do paciente no Pronto Socorro (triagem e atendimento administrativo ou atendimento administrativo e triagem);

O sistema deve permitir configurar quais sinais vitais serão registrados no processo de triagem e classificação de risco;

O sistema deve dispor de configuração de qual faixa de horário do dia será realizado a triagem e a classificação de risco do paciente no Pronto Socorro;

O sistema deverá estar integrado aos totens de emissão de senha e aos painéis eletrônicos de atendimento e chamada;

- O sistema deve dispor de mecanismo que permita o usuário acionar e realizar a chamada do paciente de forma eletrônica, através do sistema;
- Ao acionar a chamada eletrônica do paciente, o painel de atendimento deve apresentar a senha e o box de classificação e triagem que o paciente deverá se encaminhar por comando de voz instalado na solução;
- O Sistema deve dispor tela com a relação de todos os pacientes que estão aguardando para serem triados e classificados e o tempo de espera em minutos de cada um dos pacientes;
- O sistema deve permitir que seja registrado o acolhimento do paciente no mínimo com as seguintes informações: Nome do Paciente, Idade ou Data de Nascimento, Sexo e Cidade;
- O sistema deve permitir fazer o registro da abordagem inicial, informando a queixa principal, observações em relação a queixa principal, medicamentos em uso, alergias do paciente e também as reações em relação as substâncias ao qual o paciente relatou que é alérgico;
- O sistema deve permitir fazer o registro dos

sinais vitais do paciente que está em triagem e classificação de risco;

- O sistema deve permitir escolher o sintoma em uma lista de acordo com o protocolo de triagem e classificação de risco adotado pela instituição;
- De acordo com o sintoma o sistema deve sugerir automaticamente quais itens devem ser avaliados durante a triagem do paciente pela enfermeira;
- O sistema deve permitir fazer o registro da avaliação de Glasgow no processo de triagem e classificação de risco;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a intensidade da dor do paciente através de uma régua de escala de dor;
- Após a definição do grau de prioridade do paciente feita pelo sistema, o sistema deve atribuir automaticamente a cor correspondente ao protocolo utilizado como também o tempo máximo de espera para atendimento médico;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro de reavaliação do paciente quando necessário;
- O sistema deve permitir fazer o encaminhamento para atendimento da assistente social dos pacientes triados e que não caracterizaram Urgência e Emergência;
- No processo de triagem e classificação de risco o sistema deve sugerir a especialidade que o paciente deverá ser encaminhado para atendimento médico;
- O sistema deve disponibilizar opção e fazer a impressão da ficha de triagem com todas as informações registradas durante o processo de acolhimento e classificação de risco no Pronto Socorro;

PRONTO ATENDIMENTO

- O sistema deverá ser totalmente integrado aos sistemas de emissão de senha, painel de atendimento, acolhimento e classificação de risco, controle de salas e gestão de fluxo do paciente;
- O sistema deve possuir tela que permita que a recepcionista visualize todas as senhas que estão aguardando para serem atendidas administrativamente, selecione umas delas na lista para efetuar a chamada eletrônica e posteriormente o registro (cadastro) e o atendimento do paciente;
- Ao acionar o dispositivo eletrônico de chamadas, o painel de atendimento e chamadas deverá apresentar para o paciente em espera, qual guichê de atendimento administrativo o mesmo deverá se encaminhar;
- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista deverá executar uma pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa poderá ter no mínimo as seguintes opções:

- Prontuário (matrícula)

- Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF;

- Nome da Mãe;

- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;

AM

- O sistema deve dispor de recurso de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de recurso que permita a pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa na base de dados;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário deverá ter a opção para registrar um novo cadastro de paciente.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:

- Nome;

- Nome Social;

- Nome da Mãe;

- Nome do Pai;

- Data de Nascimento;

- Sexo;

- Cor;

- Tipo Sanguíneo;

- Nome do Cônjuge;

- Identidade;

- Órgão Emissor;

- Data de Emissão;

- CPF;

- Cartão Nacional de Saúde;

- Estado Civil;

- Endereço;

- Número e Complemento;

- Bairro;

- Cidade;

- CEP;

- Telefone Residencial;

- Telefone Comercial;

- Telefone Celular;

- E-Mail;

- Local de Trabalho;

- Cargo;

- Tipo de Vínculo;

- Número de Registro Funcional;

- Tipo de Moradia;

- Profissão;

- Classe Econômica;

- Grau de Instrução;

- Religião;

- Etnia;

- Naturalidade;

- Nacionalidade;

- Fotografia do Paciente;

- Restrição de Visita;

- Situação Familiar;

- Captura da biometria do paciente (um ou mais dedos);

- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;

- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações:

- Data;

- Hora;

- Médico;

- Origem do Atendimento (setor);

- Convênio;

- Plano;

- Tipo de Atendimento;

- Procedimento;

- CBO

- Serviço;

- Tipo de Paciente;

- Local de Procedência;

- Destino do Paciente no PA;

- Especialidade;

- Responsável pelo Paciente com no mínimo os seguintes campos: grau de parentesco, nome, telefone, CPF, número de identidade e endereço;

- Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão

o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos, ou seja, os mesmos já venham preenchidos de forma automática, diminuindo assim o tempo de atendimento na recepção;

- Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:

- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;

- Termo de Responsabilidade;

- Ficha de Atendimento Emergência;

- O sistema deve abrir automaticamente no faturamento a conta do paciente e fazer o lançamento dos procedimentos (consulta médica) no BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e também o setor executante;
- O sistema deverá permitir registrar o encaminhamento dos pacientes aos leitos de observação no pronto atendimento;
- O sistema deverá permitir registrar a transferência de leitos do paciente na observação quando houver necessidade, a fim de manter o censo ocupacional da unidade de pronto atendimento organizado e atualizado;
- O sistema deverá permitir registrar ocorrências e fatos relevantes ocorridos durante o atendimento do paciente;
- O sistema deverá possuir opção para a exclusão do atendimento registrado ao paciente;
- O sistema deverá possuir opção para registrar a transferência de médico do paciente no pronto atendimento e emergência;

- O sistema deverá possuir opção para a alteração do tipo de atendimento;
- O sistema deverá possuir opção para a alteração do atendimento do paciente;
- O sistema deverá possuir opção para registrar a alta do paciente no atendimento de emergência;
- O sistema deverá possuir opção para registrar o diagnóstico do paciente no atendimento de emergência;
- O sistema deve possuir tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;
- O sistema deve possuir tela para consulta somente dos atendimentos na emergência de uma determinada data;
- O sistema deve possuir tela com gráfico da quantidade de pacientes atendidos por hora em um determinado período;
- O sistema deve possuir tela para que o usuário possa consultar a situação atual dos leitos de observação, como também visualizar a ocupação de cada um deles (paciente, médico, CID, convênio) e ainda visualizar de forma gráfica o status de cada um dos leitos;
- O sistema deverá dispor de relatório estatísticos de atendimentos por: Bairro, Cidade, Médico, Especialidade, Faixa Etária, Motivo de Atendimento, Origem e Usuário;

AGENDAMENTO DE CONSULTAS, EXAMES, SESSÕES E TRATAMENTOS

- O sistema deverá permitir configurar/cadastrar todos os Itens de agendamento com as seguintes informações: Código, Descrição do Item, Tipo do Item (Ambulatorial, Imagem, Laboratório ou de Composição), Ativo

(Sim ou Não), Tempo Padrão de Execução, Prestadores Habilitados para a Execução dos Procedimentos, Relacionamento do Item de Agendamento com o Procedimento correspondente na tabela SIGTAP, deve possuir configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento o sistema deve sugerir alteração do tempo de realização, se é obrigatório o cadastro do paciente para o agendamento do respectivo Item de agendamento, tempo de preparo em necessário em dias ou horas para a realização do procedimento agendado, tempo de repetência para o agendamento do procedimento novamente em dias ou horas, observações sobre o item de agendamento, recursos e equipamentos necessários para a realização do item de agendamento, tempo de execução do item de agendamento por prestador e proibições de itens de agendamento simultâneo com intervalo mínimo entre um agendamento e outro;

- O sistema deverá possuir opção de cadastrar/configurar distintas Unidades de Atendimento (Ambulatório, Centro de Imagens ou Centro Clínico), esta opção será utilizada quando a instituição possuir Ambulatórios, Centro de Imagens ou Centros Clínicos distribuídos em rede e com localização física distinta, com os seguintes campos:

Código;

Nome;

Sigla;

Situação;

Endereço;

- O sistema deverá possuir tela para o cadastro de feriados nacionais e regionais. Nas datas cadastradas como feriados o sistema não deverá disponibilizar e permitir realizar agendamento de procedimentos na cidade ou unidades de uma determinada cidade;

- O sistema deve permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados na realização dos agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição no mínimo com as seguintes informações:

- Dia da Semana;

- Tipo de Escala;

- Hora Inicial;

- Hora Final;

- Tipo de Horário do Atendimento (hora marcada ou chegada);

- Qtde. Horários disponibilizados;

- Qtde. Encaixes;

- Permissão para realização de encaixes extras;

- Profissional;

- Setor;

- Unidade de Atendimento;

- Consultório;

- Recurso;

- Itens de Agendamento do Dia;

- Qtde. Máxima de atendimentos por Convênio;

- Qtde. Máxima de atendimentos por Tipo de Atendimento x Especialidade/Serviço;

- Usuários Autorizados a realizarem agendamentos na escala;

- Peso Máximo/

- Altura Máxima;

- Faixa Etária;

- O sistema deverá possuir opção para serem registradas/configuradas as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela da central de agendamento e marcação para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;

- O sistema deve permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes que fizeram os agendamentos, estas mensagens deverão ser configuradas para envio de e-mail ou por sms;

- O sistema deve ter a opção de configuração dos horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os SMS para os pacientes antes do horário agendado para procedimento;

- O sistema deve ter a opção de configurar e fazer a leitura do SMS de retorno, nesta mensagem respondida pelo paciente, de acordo com o código respondido pode confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados;

- O sistema deverá possuir opção para a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas. A liberação da agenda médica irá disponibilizar para o setor responsável pelo agendamento os horários de acordo com as parametrizações realizadas nas escalas de atendimento. O sistema deve possuir os seguintes parâmetros para a

MJ

liberação da escala de atendimento;

- Código da Escala (opcional);

- Data de Liberação;

- Período de Liberação da Escala;

- Tipo da Escala;

- Prestador;

- Especialidade;

- Se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas que estejam vagas;

- O sistema deve disponibilizar recurso para fazer a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;
- O sistema deverá permitir agendar em tela única consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;
- O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas de consultas, exames e procedimentos na tela de agendamento indicando no mínimo os seguintes parâmetros:

- Paciente;

- Convênio;

- Plano;

- Item de Agendamento;

- Prestador;

- Especialidade;

- Tipo de Atendimento;

- Unidade de Atendimento;

- Caso o usuário não informe o prestador e informe somente a especialidade desejada

pelo paciente, o sistema irá buscar a primeira agenda disponível de um ou mais profissionais da mesma especialidade;

- Na tela da Central de Agendamento, de acordo com os parâmetros lançados, o sistema deve executar automaticamente a busca de datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;
- O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas para agendamento de tratamentos/sessões na tela de agendamento indicando os seguintes parâmetros:

- Paciente;

- Convênio;

- Plano;

- Item de Agendamento;

- Prestador;

- Especialidade;

- Tipo de Atendimento;

- Unidade de Atendimento;

- Tratamento (Sim ou Não)

- Qtd. de Sessões;

- O sistema deverá trazer na tela de forma automática a quantidade de dias que possuem vagas disponíveis de acordo com a quantidade de sessões informadas na tela anterior;
- O sistema não deve permitir o usuário agendar um segundo item com um intervalo entre os procedimentos inferior ao tempo de execução do primeiro procedimento agendado;
- O sistema deverá bloquear a faixa de

AM

horário reservado para o paciente e não disponibilizar mais o mesmo na tela de agendamento;

- O sistema deverá alertar ao usuário quando existirem conflitos de agendamentos de procedimentos que necessitem de um intervalo mínimo de tempo para a sua execução;
- O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações relativas ao convênio/plano do paciente para que o mesmo possa repassar ou então orientar-se por ela;
- O sistema deve possuir campo para registrar observações relativas ao paciente ou ao agendamento;
- O sistema deve possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados;

- Telefone;

- Pessoalmente;

- Solicitação

- Fax;

- E-mail;

- O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que as mesmas sejam repassadas ao paciente;
- O sistema deve possibilitar inserir o paciente agendado em uma fila de espera, caso o intervalo entre a data do agendamento e a data disponível não estejam atendendo as necessidades do paciente;
- O sistema deve permitir fazer a emissão do comprovante de agendamento ou então fazer o envio do mesmo por correio eletrônico ou SMS;

- O sistema deve permitir registrar os contatos com os pacientes agendados para a confirmação da presença na data agendada;

- O sistema deve permitir registrar a transferência de agenda de consultas e exames de um profissional para outro, ou para o mesmo profissional em nova data ou na mesma data em horário diferente;

- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento;

- O sistema deve permitir o usuário bloquear uma agenda de um determinado profissional em um intervalo de horas dentro de um mesmo dia ou intervalo de dias, informando o motivo do bloqueio;

- O sistema deve permitir o usuário registrar os encaixes na agenda de consultas e exames;

- O sistema deve permitir o sistema fazer a gestão da fila de espera. O sistema deve alertar o usuário que existem agendamentos com as mesmas características na fila de espera para a vaga que foi disponibilizada ao ser cancelado o agendamento de um procedimento.

- O sistema deve permitir o usuário registrar/configurar a turma e a escala da turma com as seguintes informações:

- Dias da semana;

- Horário de início e fim por dia da semana;

- Serviço;

- Tipo de Atendimento;

- Prestador;

- O sistema deve permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário

Handwritten signature

(fisioterapia, hemodiálise, quimioterapia e etc.) Informando a turma e os pacientes por turma;

- O sistema deve estar integrado com a prescrição médica eletrônica, pois todos os exames de pacientes internados ou ambulatoriais poderão ser agendados através de uma solicitação de agendamento de exames ou procedimentos que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento como também o reenvio de e-mail para os mesmos;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a reserva de uma faixa de horários que esteja livre na agenda, o usuário deverá informar a data inicial e final, horário inicial e final e o tipo da reserva;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente específico;
- O sistema deve possuir tela de consultas onde o usuário poderá pesquisar todo o histórico de agendamentos do paciente;
- O sistema deverá disponibilizar relatório de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/Recurso e Posição de Fila de Espera;
- O sistema deve possuir relatório com a agenda diária do médico;

AMBULATORIO

- O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de consultas, pois os pacientes agendados pela central devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais;
- O sistema deve possuir mecanismo para que o paciente faça a retirada da senha de atendimento ambulatorial;
- O sistema deve dispor de painéis de atendimento que informem os seguintes dados:

- Senha;

- Hora Chegada;

- Previsão de Atendimento (cadastro);

- Status do Atendimento;

- O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecionar a senha em uma lista de atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;
- O sistema deve permitir a recepcionista possa associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda médica;
- Ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do ambulatório para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções:

- Prontuário (matricula)

- Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF;

- Nome da Mãe;

- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário irá iniciar o preenchimento do registro do paciente.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:

- Nome;

- Nome Social;

- Nome da Mãe;

- Nome do Pai;

- Data de Nascimento;

- Sexo;

- Cor;

- Tipo Sanguíneo;

- Nome do Cônjuge;

- Identidade;

- Órgão Emissor;

- Data de Emissão;

- CPF;

- Cartão Nacional de Saúde;

- Estado Civil;

- Endereço;

- Número e Complemento;

- Bairro;

- Cidade;

- CEP;

- Telefone Residencial;

- Telefone Comercial;

- Telefone Celular;

- E-Mail;

- Local de Trabalho;

- Profissão;

- Classe Econômica;

- Grau de Instrução;

- Religião;

- Etnia;

- Naturalidade;

- Nacionalidade;

- Fotografia do Paciente;

- Captura da biometria do paciente;

- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;

- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações:

- Data;

- Hora;

- Médico;

- Convênio;

- Plano;

- Tipo de Atendimento;

- Serviço;

- Tipo de Paciente;

- Local de Procedência;

- Destino;

- Procedimento

- CBO

- Especialidade;

- Responsável pelo Paciente;

- Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento;

- Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:

- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;

- Termo de Responsabilidade;

- Ficha de Atendimento Ambulatorial;

- O sistema deve abrir automaticamente no faturamento e fazer o lançamento na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente;
- O sistema deve permitir o registro de atendimentos ambulatoriais de pacientes que não estão agendados, sem a necessidade de registrar como encaixe;
- O sistema deve permitir o registro de atendimento de pacientes em turmas de atendimento, ou seja, mais de um paciente para um mesmo horário como ocorre na fisioterapia ou outros tratamentos em grupos;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve disponibilizar mecanismo para que o usuário identifique e registre no sistema quais pacientes não compareceram a consulta médica;
- O sistema deve dispor de tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;
- O sistema deve dispor de tela de gerenciamento que informe a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora;
- O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios:

- Atendimentos por Período;

- Atendimentos por Empresa;

- Atendimentos por Médico;

- Atendimentos por Cidade;

- Atendimentos por Bairro;

ML

- Atendimentos por Especialidade;

- Atendimentos por Serviço;

- Atendimentos por Usuário;

- Consultas Atendidas x Faturadas;

- O sistema deve emitir relatório de tempo de espera por período, por médico e por faixa de tempo;
- O sistema deve atualizar automaticamente o status do atendimento de acordo com a etapa do atendimento executada;

INTERNAÇÃO

- O sistema deve permitir o registro de admissão de internações eletivas e de urgência.
- O sistema deve gerar automaticamente a pré-internação do paciente a partir do agendamento de uma cirurgia como também da solicitação de internação de pacientes da urgência e emergência com no mínimo as seguintes informações:

- Paciente;

- Telefone;

- Código do Aviso de Cirurgia;

- Data da Previsão de Internação;

- Cidade;

- Data da Previsão de Alta;

- Origem;

- Médico;

- Especialidade;

- Convênio;

- Plano;

- Procedimento;

- CID;

- Tipo de Acomodação;

- Tipo de Internação;

- Leito;

- Serviço;

- Observações;

O sistema deve permitir registrar o cadastro da pré-internação do paciente clínico eletivo, ou seja, dos pacientes que não possuem nenhum agendamento de cirurgia previsto como também oriundos da emergência, com no mínimo as seguintes informações:

- Paciente;

- Telefone;

- Código do Aviso de Cirurgia;

- Previsão de Internação;

- Cidade;

- Previsão de Alta;

- Origem;

- Médico;

- Especialidade;

- Convênio;

- Plano;

- Procedimento;

- CID;

- Tipo de Acomodação;



- Tipo de Internação;

- Leito;

- Serviço;

- Observações;

- O sistema deve estar totalmente integrado a agenda de cirurgias eletivas do centro cirúrgico e com as pré-internações clínicas. O sistema deve disponibilizar tela que apresente lista de todos os pacientes com previsão de internação para a data selecionada, o sistema deve apresentar indicação em tela se o paciente possui pendências que podem impedir seu atendimento ou que sirvam de alerta para o setor de internação;
- A partir da tela de previsões de internações o sistema deve apresentar uma lista com todos os pacientes que estão previstos para internação na data selecionada, usuário poderá selecionar um dos pacientes que está disponível na lista para registrar e efetivar a internação do mesmo.
- O sistema deve dispor também de recurso para registro de internações de pacientes que não estão programados para hospitalização e conseqüentemente não estão disponibilizados na tela de previsão de internação;
- A recepcionista deverá dispor de funcionalidade para realizar busca do cadastro de pacientes, executando uma pesquisa na base de dados para verificar se o paciente já possui registro na instituição.
- A pesquisa terá que ser no mínimo com as seguintes opções:

- Prontuário (matrícula)

- Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF;

- Nome da Mãe;

- Biometria

- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- No processo de internação o usuário poderá acessar a tela de cadastro/registo do paciente para atualização de informações ou então a abertura de um novo prontuário.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:

- Nome;

- Nome Social;

ML

- Nome da Mãe;

- Nome do Pai;

- Data de Nascimento;

- Sexo;

- Cor;

- Tipo Sanguíneo;

- Nome do Cônjuge;

- Identidade;

- Órgão Emissor;

- CPF;

- Cartão Nacional de Saúde;

- Estado Civil;

- Endereço;

- Número e Complemento;

- Bairro;

- Cidade;

- CEP;

- Telefone Residencial;

- Telefone Celular;

- E-Mail;

- Local de Trabalho;

- Profissão;

- Classe Económica;

- Grau de Instrução;

- Religião;

- Naturalidade;

- Nacionalidade;

- Fotografia do Paciente;

- Registro da Biometria do Paciente;

- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde

- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá possuir tela que permita o usuário realizar, após o cadastro ou a atualização dos dados demográficos do paciente o registro do atendimento de internação com no mínimo as seguintes informações:

- Origem;

- Data;

- Hora;

- Médico;

- Convênio;

- Plano;

- Procedimento;

- CID;

- Serviço;

- Tipo de Internação;

- Caráter de Internação;

- Tipo de Paciente;

- Enfermaria;

- Leito;

- Tipo de Acomodação;

- Serviço

Handwritten signature or initials in blue ink.

- Especialidade;

- Responsável pelo Paciente;

- Caso o atendimento tenha sido eletivo, e o mesmo está relacionado a uma pré-internação os campos da tela de internação devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas pelo processo de pré-internação;

- O sistema deve permitir fazer a emissão dos seguintes documentos:

- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;

- Termo de Responsabilidade;

- Anamnese de Internação;

- Ao registrar o atendimento do paciente o sistema deverá abrir automaticamente a conta do atendimento no sistema de faturamento de AIH;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro durante a internação das alergias do paciente a determinadas substâncias, informando além da substância a reação alérgica do paciente em contato com a mesma;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente entre leitos de uma mesma enfermaria ou de outra enfermaria, informando motivo da transferência;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do paciente para o Centro Cirúrgico e RPA;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta médica do paciente informando o motivo de alta, data, hora, diagnóstico (CID10), observação e Procedimento CIH. Caso o motivo da alta seja óbito o sistema deve conter campos para informar número da declaração de óbito, setor do óbito;

- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a alta administrativa do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta hospitalar do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento da alta médica do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e fazer a gestão da programação de alta dos pacientes;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar o acompanhante do paciente internado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a transferência do médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a liberação e interdição de leitos;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a exclusão de atendimentos;
- O sistema deve disponibilizar a opção para que o sistema opere com a gestão centralizada e descentralizada de leitos;
- O sistema deve gerar automaticamente uma solicitação de leitos ao setor competente quando for agendada uma cirurgia, solicitado uma internação na urgência ou quando for cadastrada uma pré-internação;
- O sistema não deve permitir registrar uma transferência de leitos direta quando o sistema estiver configurado para gestão centralizada, neste caso o sistema deve disponibilizar a opção de solicitação de transferência de leitos;

- Quando for registrada uma solicitação de transferência de leitos, a mesma deverá ser visualizada na tela de gestão de leitos, para que o usuário responsável pela gestão de leitos possa verificar a disponibilidade dos leitos, baseado no mapa de leitos e dessa forma possa reservar um leito com as características solicitadas pelo usuário;
- Ao ser atendido a solicitação pela central de leitos o status da solicitação deve ser alterado automaticamente de "solicitado" para "atendido";
- O sistema deve permitir que o usuário somente efetive a transferência de leito após o atendimento da solicitação pela área de gestão de leitos e para o leito que foi reservado;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as pendências do paciente. As pendências registradas uma vez devem emitir alertas aos usuários quando for ser registrado qualquer tipo de atendimento para o paciente dentro da instituição;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar as baixas de pendências do atendimento do paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar e acompanhar a evolução de todos os contatos realizados durante o atendimento de um paciente realizados, sejam eles com o próprio paciente, com o médico, com secretária de saúde, com o fornecedor de OPME ou com o acompanhante;
- O sistema deve disponibilizar a opção para a emissão do laudo de AIH do paciente hospitalizado;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro do diagnóstico do paciente baseado na tabela CID 10;
- O sistema deve disponibilizar a opção para o registro de controle de visitas do paciente;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos operacional que apresente a ocupação em tempo real das unidades de internação e de toda a instituição, taxa de disponibilidade, taxa de indisponibilidade. O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos, indicando o paciente, o médico assistente, o convênio, o diagnóstico e a Qtde. de dias que o paciente se encontra hospitalizado ao passarmos o cursor sobre o leito ocupado;
- O sistema deve disponibilizar painel de leitos gerencial que apresente as taxas de ocupação da instituição em tempo real das unidades de internação e seus respectivos leitos. Nesta tela deve ser apresentado a taxa de disponibilidade, taxa de ocupação e taxa de indisponibilidade. O sistema deve ter uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos tais como:
 - Ocupação por Unidade de Internação;
 - Ocupação por Tipo de Acomodação;
 - Ocupação por Tempo de Permanência;
 - Ocupação por Convênio;
 - Ocupação por Especialidade/Serviço;
 - Ocupação por Médico;
 - Ocupação por Faturamento;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de altas do dia;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de estatísticas de produção e estatística de atendimentos;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;



- O sistema deve disponibilizar tela de consulta previsões de internações;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta da agenda do centro cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de disponibilidade dos leitos;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta pacientes internados;
- O sistema deve emitir relatórios de pré-internações por período;
- O sistema deve emitir relatório de internações por convênio, médico, por serviço, por cidade e por Unidade de Internação;
- O sistema deve emitir relatório de altas por convênio, médico, por dia, por especialidade e relatório de previsão de altas;
- O sistema deve emitir relatório de atendimentos por período, por empresa e por origem;
- O sistema deve emitir relatório de pacientes com pendência, em duplicidade e aniversariantes;
- O sistema deve emitir relatório de censo ocupacional;
- O sistema deve emitir relatório estatístico de quantitativo de pacientes por CID, estatístico de internações por convênio, por médico, por serviço e por unidade de internação;
- O sistema deve emitir relatório estatístico de procedimentos por convênio;
- O sistema deve emitir declaração de paciente internado, declaração de internação e Termo e Alta a pedido;

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

- O acesso ao PEP deve disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo do mesmo por perfil de usuário;
- O sistema deve possuir tela para registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;
- O sistema deve possuir tela para registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência pode ser configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;
- O sistema deve possuir tela para configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;
- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos esquemas de prescrição, baseado na configuração dos esquemas os itens prescritos para o paciente serão apresentados e disponibilizados nas telas de prescrição e no formulário de prescrição médica e de enfermagem na sequência configurada;
- O sistema deve permitir habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;
- O sistema deve permitir configurar quais itens são de prescrição, e associá-los aos esquemas de prescrição;
- O sistema deve habilitar e exigir o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;

AM

- O sistema deve permitir o usuário desativar um item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é médico ou de enfermagem ou ambos;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige justificativa ao ser prescrito pelo médico assistente;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é padrão ou não;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição exige diluentes na sua prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar o tipo de controle do item de prescrição (normal, balanço hídrico, coleta de sinal vital, alta de unidade, alta médica)
- O sistema deve permitir o usuário configurar para qual estoque o item de prescrição será solicitado no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar qual item de estoque o item de prescrição está relacionado e de acordo com essa informação será solicitado este produto no estoque no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar a unidade de prescrição e a unidade de solicitação do item no estoque;
- O sistema deve permitir o usuário configurar se o item de prescrição é de diluição ou de reconstituição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar quais os componentes (materiais descartáveis e diluições) serão solicitados junto com o item de prescrição ao finalizar a

prescrição médica e de enfermagem;

- O sistema deve permitir o usuário configurar quais as formas de aplicação são possíveis para o item de prescrição;
- O sistema deve permitir o usuário configurar em quais os setores o item de prescrição não poderá ser prescrito;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as superdosagens e as subdosagens dos itens de prescrição assim como a configuração das mensagens de alerta da super e da subdosagem;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema deve dispor de ferramenta que permita configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por tipo de prestador, por tipo de convênio, por convênio, por setor, por especialidade, por prestador, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária do paciente;
- O sistema deve dispor de dispositivo que permita ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permita associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Checkbox, combo box, descritivo, lista de valores e etc.) e o layout do documento. Os documentos construídos nessa opção poderão ser associados ao perfil de acesso do prestador que serão carregados automaticamente de acordo com o perfil do usuário;

- O PEP deve estar integrado com o cadastro único de pacientes do Hospital, seja pelo atendimento ambulatorial, de urgência, internação ou atendimentos externos;
- Nos casos de atendimentos de pacientes em Pronto Atendimento, o PEP deverá ser integrado com o módulo de Acolhimento e Classificação de Riscos, ordenando a lista de pacientes a serem atendidos por Prioridade Clínica atribuída na Classificação, possibilitando ainda o médico consultar/visualizar de forma automática todas as informações coletadas durante o processo de classificação;
- Permitir consulta dos dados do PEP inseridos nos diversos locais de atendimento das unidades de saúde onde está implantado o sistema com as seguintes informações:

- Dados Demográficos do Paciente;

- Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Histórico de todos os atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente;

- Alergias do Paciente;

- Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação;

- Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores;

- Vacinas do paciente;

- Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação;

- Exames de Laboratório (valores e laudo);

- Exames de Imagem (laudos e imagem);

- Medicamentos em Uso;

- Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Curva de Crescimento (gráfico);

- Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- O sistema deve permitir ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente no mínimo com as seguintes informações:

Queixa Principal;

HDA (História da Doença Atual);

HPP;

Alergias;

Antecedentes Pessoais;

Antecedentes Familiares;

Medicamentos em Uso;

Hábitos e Costumes;

Exame Físico;

Nível de Consciência

Sinais Vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR)

Avaliação de Cabeça e Pescoço;

Avaliação do Aparelho Cardiovascular;

Avaliação do Aparelho Respiratório;

Avaliação Abdome;

Avaliação Genitália;

Avaliação Membros;

Exame Neurológico;

Hipótese Diagnóstica;

Causa da Internação ou Atendimento;

Plano Terapêutico com as seguintes informações:

Tratamento Proposto;

Plano de Cuidados;

- O sistema deve permitir a criação/ configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado o sistema apresenta as perguntas, onde o médico vai informando as respostas e ao final o sistema irá sugerir a prescrição de acordo com as respostas inseridas no caminho percorrido pelo médico ao preencher o protocolo selecionado;

- O sistema deve, baseado em sinais vitais anotados para o paciente, informar que o mesmo se encontra com características de adesão a um determinado protocolo clínico;

- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro do diagnóstico médico do paciente baseado na tabela CID-10 possibilitando informar o diagnóstico principal e o (s) diagnóstico (s) secundários, o tipo da doença (crônico, agudo) como também o tempo da doença (dia, mês e ano);

- De acordo com o diagnóstico informado o sistema deve emitir alerta ao profissional informando que o diagnóstico informado é de notificação compulsória/obrigatória ou de agravo;

- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso contínuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);

- O sistema deve permitir fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como:

- Glasgow;

- Apache II;

-Euroscore;

-Time Risk;

-Régua de Dor;

- Superfície Corpórea;

- Braden;

- Fugulin;

- O sistema deve permitir ao médico fazer o registro da evolução médica em formulário eletrônico carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e

a especialidade do médico assistente;

- Inserir informações sobre alergias do paciente, tais como substância, reações e demais observações;
- Registrar indicadores de sinais vitais (Temperatura, Capnografia, PV, Glicemia, Pressão Intracraniana, Saturação, FC, FR, PAS, PAD) e dados antropométricos (Peso e Altura) como também deve permitir parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;
- Permitir o Médico registrar eletronicamente a prescrição de Medicamentos, Solicitações de Exames de Laboratório, Exames de Imagem, Cuidados Médicos, Dietas, Procedimentos, Hemoderivados, Fisioterapia, Cuidados e Orientações em tela única;
- O sistema deve carregar de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade dos mesmos para a sua aplicação/infusão;
- O sistema deve gerar alertas ao médico prescrever medicamentos com substâncias aos quais o paciente tenha alergia registrada, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar por outra medicação;
- O sistema deve gerar alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições: Droga x Droga, Droga x CID, Droga Alimento, Droga x Resultado de Exame e Droga x Nutriente;
- O sistema deve gerar alertas ao médico quando o mesmo prescrever medicamentos com interação medicamentosa nas condições acima mencionadas, assim como deve gerar de forma automática mensagem

de alerta da interação, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar a mesma para poder finalizar o processo de prescrição;

- O sistema deve possibilitar a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo farmacêutico para a emissão de alertas de interações medicamentosa e superdosagens;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de procedimentos de alto custo (laudo de procedimentos de alto custo/complexidade) ao prescrever um medicamento, exame ou procedimentos de alto custo;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a portaria 344/98;
- O sistema deve permitir o médico prescrever medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, o sistema deve calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;
- O sistema deve gerar automaticamente alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;
- O sistema deve gerar alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo do mesmo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;
- O sistema deve permitir ao médico fazer

a configuração de seus itens de prescrição favoritos;

- O sistema deve permitir ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;
- Na tela de prescrição o sistema deve obrigar ao médico preencher o formulário de controle de medicamentos não padronizados ao prescrever um medicamento com esta característica;
- O sistema deve permitir o médico alterar o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema;
- O sistema deve disponibilizar de mecanismo para a prescrição de tratamentos de quimioterapia em ciclos e sessões;
- Na prescrição de quimioterapia o sistema de acordo com o peso e a altura deve sugerir automaticamente a dose do quimioterápico de acordo com a superfície corpórea do paciente que será calculada também de forma automática;
- O sistema deve permitir a criação de protocolos de tratamento de quimioterapia com a configuração de intervalo de dias entre os tratamentos e a quantidade de ciclos;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de prescrição de quimioterapia os medicamentos configurados para o tratamento assim como a geração do tratamento dentro do intervalo de dias configurados para o protocolo selecionado;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de análises clínicas (laboratório);
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de hemoderivados no serviço de Hemoterapia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema deve gerar de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
- O sistema deve permitir ao médico fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (interconsulta);
- Ao fazer a finalização da prescrição o sistema deve permitir que embora a prescrição seja válida para 24 horas o sistema possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;
- O sistema deve permitir realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
- O sistema deve permitir realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo a mescla de mais de uma data;
- O sistema deve permitir que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;

- O sistema deve permitir o médico fazer a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico específico para o médico fazer o registro da descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar formulário para o médico anestesista fazer o registro da ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;
- O sistema deve disponibilizar formulário eletrônico para registro do partograma;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;
- O sistema deve permitir ao enfermeiro ou qualquer membro da equipe multidisciplinar fazer o registro da evolução em formulário eletrônico, carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do profissional assistente;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso deve também permitir fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;
- O sistema deve permitir o Enfermeiro registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e Orientações em tela única;
- O sistema deve permitir o enfermeiro fazer o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema deve permitir o registro eletrônico da suspensão das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar que não foram executadas e informando o motivo da suspensão ou cancelamento;
- O sistema deve apontar em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa pesquisar as informações clínicas do paciente tais como:
 - Dados Demográficos do Paciente;
 - Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
 - Histórico de todos os atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente;
 - Alergias do Paciente;
 - Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação;
 - Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores;
 - Vacinas do paciente;
 - Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação;
 - Exames de Laboratório (valores e laudo);

- Exames de Imagem (laudos e imagem);

- Medicamentos em Uso;

- Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Histórico de Cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Curva de Crescimento (gráfico);

- Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- O sistema deverá possuir recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;
- O sistema deve dispor de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema deve sugerir automaticamente quais diagnósticos de

enfermagem o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;

- O sistema deve dispor da tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem;
- De acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema deverá sugerir os itens de prescrição de maneira automática;
- O sistema deverá possuir tela para o profissional registrar as vacinas dos pacientes;
- O sistema deverá ter tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:

- Diagnóstico;

- Procedimento;

- Data;

- Hora;

- Motivo de alta;

- O sistema deve permitir fazer a emissão do sumário de alta do paciente e carregar automaticamente as principais informações do atendimento tais como medicamentos, resultados de exames de laboratório, imagem e orientações
- O sistema deve possibilitar a integração com conteúdo de bases médicas externas que auxiliem e apoiem o médico na tomada de decisão como exemplo podemos citar UpToDate, Clinical Key ou outro do mesmo gênero;
- O sistema deve sinalizar de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;

Handwritten signature or initials.

- O sistema deve permitir a integração com equipamentos de monitoração;
- O sistema deve estar homologado para suportar certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o encaminhamento do paciente para outras especialidades;
- O sistema deve disponibilizar de opção para registrar o Checklist de cirurgia segura;

DIRETORIA CLÍNICA

- O sistema deve permitir realizar o registro dos tipos de prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos conselhos e suas siglas;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro das especializações médicas e de enfermagem;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos horários contratados dos prestadores;
- O sistema deve permitir realizar o registro dos prestadores da instituição no mínimo com as seguintes informações: Nome, sexo, CPF, Identidade, Data Nascimento, Nome de Guerra, Nr. Do Conselho, Nome do pai, Nome da Mãe, Grau de Instrução, Nacionalidade, Naturalidade, Foto, Endereço Comercial, Endereço Pessoal, Tipo de Prestador, Especialidade, Especializações, se o mesmo é Aluno, se é Professor, Tipo do Conselho, Tipo de Vínculo, Tipo de Atividade (Cirurgia, Anestesiista, Clínico, Auditor), Dados

Bancários, Contatos)

- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as ocorrências médicas;
- sistema deverá disponibilizar opção para registrar as especializações médicas;
- O sistema deverá disponibilizar opção para registrar as licenças médicas;

CENTRO CIRURGICO

- Permitir o registro do centro cirúrgico, associado ao centro de custo e o horário de funcionamento para todos os dias da semana;
- Permitir configurar as salas de cirurgia por centro cirúrgico, definindo o tempo de preparo e o tempo mínimo de utilização para cada uma das salas de cirurgia
- Permitir configurar as vias de acesso das cirurgias;
- Permitir configurar os equipamentos disponíveis no centro Cirúrgico e as respectivas quantidades;
- Permitir configurar os tipos de anestesia;
- Permitir configurar os tipos de parto;
- Permitir configurar os motivos de parto;
- Permitir configurar os motivos de transferências de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de cancelamento de agendamento de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de interdição

Handwritten signature or initials in blue ink.

de sala de cirurgia;

- Permitir configurar as equipes médicas;
- Permitir configurar as unidades de sangue e derivados;
- Permitir configurar os tipos de morte de RN;
- Permitir configurar os kits cirúrgicos por procedimento e por prestador com as seguintes informações: materiais descartáveis, medicamentos, OPME, equipamentos, caixas cirúrgicas, hemoderivados e procedimentos;
- O sistema deve possuir funcionalidade para que o médico possa solicitar um agendamento de cirurgia com no mínimo as seguintes funcionalidades: Paciente, sexo, telefone, e-mail, data desejada para o agendamento, tempo de cirurgia, medico, especialidade sangue, uti, kit cirúrgico, convenio, plano, tipo de anestesia, procedimento e equipamentos;
- O sistema deve disponibilizar funcionalidade que permita o usuário que opera o módulo de centro cirúrgico possa visualizar a lista de cirurgias solicitadas pelos médicos cirurgiões, assim como o status da mesma (solicitada, confirmada);
- O sistema deve possibilitar que o usuário possa realizar a confirmação das solicitações de agendamentos registradas pelos médicos cirurgiões;
- O sistema deve carregar automaticamente todas as informações na tela de confirmação do agendamento cirúrgico que foram inseridas na opção da solicitação de agendamento.
- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a pré-internação do

paciente no módulo de internação;

- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a solicitação de leito para a central de gestão de leitos no módulo de internação;
- O sistema deverá ter a opção de registrar o agendamento cirúrgico diretamente, sem a necessidade de o médico fazer uma solicitação eletrônica de agendamento;
- O sistema deve disponibilizar na tela do registro do agendamento cirúrgico no mínimo com as seguintes informações:
 - Cirurgia, Cirurgião, Convênio, Plano, Horário Inicial, Tempo de Cirurgia, Paciente, Sexo, Idade, Peso, Necessidade de UTI, Caixas Cirúrgicas, Kits Cirúrgicos, OPME, Tipo de Anestesia, Observação, Exames de Imagem, Exames de Análises Clínicas, Equipamentos, Lateralidade, se a cirurgia é ambulatorial, previsão de internação e previsão de alta)
- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a emissão do comprovante de agendamento cirúrgico ou então o envio de e-mail para todos os setores envolvidos no preparo da cirurgia;
- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a revisão do agendamento cirúrgico, nesta tela o usuário faria a função de uma espécie de auditor, pois o mesmo poderia adicionar mais itens necessários a realização do ato cirúrgico e que não foram apontados durante o processo de agendamento;
- O sistema deve também possibilitar fazer o envio de e-mail para todos os setores após o processo de revisão do aviso de cirurgia;
- O sistema deve possibilitar registrar a transferência de cirurgias agendadas para a mesma data em horário e sala distinta ou

então para uma nova data e horário distinto informando o motivo da transferência;

- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento de uma cirurgia agendada, o sistema também deve obrigar ao usuário informar o motivo do cancelamento;
- O sistema deve enviar mensagem de e-mail a todos os setores envolvidos no processo de preparo da cirurgia, informando o cancelamento ou a transferência da mesma;
- O sistema deve possibilitar ao usuário fazer o registro de interdição de uma ou mais salas de um centro cirúrgico, obrigando o mesmo a informar o período de interdição e o motivo;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a reserva de uma faixa de horário de uma sala do centro cirúrgico para um determinado profissional, esse processo bloqueia automaticamente esta faixa de horário impedindo novos agendamentos neste horário e sala por outros profissionais;
- O sistema deve possuir recurso para que o usuário possa confirmar o ato cirúrgico agendado previamente;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de confirmação do ato cirúrgico todas as informações que foram registradas no agendamento cirúrgico;
- Se o horário de confirmação do ato cirúrgico, for posterior ao horário previsto no agendamento o sistema deverá solicitar ao usuário o motivo do atraso;
- O sistema deve possibilitar no momento da confirmação do ato cirúrgico adicionar outros procedimentos, e equipamentos cirúrgicos que não estavam previstos no agendamento, mas que foram necessários a sua realização e utilização no momento da cirurgia;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato anestésico em formulário específico com apontamentos dos dados de maneira gráfica;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar cirurgias de emergência que não estavam programadas para a sua realização sem a necessidade de um agendamento prévio;
- No registro da cirurgia de emergência ou urgência o sistema deverá dispor no mínimo das seguintes informações:
 - Código do atendimento, paciente, tempo de cirurgia, horário de entrada na sala, horário de saída da sala, horário de início da anestesia, horário do fim da anestesia, horário de início da cirurgia, horário do fim da cirurgia, especialidade, médico cirurgião, anestesista, 1 auxiliar, 2 auxiliar, circulante, instrumentador, equipamentos, taxas, exames de imagens realizados, exames de análises clínicas, gastos de sala com materiais descartáveis, gasto de sala com medicamentos, tipo da cirurgia (urgência, emergência, eletiva), técnica (convencional ou por vídeo) lateralidade, natureza da cirurgia (contaminada, potencialmente contaminada, limpa, infectada), centro cirúrgico, sala de cirurgia e CID pós operatório;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro dos gastos de sala de medicamentos e materiais descartáveis utilizados no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a confirmação de consumo (checagem de dos itens de sala) dos materiais e medicamentos que foram dispensados pela farmácia e utilizados efetivamente no paciente durante o ato cirúrgico;

- O sistema deve disponibilizar a funcionalidade de confirmação de consumo de OPME, nesta tela o sistema deve apresentar somente os produtos que estão caracterizados como OPME para que o usuário auditor possa registrar a confirmação de consumo. Após a confirmação de consumo, o sistema deve enviar automaticamente e-mail ao fornecedor solicitando a NF de consumo do material consignado com as informações do paciente, deve enviar e-mail ao setor de compras e também ao faturamento;
- O sistema deve disponibilizar opção para lançar informações do parto tais como: horário do parto, tipo do parto, motivo de parto quando cesariana, motivo de morte do RN quando natimorto, Qtde de nascidos vivos, sexo, Nome do RN, Código da Pulseira, Apgar, Apgar 5 minutos, Exame Físico do RN, Perímetro Cefálico, Perímetro Abdominal, Peso, Altura, Nome da Mãe, Médico Pediatra, No. DNV, data e hora do nascimento;
- Em caso de parto gemelar o sistema deve permitir o registro de todos os RN's de maneira individual;
- O sistema deve permitir associar o leito e o atendimento da mãe ao RN;
- O sistema deve permitir o usuário emitir o mapa cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário emitir a agenda cirúrgica;
- O sistema deve permitir o usuário emitir a folha de sala com todos os lançamentos ocorridos durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário emitir os seguintes relatórios estatísticos:
 - Cirurgias por cirurgia
 - Anestésias;

- O sistema deve permitir emitir o livro de dados dos RN's;
- O sistema deve disponibilizar de todas as informações registradas no ato cirúrgico no prontuário eletrônico do paciente de forma automática;
- O sistema deve registrar automaticamente no módulo de CCIH todas as informações registradas no ato cirúrgico do paciente

CCIH

- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possibilitar o registro dos antimicrobianos que estão sendo monitorados e controlados pela CCIH;
- O sistema deve possibilitar a configuração do nr. de dias autorizados automaticamente pela CCIH para a prescrição dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração da DDD (dose diária definida) dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração se o antimicrobiano é de uso restrito, se está ativo e se o mesmo é de vigilância;
- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos microrganismos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro dos procedimentos invasivos com código e descrição;
- O sistema deve permitir o registro das

AM

topografias com código e descrição;

- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;
- O sistema deve realizar automaticamente a busca ativa dos pacientes suspeitos de infecção hospitalar com a possibilidade de o usuário selecionar o tipo de busca (uso de antimicrobiano, culturas positivas, procedimentos invasivos, cirurgias, data de previsão de alta ultrapassada, admitidos com mais de 48 e 72 horas, por setor e por unidade de internação);
- O sistema deve apresentar ao fazer a busca ativa, todas as informações relativas ao atendimento do paciente, informações referentes ao uso de antimicrobianos, a cirurgias realizadas pelo paciente, aos resultados das culturas realizadas, aos procedimentos invasivos registrados na assistência ao paciente e as infecções já registradas;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro da infecção do paciente com as seguintes informações: data da infecção, CID, Tipo do Registro, Tipo de Infecção, Tipo de Situação, Sítio Principal, Topografia, Procedimento Invasivo, Localização, Leito, Aviso de Cirurgia quando paciente com infecção no CC e observações;
- O sistema deverá permitir controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada;
- O sistema deverá permitir acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;
- O sistema deve possibilitar o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a sua assistência com a

data da realização, o procedimento realizado e o setor onde ocorreu;

- O sistema deve disponibilizar a realização de auditorias nas prescrições médicas que tiverem antimicrobianos prescritos pelos médicos assistentes;
- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologistas selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo bloquear uma nova prescrição do antimicrobiano para o paciente;
- O processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologistas selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo liberar a prescrição de um antimicrobiano para o paciente para um determinado número de dias;
- O sistema deve apresentar automaticamente as mensagens inseridas pelo médico infectologista no processo de auditoria para o médico assistente no momento da prescrição médica;
- O sistema deverá calcular as taxas de infecção Hospitalar existentes demonstrando graficamente a evolução mensal das mesmas de acordo com parâmetros pré-definidos como unidade de atendimento, especialidades, médicos e topologia;

GERENCIAMENTO DE UNIDADES

- O sistema deve permitir fazer o registro da solicitação de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;

- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência do paciente para o centro cirúrgico;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir a interdição e liberação de leitos de uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro da programação de alta dos pacientes internados em uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir o registro de ocorrências do plantão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a internação;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de produtos ao estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de devolução de produtos para o estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a confirmação do recebimento de solicitações de produtos do estoque;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de solicitação de dietas avulsas ao serviço de nutrição e dietética do hospital;
- O sistema deve permitir o médico fazer o registro do boletim informativo com as condições clínicas do paciente para efeitos de informação;
- O sistema deve permitir o registro de avisos de alergias do paciente a substâncias;

- O sistema deve permitir o usuário registrar o início e fim da monitoração de aparelhos e gases utilizados pelo paciente durante a hospitalização;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a emissão do relatório de censo ocupacional da unidade de internação;

DIAGNOSTICO E TERAPIA

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- O sistema deve permitir configurar os locais de coleta;
- O sistema deve permitir configurar as amostras
- Sistema deve permitir configurar os tubos e os volume em ml da amostra e tubo;
- O sistema deve permitir configurar os campos do laudo do exame com as seguintes informações: código, descrição, tamanho, alinhamento, tipo do campo, máscara do campo.
- O sistema deve permitir configurar os valores de normalidade, pânico e absurdo dos campos do laudo por sexo e idade;
- O sistema deve prover de recurso que permita o usuário fazer o desenho/ configuração do laudo;
- O sistema deve permitir que seja criado mais de uma versão do laudo por exame;
- O sistema deve permitir que sejam configurados os perfis de acesso e restrições dos usuários do laboratório;

AM

- O sistema deve possuir recurso para configurar a publicação do laudo na internet;
- O sistema deve permitir a configuração das perguntas e as possíveis respostas;
- O sistema deve possuir opção para cadastrar os locais de coleta;
- O sistema deve possuir recurso para cadastrar os motivos de coleta de exames;
- O sistema deve permitir o usuário configurar as etiquetas de códigos de barras das amostras com as seguintes informações: código da amostra, código do pedido, código do atendimento, data, nome do paciente;
- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista do laboratório deverá dispor de opção no sistema para realizar a pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa poderá ter no mínimo as seguintes opções:

- Prontuário (matrícula)

- Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF;

- Nome da Mãe;

- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve dispor de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar

qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;

- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados, o usuário irá iniciar o preenchimento de um novo cadastro.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:

- Nome;

- Nome Social;

- Nome da Mãe;

- Nome do Pai;

- Data de Nascimento;

- Sexo;

- Cor;

- Tipo Sanguíneo;

- Nome do Cônjuge;

- Identidade;

- Órgão Emissor;

- Data de Emissão;

- CPF;

- Cartão Nacional de Saúde;

- Estado Civil;

- Endereço;

- Número e Complemento;

- Bairro;

- Cidade;

- CEP;

- Telefone Residencial;

- Telefone Comercial;

- Telefone Celular;

- E-Mail;

- Local de Trabalho;

- Profissão;

- Classe Econômica;

- Grau de Instrução;

- Religião;

- Etnia;

- Naturalidade;

- Nacionalidade;

- Fotografia do Paciente;

- Captura da biometria do paciente;

- O sistema deverá estar totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento externo com as seguintes informações:

- Data;

- Hora;

- Médico;

- Convênio;

- Plano;

- Tipo de Atendimento;

- Procedimento

- CBO

- Serviço;

- Tipo de Paciente;

- Local de Procedência;

- Destino;

- Especialidade;

- Responsável pelo Paciente;

- Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
- Após o registro do atendimento o sistema deve permitir o usuário registrar o pedido de exames de análises clínicas associado ao atendimento com as seguintes informações:
- Médico solicitante, local de coleta, data da coleta, setor solicitante, tipo de solicitação e exame;
- O sistema deverá no momento do pedido gerar automaticamente a data de previsão de entrega do exame de acordo com a quantidade de dias configurada no cadastro do exame.
- O sistema deverá emitir o comprovante de exames;

- O sistema deverá gerar automaticamente a solicitação de coleta a partir do registro do pedido de exame;
- O sistema deverá apresentar em tela a lista de paciente em espera para coleta das amostras
- O sistema deverá permitir que o responsável pela coleta faça a emissão das etiquetas para fixar nos tubos de coleta das amostras;
- O sistema deve permitir que a responsável pela coleta confirme a coleta das amostras do paciente efetuando a leitura do código de barras fixado no tubo;
- O sistema deve permitir que a responsável pela coleta das amostras informe no registro de coleta que existem amostras pendentes de entrega;
- O Sistema deverá permitir o usuário executar o registro da entrada das amostras coletadas no setor de triagem do laboratório;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar na entrada da amostra no laboratório a necessidade de coleta justificando/informando o motivo que gerou a necessidade de coleta;
- O sistema deve permitir o usuário realizar o registro da passagem das amostras para as respectivas bancadas e ao final emitir o mapa de trabalho de bancada;
- O sistema deve disponibilizar de tela para que o usuário possa efetuar consulta da rastreabilidade de com todas as movimentações da amostra no laboratório;
- O sistema deverá possuir recurso para interfaceamento do sistema com equipamentos de análises clínicas;
- O sistema deve disponibilizar de uma tela que o gestor do serviço possa ter uma visão do geral da quantidade de exames com pendências de coletas, de confirmação de coletas nos setores,
- O sistema deve dispor de tela que permita o usuário fazer o registro da triagem das amostras externas;
- O sistema deve dispor de recurso que permita o usuário emitir etiquetas para amostras externas;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de prescrição eletrônica, pois de acordo com os itens (exames solicitados) a partir da prescrição e o fechamento da mesma, o sistema deve gerar automaticamente a solicitação/pedido do exame no laboratório e a solicitação de coleta, sem necessidade de que seja feito qualquer cadastro pelo usuário;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de agendamento, pois ao registrar um agendamento, o sistema deve apresentar na tela de recepção de pacientes agendados do laboratório os respectivos pacientes agendados.
- A partir da lista de pacientes agendados no módulo do agendamento, o usuário deverá possuir opção para selecionar o paciente, registrar as devidas atualizações das informações cadastrais e na sequência gerar o atendimento externo do paciente.
- O sistema deve permitir registrar o pedido de exames, associado ao atendimento externo criado para o atendimento do paciente agendado.
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro dos resultados dos exames de análises clínicas de forma manual ou automática através do interfaceamento

AM

entre o sistema e os equipamentos de análises clínicas;

- O sistema deve permitir ao usuário fazer a revisão dos exames realizados;
- O sistema deve ter a opção de o usuário registrar eletronicamente a assinatura do laudo exames realizados e revisados;
- O sistema deve ter a possibilidade de imprimir um ou todos os laudos assinados eletronicamente;
- O sistema deve disponibilizar a opção do usuário fazer a retificação dos laudos;
- O sistema deve ter a opção do bioquímico no momento de registrar o laudo visualizar os resultados anteriores de maneira analítica e gráfica;
- O sistema deve ter a opção do bioquímico no momento de registrar o laudo visualizar as respostas das perguntas associadas ao exame e que foram respondidas no momento da coleta do exame;
- O sistema deve ter tela que permita filtrar somente os exames que estejam na faixa normal, fora da faixa de normal, exames fora do limite e que estejam com valores pânico;
- O sistema deve dispor de tela para que o usuário possa consultar os log's de interfaceamento dos exames que estejam fora da faixa normal de valores;
- O sistema deve atualizar o status do exame de forma automática;
- O sistema deve disponibilizar tela para o registro da liberação dos exames para que os mesmos possam ter seus resultados consultados;

- O sistema deve dispor de tela para o registro da entrega dos exames para os pacientes ou responsáveis pelo paciente;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar a exclusão do pedido de exame registrado;
- O sistema deve dispor de tela que permita o gestor ter de maneira clara os exames que passaram do período de entrega, que os exames estão dentro do período crítico de entrega ou que está fora do período crítico de entrega;
- O sistema deve permitir e disponibilizar funcionalidade onde o usuário pode registrar as pendências de coleta de amostra por pedido;
- O sistema deve disponibilizar registrar os resultados dos exames de cultura e os dados do antibiograma;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de faturamento, pois ao solicitar um exame em um atendimento ambulatorial o sistema deve ser lançado de forma automática na BPA os respectivos procedimentos;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de faturamento de AIH, pois ao solicitar um exame em um atendimento de paciente internado, o sistema deve ser lançado de forma automática na AIH os respectivos procedimentos;
- O sistema deve dispor de recurso para pesquisar a rastreabilidade da amostra desde o momento da geração da solicitação da coleta até a passagem da amostra para a bancada que irá analisar a amostra;
- O sistema deve dispor de recurso para pesquisar informações de data e hora da realização do exame, data e hora da revisão, data e hora da assinatura, data e hora da impressão e data e hora da entrega do exame.

- O sistema deve possibilitar a publicação dos exames dos pacientes através de uma página personalizável na internet, com perfil de acesso para paciente e perfil de acesso para médico;
- O sistema deve disponibilizar recurso para que o usuário possa consultar em tela a relação de exames faltosos por setor e por período;
- O sistema deve disponibilizar recurso para registrar o descarte de amostras;
- O sistema deve disponibilizar relatório de exames solicitados por médico, solicitados por setor, realizados por laboratório, exames solicitados por cidade, exames não realizados, planilha mensal de exames realizados, média de tempo de realização de exames, pedidos com retificação de laudos e tempo médio de entrega de laudos, quantidade de recoletas e exames solicitados e sem coleta realizada;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- O sistema deve permitir fazer o cadastro e a configuração dos exames de diagnóstico por imagem com os seguintes critérios: Código, Nome, Mnemônico, Código SIGTAP, dias de entrega, efetuando o cálculo automático da data de entrega baseado na configuração dos dias de entrega, deve considerar somente os dias úteis, restrição por sexo, número de solicitações do exame no período, impressão em página única, orientações de preparo, setor de realização, dias da semana que o exame é realizado, perguntas relacionadas aos exames, modalidade do exame, gastos padrão inerentes a realização dos exames e especialidade do exame;
- O sistema deve permitir configurar os exames proibidos de serem realizados no mesmo dia;
- O sistema deve permitir configurar as modalidades dos exames;
- O sistema deve permitir a configuração de textos pré-definidos para serem relacionados aos laudos dos exames de imagem, tal recurso visa carregar de forma automática o texto ao resultado do exame;
- O sistema deve permitir que sejam configurados os perfis de acesso e restrições aos usuários do setor de imagem;
- O sistema deve possuir recurso para configurar a publicação do laudo na internet;
- O sistema deve permitir a configuração das perguntas e as possíveis respostas;
- O sistema deve permitir a configuração do motivo de cancelamento dos exames;
- O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de exames, pois os pacientes agendados pela central de marcações devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes do Centro de Diagnóstico;
- O sistema deve estar integrado ao módulo dos painéis de atendimento e chamada do paciente;
- O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecionar a senha em uma lista de atendimento e fazer a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o registro do atendimento do mesmo;
- O sistema deve permitir a recepcionista associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda do Centro de Diagnóstico;

- Ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do hospital para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa terá que ser com as seguintes opções:

- Prontuário (matrícula)

- Nome;

- Sobrenome;

- Data de Nascimento;

- CPF;

- Nome da Mãe;

- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema deve permitir a busca fonetizada do paciente;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário criar o cadastro do paciente.
- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:

- Nome;

- Nome Social;

- Nome da Mãe;

- Nome do Pai;

- Data de Nascimento;

- Sexo;

- Cor;

- Tipo Sanguíneo;

- Nome do Cônjuge;

- Identidade;

- Órgão Emissor;

- CPF;

- Cartão Nacional de Saúde;

- Estado Civil;

- Endereço;

- Número e Complemento;

- Bairro;

- Cidade;

- CEP;

- Telefone Residencial;

- Telefone Celular;

- E-Mail;

- Local de Trabalho;

- Profissão;

- Classe Econômica;

- Grau de Instrução;



- Religião;

- Naturalidade;

- Nacionalidade;

- Fotografia do Paciente;

- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com as seguintes informações:

- Data;

- Hora;

- Médico;

- Convênio;

- Plano;

- Tipo de Atendimento;

- Serviço;

- Tipo de Paciente;

- Local de Procedência;

- Destino;

- Especialidade;

- Responsável pelo Paciente;

- Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações

fornecidas no agendamento;

- Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:

- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;

- Termo de Responsabilidade;

- Após o registro do atendimento o sistema deve permitir o usuário registrar o pedido de exames de imagem associado ao atendimento com as seguintes informações:

Médico solicitante, setor solicitante, tipo de solicitação e exame (rotina, urgência e emergência);

- Para os exames agendados o sistema deve carregar automaticamente na tela do pedido os exames que foram previamente agendados pela central de marcação;
- O sistema deve permitir o registro de atendimentos e do pedido de exames dos pacientes não agendados;
- O sistema deverá no momento de o pedido gerar automaticamente a data de previsão de entrega do exame de acordo com a quantidade de dias configurada no cadastro do exame.
- O sistema deverá emitir o comprovante de exames;
- O sistema deve abrir automaticamente no faturamento a conta do paciente e fazer o lançamento dos procedimentos na fatura BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos correspondentes na conta do paciente no módulo de faturamento de AIH identificando o procedimento, o prestador,

data, horário, quantidade e setor executante;

- O sistema deve permitir o registro de atendimentos e dos pedidos de exames dos pacientes que não foram agendados;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possuir tela para o registro do laudo do exame realizado;
- O sistema deve possuir mecanismo para registrar a revisão do laudo do exame;
- O sistema deve possuir tela para fazer a emissão do laudo;
- O sistema deve mudar automaticamente de status de acordo com as etapas realizadas no processo de realização, revisão, impressão e entrega do laudo;
- O sistema deve dispor de tela para registrar a entrega dos exames aos pacientes ou acompanhantes;
- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos gastos de materiais e medicamento utilizados na execução do exame;
- O sistema deve dispor de opção para registrar a exclusão do pedido de exames;
- O sistema deve dispor de opção para registrar a exclusão do laudo do exame;
- O sistema deve dispor de opção para registrar e apresentar a notificação dos laudos alterados;
- O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios:

- Atendimentos por Período;

- Atendimentos por Empresa;

- Atendimentos por Médico;

- Atendimentos por Cidade;

- Atendimentos por Bairro;

- Atendimentos por Especialidade;

- Atendimentos por Serviço;

- Atendimentos por Usuário;

- Consultas Atendidas x Faturadas;

ANATOMIA PATOLÓGICA

- O sistema deve permitir que sejam realizados os cadastros dos layouts do mapa de trabalho, onde o médico efetuará o rascunho das informações do exame do paciente;
- O sistema deve possibilitar o cadastro dos textos abreviados, que permitem a agilidade no momento de digitação dos resultados de exames com frases pré-definidas;
- O sistema deve possibilitar o cadastro das peças a serem identificadas no processo de análise de exames anatomia patológica, identificando por código interno e descrição;
- O sistema deve possibilitar o cadastro dos Diagnósticos de Anatomia, classificados por código e tipo (topologia ou morfologia) que fazem parte do processo de digitação do resultado do exame;
- O sistema deve possibilitar a identificação no relatório de Mapa de trabalho, o histórico das peças que já foram realizadas as biópsias para o paciente em análise;
- O sistema deve possibilitar a identificação no relatório de Laudo de Exame, o histórico das peças que já foram realizadas biópsias

para o paciente em análise;

- O sistema deverá permitir no momento de digitação do resultado dos exames de anatomia patológica, a divisão do resultado em Macroscópico, Microscópico e Diagnóstico. O fluxo de digitação de resultado se inicia com o usuário informando a peça em análise, em sequência na fase de Macroscópico e Microscópico o usuário digita o resultado parcial devido a análise da peça, caso exista médico residente dentro do processo de análise poderá estar informando. E por último finalizando o resultado com a digitação do diagnóstico da análise do exame;
- Emitir etiquetas com informação da peça, procedimento analisado, paciente e médico;
- O sistema deve possibilitar o controle de exames atrasados, ou seja, viabilização para o usuário de quais exames estão pendentes em cada fase do processo de análise, digitação e aprovação dos exames.

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- O sistema deve permitir o cadastro dos componentes de sangue e derivados com o código, descrição, código SIGTAP;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de agendamento do centro cirúrgico, pois ao agendar uma cirurgia eletiva que possua reserva de hemoderivados, o sistema deve gerar de forma automática a solicitação eletrônica dos mesmos no sistema de banco de sangue;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de prescrição eletrônica, pois ao prescrever um item de hemoderivados, o sistema deve gerar de forma automática a solicitação eletrônica dos mesmos no sistema de banco de sangue;

- O sistema deve disponibilizar opção para a confirmação dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via agendamento cirúrgico ou prescrição;
- O sistema deve possuir opção que permita fazer o cancelamento dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via agendamento cirúrgico ou prescrição;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos na fatura BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos na conta do paciente (AIH), identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve permitir a geração de arquivo de interligação, contendo todos os atendimentos que possuíram solicitações de hemoderivados ao banco de sangue em um determinado período;
- O sistema deve disponibilizar de tela para a consulta de solicitações de hemoderivados ao banco de sangue;
- O sistema deve disponibilizar de tela para a consulta da agenda de cirurgias do bloco cirúrgico;

SUPRIMENTOS

COMPRAS

- Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia,

AM

CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;

- Cadastro de serviços com o código, descrição e unidade;
- Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, subclasse, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ
- Cadastro do Ramo de Atividade com código e descrição;
- Cadastro da Condição de Pagamento com código, descrição e percentual de cada parcela;
- Cadastro de Motivos de Pedidos de Compras;
- Cadastro de Motivos de Cancelamento de Compras;
- Cadastro de Justificativas da entrada de produtos sem ordem de compra
- Cadastro de Compradores com código, nome e usuários associados ao comprador
- Cadastro de Tipos de Empenho
- Cadastro do Tipo de Atividades
- Cadastro do Tipo de Modalidades
- Configuração de Fornecedores x Serviços
- Configuração de Fornecedores x Produtos
- Configuração de Fornecedores x Ramos de Atividades
- Cadastro de perguntas de avaliação do fornecedor
- Cadastro de respostas as perguntas de avaliação do fornecedor
- Cadastro de fórmula de avaliação do fornecedor
- Cadastro ranking de avaliação do fornecedor
- Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
- O sistema deve calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na

classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;

- Cadastro do nível hierárquico de autorização no mínimo em dois níveis com a definição dos valores máximos para autorização;
- Configurar usuários x privilégio de autorização;
- Configurar fornecedor x condição de pagamento;
- Configurar o critério de escolha do vencedor da cotação de preços nos seguintes critérios: menor preço, prazo de entrega, condição de pagamento, preço e prazo de entrega e preço e condição de pagamento;

- O sistema deve possuir recurso que libere/ entregue a solicitação para o setor de compras de maneira automática;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para os usuários com alçada possam autorizar de maneira eletrônica uma solicitação antes da mesma ser entregue ao setor de compras;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o cancelamento da solicitação de compras informando o motivo;
- O sistema deve disponibilizar fazer o agrupamento de duas ou mais solicitação de compras em uma única solicitação;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para que o setor de compras faça o registro do recebimento eletrônico da solicitação de compras pelos setores e os almoxarifados;

Solicitação de Compras

- Registrar o cadastro de solicitação de compras de produtos de maneira eletrônica com as seguintes informações:
- Data máxima, setor, comprador, motivo do pedido, estoque de referência, produto, unidade e quantidade.
- Registrar o cadastro de solicitação de compras de serviços de maneira eletrônica com as seguintes informações:
- Data máxima, setor, comprador, motivo do pedido, estoque de referência, serviço e descrição do serviço detalhada;
- O sistema também deve ter a opção de gerar automaticamente na solicitação de compras os produtos e as respectivas quantidades para os produtos de acordo com a sugestão de compra e o estoque máximo;

ESTOQUE E FARMÁCIA

CADASTROS E CONFIGURAÇÃO

- Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;
- Cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor;

- Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, subclasse, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ
- Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para receber a Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispor de tela para a liberação de Cadastro do Produto Novo após a validação do setor competente;
- Cadastro de Unidade de Estocagem de Movimentação de produtos com fator de conversão para a unidade de referência;
- Cadastro de localização dos estoques endereços das prateleiras
- Cadastro dos Motivos de Baixa;
- Cadastro de Tipos de Documento
- Cadastro do Motivos de Devoluções;
- Cadastro das Cotas de Reposição de Produtos ao Estoque;
- Configuração das Etiquetas de Código de Barras;
- Cadastro dos motivos de divergência no atendimento do estoque;
- Cadastro de Motivos de Saídas para Fornecedor;
- Cadastro de Kits de Produtos
- Cadastro de Fórmulas para o processamento de novos produtos a partir da composição de dois ou mais produtos;
- Cadastro de Portarias da Vigilância Sanitária e seus produtos;
- Cadastro das Listagens das Portarias da Vigilância Sanitária;
- Cadastro de Ações Terapêuticas, Substância e seus produtos, Laboratório/Fabricante e seus produtos, cadastro de grupos de tratamentos e seus produtos, cadastro de palavras-chaves e cadastro de produtos e DEF;
- Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão.

de compras;

- O sistema deve calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;
- O sistema deve permitir a configuração de espécie de produto x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x estoque;
- O sistema deve permitir a configuração de usuários x espécie;
- O sistema deve permitir a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;
- O sistema deve disponibilizar a configuração de etiquetas de códigos de barras;

Entradas de Produtos

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, estando a mesma autorizada, o sistema carrega de forma automática na tela de registro de entrada de produtos todas as informações negociadas como fornecedor tais como: Valor da Compra, Fornecedor, Estoque de Entrada, CFOP, Frete, Produto, Valor Unitário, Qtde Entrada, Valor Unitário e Valor total. O usuário terá que somente fazer o registro do número da nota fiscal, a data de emissão e os lotes e as respectivas datas de vencimento dos mesmos;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;
- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);
- Registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;
- Registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;
- O sistema deve permitir registrar a baixa de vales, ou seja, após uma entrada por vale, o fornecedor poderá enviar ao final de um período uma nota fiscal, nesse momento o usuário irá selecionar o fornecedor o sistema irá executar uma busca de quais vales estão em aberto. Após a busca o usuário relaciona quais vales em aberto estão relacionados a NF de consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales;

Saída de Produtos

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de produtos ao estoque para as seguintes opções: saída para consumo de setor, saída para consumo do paciente, transferência entre estoques, gasto de sala e saída entre empresas;
- As solicitações de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a dispensação;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo

será no atendimento do paciente e no setor de consumo;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo será no aviso de cirurgia e no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a transferência de produtos entre estoques, onde não serão lançados nenhum custo neste momento, somente ocorrerá a transferência dos valores e das quantidades dos produtos, atualizando automaticamente o saldo do produto no estoque de destino;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de empréstimo;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a saída de produtos para fornecedor;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente;

Devoluções de Produtos ao Estoque

- O sistema deverá disponibilizar opção para criar uma solicitação eletrônica de devolução de produtos ao estoque para as seguintes opções: devolução de saída para consumo de setor, devolução de saída de produto para consumo do paciente; Devolução de Saída de Consumo de Gasto de Sala;
- As solicitações de devolução de produtos devem ser apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;

- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;
- O sistema deve disponibilizar tela para registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução;

Outras Movimentações

- O sistema deve permitir o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;
- O sistema deve permitir o registro da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve permitir o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos, materiais e medicamentos;
- O sistema deve possuir opção para o registro da produção de kits de produtos em massa de materiais e medicamentos;

- O sistema deve permitir a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados pela portaria 344/98 como também a emissão dos termos de abertura;
- O sistema deve disponibilizar de tela para registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;
- O sistema deve disponibilizar de tela para o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque
- O sistema deve possuir de opção de liberação e bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente;

Inventário

- O sistema deve permitir o usuário registrar a abertura de inventário, onde o mesmo pode escolher o almoxarifado, o item ou então a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou espécie, classe e subclasse;
- O sistema deve permitir o usuário registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário;
- O sistema deve ter rotina de geração do inventário;
- O sistema deve ter a rotina da geração do balanço de inventário;

Cálculos e Fechamentos

- O sistema deve permitir fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;

- O sistema deve permitir a realização/ execução dos cálculos da curva ABC;
- O sistema de disponibilizar a realização dos cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
- O sistema deve ter opção para fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto;

Outras Transações e Consultas

- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos do estoque do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de dados consolidados do produto;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de produtos críticos;
- O sistema deve possuir tela para a consulta de consumo de produtos por setor;

PATRIMONIO

- Cadastro de classificação dos bens patrimoniais em 2 níveis, com o código, descrição e a taxa (%) de depreciação anual;
- Cadastro de Localizações com código e descrição associada ao setor;
- Cadastro de Motivos de Baixa dos Bens;
- Cadastro de Tipo de Aquisição;
- Permitir a configuração da forma de depreciação dos bens patrimoniais (agrupada ou detalhada);

Handwritten signature or initials in blue ink.

- Permitir configurar a forma de cálculo da depreciação (gradativa ou linear);
- Configurar a classificação contábil dos bens, relacionando-os aos ativos e as depreciações;
- Permite realizar o tombamento dos bens a partir da entrada da NF no estoque;
- Cadastro dos bens no momento do tombamento com as seguintes informações: descrição da plaqueta, descrição do bem, número de série, marca, modelo, especificações técnicas, acessórios, tipo de aquisição, espécie, classe, subclasse, classificação, subclassificação, permanente, localização do bem, forma de depreciação, dados da compra, anexar documentos do bem como manuais e outros e tempo de vida útil a partir da taxa de depreciação;
- O registro do bem patrimonial será pelo setor e a localização física, debitando o custo da depreciação no setor correspondente;
- A partir do tombamento do bem patrimonial, o sistema irá gerar automaticamente ao setor de manutenção, todas as manutenções preventivas que devem ocorrer dentro do tempo de vida útil do bem tombado;
- Cadastro de apólices de seguros e os bens segurados nas apólices;
- Registro de Baixa dos Bens Patrimoniais e os motivos da baixa;
- Permite agregar um ou mais bens patrimoniais a um bem;
- Reavaliar um bem patrimonial, informando o novo tempo de vida útil e recalculando automaticamente a taxa de depreciação anual;
- O sistema deve permitir a importação dos bens patrimoniais a partir de uma planilha

previamente estruturada;

- O sistema deve calcular a projeção de depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/cadastro;
- O sistema deve realizar a depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/cadastro;
- Registro da movimentação dos bens patrimoniais entre setores e localidades, armazenando todo o histórico das movimentações.
- Geração e emissão de planilha de conferência dos bens por setor e localidade para realização do inventário físico dos bens patrimoniais;
- Emissão de relatórios do balanço patrimonial, de depreciações realizadas, de inventário de bens por setor, baixas de bens por motivo;

FATURAMENTO

FATURAMENTO SUS – AMBULATORIAL (BPA E APAC)

- O sistema deve permitir fazer a importação da tabela SIGTAP
- O sistema deve permitir fazer a importação do arquivo CNES;
- O sistema deve permitir fazer a importação da tabela de CEP disponibilizada pelo Datasus;
- O sistema deve permitir fazer a configuração dos prestadores e os respectivos CBO's
- Permitir registrar o caráter de atendimento;

- Permitir cadastrar o motivo de descarte;
- Cadastro do Tipo de Financiamento;
- Cadastro do motivo de glosa BPA;
- O sistema deve fazer o lançamento automático na fatura BPA dos procedimentos correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;
- O sistema deve fazer o lançamento automático na fatura APAC dos procedimentos de alta complexidade correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;
- O sistema deve fazer todas as críticas referentes as regras Datasus (sexo x procedimento, idade x procedimento, procedimento x diagnóstico, procedimento x CBO, prestador x CBO e CEP);
- O sistema deve fazer a geração dos arquivos de produção ambulatorial (BPA e APAC) no padrão DATASUS para envio da produção mensal para a secretária de saúde;
- O sistema deve fazer todas as críticas relacionadas as regras do DATASUS e imprimir o relatório de inconsistências para que os usuários possam fazer os devidos ajustes;
- O sistema deve permitir fazer o controle de faturamento pelos tetos orçamentários por subgrupo, por procedimento, por setor e por grupo de procedimento;
- O sistema deve gerar a exportação do BPA e APAC
- O sistema deve gerar o arquivo XML para o programa SISMAMA;
- O sistema deve permitir a renovação de

APAC;

- O sistema deve permitir a emissão de laudo para emissão de APAC;
- O sistema deve emitir ficha de frequência de APAC;
- O sistema deve permitir a cópia de APAC;
- O sistema deve permitir o lançamento manual dos procedimentos de alta complexidade na fatura APAC;

FATURAMENTO SUS – INTERNAÇÃO (AIH)

- Controlar automaticamente as regras de validação do SUS para cada procedimento, possibilitando uma checagem automática no momento do lançamento e execução dos procedimentos e do fechamento da conta;
- Consultar o demonstrativo de AIH's por complexidade e financiamento, permitindo filtrar por uma ou mais remessas e discriminar por grupo, subgrupo e procedimentos SUS. O relatório exibe informações como: a AIH, o procedimento realizado, o período bem como o total da conta e a complexidade;
- Definir e validar critérios e normas do SUS no momento da entrada dos dados referentes aos procedimentos realizados;
- Emitir a produção e o consequente faturamento de cada profissional, com a opção de periodicidade diária, semanal e mensal;
- Exportar arquivo de remessa no formato/ layout padrão do SISAIH01;
- Exportar as informações necessárias para o sistema SIHD2, SISAIH01 segundo o layout definido pelo Ministério da Saúde;

Handwritten signature or initials in blue ink.

- Importar informações dos sistemas: SIA, SCENES, SIGTAP, SIHD2, SISAIH01, e-SUS, necessárias à emissão de relatórios gerenciais;
- Integrar com o módulo de prontuário eletrônico do cidadão onde todos os exames solicitados e realizados, procedimentos realizados e prescritos, medicamentos solicitados e dispensados cairão automaticamente na conta do paciente, assim como se realizar o cancelamento estes sairão automaticamente da conta;
- Manter rotina de atualizar o banco de dados utilizado pelo módulo, com as informações disponibilizadas pelo DATASUS/Ministério da Saúde (tabelas e arquivos);
- Manter rotina de importar as Tabelas do SIGTAP, possibilitando as atualizações;
- Realizar a digitação do Laudo AIH e impressão no formato e layout do Ministério de Saúde;
- Registrar o laudo médico para emissão de AIH, que requisita uma autorização de internação hospitalar. Nesse relatório constam informações a respeito do estabelecimento solicitante, dados do paciente, o laudo técnico, justificativa da internação, entre outros dados;
- Registrar os dados necessários para faturamento e verificar critério de críticas conforme normas do SUS.

da empresa com as seguintes informações: Nome Fantasia, Razão Social, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Insc. Junta Comercial, Endereço, Número, Bairro, Cidade, CEP, Telefone, Tipo de Empresa (Matriz, Filial, Holding, Controladora, Controlada, Outras), Nome do Diretor, Nome do Contador, Nome do Tesoureiro e Nome do Gestor;

- O sistema deve disponibilizar cadastro de bancos com as seguintes informações: Código (Padrão FEBRABAN, Descrição do Banco) e as configurações para a emissão do cheque através de impressoras e caminho onde serão gerados os arquivos de remessa e retorno de pagamento para o referido banco;
- Cadastro dos Tipos de Contas Correntes;
- O sistema deve contar com o cadastro das contas correntes com as seguintes informações: Código, Descrição da Conta, Cód. Banco, Código Agência, Descrição Agência, Número da Conta, Tipo de Conta Corrente, Nome do Gerente, Conta Especial (sim ou não) e Valor do Limite da Conta em caso de conta especial;
- O sistema deve permitir o cadastro dos talões de cheques ativos e a vinculação do mesmo a conta corrente, assim como deve prever o número do talão, número inicial do cheque do talão, número do cheque final do talão;
- O sistema deve contar com o cadastro de Fornecedores e clientes com as seguintes especificações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Bairro, Cidade, CEP, UF, Tipo de Pagamento (Credito em Conta Corrente, Cheque, Dinheiro, Borderô DOC), Tipo (Pessoa Física ou Jurídica), Tipo (cliente/Fornecedor), Dados Bancários (Banco, Conta Corrente e Agência), Pessoas de Contato, Formas de Comunicação, Ramo de Atividade, Contrato (arquivar documento) Anexo de Documentos do Cliente/Fornecedor e

CONTROLADORIA

CONTROLE FINANCEIRO

CONFIGURAÇÃO DE TABELAS

- O sistema deve permitir registrar o cadastro

Contas Contábeis;

- O sistema deve disponibilizar opção para o registro de tipos de Impostos com as seguintes informações: Código, Descrição, Atividade do Imposto, Variação, Dias de Vencimento, Tipo de Vencimento, Tipo de Incidência, Valor Mínimo de Recolhimento, Faixas de Desconto e Percentual de Desconto por Faixa;
- Deve permitir registrar os tipos de descontos e acréscimos com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo, Cód. Conta Contábil e Cód. Conta de Custo;
- O sistema deve disponibilizar opções para o registro dos Tipos de Lançamentos de Extrato Bancário com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo de Operação (soma ou deduz do saldo) e se permite conciliação bancária;
- Permite registrar os tipos de documentos com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo do Documento (a pagar, a receber ou ambos), Tipo de Entrada (Nota Fiscal, Nota Fiscal de Serviço, Vale, Nota Fiscal de Doação, Nota Fiscal de Empréstimo, Nota Fiscal de Devolução);

CONTAS A PAGAR

- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de controle de estoques/almoxarifados e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas a pagar de todas as notas fiscais de produtos que tiverem a sua entrada registrada no almoxarifado/estoque, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- O sistema deve permitir fazer o registro de adiantamento de contas a pagar a fornecedores e não fornecedores, gerando automaticamente o registro de contas a

pagar e a emissão de recibo de adiantamento;

- O sistema deve fazer o cálculo e a retenção automaticamente dos impostos das notas fiscais de serviços que foram registradas nos devidos setores e oficinas e gerando automaticamente o compromisso a pagar dos impostos nas datas previstas e que foram configuradas as regras no cadastro de impostos;
- O sistema deve fazer o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais importadas do sistema de almoxarifado/estoque de acordo com os produtos adquiridos e que tiveram a sua entrada registrada;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro manual de um compromisso a pagar com as seguintes informações: Tipo de Documento, Data da Emissão, Data do Lançamento, Tipo de Vencimento, Fornecedor, Número do Documento, Série, Valor do Documento, Valor de Desconto, Valor de Acréscimo, Conta Contábil, Número de Parcelas, Data do Vencimento, Tipo de Quitação, Valor da Parcela/Documento, Código da Conta Contábil, Valor Compartilhamento da Conta Contábil, Código de Barras do Documento (boleto);
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro das previsões de contas a pagar, para que o mesmo a partir destes dados possa analisar o fluxo de caixa com as previsões que estão programadas para o período de análise;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de compras, pois toda a OC com status autorizado deve ser importada automaticamente para o módulo de contas a pagar com o status "previsto" e a mesma deverá ser automaticamente eliminada/baixada quando a referida OC autorizada tiver seu recebimento registrado no sistema de almoxarifado/controle de estoque;

- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro de lotes de pagamentos para uma data ou um período de dias. Os lotes de pagamento deverão conter as seguintes informações: Código do Lote, Descrição do Lote, Fornecedor (es), número do documento, valor do documento, valor de desconto ou acréscimo se houver, tipo de desconto ou acréscimo se houver, data do vencimento;
- O sistema deve possuir mecanismo de autorização eletrônica dos lotes de pagamento gerados pela área de contas a pagar, as autorizações devem possuir mais de um nível e cada nível deve possuir o valor de alçada para autorização;
- O sistema deve permitir registrar o pagamento dos compromissos ou dos lotes de pagamentos com as seguintes informações: Tipo de Pagamento, Banco de Pagamento, Conta Corrente (para caso de pagamentos em cheque, débito em conta corrente, Borderô DOC, Borderô Boletão) , Número do Talão e Número do Cheque (para pagamentos em cheque), Código do Caixa (para pagamentos em dinheiro) , Valor Pago, Valor do Desconto (caso receba desconto), Valor do Acréscimo (caso pague em atraso com incidência de juros e multa);
- O sistema deve gerar automaticamente o arquivo eletrônico de pagamento no padrão do Banco ou FEBRABAN para envio para os bancos realizarem os pagamentos;
- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo do cancelamento, onde o sistema deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;
- O sistema deve permitir fazer a suspensão de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo da suspensão e deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;
- O sistema deve permitir fazer o registro da baixa de contas ou então deve dispor de mecanismo que faça automaticamente a baixa no registro de pagamento;
- O sistema deve dispor de tela para fazer o registro da retirada de cheques que sejam pagos em carteira;
- O sistema deve permitir registrar o estorno de pagamentos realizados como também registrar o motivo do estorno do pagamento;
- O sistema deve permitir registrar a suspensão de um estorno de pagamento que tenha sido registrado, informando o motivo da suspensão;
- O sistema deve dispor de tela de consulta e pesquisa de pagamentos realizados por período e fornecedor, informando a data do pagamento, número do cheque, banco, conta corrente;
- O sistema deve dispor de tela para fazer a consulta de contas a pagar por período e fornecedor;
- O sistema deve dispor de tela para a consulta de impostos retidos por fornecedor por período;
- O sistema deve dispor de tela para consulta de previsões de contas a pagar por período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de contas a pagar com filtro de período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de Posição de Contas à Pagar;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas por período e fornecedor;



- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas em atraso;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas por setor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de conta corrente do fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de recibo de pagamentos realizados;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de Guia de Recolhimento, GPS, DARF e DAM;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de impostos por fornecedor;

CONTAS A RECEBER

- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de faturamento SUS (internação e ambulatorial) e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas a receber de todas as remessas que tiverem a seu registro de envio no faturamento, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- O sistema deve fazer o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais emitidas pelo faturamento de acordo com os itens/grupos de faturamento tiveram a seu registro nas contas hospitalares e ambulatoriais;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer o registro manual de um compromisso a receber com as seguintes informações: Tipo de Documento, Data da Emissão, Data do Lançamento, Tipo de Vencimento, Cliente, Número do Documento, Série, Valor do Documento, Valor de Desconto, Valor de Acréscimo, Conta Contábil, Número de

Parcelas, Data do Vencimento, Tipo de Quitação, Valor da Parcela/Documento, Código da Conta Contábil e Valor Compartilhamento da Conta Contábil;

- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro das previsões de contas a receber, para que o mesmo a partir destes dados possa analisar o fluxo de caixa com as previsões de recebimento que estão programadas para o período de análise;
- O sistema de disponibilizar tela para realizar o registro do recebimento dos títulos de contas a receber que estejam abertos no sistema com as seguintes informações: Banco do Crédito, Conta Corrente do Crédito, Data do Crédito, Valor do Crédito, Histórico do Recebimento, Tipo de Recebimento, Acréscimos por juros e multa e Descontos Concedidos;
- O sistema deve disponibilizar a possibilidade de emissão de Recibo Provisório de Serviços e posteriormente a conciliação do mesmo com a Nota Fiscal Eletrônica (e-nf);
- O sistema deve disponibilizar opção para registrar o cancelamento de contas a receber com motivo;
- O Sistema deve disponibilizar opção para estornar contas recebidas;
- O sistema deve disponibilizar opção para cancelar estorno de contas recebidas;
- O sistema deve disponibilizar opção de consulta e pesquisa de contas recebidas por cliente e período, informando a data do recebimento, número do movimento, banco e conta corrente;
- O sistema deve dispor de tela para fazer a consulta de contas a receber por período e fornecedor;

- O sistema deve dispor de tela para consulta de previsões de contas a receber por período e fornecedor;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de contas a receber com filtro de período e cliente;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de Posição de Contas à Receber;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas recebidas por período e cliente;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas recebidas em atraso;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas recebidas por setor;
- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de conta corrente do cliente;
- O sistema deve disponibilizar de relatório de Resumo Geral de Contas à Receber;
- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos bancários;
- O sistema deve possuir tela para consulta de saldos de aplicações;
- O sistema deve dispor de relatório de cheques emitidos e cheques entregues;
- O sistema deve dispor de relatório de cheques cancelados;
- O sistema deve dispor de relatório de cheques compensados;
- O sistema deve dispor de relatório e Extrato Bancário;
- O sistema deve dispor de relatório de Transferências Bancárias;
- O sistema deve dispor de relatório de saldo bancário;
- O sistema deve dispor de relatório de Razão Bancário
- O sistema deve dispor de relatório de fluxo de caixa e fluxo de caixa gerencial;
- O sistema deve dispor de relatório de Balancete Financeiro;
- O sistema deve dispor de Gestão de Caixa Analítica;
- O sistema deve dispor de relatório de DIRF assim como a geração do arquivo dentro dos padrões Receita Federal;
- O sistema deve emitir Nota Fiscal;

CONTROLE DE BANCOS

- O sistema deve dispor de tela para a manutenção de cheques;
- O sistema deve dispor de tela de registro de transferência entre contas correntes;
- O sistema deve dispor de tela para registrar a compensação de cheques;
- O sistema deve permitir fazer a conciliação bancária manual e automática através dos arquivos de retorno de banco;
- O sistema deve dispor de tela para fazer o registro de aplicações bancárias;

SISTEMAS DE APOIO

HIGIENIZAÇÃO E LIMPEZA

- Cadastro do tipo de limpeza;
- Cadastro dos funcionários do setor de limpeza;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação eletrônica de limpeza do leito quando for registrada a alta hospitalar do paciente ou a transferência do paciente entre leitos;
- O sistema deverá permitir o registro manual da solicitação de higienização dos leitos;
- O sistema deve apresentar em tela todas as solicitações de higienização de leitos, e o status de cada uma para facilitar a atividade do gerenciamento de limpeza dos leitos;
- O sistema deve permitir o usuário alterar as fases de higienização dos leitos à medida que as mesmas forem ocorrendo nos setores;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a confirmação de limpeza do leito, informando o funcionário, data, hora e o tipo de limpeza realizado;
- O sistema deve permitir o registro do cancelamento de uma solicitação de limpeza;
- O sistema deverá permitir a visualização gráfica dos leitos existentes no hospital a o status de ocupação de cada um;
- O sistema deverá permitir controlar e visualizar o mapa de leitos, identificando de maneira gráfica os leitos disponíveis, leitos ocupados, leitos em manutenção, leitos reservados e leitos em higienização e os percentuais dos mesmos em relação aos leitos existentes;

- O sistema deverá permitir o usuário consultar o histórico de ocupação de cada leito, indicando os pacientes e o período da ocupação;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de solicitação de limpeza dos leitos;
- O sistema deve disponibilizar tela para consulta de ocupação de leitos em dias;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta para visualizar as limpezas realizadas no período;

MANUTENÇÃO

- Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas relativas à estrutura física da instituição (Engenharia Hospitalar) e equipamentos clínicos (Engenharia Clínica);
- Cadastro de serviços com código, descrição, peso, unidade, hora máxima, hora mínima, categoria do serviço e oficina responsável pela realização do serviço;
- Cadastro de especialidade de serviços de manutenção;
- Cadastro de funcionários da manutenção e as especialidades de serviços dos mesmos, as escalas de trabalho e o valor da hora/homem;
- Cadastro das escalas de trabalho dos colaboradores da manutenção;
- Cadastro dos tipos de OS;
- Cadastro dos Motivos de Serviços;
- Cadastro de Oficinas;
- Cadastro de Checklist de manutenção com

AM

a programação de todos os serviços a serem executados;

- Permitir registrar as solicitações de manutenção corretiva com informações tais como, nome do solicitante, data que o solicitante deseja que seja realizada a manutenção, escolha do padrão de manutenção (Unidade, equipamento/item, local, problema e grupo profissional);
- Permite programar a data de realização da manutenção e visualizar a agenda dos profissionais que poderão realizar a mesma;
- Realização das requisições de itens necessários para manutenção no estoque de forma integrada com o módulo de Requisição de Estoque e Almoxarifado;
- Permite fazer uma solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado, sendo que a solicitação está ligada à ordem de serviço que necessitou da compra;
- Realização dos cadastros referentes ao um item/equipamento, tais como: grupo de manutenção que atende este item, unidade e local que pertence, número de patrimônio, grupo de manutenção que atende este item, checklist (EPs, procedimentos, peças, ferramentas, etc.) necessários para manutenção do item/manutenção, cadastro dos problemas que ocorrem e permitir anexar documentos como, por exemplo, manual;
- Permitir cadastrar o dicionário de avaliação possibilitando a flexibilidade no Checklist para avaliação dos equipamentos/itens;
- Relacionar fornecedores homologados para cada equipamento, sendo realizada para serviços de manutenção terceirizados;
- Permitir o controle do fundo fixo de caixa, através da emissão de vale e permitir

também registrar quanto, quando e para quem foi entregue, registrar saídas e entradas e cadastrar notas fiscais;

- Possibilitar a realização de pesquisas das manutenções efetuadas durante determinado período, em que status a manutenção se encontra (solicitada, programada ou concluída) e detalhes da manutenção como grupo, nome solicitante, local, problema etc.;
- Permitir a visualização da relação de patrimônios e a periodicidade da realização da manutenção preventiva de cada um, para que se possa programar as manutenções;
- Possibilidade de consultar a relação de equipamentos por diversas formas de filtro (descrição, garantia, fornecedor, marca, número de patrimônio, etc.);
- Permitir cadastrar as peças pertencentes ao equipamento, fazer transferências para outras unidades, visualizar informações tais como número da Nota Fiscal, valor, garantia, fornecedor, entre outras informações;
- Possibilitar a realização de consulta às manutenções preventivas pendentes, em processo de realização ou realizadas de um equipamento em um determinado período. Além da consulta, é possível programar manutenções já existentes.

SAME

- Módulo que possibilite o controle dos prontuários físicos existentes no Hospital, controlando as saídas dos prontuários do arquivo físico;
- Módulo que permita controlar os diversos setores de arquivos existentes no hospital, identificando os prontuários existentes em cada arquivo;

AA

- Possibilitar a localização dos prontuários físicos dos pacientes, bem como registrar as movimentações físicas dos mesmos, gerando um efetivo controle sobre os Prontuários ausentes do arquivo médico, possibilitando controlar informações referentes a data de retirada, quem retirou, o motivo, data de retorno, criando um histórico sobre a movimentação de cada Prontuário;
- O sistema deve possuir integração automática e on-line com o setor de internação, avisando o arquivo no momento da internação do paciente para que o mesmo separe o referido prontuário e encaminhe para a unidade de internação do paciente, ou abra um prontuário para um novo paciente;
- O sistema deverá possuir integração on-line com o agendamento de consultas, possibilitando ao arquivo separar e encaminhar os prontuários dos pacientes que tem consulta agendada para o dia seguinte, controlando os processos de envio e retorno deste prontuário para cada setor ambulatória;
- O sistema deve permitir controlar os diversos volumes que compõe um prontuário físico dos pacientes, gerando etiquetas independentes para cada volume;
- O sistema deverá permitir realizar a movimentação dos prontuários via código de barras;
- O sistema deverá permitir gerar movimentação de prontuário físico por empréstimo, controlando para quem foi emprestado, a data de saída e previsão de retorno do prontuário ao arquivo;
- O sistema deverá permitir visualizar e controlar rapidamente todos os prontuários que se encontram fora do arquivo e os locais ou funcionários que estão responsáveis pelos mesmos;
- O sistema deverá permitir indicar a transferência dos prontuários físicos dentro das unidades e setores do hospital;
- O sistema deverá controlar a entrada de documentos diversos nos prontuários dos pacientes.
- O sistema deverá fornecer rapidamente informações sobre a localização dos Pacientes internados, sobre os Pacientes que foram atendidos nas unidades ambulatoriais, SADT e de Pronto Socorro,
- O sistema deverá permitir fornecer rapidamente informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa dos mesmos;
- O sistema deverá permitir controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante e indicando horário de entrada e saída do mesmo;
- O sistema deverá controlar o número Máximo de visitas permitido para cada paciente;
- O sistema deverá emitir listagem dos pacientes internados de cada médico, contendo a localização do paciente no Hospital, visando facilitar o processo de visita médica.

LAVANDERIA E ROUPARIA

- Cadastro de peças do enxoval com o código, descrição, tamanho e peso;
- Cadastro de tipos de kits de enxoval com o código, descrição;
- Cadastro de composição dos kits com o

código, descrição, peças e quantidade de peças;

- Cadastro dos tipos de entradas do enxoval no estoque da rouparia;
- Cadastro dos motivos de baixa das peças da rouparia;
- Cadastro de cotas de peças e kits para serem enviadas para as unidades de internação;
- Cadastro de cotas de peças e kits para serem enviadas para os setores;
- Registro das saídas de roupas dos setores e unidades de internação para a lavanderia, seja ela externa ou interna, com o registro separado do peso da sujidade leve e da sujidade pesada das roupas que serão enviadas pelo setor;
- Registro das entradas de roupas na rouparia, oriundas da lavanderia, seja externa ou interna, onde o usuário informa as peças, as quantidades e de acordo com as peças e as quantidades o sistema calcula o peso;
- Registro das saídas de roupas da rouparia para os setores e as unidades de internação, nesta operação devem ser informados o setor, a unidade de internação, as peças, os kits e as respectivas quantidades, de acordo com as peças e as quantidades o sistema calcula automaticamente o peso enviado para o setor ou unidade de internação;
- Registro das entradas das peças de roupas na rouparia por compra ou outro tipo de composição;
- Registro das baixas das roupas da rouparia;
- O sistema deve permitir a consulta das saídas para a lavanderia;

- O sistema deve permitir a consulta das pendências da lavanderia;

- O sistema deve permitir a consulta dos saldos de peças da rouparia

CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADO

- Cadastro dos tipos de embalagens com código e descrição;
- Cadastro das máquinas esterilizadoras;
- Cadastro dos tipos de instrumentais com código, descrição, tempo de esterilização e temperatura;
- Cadastro dos tipos de caixas cirúrgicas com código, descrição, tempo médio de esterilização, tempo de volume de produção e qtde. de componentes;
- Cadastro dos tipos de esterilização;
- Cadastro das localidades do arsenal com código, corredor, prateleira, armário e box;
- Cadastro do Motivo de Cancelamento;
- Cadastro do Composição de Kits com descrição, tipo de embalagem, setor principal, tipo de instrumental, tipo de esterilização, instrumentais e fotos dos instrumentais de composição, localização do arsenal, qtde de etiquetas para preparo e etiquetas para esterilização;
- Cadastro de Composição de Caixas Cirúrgicas;
- Cadastro dos instrumentais cirúrgicos;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no expurgo;

AM

- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de desinfecção;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de preparo;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de esterilização;
- Registrar a digitação dos testes físico, químico e biológico;
- Registrar a entrada das caixas e os respectivos instrumentais ou dos instrumentais no arsenal;
- Registrar a transferência das caixas e os respectivos instrumentais ou somente os instrumentais para o centro cirúrgico;
- Permitir cadastrar os documentos de chamado;
- Permitir executar o gerenciamento de chamados;
- Registrar a exclusão de chamados;
- Permitir registrar a resposta da solicitação de parecer aos setores;
- Realizar a consulta de chamados abertos;
- Emitir relatórios estatísticos de origens de chamados, meio de abertura, origem de chamado x tipo de chamado, níveis de chamado, motivos de chamado e tipos de chamado;

SISTEMAS DE ATENÇÃO AO CLIENTE

- Cadastro de Níveis de Chamado;
- Cadastro dos Receptores de Chamados;
- Cadastro das Situações de Chamados;
- Cadastro dos Tipos de Chamados;
- Cadastro dos Motivos de Chamados;
- Cadastro de Meios de Contato;
- Cadastro de Origens da Solicitação;
- Cadastro de Tipos de Local;
- Configuração de Usuários x Setor de Chamado;
- Permitir o Registro da abertura de chamados;
- Cadastro do Tipos de Dietas;
- Cadastro do Tipos de Refeições;
- Cadastro de Orientações de Dietas;
- Cadastros dos Pratos;
- Cadastro da Classificação dos Cardápios;
- Cadastro da opção dos cardápios;
- Cadastro dos bicos de mamadeira;
- Cadastro de manipuladores de mamadeiras;
- Cadastro de copas;
- Configuração de leitos por copas;
- Configuração de origens x copas;
- Cadastro da composição dos pratos;

- Registro da ficha nutricional do paciente com dados do atendimento, observações médicas, tipo de dieta, tipo de refeição e observações das refeições;
- Registro de Movimentação de cardápios com as informações do tipo de refeição, dados do atendimento, tipo de dieta, copa, observações da nutrição, opções e a quantidade das opções escolhidas do cardápio;
- Registro de movimentação de cardápios do lactário;
- Registro de solicitações de dietas avulsas para pacientes, médicos, setores, acompanhantes;
- Registro do Status da Refeição com horário de fechamento;
- Registro de Status do Lactário com horário de fechamento;
- Registro do Status de acompanhante com horário de fechamento;
- Registrar o planejamento do cardápio;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de dieta a partir da prescrição médica eletrônica e lançar no mapa com o leito, observações, diagnóstico e orientações da nutrição;
- O sistema deve lançar automaticamente no mapa de produção, todas as dietas prescritas pelos médicos;
- O sistema deve possibilitar a emissão do mapa de produção de dietas por unidade de internação e tipo de refeição;
- O sistema deve possibilitar a emissão de etiquetas das dietas para serem fixadas nas bandejas;

MOVIMENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

- Cadastro do Grupo de Documentos;
- Cadastro de Documentos;
- Cadastro de Documentos por Setor;
- Cadastro de Documentos por Procedimento;
- Cadastro de Documentos Requisitados;
- Configuração do Fluxo de Documentos;
- Registrar o protocolo de movimentação de envio de documentos entre as áreas do hospital com as seguintes informações: setor de origem, setor de destino, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Registrar a baixa de documento com os seguintes dados: protocolo, data de envio, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Disponibilizar a tela de consulta de documentos por atendimento;
- Consulta de movimentações de documentos por atendimento;

GESTÃO DE USUÁRIOS E CONTROLE DE ACESSO

- Cadastro dos sistemas;
- Cadastro dos módulos que compõem o sistema;
- Cadastro de perfis/papel de usuários com a definição dos módulos, telas e relatórios que os mesmos terão acesso;

- O sistema deve permitir a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
- Permitir a criação de usuários e a definição dos papéis de acesso dos respectivos usuários;
- Permitir a desativação de usuários do sistema;
- O usuário poderá ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
- Permitir a mudança de senha;
- Permitir a alteração de senha;
- Configurar os usuários por empresa;
- Configurar os usuários por setor ou unidade de internação;
- Configurar os usuários por almoxarifado;
- Configurar os usuários por SAME;
- Configurar os usuários por setores de diagnóstico;
- Configurar tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configurar as operações que serão auditadas junto as tabelas;
- O sistema deve disponibilizar tela para a consulta de auditoria das tabelas que sofreram alterações no conteúdo;
- Permitir definir o grupo e o subgrupo a qual o campo irá pertencer;
- Permitir informar a descrição do campo;
- Permitir informar o tipo de campo que será criado, que deverá ser no mínimo os seguintes tipos: texto, checkbox, combo box, imagem, caixa de texto, radio button, botão, data, marcação de imagem e código de barras;
- Permitir configurar se o campo é editável;
- Permitir configurar se o campo é de preenchimento obrigatório;
- Permitir definir o tamanho do campo;
- Permitir definir a máscara do campo podendo ser número, texto, data e data e hora;
- Permitir definir valores iniciais e finais para um campo, não permitindo o preenchimento de valores absurdos;
- Permitir configurar que o campo seja habilitado para preenchimento somente em determinada situação, quando o mesmo só pode ser habilitado para pacientes do sexo masculino ou feminino ou dentro de uma faixa etária que seja compatível;
- Permitir configurar ações do campo, como exemplo de ação podemos citar a inserção de uma query para recuperar valores previamente preenchidos em outros campos e telas do sistema, carregando automaticamente os dados no formulário que possuir este campo;
- Permitir definir uma lista de valores pré-definida para o campo;
- Permitir definir se será permitido o uso de

EDITOR DE DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

- Permitir criar campos que irão compor um formulário que será disponibilizado no PEP;

textos padrões para campos configurados com o tipo texto ou caixa de texto;

publicá-lo como um documento novo criado a partir de um já existente;

- Permitir criar documentos informando os campos que foram previamente criados e o label dos campos;
- Permitir definir o grupo e o subgrupo a qual o documento irá pertencer;
- Permitir informar a descrição/nome do documento;
- Permitir definir o layout do documento inserindo cabeçalho e rodapé;
- Permitir criar documentos inserindo a logo da instituição no cabeçalho dos documentos;
- Permitir fazer a criação da versão do layout de impressão do documento;
- Permitir fazer a inclusão de campos novos em um documento já criado e dessa forma controlando a versão do mesmo, não carregando em documentos anteriores o campo criado e adicionado ao documento em branco;
- Permitir a exportação do documento;
- Permite a importação de documentos que foram criados em outras instituições que fazem o uso da mesma tecnologia;
- Não deve permitir o uso do documento antes do registro da publicação dele;
- Permite excluir um documento criado, portanto essa operação só deve ser permitida se o documento ainda não foi registrado em nenhuma ficha ou ficha parte de algum perfil do PEP;
- Permite fazer a cópia de um documento já criado e promover os devidos ajustes e

GERADOR DE RELATÓRIOS

- Deve permitir criar relatórios, definindo nome e descrição do relatório;
- Deve permitir inserir imagens nos relatórios;
- Deve permitir definir perfis/grupos de usuários que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve permitir definir variáveis e constantes nos cabeçalhos e rodapés dos relatórios;
- Deve permitir gerar operações matemáticas básicas nas linhas e colunas do relatório;
- Deve utilizar como fonte de dados todas as movimentações e informações de todos os módulos/ferramentas do sistema;
- Deve definir usuários específicos que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve definir filtros nos relatórios utilizando os padrões "de - à", "maior que", "menor que", "diferente de", "radio buttons", "check box", "drop down";
- Deve definir diferentes atributos de fonte para os diversos campos do Relatório;

ITEM 1.1.2.5 - PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLINICO

LOGO

PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLINICO DO HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU- (HEMU).

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLINICO

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo 1º - O presente Regimento Interno visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos profissionais da saúde, do **HEMU** para o exercício de suas atividades profissionais. Conforme art. 1º da Resolução CFM No. 1481, de 08 de agosto de 1997.

Artigo 2º - O Corpo Clínico é formado pelo conjunto de médicos que prestam serviços nas diversas especialidades dentro da Unidade do **HEMU**, com autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitadas às disposições contidas neste Regimento.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo 3º - O Corpo Clínico do **HEMU** tem as seguintes finalidades:

- I. Assegurar a melhor assistência aos usuários

do hospital atentando para o respeito e zelo pela vida humana, cumprimento das normas gerais da Unidade de Saúde, normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e respectivas normatizações do Conselho Federal de Medicina (CFM);

- II. Atender de maneira, acolhedora, humanizada e sempre oferecer as melhores técnicas e informações adequadas aos usuários;

- III. Colaborar para o aperfeiçoamento profissional dos médicos e do pessoal técnico do Hospital;

CAPÍTULO III - COMPOSIÇÃO

Artigo 4º - O Corpo Clínico é constituído, em todos os níveis aqui estabelecidos, por médicos legalmente habilitados, a quem cabe à execução de todos os atos médicos necessários à preservação da saúde, da vida e dignidade dos pacientes egressos no **HEMU**.

Artigo 5º - O Corpo Clínico compõe-se de todos os médicos que utilizam e prestam serviços nas instalações e dependências do **HEMU** e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

- I. Membros Efetivos: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência

Handwritten signature

mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades assistenciais no HEMU;

- II. **Membros Eventuais:** Profissionais que, esporádica ou excepcionalmente, desenvolvem atividades no HEMU a fim de assistir a um paciente específico.

Artigo 6º - O Corpo Clínico é composto por:

- I. Diretoria Técnica;
- II. Diretoria Clínica;
- III. Comissão de Ética Médica;
- IV. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- V. Comissões Permanentes e Temporárias; e
- VI - Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS

Artigo 7º - Compete à Diretoria Técnica:

- I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;
- II. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação da Clínica Médica; Coordenação da Clínica Cirúrgica;

coordenação da unidade de oncologia clínica, Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva; Coordenação de Urgência e Emergência; Coordenação do Ambulatório; Coordenação do SADT.

III. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;

IV. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;

V. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;

IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

X. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua

AM

área;

XL Manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XII. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;

XIII. Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;

XIV. Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

Artigo 8 - O Diretor Clínico e seu substituto deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Parágrafo Primeiro: O candidato deve ser membro efetivo do Corpo Clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa.

Parágrafo Segundo: O Diretor Clínico deve estar presente durante o período de maior atividade do HEMU e, permanentemente, à disposição do mesmo.

Parágrafo Terceiro - Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, de maneira democrática, aberto a críticas e sugestões de melhorias, supervisionando a execução das atividades as-

sistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do presente Regimento Interno. Para atingir as metas estabelecidas neste Artigo são atribuições do Diretor Clínico:

- I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico do **HEMU** estimulando a responsabilidade entre seus membros;
- II. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades do **HEMU**;
- III. Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;
- IV. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração e usuários do **HEMU**;
- V. Supervisionar as execuções das atividades de assistência médica na instituição;
- VI. Zelar, cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;
- VII. Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais.

Artigo 9º - A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Artigo 10º - O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) tem por objetivo constituir, manter ativo e, sempre que necessário, reavaliar um Programa

AM

de Controle de infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria N° MS 2.616/98.

Artigo 11° - As Comissões Permanentes e Temporárias do **HEMU** serão formadas por indicação da Diretoria geral, em comum acordo com a Diretoria, técnica e diretoria Clínica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificados e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V - INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 12° - Para ingressar no Corpo Clínico do **HEMU** o médico deverá ser convidado para tal e atender aos seguintes requisitos:

- 1- Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, devidamente comprovando por meio de documentação;
- 2- Estar em dia com a anuidade do CRM-GO;
- 3- Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar;

CAPÍTULO VI - INFRAÇÕES

Artigo 13° - Qualquer membro do Corpo Clínico será

considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

- I. Desrespeitar o presente Regimento Interno;
- II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas do **HEMU** especialmente o seu Regimento Interno;
- III. Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função, independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética;
- IV. Cometer crime nas dependências do **HEMU** relacionado ou não ao atendimento ao paciente;
- V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação;
- VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do **HEMU** e/ou causar dano ao paciente;
- VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com ou sem prejuízo aos pacientes sob sua responsabilidade;
- VIII. Atuar com desídia no desempenho de suas funções;
- IX. Não obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Artigo 14° - A suspeita e/ou denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância, a ser realizada pela Comissão de Ética

Médica, assegurando-se ao(s) médico(s) o exercício do amplo direito de defesa.

Parágrafo Primeiro: A Comissão de Ética Médica deverá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo Segundo: No caso de haver indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM para ciência e abertura de processo disciplinar de ética médica.

Parágrafo Terceiro: Nos casos de infração de caráter administrativo e/ou regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico do HEMU e juntamente com o Diretor Geral aplicação as medidas cabíveis.

Artigo 15º - As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

- I. Advertência Verbal;
- II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;
- III. Suspensão temporária do Corpo Clínico; e
- IV- Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único ▯ A terceira advertência ensejará, automaticamente, a penalidade de suspensão; a terceira suspensão ensejará, automaticamente, a penalidade de exclusão; podendo qualquer uma das pe-

nalidades ser aplicada de forma direta, em razão da gravidade e repercussão do fato, dentre outros fatores que serão analisados pelo Diretor Geral e Diretor Técnico para aplicação da penalidade;

CAPÍTULO VII - DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 16º - São direitos dos médicos do Corpo Clínico:

- I. Frequentar e usar as dependências do HEMU internando e assistindo, pessoalmente, aos seus pacientes com autonomia profissional, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da Unidade de Saúde;
- II. Utilizar os recursos técnicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Unidade de Saúde;
- III. Auxiliar a administração e os órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas e propondo modificações e aperfeiçoamentos;
- IV. Zelar pelo bom nome do HEMU e pela reputação profissional do seu Corpo Clínico, respeitando-se o Código de Ética Médica;
- V. Participar das reuniões do Corpo Clínico e das atividades científicas dos existentes no HEMU;

VI- Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como membro efetivo ou filiado.

Artigo 17º - São Deveres dos médicos do Corpo Clínico:

- I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, bem como manter comportamento cordial, sempre respeitando os colegas, funcionários e pacientes do **HEMU**;
- II. Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno e demais normas do **HEMU**;
- III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados de forma humanizada, respeitosa, e sempre utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo;
- IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;
- V. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas;
- VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário do paciente, manual de forma legível e/ou eletrônico, com o devido histórico clínico, a evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente;
- VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa relativa à atividade assistencial ou aos pacientes;

VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos praticados, pela indicação de métodos de diagnóstico, ou pelo tratamento e medicamentos prescritos;

IX. Comunicar aos órgãos diretivos do Corpo Clínico falhas na organização e na execução da assistência médica prestada no **HEMU**;

X. Colaborar com as Comissões instituídas no âmbito do **HEMU**;

XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência;

XII. Respeitar a política de direito dos pacientes atendidos no **HEMU** e de seus familiares;

XIII. Quando da impossibilidade de manter atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e as razões pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento;

XIV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à segurança e saúde dos profissionais lotados na Unidade de Saúde;

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 18º - Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem, sempre que possível, ser submetidos pelo médico assistente ao Diretor Clínico e à junta médica indicada e presidida por este, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Primeiro: O Diretor Clínico indicará 2 (dois) profissionais médicos para compor a referida junta médica, sendo certo que, em caso de empate, caberá ao Diretor Clínico o voto de minerva.

Parágrafo Segundo: A referida junta médica também deverá solucionar problemas, inclusive mediante a tomada de decisões que envolvam a realização de procedimentos, bem como discutir condutas adotadas em casos graves ou com implicações sociais, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do médico.

Parágrafo Terceiro: Em caso de urgência, caso um ou todos os componentes indicados pelo Diretor Clínico não estejam presentes na Unidade de Saúde, referida junta poderá ser composta ou suplementada pelos médicos presentes no plantão.

Artigo 19º - A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um médico, que deverá registrar sua indicação, diagnósticos provisórios e/ou definitivos, bem como recomendações especiais necessários para a internação e cuida-

dos do paciente.

Artigo 20º - Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do HEMU de acordo com as determinações legais, preservando-se as condições de sigilo estabelecidas em lei e no Código de Ética Médica.

Parágrafo Primeiro: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo Segundo: Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Artigo 21º - A divulgação pública, em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades prestadas no HEMU e de quaisquer informações sobre pacientes atendidos, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da Unidade de Saúde ou mediante autorização destes.

Artigo 22º - Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omissos, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Artigo 23º - Este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Parágrafo Único: Este Regimento Interno para o Corpo Clínico está em concordância com a Resolução do

LOGO

PROPOSTA DE
REGIMENTO DO CORPO
CLINICO DO HOSPITAL
ESTADUAL GERAL E
MATERNIDADE DE
URUAÇU- (HEMU).

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Conselho Federal de Medicina – CFM Nº 2.147/2016 que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Artigo 24º - Revogam-se as disposições em contrário.

CAPÍTULO IX- HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XX/XX/XX	XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

AM



ITEM 1.1.3 - IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

ITEM 1.1.3.1 - PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS

PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DENEbulIZAÇÃO/INALAÇÃO/MICRONEbulIZAÇÃO

1. OBJETIVO

- Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração;
- Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **NT**-Norma técnica;
- **CCIH** -Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- **N/A**- Não se aplica;
- **SAE** - sistematização de Assistência de Enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fluxômetro;
- Inalador com medicações prescritas;
- Látex;
- Papel higiênico ou forro;
- Máscaras de inalação;
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH e reunir o material;
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar o paciente para receber o tratamento;
- Ligar o inalador ao ar comprimido, ou oxigênio se necessário;
- Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;

Handwritten signature or initials in blue ink.

- Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Recolher material e levar para desinfecção (expurgo);
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material;
- Higienizar caso seja necessário;
- Verificar prescrição médica;
- Usar somente fluidos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;
- Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nível para serem novamente utilizados em outro paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTROS

Checagem no prontuário. Registro na SAE.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT - Norma Técnica;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Oxigênio canalizado;
- 01 fluxômetro para oxigênio;
- 01 máscara facial de oxigênio;
- 01 frasco umidificador;
- 01 intermediário de silicone estéril;
- 01 frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;

Handwritten signature

- 01 bandeja de aço inox;
- 01 par de luvas de procedimentos;
- 05 unidades de gaze estéril;
- 01 frasco ampola de soro Fisiológico 0,9% de 10 ml.;
- 02 cotonetes ;
- 01 impresso para anotação de oxigênio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente no prontuário;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante (se possível);
- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;
- Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o macronebulizador com água estéril destilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na máscara facial;
- Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH;
- Registrar no prontuário em impresso padronizado a data, a hora do início, do término e fluxo do oxigênio administrado;
- Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material;
- Higienizar caso seja necessário;
- Verificar prescrição médica;
- Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;

- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;
- Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
- Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente; se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor
- de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente. Registrar em SAE.

10. REFERENCIAS

BRUNNERL.S;SUDDARTH,D.S. Tratado de enfermagem médico - cirúrgica . 12ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.2012 V1,2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regu-

lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em: 31/07/2012.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição.Volumel. 863p

ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pervias;
- Promover a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Sala amarela, sala vermelha, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de cuidados intermediários - UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- EPI'S - Equipamento de Proteção Individual;
- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- FIO² - (Fração Inspirada de Oxigênio);
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;

- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- Água estéril;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O₂ e máscara de silicone - Ambú;
- Fonte de oxigênio a 100%;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- SF 0,9% na seringa;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental);
- Oxímetro de pulso (Se necessário).
- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como conta- minada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO₂ até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme norma do Manual do SCIH/HGP;
- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para

crianças;

- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambu e realizar o procedimento de aspiração em seguida;
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

6. DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos conforme norma do Manual do SCIH/HGP;

- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como contaminada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO₂ até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;

AM

- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambú e realizar o procedimento de aspiração em seguida;
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente
 - em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;

- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

7. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

8. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

9. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro

10. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

REFERENCIAS

NETTINA, Sandra M. Práticas De Enfermagem. 9ª edição-Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2012.REIS, Marco Antonio Soares. III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007.

TIMBY, Barbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 10ª Edição-Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias, promovendo a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **EPI'S** - Equipamento de Proteção Individual;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Frasco de aspiração conectado à rede de vácuo ou ar comprimido;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- Aspirador;
- EPI'S (máscara, gorro, Óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI'S;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Iniciar a aspiração pelas narinas;
- Pinçar o látex e introduzir a sonda em uma das narinas;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente, soltar o látex e proceder à aspiração com movimentos semi rotatórios;
- Introduzir a sonda na cavidade oral até provocar reflexo da tosse, soltando o látex;
- Proceder à aspiração com movimentos rotatórios;
- Sempre que houver necessidade entre uma aspiração e outra lavar extensão da sonda e látex, ao término do procedimento lavar novamente toda a extensão;

- Fechar o vácuo, desprezar a sonda, desconectando-se do látex e proteger a ponta do mesmo;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reavaliar o paciente;
- Deixar o paciente seguro, confortável e unidade em ordem;
- Desprezar no expurgo o conteúdo do frasco coletor;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas;
- Retirar EPI'S;
- Higienizar as mãos conforme NT Pág.04 do Manual CCIH/HGP;
- Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houver;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

REFERENCIAS

NETTINA, Sandra M. Práticas De Enfermagem.7ª edição-Rio de Janeiro editora Guanabara Koogan,2003.

REIS, Marco Antônio Soares. III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol.2007.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição.Volume I. 863p.

INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO

1. OBJETIVO

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- N/A - Não se aplica.

AM

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 oxímetro de pulso com cabo de energia;
- 01 sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);
- 03 bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;
- 01 almotolia com álcool a 70%;
- 01 caneta;
- 01 impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;
- Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar os materiais para a unidade do paciente;
- Fazer desinfecção do sensor com algodãoumedecido com Álcool a 70%;
- Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
- Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;

- Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
- Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
- Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
- Preparar o sítio selecionado;
- Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz um em oposição ao outro;
- Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;
- Orientar Mãe ou responsável;
- Conectar o sensor do oxímetro ao aparelho;
- Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oxímetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;
- Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;

- Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);
- Assinar e carimbar.
- Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

6. PERIODICIDADE

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar em prontuário e SAE.

REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A. & PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara koogan S.A. 2004.

SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: Arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2007. 1592p.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT CCIH - (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- EPI's - (Equipamento de Proteção Individual);
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;

- EPFS (máscara, gorro, óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Checar a identificação do paciente no leito;
- Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Higienizar as mãos norma da CCIH/HGP;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Colocar os EPFS;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o umidificador com água estéril destilada ou SF 0,9% até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar o recipiente totalmente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;
- Abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há

borbulhamento da água;

- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3 l/mín. Conforme prescrito;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reunir todo o material, organizar o leito.
- Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

MJ

REFERENCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2012 V.1, 2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em: 31/07/2012.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensão de látex;
- Espadrado ou micropore;
- Fita adesiva
- Umidificador;

- Água destilada estéril ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento (proteção do servidor).

5. ESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Datar o umidificador com fita adesiva;
- Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;
- Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;
- Calçar luvas;
- Segurar o cateter com a gaze e introduzir por uma das narinas (após mensurar o cateter do lóbulo da orelha a ponta da narina), delicadamente;
- Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;
- Aumentar o número de litros de oxigênio até a quantidade prescrita.
- Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o Oxigênio;
- Retirar as luvas;

- Guardar o material após o uso;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário, com letra legível.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Observar o paciente durante o tratamento;
- Trocar o cateter nasal a cada 24 horas;
- Utilizar preferencialmente o cateter tipo óculos caso haja na unidade.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

REFERENCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro. Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p.

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico ou complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada;
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NE - Nutrição Enteral;
- NT - Norma de Trabalho;
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco de dieta prescrita;
- 01 equipo para dieta enteral;

- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora;
- 01 Conector intermediário para equipo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Identificar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Confirmar paciente;
- Manter o paciente em decúbito dorsal 30°-40° (essa posição de Fowler reduz o risco de aspiração e promove a deglutição efetiva, facilitando a manipulação da sonda);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar e confirmar o posicionamento correto da sonda;
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Conferir no rótulo da dieta enteral o nome do paciente, número de leito, data e hora da manipulação;
- Verificar se a bolsa de Nutrição Enteral encontra-se em temperatura ambiente, antes de administrá-la, para evitar cólica abdominal;
- Verificar aspecto, coloração, validade da dieta enteral e se o frasco continua íntegro;
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Abrir a válvula reguladora da sonda, deixando-a fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo;
- Fechar a válvula reguladora;
- Adaptar o equipo a extremidade da sonda;
- Colocar o paciente em posição;
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo, quando em bomba de infusão, programá-la conforme prescrito;
- Abrir válvula reguladora e iniciar a dieta;
- Realizar controle da infusão;
- Após a interrupção da dieta, desconectar o equipo do frasco e conectá-lo ao da água, deixando fluir por toda sua extensão, lavando o equipo antes de instalar a próxima dieta;
- Após desconectar o equipo da sonda, fechar a mesma e proteger a extremidade do equipo com a própria tampa;
- Atenção ao prazo de validade identificado no frasco da dieta, antes, durante e após instalação;
- Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade organizada;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Anotar, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o paciente em decúbito dorsal entre 30°- 40° durante administração da dieta;
- Em caso de obstrução de sonda, detectar a causa, auscultar e tentar desobstruir, caso contrário repassar nova sonda, ausculta e solicitar ao médico o pedido de um novo Raio X, para confirmar o posicionamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Realizar a checagem e fazer as anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume infundido.

REFERENCIAS

ANVISA - Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral RDC 63/2000. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.porta-cofen.com.br>. Acesso em: 15/08/16.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n.º 453/2014. Aprova a Nota Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Acessado em: 16/09/15.

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

1. OBJETIVO

- Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea;
- Suprir as necessidades de nutricionais do paciente de forma segura e eficiente.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- UCIN;
- Unidade de Tratamento de Queimaduras e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NPT - Nutrição Parenteral Total;
- NT - Norma de Trabalho;
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

AM

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco/ Bolsa de dieta prescrita;
- Equipo fotossensível de bomba de infusão;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Solicitar na farmácia a retirada da bolsa de nutrição parenteral da geladeira e mantê-la em ar ambiente;
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Aguardar a bolsa de nutrição parenteral atingir a temperatura ambiente antes de administrar no paciente;
- Conferir no rótulo da dieta Parenteral o nome do paciente, número de leito, data, hora da manipulação, composição e volume;
- Verificar integridade da bolsa de dieta parenteral, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a desinfecção dos conectores do acesso venoso;
- Verificar e testar se o acesso está pèrveo.
- Adaptar o equipo a bolsa da dieta, deixando-o fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo, em seguida fechar a válvula reguladora;
- Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica;
- Instalar imediatamente o equipo ao dispositivo intravenoso (PICC, cateter umbilical, flebotomia ou acesso venoso central) e mantê-lo exclusivo para dieta parenteral;
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo em bomba de infusão, abrir a válvula reguladora e iniciar dieta;
- Sendo infusão contínua: verificar a cada 2 horas e anotar o volume infudido no prontuário do paciente ou na ficha de balanço hídrico;
- Após o término da dieta, desconectar o equipo do dispositivo intravenoso e descartar junto com a bolsa da dieta vazia;
- Proteger a extremidade do dispositivo intravenoso com a própria tampa;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Anotar, assinar e carimbar;

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A NPT deverá ser infundida exclusivamente por cateter venoso central em via exclusiva;
- Observar a infusão da NPT constantemente;
- Observar parâmetros vitais durante e/ou após a administração da NPT.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Realizar a checagem, fazer as anotações e evoluções de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e registrar intercorrências. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à "Ganhos".

REFERENCIAS

ANVISA - Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral RDC 63/2000.

Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portaicofen.com.br>. Acessado em: 15/08/16.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n.º 453/2014. Aprova a Nota Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.

BALANÇO HÍDRICO

1. OBJETIVO

Controle da ingestão e eliminações diárias do paciente mantendo o equilíbrio hídrico no organismo.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **BH** - Balanço Hídrico;
- **SNE** - Sondas Nasoentérica;
- **SOE** - Sondas Oroentérica;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Formulário específico para Balanço Hídrico;
- Caneta;
- Bandeja
- Frasco graduado;

- Comadres e ou Papagaio;
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O controle de balanço hídrico é um procedimento muito importante no acompanhamento de um paciente crítico, pois ele é o processo que mede a ingestão e eliminação de líquidos do paciente, sendo um dos fatores de prevenção a outras patologias.

BH parcial - realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h).

BH total - realizado a cada 24 horas.

BH positivo (+): quando o total administrado for maior que o total eliminado.

BH negativo (-): quando o total eliminado for maior que o total administrado.

- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- O paciente deve ser pesado diariamente, no mesmo horário, com a mesma vestimenta sempre que possível;
- Todos os registros para o BH são feitos em formulário próprio, no qual devem constar as identificações do paciente como: Nome número do leito, data e hora;
- Registrar todos os volumes ofertados e/ou administrados por SNE/SOE, via oral ou parenteral, hemoderivados, em local apropriado com a identificação das infusões e/ou ofertas e registrar todos os volumes eliminados como diurese, vômito, fezes e drenagem de sondas e drenos (todas as perdas devem ser medidas o volume);

- Calçar luvas de procedimentos;
- Pesar fraldas antes de colocar no paciente e depois quando retirar;
- Perdas no leito (urina, fezes, sangramento, vômitos) devem ser debitadas, no adulto com valores de no mínimo 10 ml, quando as fezes forem normais medir com cruces: (+) pequena quantidade, (++) média quantidade, (+++) grande quantidade;
- Quando tiver suspenso alguma infusão a ser administrada (dieta, soro, medicação, encaminhamento para cirurgia etc.) a mesma deve ser registrada no formulário;
- Ver saldos das infusões contínuas e zerar as bombas de infusão identificando o volume infundido nos frascos de soro;
- Fazer o BH parcial: no final de cada turno de 06 horas. Somando os valores administrados e eliminados no final de cada período 12h;
- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total saídas.

6. PERIODICIDADE

- BH parcial - realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00h);
- BH total - realizado a cada 24 horas.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraímos o valor total de entradas pelo valor total de saídas;

- O balanço hídrico deve ser fechado pelo técnico de enfermagem e também pelo enfermeiro para que, seja realizada a dupla conferência.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Realizar as anotações de enfermagem a registrar os volumes em Formulário específico para Balaço Hídrico;
- Controlar a diferença entre o ganho e a perda de líquidos durante um intervalo proposto.

REFERENCIAS

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013, NT 01.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalfcfen.com.br>. Acessado em 07/09/15.

NUTRIÇÃO POR GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Oferecer suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de cuidados intermediários;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro;
- Unidades de Internação etc.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BIC - Bomba de Infusão Contínua;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco com dieta prescrita;
- Equipo de soro ou equipo para bomba de infusão;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco com água filtrada;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Realizar higienização das mãos conforme norma técnica do CCIH;

- Apresentar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Verificar se a bolsa de nutrição enteral encontra-se em temperatura ambiente antes de administrá-la no paciente - caso contrário, aguardar atingir temperatura adequada;
- Verificar integridade da bolsa de dieta, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Acomodar o paciente mantê-lo em decúbito dorsal cabeça 45° garantido que o paciente esteja com a cabeça elevada, medida importante para evitar refluxo gastroesofágico;
- Avaliar o local da gastrostomia quanto a presença de desgaste, irritação ou drenagem e sinais flogísticos.
- Calçar as luvas;
- No caso de administração por bomba infusora, ajuste a bomba e o tempo de infusão, conforme prescrições da nutricionista ou do médico;
- Examine a sonda de gastrostomia, procurando bloqueios que impeçam o fluxo do líquido a ser infundido;
- Feche a pinça e conecte o equipo da bomba ou a seringa a sonda;
- Abra a pinça e inicie a alimentação, no caso de administração de dieta pela seringa, faça o na vazão
- de 5 ml a cada 30 segundos, repetindo esta operação até o esgotamento do volume da refeição;
- Ao termino da alimentação, desconecte o tubo e infunda 50 ml de água, como no início do procedimento;
- Programar o gotejamento da dieta na BIC, conforme a prescrição da equipe de nutrição e/ou médica;
- Após a passagem de dieta lavar a sonda;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Deixar a unidade organizada;
- Registrar no prontuário ou no formulário de balanço hídrico o volume de dieta infundido de acordo com a rotina de cada setor (ex: 2/2 h, 6/6h)
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Comprimidos devem ser macerados individualmente, em água filtrada ou mineral e administrados e NUNCA devem ser administrados com a dieta. O CG (Cateter de Gastrostomia) deve ser lavado com 30mL após a administração dos medicamentos, a fim de evitar resíduos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

AM

9. REGISTRO(S)

Fazer a checagem e realizar as anotações de enfermagem, registrar os volumes infundidos, se houve ou não alguma intercorrência como diarreias, vômitos etc.

REFERENCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em <http://www.portalcofen.com.br>. Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A. & PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A. 2009.

SOBECC. Práticas Recomendadas - SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p.

HIGIENE DO COURO CABELUDO

1. OBJETIVO

Estimular a circulação do couro cabeludo, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Bacia com água morna;
- Balde;
- Sabão neutro ou Xampu;
- Pente;
- Um lençol ou toalha de banho;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável ou Saco plástico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Retirar o travesseiro;
- Colocar o lençol ou toalha sob a cabeça do paciente para evitar molhar a região dorsal;
- Sustentar a cabeça do paciente com a ajuda de outro servidor;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Molhar, ensaboar e enxaguar o couro cabeludo fazendo uma leve massagem com as polpas digitais;
- Secar bem com o lençol ou toalha;

- Retirar o algodão dos ouvidos;
- Retirar as luvas e avental, lavar as mãos;
- Pentear os cabelos do paciente ou incentivá-lo a fazê-lo;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Anotar no prontuário e Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Ao realizar o banho.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar a anotação de enfermagem, observar alterações no couro cabeludo como:

- lesões,
- presença de parasitas, hiperemias,
- lesão por pressão, comunique o enfermeiro.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Uma jarra;
- Luvas de procedimento;
- Avental impermeável;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Comadre;
- Gaze;
- Hamper;
- Biombo;

- Lençol ou cueiro (para forro);
- Luva para banho ou compressas limpas.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a vulva com água;
- Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;
- Afastar os grandes lábios e lavar no sentido antero-posterior, sem atingir o ânus;
- Lavar o ânus por último;
- Irrigar a vulva com água limpa;
- Retirar a comadre;
- Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;
- Retirar o forro;

- Colocar o material usado, no hamper;
- Deixar a paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.



HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Jarra;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Gaze;
- Forro;
- Biombo;
- Hamper ;
- Luvas de procedimentos;
- Avental impermeável;
- Comadre.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Se apresentar ao paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a região genital;
- Afastar o prepúcio para trás;
- Iniciar a higiene ensaboando a glande e em seguida todo o corpo do pênis;
- Irrigar com água, retirando o sabão;
- Ensaboar e lavar a região anal;
- Irrigar com água para retirar o sabão;
- Retirar a comadre e enxugar a região;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o forro e deixar o paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;

- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Caso apresente sinais de infecção ou lesões na região genital comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HIGIENE OCULAR

1. OBJETIVO

Manter a higiene dos olhos, evitando o acúmulo de secreção e infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Água;
- Gazes não estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Cuba pequena;
- Toalha de rosto ou compressa.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Apresentar-se;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Umedecer a gaze com a solução fisiológica ou água;

AM

- Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias; remover delicadamente a secreção, partindo da parte interna do olho;
- Secar delicadamente;
- Deixar o paciente confortável;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher os materiais;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos alteração no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja-

neiro: Elsevier, 2009.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HIGIENE ORAL

1. OBJETIVO

- Reduzir a colonização da orofaringe e, conseqüentemente, diminuir os riscos de infecção respiratória. Controlar o biofilme na cavidade bucal e Hidratar os tecidos intra e peribucal;
- Prevenir a formação de úlceras e lesões da mucosa, evitar ou reduzir a halitose e proporcionar conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- S/N - Se necessário;
- RN - Recém Nascido,
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Bandeja contendo:

- Solução anti - séptica ou solução

MI

bicarbonatada ou água destilada (para RN) / creme dental;

- Lubrificante para os lábios S/N;
- Copo com água e canudo S/N;
- Seringa de 20 ml ou 10 ml (para crianças ou RN);
- Cânula de Guedel S/N;
- Forro ou toalha;
- Aspirador montado;
- Sonda de aspiração;
- Espátulas envoltas com gaze ou escova de dentes;
- Luva de procedimento;
- Óculos de proteção (quando paciente com muita secreção);
- Máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal (45);
- Realizar paramentação com máscara, óculos e luvas;
- Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;

- Proceder à limpeza de toda a boca e língua do paciente, usando espátulas embebidas em solução antisséptica ou água;
- Enxaguar a cavidade oral com a solução, e proceder à aspiração ao mesmo tempo;
- Enxugar os lábios e hidratá-los;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas, a máscara e o óculos;
- Lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Realizar a limpeza dos óculos de proteção;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Diária, após as refeições ou de acordo com a prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro;
- A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SONDAGEM NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SNE - Sondagem nasoentérica;

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Dobb Hoff com fio guia (tamanho compatível com o paciente);
- Gazes;
- Seringa de 10 ou 20 ml;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Lubrificante (Xilocaina gel);
- Água destilada estéril;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme Protocolo da CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar para o paciente ou acompanhante o procedimento e a finalidade;
- Examinar a permeabilidade e a condição da pele de cada uma das narinas;
- Revisar na prescrição médica tipo de sonda e o esquema de alimentação enteral;

AM

- Ficar no mesmo lado do leito da narina de inserção e ajudar o paciente a assumir posição de Fowler, a menos que contra-indicado. Colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- Calçar as luvas;
- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóide);
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E);
- Proteja o tórax com papel toalha;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Injete água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for pré-lubrificada);
- Reintroduza o fio guia na sonda;
- Lubrifique a sonda com o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze;
- Solicite ou auxilie o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax;
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote;
- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda a pela epiglote;
- Retorne a cabeça para a posição ereta;
- Continue introduzindo a sonda com suavidade até a marca;
- Conecte uma seringa de 20 ml, aspire o conteúdo gástrico e injete de 10 a 20 ml de ar pela sonda e ausculte simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da sonda (gástrica);
- Abaixar a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possível);
- Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm, considerando o porte físico do paciente;
- Retire o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;
- Injete 20 ml de ar e observe o retorno menor que 10 ml e com dificuldade;
- Faça a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.;
- Retire as luvas de procedimento, máscara e óculos de proteção;
- Deixe o paciente confortável;
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Durante a introdução não force a sonda

Handwritten signature in blue ink.

se encontrar resistência ou o paciente começar a tossir, engasgar ou ficar cianótico, interromper a passagem da sonda e puxe-a para trás;

- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Antes da administração da primeira dieta, recomenda-se um RX de abdome para certificar-se do posicionamento da sonda;
- Encaminhe o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguarde para que seja realizado no leito. Certifique-se que o RX seja avaliado pelo médico, confirmado a localização da sonda e liberado para uso;
- Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem;
- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oro ou nasoenteral repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezê-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A. 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

SONDAGEM OROENTERAL

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrólítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente íntegra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES



- SOE - Sondagem Oroenteral;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda enteral (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Espadrado ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler 45°;
- Reservar porção de xilocaina gel sobre gaze simples;
- Calçar luvas de procedimento;

- Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gazes;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical, mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaina gel;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax; segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo curvando se necessário e com cuidado, inseri-lo na cavidade oral;
- Pedir para o paciente deglutir;
- Introduzir o cateter até a marcação;
- Testar o posicionamento do cateter;
- Proceder com a fixação do cateter;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Solicitar à equipe médica RX de controle enteral;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

Handwritten signature

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oroenteral deve-se puxá-la lentamente. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Prontuário Médico.

REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY, A.G Fundamentos de Enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara koogan S.A, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª, ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. OBJETIVO

Descomprimir o estômago, drenar líquidos intra-gástricos, realizar lavagem gástrica, alimentação, diagnosticar motilidade intestinal e administrar medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SNG - Sonda Nasogástrica;
- SOG - Sonda Orogástrica;
- AD - Água Destilada;
- CCIH - Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;
- N/A - não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Gástrica (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;

- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos conforme protocolo CCIH;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente com cabeceira elevada a 45° (DLE evita aspiração do conteúdo gástrico);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide (+ até 3 cm abaixo do apêndice xifoide no adulto);
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Lubrificar a sonda;
- Solicitar ao paciente para manter o pescoço em ligeira flexão durante a introdução da sonda e de-glutir várias vezes;
- Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada com esparadrapo;
- Observar aparecimento de tosse, cianose, sinais de estimulação vagal, bradicardia e apnéia;
- Injetar ar rapidamente com a seringa e concomitantemente colocar o estetoscópio sobre o estômago procurando ouvir um ruído borbulhante;

- Posicionar a sonda corretamente;
- Deixar a sonda aberta, se prescrito;
- Anotar secreção drenada se houver;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica, não excedendo o período de 5 meses.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Na retirada da SNG repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

REFERENCIAS

POTTER, P. A. & PERRY, A.G. Fundamentos de Enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A. 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA

1. OBJETIVO

Direcionar o tratamento médico na escolha de antibióticos específicos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **N/A** - não se aplica;
- **SAE** - sistematização da assistência de enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco estéril;
- Sabão neutro;
- Cuba rim esterilizada;
- Etiqueta do paciente;
- Luva esterilizada e de procedimento;
- Seringa, agulha e algodão com álcool (para pacientes sondados).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA:

- Verificar prescrição médica;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;
- Avaliar o entendimento do paciente quanto ao propósito do exame e método de coleta;
- Calçar luvas de procedimento (técnica asséptica);
- Proceder à higiene da genitália com água e sabão neutro;
- Calçar luvas estéreis;
- Desprezar o 1º jato de urina e o jato médio coletar;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Rotular o frasco;
- Encaminhar material imediatamente após coleta não ultrapassando o período de 2h após coleta;
- Realizar registro de enfermagem na folha de controle;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com solicitação médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando o paciente estiver sondado realizar a coleta de urina para urocultura executando



desinfecção com algodão e álcool a 70% no local próprio da sonda para a aspiração, aspirando a quantidade necessária de urina para o exame;

- Em RN ou neonato realizar a coleta através de sondagem vesical.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento anotar em prontuário e SAE.

10. REFERENCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro, 8ª edição, 2013.

- RN - Recém Nascido;
- N/A - Não se Aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Solução prescrita;
- Impermeável, forro e fralda (crianças);
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Papel higiênico;
- Comadre;
- Suporte de soro;
- Biombos;
- Sonda retal (tamanho adequado ao paciente);
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento e máscara, gorro, óculos e avental.

LAVAGEM INTESTINAL

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos ou evitar distensão abdominal.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- OBS - Observação;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir prescrição médica;
- Reunir o material e coloca-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preservar a privacidade do paciente utilizando biombos para cercar o leito;

ANL

- Lavar as mãos;
 - Conectar o equipo no frasco de solução;
 - Retirar o ar do equipo;
 - Colocar o suporte do soro, junto ao leito;
 - Colocar a comadre sobre o leito;
 - Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;
 - Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado. (Posição de Sims), deixando-o coberto. As crianças devem ser posicionadas em decúbito dorsal;
 - Colocar o frasco com a solução, conectado ao equipo no suporte;
 - Adaptar a sonda, deixar correr um pouco da solução na comadre, para expeli o ar;
 - Colocar a máscara e calçar as luvas;
 - Lubrificar a ponta da sonda retal;
 - Dobrar o lençol e, com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expor a região anal;
 - Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical. Pedir para o paciente respirar profundamente;
 - Adulto- 7,5 a 10 c. Crianças- 5 a 7,5 cm. Lactentes- 2,5 a 3,7 cm;
- Abrir a pinça do equipo e deixar o líquido correr lentamente;
 - Fechar a pinça e retirar a sonda;
 - Desprezar a sonda em local adequado após envolvê-la em papel higiênico;
 - Aconselhar o paciente a reter a solução;
 - Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;
 - Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;
 - Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;
 - Retirar as luvas;
 - Oferecer o material para lavagem das mãos do paciente e/ou higiene íntima;
 - Lavar as mãos;
 - Anotar no prontuário a realização do procedimento e intercorrências quando houver;
 - Monitorar sinais vitais;
 - Supervisionar o procedimento.

OBS: Introduzir a sonda com cuidado e lentamente para evitar lesões.

- Não deixar entrar ar no intestino, quando a solução estiver acabando;

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Diminuir ou interromper o fluxo de líquidos, se o paciente acusar dor;

Handwritten signature

- Quando o líquido não correr por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma, ou substituí-la, se estiver obstruído;
- Em caso de RN retirar a fralda, após a eliminação fecal, pesando e desprezando-a. Anotar o peso na anotação de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; Técnico De Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Em prontuário e SAE, após término do procedimento.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY, Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro, 2005, p. 1390-1440.

CURATIVO CATETER VENOSO PERIFÉRICO DE MÉDIA PERMANÊNCIA

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **P** - data da punção;
- **T** - data da troca do curativo, Número do Abocath;
- **AB n° XX** e **NOME** Número do Abocath do profissional que realizou o curativo;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- Solução alcoólica a 70%;
- Caneta;
- Kit material para curativo estéril;
- Fita microporosa hipoalergênica;
- Esparadrapo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;

- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antisepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Fixar o cateter com fita microporosa hipoalergénica ou esparadrapo, conforme as condições da pele do paciente;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo, Número do Abocath AB nº XX e NOME do profissional que realizou o curativo;

- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição.

6. PERIODICIDADE

Todos os setores.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

Handwritten signature

REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014;

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL COM FILME TRANSPARENTE

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **P** - data da punção;
- **T** - data da troca do curativo e nome do profissional;

- **PICC** - Cateter de Inserção Periférica Central;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 01 Caneta;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Filme transparente;
- Luvas de procedimento;
- 01 Avental de mangas longas;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

Handwritten signature

- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior traicionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9%, inicie pelo sítio de inserção do cateter ampliando o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antisepsia, inicie pelo sítio de inserção do cateter, ampliando o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Remover papel protetor, posicionar a parte do curativo composta de película sobre a pele do paciente deixando o sítio de inserção do cateter centralizado;
- Remover o restante dos papéis protetores e molde a película ao redor do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita, após aplicado o filme transparente no sítio de inserção;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem;
- Na presença de sujidades, sangramentos, sinais flogísticos ou quando o filme estiver úmido, solto ou com a integridade comprometida, comunicar o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;

- Em caso de falta do filme transparente e/ou quando o cateter esteve posicionado na região de jugular, realizar o curativo simples.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, o procedimento deverá ser registrado em prontuário.

REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

CURATIVO CATETER VENOSO CENTRAL SIMPLES

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P - data da punção;
- T - data da troca do curativo e nome do profissional;
- PICC - Cateter de Inserção Periférica Central;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

ALU

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo.
- Deixar secar espontaneamente;
- Dobrar uma gaze ao meio e colocá-la na inserção do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de en-

AM

fermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;
- Para remoção do filme transparente, solte a parte fenestrada e puxe-o paralelamente à pele com uma das mãos, enquanto a outra segura o cateter;
- Tipos de CATETERES CENTRAIS: Mono lumen, duplo lumen simples e para hemodiálise, PICC- Cateter de Inserção Periférica Central, Cateter de Flebotomia;

8. RESPONSÁVEL(S)

- Enfermeiro;
- Executantes: enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

REFERENCIAS

PROTÓCOLOS DA COMISSÃO DE CURATIVOS DO HGP/ PROTOCOLOS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja-

neiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção;
- Otimizar o processo de cicatrização.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 100 ml Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;

- 01 Tesoura;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergénica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Fazer chumaço de gaze com auxílio da pinça Kelly;
- Umedecer a gaze com soro fisiológico a 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Proceder a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, do centro para as bordas;
- Lavar a ferida abundantemente com soro fisiológico a 0,9% e fricção com gaze em rolamento.
- Repetir a limpeza até as gazes saírem limpas;
- Secar o centro e as bordas da ferida;
- Dobrar as gazes finas e colocá-las em cima da incisão cirúrgica;
- Cobrir as gazes com a fita microporosa hipoalérgica;
- Identificar o curativo com DATA e HORA da troca do curativo e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;

- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento registrar em prontuário.

REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um Guia para as Enfermeiras, 3ª ed., São Paulo: Atheneu, 2008. GEOVANINI, T; OLIVEIRA JRA.G. Manual de Curativos, 2ª ed., São Paulo: Editora Corpus, 2009. JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.PE. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas, 1ª ed., São

Paulo: Atheneu, 2005.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE DESVITALIZADO

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- SF 0,9 % 100 ML;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Caneta;

- Curativo específico;
- 01 Algoritmo A04;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergénica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar máscara descartável e gorro;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de soro fisiológicos e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;
- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Seguir o algoritmo anexo A04;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Retirar máscara descartável;
- Higienizar as mãos;

- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A - não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 02 par Luvas de procedimento;
- 01 Curativo específico;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Algoritmo;
- 01 Algoritmo;
- 01 Kit material para curativo estéril;

MJ

- 01 Fita microporos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar soro fisiológico na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de SF 0,9% com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida;
- Observar a característica da lesão e exsudato;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do

paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;

- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar ação em prontuário.

REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

CURATIVO EM CATETER DE DUPLO LÚMEM (CDL)

1. OBJETIVO

Evitar tração do cateter, infecção e elevar o período de permanência do mesmo.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina Alcoólica 0,5% (1ª opção) ou PVPi Degermante e Álcool 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;

- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente em posição fowler ou sentado;
- Lateralizar a cabeça do paciente ao lado contrário do CDL, se este estiver localizado em região cervical. Se o CDL estiver inserido em região femoral, orientar o paciente a manter-se em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e em repouso. Expor a área do cateter;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo cuidadosamente, evitando tracionar o CDL;
- Retirar as luvas de procedimento e preparar o material, abrindo o pacote de curativo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Observar o sítio de inserção, identificando a presença de sinais de infecção e exsudato;
- Iniciar limpeza com gazes umedificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em FALTA, escolher O PVPI DEGERMANTE (2ª opção). Realizar fricção no óstio de inserção do cateter com as gazes úmidas com PVPI degermante até criar espuma, em torno de um minuto a dois minutos;
- Posteriormente, limpar a região com Soro Fisiológico 0,9%, retirando todo o PVPI degermante presente;
- Utilizar gazes umedecidas com ALCOOL 70% no óstio de inserção do cateter e na pele ao redor, em movimentos circulares;
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de fazer a desinfecção da bifurcação do dispositivo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com Clorexidina 0,5% Alcoólica e na FALTA desta, USAR o Álcool 70%;
- Ocluir a bifurcação do cateter com uma bolsa adequada (copinho);
- Posicionar o cateter de forma que não o dobre;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Sempre desprezar o material contaminado em saco plástico;
- Organizar o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte do perfuro-

AM

cortante em lixo específico;

- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do CDL e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- Trocar a cada 48 Horas (Dia Sim e Dia Não);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado);
- Quando o óstio estiver com drenagem de exsudato e sinais flogísticos, realizar o curativo diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LÚMEN - SUSPEITA DE INFECÇÃO:

- Presença de secreção purulenta no óstio do CDL ou celulite;
- Presença de eritema, edema e dor que se estende por mais de 2cm no trajeto do túnel a partir do óstio do CDL;
- Presença de hipertermia sem outro foco.

CUIDADOS COM O CATETER DE DÚPLO LÚMEM:

- Manipular o cateter com técnicas assépticas, luva e material estéril;
- Proteger a inserção do cateter com curativo estéril (curativo estéril, fechando primeiramente o óstio e posteriormente desinfetando as vias com álcool);
- Realizar tricotomia em FACE nos pacientes do sexo Masculino (para facilitar a fixação e limpeza do cateter);
- Realizar curativo sempre que o mesmo apresentar-se solto, sujo ou úmido;
- Sempre anotar as características do óstio de inserção após as trocas de curativo;
- Manter o cateter bem fixado e posicionado de forma a evitar dobras em seu curso natural;
- Manter o paciente com cateter femoral em repouso no leito, evitando a flexão do membro em que o cateter está inserido, para evitar traumatismos e manter a permeabilidade das vias e evitar infecção;
- Evitar a reinserção de um cateter que se exteriorizou do local de saída, prevenindo a bacteremia;
- Observar também os pontos de fixação do cateter. Se não estiverem presentes, comunicar ao médico responsável e ter cuidados extremos durante a troca de curativo;
- Comunicar ao médico responsável casos de hiperemia e secreção drenada pelo óstio de inserção do dreno, pois são sinais de infecção, além dos episódios de hipertermia e calafrios;
- Colher cultura de ponta de cateter, seguindo normas da CCIH, quando retirar os cateteres indicados.

AM

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DE CATÊTER DUPLO LÚMEN:

- Lavar as mãos antes de iniciar o curativo e após o término do mesmo;
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. O médico deve ser imediatamente comunicado;
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

ANVISA. Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços, Agosto de 2010.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

CURATIVO EM DRENO DE TORAX

1. OBJETIVO

Evitar infecções no ostio de inserção, complicações e tração do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **EPI** - Equipamentos de proteção individual;
- **SF** - Soro Fisiológico;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina alcoólica 0,5% (1ª opção) ou álcool a 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome

Handwritten signature or initials in blue ink.

do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de secreção serosanguinolenta é normal);
- Palpar a área adjacente à procura de enfisema subcutâneo e crepitações;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;

- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o ALCOOL 70%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima do dreno, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento do dreno e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão do tubo, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

AM



9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM MEMBRO COM ERISPELA BOLHOSA

1. OBJETIVO

Promover a limpeza, o conforto, a redução da algia e edema, favorecer a cicatrização e a avaliação da evolução da ferida.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- AGE: Ácido Graxo Essencial;
- EPI: Equipamentos de proteção individual;

- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Bacia estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- AGE (Ácidos Graxos Essenciais);
- Gazes estéreis;
- Atadura estéril;
- Esparadrapo;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data, hora e assinatura do profissional que realizou o procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Opção 01: Diluir 1 comprimidos de Permanganato de Potássio em 4 litros de Soro Fisiológico 0,9% em uma bacia estéril.

Opção 02: Diluir meio comprimido de Permanganato de Potássio em 2 litros de Soro Fisiológico 0,9% em uma bacia estéril.

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;

ML

- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Retirar as luvas de procedimento e calçar as luvas estéreis;
- Lavar o membro acometido na bacia com a solução já preparada;
- Retirar o excesso da solução de permanganato de sódio, presente no membro, com água destilada;
- Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;
- Ocluir o membro com gazes umedecidas com AGE;
- Enfaixar o membro no sentido tornozelo à coxa e fixar com esparadrapo;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- Realizar o procedimento duas (02) vezes ao dia, diariamente;
- Em caso de necrose no tecido, comunicar o médico responsável e solicitar parecer para

a Comissão de Curativos, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A bacia deve ser estéril para evitar contaminação cruzada. O membro acometido pela erisipela deve ser limpo com a solução descrita acima;
- Se houver ferida aberta, presença de necrose, não precisa usar esta solução.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

PINTO, Et Al. Manual de Procedimentos Operacionais Padrão. Universidade Federal Fluminense. Hospital Universitário São Pedro- RJ, 2011.

CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA, SEM DRENO

1. OBJETIVO

Realizar limpeza de uma ferida cirúrgica, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- FC - Ferida Cirúrgica;
- HGP - Hospital Geral de Palmas;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: Touca, máscara;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;

- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente
- Avaliar a ferida operatória observando a união das bordas, hiperemia ou drenagem de exsudato;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com prontosan em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Deixar gazes umedecidas com prontosan sobre a ferida por no mínimo 5 minutos e no máximo 15;
- Secar se necessário;
- Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;
- Ocluir a ferida operatória com gazes estéreis secas e fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;

AM

- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- Realizar o curativo em FC nas 24 horas após a cirurgia;
- Realizar o curativo diariamente, somente em caso de drenagem de exsudato.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O primeiro curativo e a primeira avaliação devem ser realizados cuidadosamente nas 24 horas após a cirurgia;
- Ao retirar o curativo, se FC estiver limpa e seca, deixá-la descoberta;
- O curativo oclusivo pode ser necessário quando houver a drenagem de exsudato pela ferida;
- As características do exsudato devem ser registradas (odor, coloração, espessura, quantidade).

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção).

Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

SILVESTRE, et al. Protocolo para Prevenção e Tratamento de Feridas Agudas e Crônicas. Secretaria de Estado da Saúde. Florianópolis, 2011.

LIMPEZA DE FERIDAS NEOPLÁSICAS

1. OBJETIVO

Limpar as feridas neoplásicas, reduzindo o odor fétido, promovendo melhor bemestar ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- AGE - Ácidos Graxos Essenciais;
- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;

Handwritten signature in blue ink.

- Soro Fisiológico 0,9%;
- Seringa de 20 ml estéril;
- Lamina estéril;
- Gazes estéreis;
- Acochoados (se necessários);
- Ataduras (se necessário);
- Saco de lixo branco;
- Esparadrapo ou micropore;
- Se a ferida estiver com odor forte: 2 Comprimidos de Metronidazol diluídos em 1 frasco de 250 ml de SF 0,9%;
- Cobertura adequada;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Retirar as luvas de procedimento e calçar as luvas estéreis;
- Umedecer a ferida com o soro fisiológico 0,9% e retirar as gazes aderidas ao leito da ferida com luva estéril ou pinças estéreis;
- Realizar limpeza da ferida com Soro Fisiológico a jato abundantemente;
- Observar o ODOR da ferida e a CARACTERÍSTICA do exsudato da ferida;
- Se a lesão estiver com ODOR, preparar os comprimidos de metronidazol no SF macerar os comprimidos, abrir o frasco do SF com lâmina e colocar os comprimidos dentro. Utilizar a seringa de 20 ml para limpar a ferida;
- Aplicar a cobertura escolhida, adequada à lesão. Geralmente usasse óleo mineral para oclusão;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento, se o mesmo estiver consciente;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução, macerando os comprimidos de Metronidazol, diluindo-os no frasco de Soro Fisiológico (que deve ser cortado com lamina estéril anteriormente). Com o auxílio de uma seringa de 20 ml, a ferida será irrigada com esta solução;
- Ocluir adequadamente e identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Geralmente deverá ocorrer a troca duas (02) vezes ao dia, porém, se a ferida estiver úmida, trocar mais vezes, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Não utilizar nas feridas neoplásicas: AGE e coberturas desbridantes (papaína, colagenase, derivados do iodo).
- Não é indicado o uso de metronidazol em solução endovenosa. A solução de soro com os comprimidos deve ser preparado no momento da realização do curativo, especificamente para feridas neoplásicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção), e tipo de cobertura utilizada.

REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

SILVA, K.R.M.; BONTEMPO, P.S.M.; REIS, P.E.D.; VASQUES, C.I.; GOMES, L.R.; SIMINO, G.P.R. Intervenções terapêuticas em feridas tumorais: Relato de casos. Rev. Brasileira de Cancerologia 2015; 61 (4): 373-379.

CURATIVO EM CATETER POR DISSECÇÃO VENOSA (FLEBOTOMIA)

1. OBJETIVO

Evitar infecção na ferida operatória e complicações, além da tração do cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- HGP - Hospital Geral de Palmas;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPIs - Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1ª opção) ou ÁLCOOL 70% (2ª opção);
- Fita microporosa ou esparadrapo ou atadura;
- Saco de lixo;

Handwritten signature

- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a sua finalidade ao paciente e ao acompanhante se o paciente estiver consciente;
- Posicionar o paciente em posição que facilite a exposição do membro com o cateter;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo que estava anteriormente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar a ferida operatória quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato purulento;
- Observar se há presença de exsudato nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de exsudato serossanguinolento é normal);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umedecidas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti - sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o usar o álcool 70% (2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de realizar a desinfecção da bifurcação do dispositivo até a conexão do equipo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com CLOREXIDINA 0,5% ALCOÓLICA e, na falta desta, usar o álcool 70%;
- Ao ocluir cuidar para não dobrar e nem tracionar o cateter;
- Identificar o curativo com data, horário e o nome do profissional que realizou;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;
- Retirar luvas;
- Encaminhar o lixo ao expurgo;
- organizar os materiais e limpar bandeja;
- Lavar as mãos;

- Realizar anotação de enfermagem descrevendo a característica da ferida, a permeabilidade do cateter, citando se existe ou não a presença de sinais flogísticos.

6. PERIODICIDADE

- TROCA: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Ao observar drenagem de exsudato do óstio ou outros sinais, como: hiperemia, dor, edema, no local, deve-se registrar no prontuário e comunicar o fato ao médico responsável pelo paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

ANVISA. Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010.

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO DE PENROUSE

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar atração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;

Handwritten signature

- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno de penrouse com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- DRENO COM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza da pele Perí-dreno (ao redor do dreno) com SF, instalar a bolsa coletora, evitando manusear ou dobrar o dreno;
- DRENO SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza, instalar gazes estéreis entre o dreno e a pele e em cima do óstio, fixando e ocluindo com fita microporosa. Identificar o curativo;
- Retirar as luvas estéreis;

- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o lixo em saco contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário: anotando quantidade de exsudato, características do líquido, odor, coloração e espessura.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele perídreno durante a limpeza;
- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário.

rio do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção). Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP Ed. Vendas, 2013.

LEVIN, A.S.S. et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar atração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;

- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com

Handwritten signature in blue ink.

gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;

- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno tubular com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- Terminar de ocluir a FO e, posteriormente, instalar a bolsa coletora para anotação do débito, verificando adequadamente a aderência da bolsa à pele;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele peridreno

durante a limpeza;

- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

LEVIN, A.S.S. et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas, 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescor, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações e tração da sonda.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não de aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (presença de secreção verde, pode indicar a drenagem de suco gástrico);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e
- uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e

AMC

em cima da sonda, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;

- Fixar a sonda com um pedaço de fita microporosa, principalmente se a sonda for a Foley;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento da sonda e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Deve-se trocar quando molhar ou estiver sujo.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- Atualmente **NÃO** é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão da sonda, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA SONDA:

- Antes de manipular a sonda, lavar bem as

mãos;

- Evitar tracionar a sonda ou empurrá-la para dentro da barriga;
- Observar a pele ao redor da sonda diariamente. Registrar no prontuário e avisar ao médico responsável em caso de pele vermelha ou saída de secreção pela abertura na pele;
- Solicitar a Comissão de curativos em caso de complicações, se necessário.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

SANTOS, V. L. C. G. Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostorizado. Editora Atheneu, 2000.

CESARETTI, L. U. R.; PAULA, M. A. B. Estomaterapia: temas básicos em estocenas. Cabral Editora e Livraria Universitária, 2004.

CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

Lesão por Pressão (LPP): A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP ESTÁGIO 1: Pele intacta com hiperemia que não embranquece quando realizado digito pressão. Tal fato ocorre sobre proeminência óssea.

As LPP's estágio 1 podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- **AGE:** Ácidos Graxos Essenciais;
- **EPI:** Equipamentos de proteção individual;

- **HGP:** Hospital Geral de Palmas;
- **LPP:** Lesão por Pressão;
- **N/A-** Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Hidrocolóide placa, se disponível na instituição;
- AGE;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os matérias;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Nas áreas com Lesão por Pressão estágio 1, instalar uma placa de hidrocolóide em tamanho adequado;
- Se não houver placa de hidrocolóide, hidratar a pele com Ácido Graxo Essencial (AGE) a fim de manter a pele macia e

elástica. Prescrever hidratação pelo menos duas vezes ao dia.

6. PERIODICIDADE

- Quando a proteção da pele acontecer com o hidrocolóide, orientamos uma média de 03 dias para a troca;
- Quando a hidratação da pele for realizada com AGE, a hidratação deve ser feita, pelo menos, duas vezes ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as LPP's;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatómicas comprometidas;
- Recortar o hidrocolóide em um tamanho maior que a lesão, cerca de 05 cm a mais nas bordas, para que a placa tenha uma aderência total na pele adjacente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Drª Maria Helena Larcher Caliri, Profª Drª Vera Lúcia Concelção de Gouveia Santos, Drª Maria Helena Santana Mandelbaum, MSN Idevaria Geraldina Costa. Nova Classificação das Lesões por Pressão, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1. OBJETIVO

Realizar trocas de curativos de forma segura e organizada, prevenindo contaminação cruzada e mantendo a privacidade do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Fita microporosa;
- Cobertura indicada;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo (não retirar as gazes em contato e/ou aderidas ao leito da ferida);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Retirar as gazes em contato com o leito da

ferida com luva estéril ou com auxílio de pinças estéreis;

- Com a mesma luva estéril, que retirou as gazes em contato com o leito da ferida, realizar a limpeza da mesma;
- Iniciar a limpeza da ferida: Começar limpando o leito, posteriormente as bordas e depois a área próxima as bordas (área Periférica);
- Além do uso do SF 0,9% a jato, deve-se limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF 0,9% em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Em ferida operatória, deve-se iniciar a limpeza na incisão cirúrgica, em um mesmo sentido (unidirecional) e posteriormente, da área adjacente, no mesmo sentido;
- Após a limpeza, secar a área adjacente e bordas, se necessário;
- Avaliar os tecidos presentes na ferida para escolher a cobertura adequada;
- Aplicar a cobertura indicada e escolhida na lesão, sempre usando técnica asséptica;
- Ocluir a lesão e realizar as trocas conforme a cobertura ou conduta da Comissão de Curativos ou do médico responsável pelo caso;
- Identificar o curativo;
- Organizar o material;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;

- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, citando as características da ferida e a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado considerando a cobertura utilizada.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização das luvas não substitui a lavagem das mãos;
- Todo curativo realizado em ambiente hospitalar deve ser realizado com técnica estéril;
- Somente a camada externa do curativo pode ser retirada com luvas de procedimento;
- Não retirar curativos com luvas já utilizadas em outros procedimentos;
- As gazes em contato com o leito da ferida devem ser retiradas com luvas estéreis e com esta mesma luva estéril, já calçada, pode-se realizar a limpeza do leito da ferida;
- Ter bom senso: Cuidado na abertura de grandes quantidades de pacotes de gazes, pois sobrando material, não se deve reaproveitar as mesmas em outras feridas (para evitar contaminação cruzada);
- Quando o paciente tiver mais de uma ferida, não abrir o curativo com as luvas que realizou o último curativo. Deve-se trocar as luvas e realizar a lavagem das mãos ou desinfecção com álcool gel entre uma ferida e outra;
- Os carrinho de curativos devem ser higienizados entre cada paciente atendido, para diminuir os risco de infecção cruzada, principalmente em locais com microorganismos multiresistente;
- Manter na parte superior dos carrinhos somente os materiais necessários para cada curativo/paciente;
- Material acondicionado no carrinho deve ser manipulado sem luva;
- Almotolias: troca de soluções conforme orientação da SCIH;
- Não posicionar bandeja ou materiais de curativo no leito do paciente;
- Obrigatória a desinfecção da mesa de mayo/ carrinho entre um paciente e outro;
- Evitar expor o paciente, mantendo a privacidade individual;
- O saco de lixo branco deve ser individual para cada paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescor, 2011.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

Evitar infecções no local de inserção do cateter e as complicações da disseminação de micro-organismos para a corrente sanguínea.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - máscara, gorro, óculos;
- Luvas de Procedimento;
- Luva Estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Gaze Estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1ª opção) ou ÁLCOOL 70% (2ª Opção);
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente para não tracionar o cateter;
- Observar o sítio de inserção, identificando sinais de infecção e presença de exsudato;
- Avaliar também a área Peri-inserção, procurando dermatites, irritações e traumas na pele;

- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, usar o ÁLCOOL 70% (2º opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore;
- Posteriormente, realizar a desinfecção da bifurcação (polifix e restante do cateter) com a solução escolhida;
- Por fim, coloque a identificação: Data, horário do procedimento e assinatura;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Recolher o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando
- para o descarte dos perfuro cortantes em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;

- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do intra-cath, as condições do óstio de inserção e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- TROCA: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PROFUNDO:

- Diariamente, durante a troca de curativo, a inserção do cateter deve ser avaliada;
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho de aspersão do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. Comunicar ao médico;
- Não utilizar cremes de antibióticos no sítio de inserção;
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

OBSERVAÇÕES:

- Observar e registrar no prontuário, diariamente, o sítio de inserção a procura de sinais flogísticos;
- Em crianças, nas quais há maior perda de cateteres, a tomada de decisão deverá ser baseada nos riscos e benefícios da troca.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

REFERENCIAS

ANVISA. Infecção de corrente sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010. Acesso em 16/04/2015.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - São Caetano do Sul, SP Ed. Yendis, 2013.

SCIH. Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas - 2011-2013. Palmas- TO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instruções de Trabalho de Enfermagem Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

RETIRADA DE PONTOS

1. OBJETIVO

Realizar a padronização para a retirada de pontos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pacote estéril de curativo com pinças;
- Luvas de Procedimento;
- Soro Fisiológico 0,9% 100 ml;
- Gazes e ataduras estéreis, se necessário;
- Lâmina estéril ou tesoura estéril;
- Saco de lixo Branco.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo com os materiais;

- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo;
- Realize a limpeza da incisão cirúrgica unidirecional, com SF 0,9% e com o auxílio de pinças;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, íntegro. Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;
- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontos cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique ao médico plantonista e anote no prontuário;
- Após o procedimento, realize um curativo oclusivo, somente se necessário.
- Recolher o material e organizar a sala;
- Registrar todo o procedimento no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Quando prescrito pelo médico.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Antes de retirar os pontos, observar a presença ou não dos sinais de infecção;
- Após a retirada de pontos, se a pele estiver bem íntegra, sem drenagem de exsudato, não será necessário curativo oclusivo. Caso contrário, realize a oclusão com gazes e atadura.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM TRAQUEOSTOMIA

1. OBJETIVO

Promover a higiene e a integridade da traqueostomia, evitando também a infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 estéril;
- Gazes estéreis;
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;

- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar gazes em torno da TQT (traqueostomia);
- Retirar as luvas de procedimento. Avaliar a traqueostomia e pele adjacente, verificando a presença ou não de sinais flogísticos, secreções, etc;
- Organizar o material estéril;
- Calçar luvas estéreis;
- Limpar a região ao redor da TQT com gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9%;
- Observar, novamente, o aspecto da TQT, da pele adjacente e a presença e características da secreção;
- Colocar gazes secas entre a cânula de TQT e a pele;
- Trocar o cadarço se estiver sujo;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

AM

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar quando estiver molhado ou com sujidades.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO DA INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

1. OBJETIVO

Prevenir infecção do estoma.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- 01 Caderço para fixação;
- 01 Kit material de curativo Estéril;
- 20 ml de Soro fisiológico (S.F.) 0,9%;
- 01 pacote de Compressa não estéril;
- 01 Óculos de proteção;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;
- 01 Máscara descartável;
- 01 Avental de mangas longas.

REFERENCIAS

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Iniciar o curativo pelo sítio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo
- e secá-lo com gazes;
- Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;
- Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;
- Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Deixar secar espontaneamente;
- Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;

AM

- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. L. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINI, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE INFECTADO

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica. /Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 1 Bandeja
- 100 ml Água destilada;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 20 ml Clorexidine degermante 4%;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Agulha 30x08;
- 01 Algoritmo A05 - anexo 23;
- 01 Kit material para curativo estéril;

- 01 Fita microporosa hipoalergênica;
- 01 Curativo específico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar água destilada na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de água destilada com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Proceder a limpeza com clorexidine degermante 4%, lavando abundantemente com água destilada;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de fora para dentro e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da lesão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;
- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar máscara descartável;

- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na ausência de clorexídina degermante, utilize PVPI degermante a 10%;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia

prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 20 ml Soro fisiológico(S.F.) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;

- 10 ml Solução alcoólica;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação

alcoólica;

- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Iniciar o curativo pelo sítio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo e secá-lo com gazes;
- Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;
- Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;
- Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Deixar secar espontaneamente;
- Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas

longas;

- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compendio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

LETROCARDIOGRAMA

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para realização de ECG.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ECG - Eletrocardiograma;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pedido de ECG;
- Eletrocardiógrafo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Solicitar o pedido de ECG e o cadastro junto à recepção, conferir os dados do paciente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que irá ser feito;
- Verificar se a área de colocação dos eletrodos está limpa e sem pelos;
- Realizar a tricotomia nos locais de colocação dos eletrodos se necessário;

- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos;
- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc.;
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente 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 70%, das faces anteriores dos ante-braços, 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 auto-adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Deve-se tomar um cuidado especial para evitar a troca na posição dos eletrodos, o que dificulta a interpretação do exame;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Retirar eletrodos;
- Limpar o gel com papel toalha;
- Finalizar o procedimento, deixando o paciente confortável.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- V1 no 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
- V2 no 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
- V3 no 5º espaço intercostal, entre v2 e v4;
- V4 no 5º espaço intercostal, na linha médio-clavicular;
- V5 no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
- V6 na linha axilar média, no 5º espaço intercostal.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013, Pág 04

AM

INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

1. OBJETIVO

Auxiliar na inserção de Cateter Venoso Central (CVC).

2. APLICABILIDADE

- UTI's;
- Pronto Socorro;
- Centro Cirúrgico;
- UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- CVC - Cateter Venoso Central;
- Quando - Após avaliação médica;
- Indicações - Utilizar somente quando o cateter periférico não for possível ou insuficiente, - inserir o cateter com o menor número de lumens, contemplando as necessidades do paciente;
- Frequência - Sempre que necessário;
- NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- EPI's (Equipamentos de Proteção Individuais);
- N/A - não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's (gorro óculos de proteção, máscara, luva e avental de manga longa estéril).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Reúna o material na bandeja e leve-o ao quarto do paciente;
- Oriente o paciente quanto ao procedimento;
- Posicionar biombo de forma que proteja o paciente;
- Posicionar foco de Luz em posição que favoreça o procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em posição de conforto com a extremidade que vai ser utilizada para punção repousando sobre uma superfície firme (coxim);
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento, máscara e gorro;
- Fazer a degermação da pele do paciente com clorexidina a 2% ou PVPI degermante em uma área
- ampliada e remover o excesso com gaze para retirar oleosidade e/ou sujidade;
- Lavar as mãos com solução degermante (clorexidina ou PVPI), secar com compressa estéril;
- Usar paramentação completa;
- Fazer a seguir antissepsia da pele em uma área ampla e com movimentos circulares e unidirecionados, utilizando solução

alcoólica de clorexidina ou PVPI;

- Preparar a caixa de instrumental (pequena cirurgia) sobre a mesa de Mayo e aberta para o uso do médico;
- Posicionar campos estéreis de forma a cobrir toda a área a ser puncionada (barreira máxima – profissional médico);
- Realizar a punção e fixar o cateter de acordo com a técnica recomendada (profissional médico);
- Após a conexão do equipo ao cateter pelo médico, posicione o frasco da solução abaixo do nível do paciente, certificando-se do refluxo sanguíneo, assim que o médico abrir o sistema, e em seguida erga o frasco, regulando a velocidade do fluxo;
- Limpar o local com SF 0,9% removendo o sangue, secar com gaze estéril, em seguida fazer anti-sepsia com clorexidina a 0,5%;
- Manter curativo oclusivo com gaze seca estéril e fita microporosa nas primeiras 24h. Após este período, utilizar preferencialmente cobertura com filme transparente estéril;
- Observe sinais de desconforto respiratório do paciente;
- Observe presença de alterações (hematoma, edema ou sangramento) na região da inserção do cateter;
- Higienizar as mãos conforme NT 01 CCIH/HGP;
- Realizar o pedido de RX de tórax para avaliar o local de inserção do cateter (profissional médico);
- Manter monitorização de ECG, devido a

risco de produção de arritmias;

- Proceder a anotações e evoluções na ficha do paciente e conforme rotina da unidade.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A escolha do local de inserção do CVC deverá seguir a seguinte ordem:

- Subclávia;
- Jugular;
- Femoral;
- Umbilical (para recém-nascidos);
- Flebotomia como última ação e preferir MMSS. Evitando instalar cateter próximo a lesões de pele e/ou
- traqueostomia.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

Guia De Utilização De Anti-Infeciosos E Recomendações Para A Prevenção De Infecções Hospitalares. COORDENADORES: Anna Sara S. Levin... [et al.] – ed 5ª. – São Paulo: Hospital das Clínicas, 2012-2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De En-

INSTALAÇÃO DE BALÃO INTRA- AÓRTICO

1. OBJETIVO

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BIA - Balão Intra - aórtico;
- SCIH - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;
- ECG - Eletrocardiograma;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Kit de sutura:

- 1 Kit de Pressão Invasiva;

- 1 cabo de pressão invasiva com transdutor da pressão (compatíveis com o console), Eletrodos (5 unid.);
- 1 bolsa pressurizadora, Heparina 5000 UI/ml - 0,25 ml, soro fisiológico - 0,9% 250 ml, cabo para Monitorização Cardíaca;
- Cateter do balão intra-aórtico, console do balão intra-aórtico, 1 gorro, máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar o paciente e família sobre o procedimento, sempre que possível;
- Realizar higienização das mãos;
- Organizar o material;
- Selecionar o cabo de pressão e transdutor compatíveis com o console do BIA que será utilizado;
- Preparar a solução para preenchimento do Kit de Pressão Invasiva: 250 ml de Soro Fisiológico 0,9% com 0,25 ml de heparina (frasco de 5000 UI/ml), e colocar em bolsa pressurizadora com pressão de 300 mmHg;
- Alinhar o ponto "zero" do sistema à linha axilar média;
- Colocar os eletrodos no paciente e monitorizá-lo, obrigatoriamente, no console do BIA;
- Realizar curativo oclusivo no local da inserção, após passagem do cateter;
- Conectar a extensão de saída do hélio à do cateter, inserido no paciente;
- Conectar a extensão da Pressão Arterial Invasiva ao transdutor de pressão;

- Conferir com o médico o método ciclagem do BIA: ECG, curva de Pressão ou outros;
- Igualizar pressão do "zero", abrindo a válvula para o ambiente e pressionando o botão correspondente; e verificando o aparecimento dos valores "zero" nas pressões e adequação da curva;
- Verificar adequação da curva de pressão com a ciclagem acionada, a frequência da contra pulsação em relação ao número de diástoles, os valores pressóricos (sistólico e diastólico com o balão insuflado);
- Verificar o pulso poplíteo, pedioso ou tibial posterior do membro no qual o cateter do BIA está inserido, comparando com o contra - lateral, e registrar na anotação de enfermagem: amplitude dos pulsos, perfusão periférica e aquecimento;
- Imobilizar o membro do paciente com atadura, para evitar flexão, se necessário;
- Verificar presença de sangramento ou hematoma no local de inserção, registrando na anotação e/ou evolução de enfermagem;
- Encaminhar pedido de RX de tórax;
- Deixar a unidade organizada;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar registros frequentes de enfermagem pelo menos 1 vez a cada 6 horas: frequência da ciclagem e perfusão do membro, além de qualquer alteração na programação do console.

6. PERIODICIDADE

De acordo com prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Caso haja redução na perfusão do membro, providenciar aquecimento com algodão ortopédico e atadura (evitando faixa compressiva);
- Ligar para o setor de gases medicinais e solicitar reposição do hélio sempre que o console acusar nível de hélio baixo (low);
- Avisar o médico em caso de interrupção no funcionamento do BIA;
- O transporte do paciente pode ser feito com o sistema desativado, desde que o BIA não fique inativo por tempo superior a 30 minutos;
- A retirada do cateter deve ser realizada pelo médico.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,

9. REGISTRO(S)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

REFERENCIAS

Silva, CNF. Assistência Circulatória com balão intra-aórtico, Cuidados em pacientes críticos. Pág. 50, 1996.

Thillan, LA, Dari, JK; Urden, LD; Cuidados em pacientes com monitorização invasiva; Enfermagem em cuidados intensivos. 1996.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013, Pág 04

RETIRADA DE PONTOS COM CURATIVO

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para sala de procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Pacote de curativo (2 pinças dente de rato e 1 kocher);
- 01 Cuba rim;
- 01 Frasco com soro fisiológico;
- 01 Frasco com povidine tópico;
- Atadura de crepe se necessário;
- Pomada se prescrito;
- Luvas;
- 01 Espadrado ou micropore;
- Gazes

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realize a limpeza da incisão cirúrgica, obedecendo a técnica do curativo (do menos contaminado para o mais contaminado),

descartando as gazes utilizadas, em lixo contaminado;

- Umedeça os pontos com soro fisiológico e os seque;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, íntegro; Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;
- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontos cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique à enfermeira e anote no prontuário;
- Após o procedimento, faça a limpeza local com técnica asséptica;
- Recolher o material e organizar a sala;

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

REFERENCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Riedel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013. Pág 04.

DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS SEMICRÍTICOS

1. OBJETIVO

Promover desinfecção de alto nível, eliminando microrganismos na forma vegetativa presentes nos artigos semicríticos (artigos de assistência respiratória) mediante a aplicação de agentes químicos (ácido peracético), evitando desta forma a propagação de focos de infecção entre pacientes, e mantendo a vida útil do artigo.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CME** - Central de Material e Esterilização;

- **EPI** - Equipamento de Proteção Individual;

- **CC** - Centro Cirúrgico;

- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Recebimento de material sujo

- Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis e antiderrapantes gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular e livro de registro de entrega de material sujo dos setores externos.

Limpeza/ Descontaminação do material sujo

- Solução enzimática, torneiras com água quente, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, escovas (cerdas macias), escovas tubulares para limpeza.

Enxague

Torneiras com jato de água quente, torneiras com bico de pressão.

Secagem

- Compressa cirúrgica, ar comprimido, campos duplos.

Inspeção de limpeza

- Lupa.

Desinfecção

- Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis antiderrapantes, gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, seringas,

torneiras com bico de pressão, compressas e campos limpos e secos, ar comprimido, fita teste e livro de controle do ácido peracético, ficha de controle de desinfecção pelo ácido peracético.

Acondicionamento e armazenagem

- Gorro, máscara, luvas, sapato fechado, caderno de registro de preparo de materiais, grau cirúrgica e seladora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Recebimento de material sujo

- Paramentar-se com EPI's;
- Ao receber os materiais sujos provenientes dos setores externos realizar conferência se estão completos e registrar em livro próprio do expurgo especificando o setor a que pertence o material, nome do material, data e hora da entrega e funcionário responsável pela entrega. Caso haja algum artigo incompleto descrever essa condição no livro;
- Ao receber material sujo do CC conferir e encaminhar a limpeza.

Limpeza/ Descontaminação do material sujo

- Paramentar-se com EPI's;
- Preparar a solução enzimática conforme orientação do fabricante em quantidade suficiente para que o artigo seja completamente imerso;
- Desmontar artigo e mergulhá-lo na solução preparada;
- Deixar durante o tempo recomendado pelo fabricante;

- Lavar o material com auxílio de escovas, esponja e seringa (artigos tubulares).

Enxague

- Paramentar-se com EPI's;
- Enxaguar com água abundantemente.

Secagem

- Paramentar-se com EPI's;
- Dispor os artigos em balcão forrado com campos duplos limpos e secos;
- Secar os componentes cuidadosamente antes de proceder à desinfecção com compressa cirúrgica limpa e seca;
- Utilizar ar comprimido para secagem dos artigos tubulares.

Inseção de limpeza

- Paramentar-se com EPI's;
- Realizar a inspeção visual para observar a existência de resíduos de sujidade;
- Se o artigo apresentar sujidade visível deverá retornar ao processo de limpeza inicial;
- Encaminhar para processo de desinfecção de alto nível.

Desinfecção

- Paramentar-se com EPI's;
- Diluir a solução desinfetante (ácido peracético) conforme as orientações do fabricante;
- Imergir totalmente os artigos secos na solução de desinfetante lembrando-se de

preencher os lumens com a solução;

N/A.

- Deixar a solução de desinfetante agir pelo tempo recomendado pelo fabricante, registrar em ficha própria a hora da imersão;
- Retirar os artigos da solução de desinfetante e enxaguar abundantemente com água filtrada;
- Registrar em ficha a hora da retirada do artigo da solução;
- Secar os artigos utilizando ar comprimido e compressas cirúrgicas limpas;
- Encaminhar para preparo em bandeja forrada com campos limpos e secos;
- Monitorar a solução desinfetante por meio de indicadores químicos próprios (semanalmente) e registrar em documento próprio;
- Observar a validade do ácido peracético de 30 dias.

Acondicionamento e armazenagem

- Paramentar-se com EPI's;
- Inspeccionar limpeza e secagem do artigo;
- Embalar material em grau cirúrgico; identificar com data de desinfecção, nome de quem preparou e setor ao qual pertence o artigo;
- Material de setores externos: encaminhar a cesto próprio na distribuição;
- Material do CC: encaminhar à sala de apoio.

6. PERIODICIDADE

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico do CME responsável pelo expurgo e enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Norma reguladora - NR nº 32 ANVISA: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Portaria ANVISA nº 122, de 29 de novembro de 1993, que inclui o princípio ativo ácido peracético, para

uso em formulações de desinfetantes e esterilizantes.

Portaria ANVISA nº 15, de 23 de agosto de 1988, determina que o registro de produtos saneantes sanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares.

Potter, Patricia A; Perry, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/HGR Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013.



LAVAGEM, SECAGEM E PREPARO DE ARTIGOS CRÍTICOS E SEMI-CRÍTICOS, CONVENCIONAIS E CANULADOS

1. OBJETIVO

Receber o material contaminado e submetê-lo a todas as etapas do processo de esterilização de forma padronizada e eficiente a fim de minimizar a possibilidade de erros no processo.

2. APLICABILIDADE

Centro de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico,

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CME - Centro de Material e Esterilização;
- RDC - Resolução da Diretoria Colegiada;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Ficha de controle de desinfecção do expurgo, livro de registro de entrada de materiais das autoclaves, ficha de registro dos testes.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Classificar o material em crítico e semi-crítico

- Se semicrítico proceder à limpeza manual e colocá-lo no detergente enzimático pelo tempo recomendado;
- Ao retirar o material lavar com água corrente e colocar para secar no varal a fim de retirar o excesso de água;
- Colocar no ácido peracético por dez minutos, certificar-se de que o material está devidamente submerso e que não existem bolhas no interior dos mesmos;
- Registrar na ficha de controle de desinfecção;
- Retirar do ácido peracético, enxaguar e secar o material;
- Encaminhar ao preparo;
- Se o material for crítico proceder limpeza manual, enzimático, enxágüe, secagem e encaminhar ao preparo.

Preparo do material

- Conferir o estado de limpeza do material, quantidade de peças (se alguma peça ainda estiver suja devolver ao expurgo);
- Montar a caixa, envolver com invólucro apropriado, identificando conforme RDC 15;
- Se o artigo for semi-crítico conferir o estado de limpeza e colocar em embalagem apropriada;

Esterilização do material

- Receber o material, devidamente preparado, registrar no livro da autoclave no qual ele vai ser processado;
- Colocar na autoclave (não esquecer o teste químico classe 5), programar a autoclave para o ciclo adequado ao tipo de material;

- Iniciar o ciclo.

Retirada do material da autoclave

- Passar o teste químico classe 5 para ser lido pelo enfermeiro;
- Após liberação da carga pelo enfermeiro, o material ter sido esterilizado e estar frio, armazenar na distribuição na prateleira específica para cada tipo de materiais;
- Caso a carga não tenha sido liberada deverá ser reesterilizada.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem da CME e expurgo, enfermeiro da CME.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Resolução ANVISA - RDC n° 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

A monitorização cardíaca deve ser realizada rotineiramente em todo paciente internado na UTI Adulto, UTI Pediátrica, UCI Adulto.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de Cuidados Intermediários Adulto.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Monitor cardíaco completo ou oxímetro de pulso (RN ou crianças);
- Eletrodos;
- Pasta condutora;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover a pasta da pele do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material
- Lavar as mãos;

- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Ligar o cabo de força do monitor ou oxímetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
 - 1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno
 - 2º disco (fio preto): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno
 - 3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular
- Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
 - 1º disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
 - 2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nível da última costela palpável.
 - 3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavícula e medial aos músculos peitorais.
 - 4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável
 - 5º disco (fio marrom) na parte inferior da caixa torácica (próximo ao apêndice)
- Conectar os do cabo do monitor nos discos conforme a cor especificada acima ou no caso do sensor do oxímetro colocá-lo no dedo da mão ou do pé;
- Ligar o aparelho acionando a chave ON/OFF;
- Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;
- Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
- Manter o paciente em ordem e confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1592p. (somente para compra).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Protocolo de monitorização cardíaca, disponível em: http://www.portaldoenfermagem.com.br/protocolo-los_read.asp?id=326

PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA

1. OBJETIVO

A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida. A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PAI - Pressão Arterial Invasiva;
- AVC - Acidente Vascular Cerebral;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- Monitor com Módulo de pressão invasiva;
- Equipamento próprio para pressão invasiva;
- Pressurizador;
- Régua de Nível "Zero";
- Solução a ser utilizada deve ser SF 0,9% preferencialmente com heparina unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- Formulário Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida;
- A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média;
- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- A solução a ser utilizada deve ser o soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente com heparina 01 unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- A posição do paciente e do transdutor de pressão influencia na alteração dos valores de pressão arterial;
- Devemos realizar o "zerar" a linha de pressão arterial, na linha média axilar;
- A cateterização da artéria para mensurar a pressão arterial invasiva está indicada para:

- Cirurgia cardiopulmonar.
 - Grandes cirurgias vasculares, torácicas, abdominais ou neurológicas.
 - Instabilidade hemodinâmica.
 - Uso de drogas vasoativas.
 - Uso de monitorização da pressão intracraniana.
 - Emergência hipertensiva associada à dissecação de aorta ou AVC.
 - Necessidade de gasometria arterial mais que três vezes ao dia.
 - Controle rigoroso da pressão arterial para conduta clínica.
- Uma pressão arterial invasiva está contra indicada relativamente para:
 - Doença vascular periférica;
 - Doenças hemorrágicas;
 - Uso de anticoagulantes ou trombolíticos;
 - Punção em áreas infectadas.

Local de inserção

- Preferencialmente, artéria radial, dorsal do pé ou pediosa e femoral, obtida pelo método da punção percutânea com Jelco no18 ou 20. Sem dúvida, a mais frequentemente utilizada é a artéria radial sempre que possível do lado corporal não dominante e após a realização do teste de Allen (o tempo de enchimento capilar da mão pela artéria

ulnar deve ser inferior a 5 segundos);

- A linha arterial pode ser obtida por punção ou dissecação arterial. A punção é o procedimento mais indicado, por permitir menor lesão da artéria; deixando a dissecação somente para casos mais graves, após várias tentativas de punção sem sucesso;
- Os valores normais da pressão arterial invasiva são os mesmos da pressão arterial não invasiva.
- Sistólica 90-130 mmHg e diastólica 60 - 90 mmHg.
- Após a montagem de todo o sistema de conexão da linha arterial ao transdutor de pressão, o monitor eletrônico deve ser programado para o registro das curvas. Posiciona-se o transdutor ao nível da linha zero de referência e zera-se o aparelho. Zerado o aparelho e posicionado a linha zero de referência, o sistema é fechado para a atmosfera e aberto para a linha arterial, iniciando-se os registros de pressões. Daí a importância de uma análise cautelosa da conformação das ondas de pressão registradas no monitor, para se detectarem problemas técnicos que possam estar interferindo de modo significativo nos valores reais da pressão arterial.
- Após a punção arterial podem ocorrer algumas interferências técnicas, que são: hematoma pós-punção (amortece a curva da pressão); fluxo retrógrado do sistema (ocorre por falta da pressurização adequada, podendo coagular o sistema); hemorragia (por desconexão do sistema); embolia proximal ou distal (coágulos na luz do cateter).
- Um procedimento de pressão arterial invasivo pode apresentar algumas complicações: Embolização arterial e sistêmica; Insuficiência vascular; Necrose isquêmica; Infecção; Hemorragia; Injeção

acidental de drogas intra-arterial; Trombose; Espasmo arterial; Hematoma local; Dor local; Fístula arteriovenosa.

Desvantagens

- Método invasivo. Maior risco de complicações. Permite erros de interpretação da pressão caso haja alteração no equipamento e/ou conexões.

Cuidados de enfermagem

Primeiro dia: realizar curativo oclusivo após punção arterial e observar sangramento.

Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (Tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e Micropore®. Fixação do punho com tala ou restrição do membro, atenção para sinais de garroteamento. Zerar o PAM ao nível da linha axilar média com o paciente em decúbito dorsal horizontal. Se o paciente não tolerar o decúbito dorsal horizontal, realizar as medidas a 20º retirar as bolhas de ar do sistema. Uso de técnica asséptica para manipulação do sistema. Verificar tempo de permanência do cateter: máximo de 96 horas. Monitorização constante da circulação do membro cateterizado através da avaliação da cor, enchimento capilar e presença de pulso e gradiente térmico, deixando exposto os dedos do membro para controle da perfusão local. Trocar a cada 72 horas e se necessário, o kit de transdutor de pressão invasiva e datar. Manter infusão de SF 0,9% 500ml + heparina 1 ml, na bolsa pressurizadora e trocar a cada 24 horas. Retirar o cateter se apresentar hematoma, edema, dor local ou diminuição da perfusão. Quando retirar o cateter, realizar compressão no local e após, efetuar curativo compressivo, devendo ser retirado após 30 minutos e observar se não há presença de sangramento. Se o cateter apresentar obstrução, aspirar através da se-

ringa o conteúdo e nunca injetar. Manter o cateter permeável até sua retirada, evitando qualquer tipo de obstrução.

O registro dos valores da PAM deve ser realizado de hora em hora nos pacientes instáveis e a cada duas horas em pacientes estáveis.

Manter permeabilidade do cateter através do fluxo contínuo de solução heparinizada, mantendo a bolsa pressurizadora com 300mmHg de pressão.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A;

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

LUCAS, R. M. Canulação arterial percutânea como competência do enfermeiro. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Dissertação de Mestrado em Terapia Intensiva. São Paulo, 2014. 25 p.

Procedimento Operacional Padrão - POP: Punção Percutânea em Arteria para Aferição Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, revisado em 2016, disponível em <http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+-+Pun%C3%A7%C3%A3o+percut%C3%A2nea+em+art%C3%A9ria+para+aferi%C3%A7%C3%A3o+invasiva+da+press%C3%A3o+arterial+sist%C3%AAmica.pdf/35a115ee-6908-4d1d-ad56-92722bd72cd8>

Procedimento Operacional Padrão - POP: Punção arterial para verificação de PAM, EBSEH, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/download?id=294>

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De En-

PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL

1. OBJETIVO

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal nos seguintes casos: trauma abdominal; distensão abdominal, dificuldade respiratória, hipercapnia, oligúria, redução do débito cardíaco e hipóxia.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI, Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PIA - pressão intra-abdominal;
- SCA - síndrome compartimental abdominal;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 equipo para PVC com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 500 ml de soro fisiológico 0,9%;

- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 régua de graduada em centímetros;
- Agulha 40X12;
- Identificação;
- Formulário de Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- O método direto é realizado pelo médico através da introdução de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um equipo e um manômetro de pressão. Já o método indireto é mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, com o paciente em uso de sonda vesical de demora.
- Manter o paciente em decúbito dorsal, horizontal e com de sonda vesical de folley de duas ou três vias;
- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhantes quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no

AM

suporte;

- Preencher equipo;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" nivelando com sínfise púbica ou linha axilar média, considerando decúbito dorsal horizontal com a cama 30 graus;
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Pinçar a bolsa coletora de urina;
- Para sonda vesical Foley de duas vias conectar a extremidade distal do equipo na agulha (40X12) após antisepsia do local e introduzir na parte de silicone do tubo (local de coleta de amostra de urina) que deverá estar conectado o equipo e logo injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Para Sonda Vesical Foley 3 vias conectar a extremidade distal do equipo na 3 Via que deverá permanecer conectado o equipo, injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Aguardar a expiração do paciente;
- Abrir o equipo, observar o nível de soro no equipo, e anotar o valor em que o nível da solução parou considerando o zero como referência;
- Para Sonda Foley 2 Vias desconectar a agulha e proteger a região distal do equipo evitando contaminação;
- Para Sonda Foley 3 Vias, fechar o equipo;
- Abrir a Sonda Vesical e verificar se drenou o

volume infundido;

- Deixar ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado;
- Trocar o equipo a cada 72 horas;
- Trocar a solução Fisiológica 0,9% a cada 24 horas.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Milanesi R, Caregnato RC. Pressão Intra-Abdominal: Revisão Integrativa. Einstein (São Paulo) 2016;14(3):423-30.

Zeni M, G Junior RL, Silva AB. Síndrome Compartimental Abdominal: Rotinas Do Serviço De Cirurgia Geral Do Hospital Governador Celso Ramos. Acm Arq catarin med. 2010;39.

Pereira BMT, Fraga GP. Síndrome Compartimental Abdominal. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI). Porto Alegre: Artmed/Panamerica; 2013. p.53-73.

PRADO, Luiz Flávio Andrade et al. Pressão intra-abdominal em pacientes com trauma abdominal.

Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 83-89, Apr. 2005.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRESSÃO VENOSA CENTRAL – PVC

1. OBJETIVO

- Subsidiar a avaliação do estado volêmico do beneficiário;
- Estimar a pressão diastólica (ou pressão de enchimento do ventrículo direito) juntamente com outros parâmetros clínicos e hemodinâmicos.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **PVC** – Pressão Venosa Central;
- **PEEP** – Pressão Expiratória Positiva Final;

- **VM** – Ventilação Mecânica;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Equipamento para PVC, com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 250ml de SF 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- Luvas de procedimento;
- Uma régua graduada em centímetros;
- Protetor de conexão 2 vias;
- Identificação;
- Formulário Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;

- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher o equipo com a solução;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" fique na altura do tórax do cliente próxima à régua, considerando decúbito dorsal horizontal como cama no nível mais baixo (quando elétrica) e a cabeceira 30 graus.
- Nivelar o ponto estabelecido entre a linha axilar média e ao nível do quarto espaço intercostal do paciente, com o auxílio da régua de nível.
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Conectar a extremidade distal do equipo no cateter central após anti-sepsia do local;
- Manter o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipo de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;
- Fechar a pínça abaixo do soro e abrir a pínça distal;
- Lavar a extensão do cateter;
- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;
- O número atingido na régua quando ela permanece a nível será considerado o "zero";
- Utilizar os sinais + e - para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Os valores normais da PVC são de 19 - 23 mmHg sem VM e 23 - 27 mmHg com VM (uso de trans- dutor de pressão) ou 14 - 17 cmH2O sem VM e 17 - 20 cmH2O com VM (uso da régua com solução salina).
- Valores abaixo do normal podem sugerir hipovolemia e valores mais altos podem sugerir sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas devem ser avaliados com outros parâmetros.
- Deixar o ambiente em ordem;
- Estar atento a desconexão do sistema;
- Estar atento a sangramento na inserção do cateter, e infecção do sítio de punção.

Cuidados enfermagem

- A obtenção da linha venosa para posicionamento do catéter é feita por punção percutânea ou dissecação venosa (a ponta do catéter deve estar posicionada em veia central (veia cava superior), devendo-se evitar seu posicionamento dentro do átrio direito para evitar arritmias ou perfuração);
- As veias de escolha são jugular interna, subclávia ou braquial. A veia femoral não deve ser usada para aferição de PVC;
- Checar radiologicamente a posição do catéter antes de instalar a PVC;
- O catéter e as conexões rígidas não devem ultrapassar o comprimento de 120cm;
- Preencher o sistema com solução salina fisiológica estéril;
- Retirar qualquer bolha de ar do sistema de mensuração;
- Medir a PVC através da coluna d'água

graduada em cm ou medir por meio de transdutor e monitor calibrados em mmHg;

- Contaminação: trocar todo o Sistema de conexões e equipo da PVC;
- Mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
- Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter.

Fatores que interferem no valor real da PVC:

Em relação ao paciente: Mudança de posição no leito; movimentação excessiva; movimentos respiratórios amplos e laboriosos (inspiratórios ou expiratórios); pacientes conectados a respiradores mecânicos com pressão inspiratória ou PEEP, pois haverá diminuição do retorno venoso e conseqüentemente níveis alterados de PVC.

Em relação ao catéter e os sistemas de conexão: mau posicionamento da ponta do catéter; coágulo no catéter; catéters excessivamente finos ou de alta complacência; presença de bolhas de ar no sistema; catéters dobrados ou com pontos de estrangulamento; catéters e conexões com vazamentos.

Em relação ao sistema de mensuração: zero de referência inadequadamente posicionado, zero elétrico inadequado; alteração na membrana do transdutor; transdutor e amplificador inadequadamente calibrados; pequena faixa de resposta da coluna d'água, em relação aos parâmetros hemodinâmicos.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

www.ebah.com.br/content/ABAAAABbqsAA/monitorizacao-hemod-03 http://www.portaldadenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=345 <http://users.matrix.com.br/grace/hemodin1.html>

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REANIMAÇÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

- Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;
- Organizar etapa básica e avançada do atendimento;
- Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevivência.

2. APLICABILIDADE



3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PCR - Parada Cardiorrespiratória;
- RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cardioversor/desfibrilador;
- Gel;
- Gazes;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;
- Álcool a 70%;
- MATERIAIS DO LEITO:
- Ambú com máscara e reservatório;
- Frasco de aspiração com látex;
- Sonda para aspiração.
- Umidificador com látex;
- Carro de PCR contendo:
- Tubo orotraqueal;Fio guia;
- Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;
- Seringa de 10 ml para insuflar cuff;
- Seringas para medicações;
- Fixador de TOT;

- Medicações;
- Prancha.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A frequência das compressões torácicas é de no mínimo 100 por minuto;
- A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar o pulso (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso, continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;
- No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é contínua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto);
- Manter o ambú com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;
- Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;
- O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;
- O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;
- A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;
- Manter os braços estendido e o ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 4 a 5 cm, de maneira rítmica sendo metade compressão e metade descompressão. As mãos não devem ser

retiradas do tórax para não se perder a posição correta;

- A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável, (FA ou TV) a desfibrilação deve ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;
- Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;
- Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;
- Administrar medicações conforme a solicitação do médico;
- DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 a 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);
- DOSE EV/IO de Amiodarona: Primeira dose - 300mg 100 ML 30 min.;
- Segunda dose - 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;
- Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após o procedimento forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;
- O tempo de PCR e RCP devem ser marcados rigorosamente;
- No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;
- A monitorização cardíaca deverá ser avaliada constantemente;

- Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;
- Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio; Testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxílio de uma seringa;
- Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;
- Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;
- Observar periodicamente as pupilas;
- Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;
- Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador;
- Manter paciente aquecido e deixá-lo em ordem e confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências;
- Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;
- Providenciar para que seja passada uma



sonda vesical de demora em uma SNG, caso o paciente necessite e ainda não tenha;

- Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo até que ocorra estabilização do quadro clínico;
- Preparar e Administrar medicações conforme prescrição médica pós - PCR;
- Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica contínua;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

- 01 Coordenador (Médico);
- 01 Fisioterapeuta (Vm E Massagem);
- 01 Enfermeiro (Coordenar Equipe De Enfermagem E Massagem);
- 01 Técnico De Enfermagem (Preparo De Drogas E Suporte);
- 01 Técnico De Enfermagem (Administrar Medicação E Marcar Tempo).

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Diretrizes de 2010 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardíaca Pulmonar (RCP) e

Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TRIAGEM DE PACIENTE AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para Triagem dos pacientes no Ambulatório de Especialidades.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PA - Pressão Arterial;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Lista de agendamento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Relógio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

ALL



Identificar os pacientes conforme a especialidade

- Pegar na recepção a relação de pacientes agendados, em seguida verificar os presentes através de chamada verbal e encaminhá-los para triagem.

Verificar a PA

- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Colocar o indivíduo em local calmo com o braço apoiado ao nível do coração, deixando-o confortável, permitindo 5 minutos de repouso. Usar sempre o mesmo braço para a medida;
- Posicionar o esfigmomanômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida;
- Selecionar o tamanho da braçadeira para adultos ou crianças. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%;
- Localizar a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;
- Envolver a braçadeira suave e confortavelmente em torno do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial. Manter a margem inferior da braçadeira 2,5 cm acima da dobra do cotovelo;
- Encontrar o centro do manguito dobrando-o ao meio;
- Determinar o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg;
- Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo;

- Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Deve ser aplicado com leve pressão assegurando o contato com a pele em todos os pontos. As olivas devem estar voltadas para frente;

- Fechar a válvula da pera e insuflar o manguito rapidamente até 30 mmHg acima da pressão sistólica registrada
- Desinsuflar o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo;
- Identificar a Pressão Sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro batimento regular audível (sons de Korotkoff);
- Identificar a Pressão Diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível;
- Desinsuflar totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;
- Esperar de 1 a 2 minutos para permitir a liberação do sangue. Repetir a medida no mesmo braço anotando os valores observados;
- Registrar a posição do paciente, o tamanho do manguito, o braço usado para a medida e os menores valores de pressão arterial Sistólica e Diastólica encontrados em mmHg. Retirar o aparelho do braço e guardá-lo cuidadosamente a fim de evitar danos;

Verificar o pulso

- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito;

11/1

- Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma voltada para baixo;
- Colocar os dedos indicador, médio e anular sobre a artéria radial, carótida, temporal, femoral, poplítea, pediosa (POTTER, 1998), fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação;
- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem;
- Contar os batimentos durante 1 minuto o número de pulsações normais no adulto é de aproximadamente 60 a 80 batimentos por minuto (POTTER, 1998);
- Se necessário, repetir a contagem;
- Anotar no prontuário;
- Lavar as mãos;

Verificar a respiração

- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os 2 movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante 1 minuto;
- Anotar no papel;
- Observação: não permitir que o paciente fale, não contar a respiração logo após esforços do paciente.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Técnico de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. **Fundamentos De Enfermagem**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PARA USO HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Oferecer segurança na esterilização dos instrumentais e materiais hospitalares.

2. APLICABILIDADE

CME - Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- B&D - TESTE BOWIE & DICK;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Impressos de registro de teste;
- Livro de registro de material/instrumentais da autoclave;
- Uso de EPI's: Luva;
- Registro de material/instrumentais retirados da autoclave.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Colocar testes químicos/biológicos na autoclave

- Colocar teste B&D na primeira carga do dia, em seguida colocar um teste desafio (contendo ampola teste biológico e indicador químico).
- Recebimento de materiais/instrumentais da área do preparo
- Receber o material ou instrumental proveniente do preparo;
- Anotar os materiais que serão colocados na autoclave.
- Preparo das autoclaves
- Não apertar muito os pacotes para ajudar na penetração do vapor;
- Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação de vapor, bem como a eliminação do ar;

- Manter um espaçamento mínimo entre os pacotes e entre os pacotes e as paredes da câmara;
- Utilizar apenas 80% da capacidade da câmara do equipamento;
- Colocar os testes (químico, biológico) de acordo com a carga e protocolo;
- Seguir as normas de funcionamento do equipamento;
- As caixas de instrumental cirúrgico devem ser de material compatível com o processo de esterilização e possuir perfurações em todos os lados (exceto contêineres);
- Artigos em aço inoxidável como jarros, bacias... que apresentam concavidade, devem ser colocados com a abertura para baixo;
- Recomenda-se colocar os pequenos pacotes em cestos aramados para evitar quedas;
- Separar as cargas de materiais têxteis e caixas de instrumentais (ciclos diferentes);
- Utilizar toalhas absorventes dentro das caixas/bandejas de instrumentais para auxiliar na absorção da umidade, (facilita a secagem no final do ciclo).
- Observar os materiais/instrumentos após abertura da autoclave
- Os pacotes, após ciclo completo, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado.
- Não deve colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação.

- Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

6. ERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem; Supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMPLANTÁVEIS

1. OBJETIVO

Promover um processo de esterilização eficiente utilizando métodos de monitoramento capazes de garantir a qualidade de todo processo e proporcionando maior segurança a nossa clientela, minimizando risco de infecção hospitalar, otimizando recursos físicos e financeiros.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização - CME.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **CME** - Centro de Material e Esterelização;
- **EPI's** - equipamento de proteção individual;
- **IQ** - Indicador químico classe 5;
- **IB** - indicador biológico;
- **PCD** - Pacote teste desafio;
- **SMS** - Spunbonded/Meltblown/Spunbonded (NÃO TECIDO, KC);
- **CCIH** - Comissão de controle de infecção hospitalar;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's:luvas e mascara;
- Integrador químico classe 5;
- Invólucro para envolver;
- Fita adesiva;
- Fita adesiva para autoclave;
- Livro de protocolo para entrada de material na autoclave;
- Cestos para colocação de material;
- Cavalos para autoclave;
- PCD contendo IB e IQ;

- EPI's: luvas grossa de tecido, mascara e protetor auricular;
- Caderno saída de material da autoclave;
- Formulário de controle de cargas subsequentes;
- Formulário padronizado para liberação prematura de implantáveis;

- Dispor o pacote teste desafio contendo indicador biológico e integrador químico classe 5 na prateleira inferior acima do dreno em posição horizontal.

Esterilização/reesterilização do material

- Fechar porta da autoclave;
- Programar autoclave com ciclo apropriado ao material;
- Aguardar fim de ciclo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Preparo da caixa consignada de implantável da ortopedia

- Colocar EPI's
- Com a caixa limpa e seca repor material necessário;
- Dispor um integrador químico classe 5 no centro da caixa, nas grandes colocar um integrador em cada extremidade e se tiver mais de um andar colocar IQ em cada um deles;
- Envolver caixa com invólucro SMS condizente com o peso da caixa. Se utilizar tecido envolver com dois campos. Lacrar com fita adesiva;
- Identificar na fita adesiva para autoclave nome da caixa, data de preparo, data de vencimento, assinar.

Colocação do material na autoclave

- Registrar em caderno de entrada de material em autoclave especificando nome da caixa, data e hora e quem colocou a caixa;
- Carregar a autoclave nunca excedendo 80% da sua capacidade;

Obs: manipular autoclave utilizando luvas apropriadas resistentes ao calor.

Retirada do material da autoclave

- Ao final do ciclo abrir porta da autoclave do lado limpo;
- Aguardar de 15 a 30min para carga esfriar e descarregar autoclave;
- Encaminhar PCD para enfermeiro de o plantão ativar IB e registrar IQ;
- Aguardar resultado IB para utilizar ou armazenar material;
- Caso IB ou IQ não apresentem resultados aceitos encaminhar todo material para reesterilização (pois caso os resultados dos testes não sejam satisfatório o material voltará para o início do processo).

Liberação de material sem resultado IB concluído

- Em casos de urgência/emergência o material poderá ser liberado desde que o resultado do IQ seja satisfatório/aceito, nesses casos será preenchido um formulário em três vias descrevendo a situação constando assinatura da enfª CME, cirurgião e CCIH.



6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico Instrumentador Síntese; Enfermeiro CME.
REGISTRO(S)

REFERENCIAS

RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências NORMA REGULADORA Nº 32. Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR

1. OBJETIVO

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve

ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Todos os setores.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- IM - Intramuscular;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 3 mL ou 5 mL;
- 01 Agulha 40/12 para aspiração;
- 01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

MJ

- 01 par de luvas de procedimento;
 - Seringa de 3 ou 5 mL;
 - Agulha para aspiração da medicação 40/12;
 - Agulha para administração 25/8 ou 30/8;
 - Bolas de algodão;
 - Álcool a 70%.
- Preparar o medicamento;
 - Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
 - Calçar as luvas de procedimento;
 - Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permitir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;
 - Fazer a antisepsia do local com álcool a 70%;
 - Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;
 - Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90°;
 - Realizar aspiração, sendo recomendado após a introdução da agulha, certificando-se que não houve punção do vaso sanguíneo. Caso tenha ocorrido, deve ser interrompida a aplicação, desprezando o medicamento, e novamente preparando e aplicando;
- Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;
 - Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
 - Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;
 - Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
 - Fazer ligeira compressão no local com algodão;
 - Retire as luvas de procedimento;
 - Descarte o material, seguindo as precauções padrão;
 - Higienizar as mãos antes do procedimento;
 - Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na próxima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltóide volume máximo de 2 mL, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 mL) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;
- A via de 1º escolha é o vasto lateral, depois

glúteo e por fim deltóide, exceto em vacinas;

- Realizar plano de rodízio do local de administração IM.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06- 2018.

Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Organizadores: Gilberto Tadeu Reis da Silva e Sandra Regina L. do P. Tadelli da Silva / São Paulo: Martinari, 2014.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DALMONI, I.S., et al. Injeções intramusculares ventro-glúteas e a utilização pelos profissionais de

enfermagem. In: Revista Enfermagem UFSM, mai/ago, 3 (2): 259-265. 2013.

HORTA,W.A;TEIXEIRA, M. de S. Injeções Parenterais. In: Revista da Escola de Enfermagem USP.

7(1): 46-79.1973.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de Campinas/SP, 2009.

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla

checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 20/2009. Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via endovenosa deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica. A administração endovenosa ou intravenosa é efetuada introduzindo-se o medicamento diretamente por uma veia, na corrente sanguínea. São indicados para punções periféricas. Podem permanecer na veia por até 72 horas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VE - Via Endovenosa;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Seringa de acordo com o volume;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe;
- Bandeja;
- Garrote;
- Luvas de procedimento;
- Espardrapo o micropore (para nova punção

venosa s/n);

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

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anotar nome, horário, leito, e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do paciente;
- Garrote;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for a primeira vez que o paciente faz uso;
- Calçar as luvas
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;
- Salinizar o acesso venoso;

- Fechar o sistema;
- Deixar o paciente em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado.
- A troca do extensor e torneirinha ocorrerá a cada 72 horas.
- Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que a cola da fixação juntamente com a umidade não propiciem um meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patogênicos e a consequente infecção local.
- Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor).
- Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

NÉRI, E.D.R., et al. Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará, Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem - Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

1. OBJETIVO

- Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculínica;
- A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é

empregada, sobretudo para fins diagnósticos, quando se testam alergias ou reação para tuberculose;

- Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ID - Intradérmica;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 1ml;
- 02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de

medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa,

- via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
 - 01 par de luvas de procedimento;
 - Seringa de 1ml = 100UI;
 - Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;
 - Bolas de algodão;
 - Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja;
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Higienizar o local com água e sabão neutro;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguíneos. Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;
- Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15°, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspiração, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;
- Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;

- Descarte o material, seguindo a precaução padrão;
- Higienizar as mãos conforme Manual CCIH/HGP 2011-2013 pág. 04 antes do procedimento;
- Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.
- Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medicação.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alérgicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade;
- Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;
- Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;
- Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitando a iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 mL.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem/ Cláudia Zimaro C. Caiola -Laboratório Municipal de Campinas - POP 31 (Revisão do POP Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais).

Vinicius Parreira - Auxiliar Administrativo Distrito de Saúde Noroeste - POP 62 (Fluxo de Transferência de Prontuário). Jesilaine O.S. Coelho - Enfermeira CS Rossin - Distrito de Saúde Noroeste - POP Administração Medicamento ID, POP Administração Medicamentos IM, POP transferência de prontuário. SMS Campinas, 2016, versão nº 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. - Brasília (DF), Fundação Nacional de Saúde, 2001.

GIOVANI, A. M. M. Enfermagem cálculo e administração de medicamentos. São Paulo, SP: Scrinium; 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Roti-

nas e Procedimentos de Enfermagem - Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013. SÃO PAULO.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. 2010.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL

1. OBJETIVO

- Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a solução na mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica.
- Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VN - Via Nasal;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco conta-gotas);
- Gazes;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo,

registro certo, ação certa, forma farmacéutica certa, monitoramento certo);

- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Recolocar o conta-gotas no frasco;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro;
- Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;
- Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

WILLIAMS, L. & WILLIAMS. Enfermagem Médica e Hospitalar (título original: Nurse's pocket companion). Tradução Renato Lammounier Barbieri, Tânia Regina Micele - 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO: Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem - Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

1. OBJETIVO

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- Via Ocular;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco com contágotas), tubos com cremes ou pomadas;
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizando luva de procedimento;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;
- Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivas;
- Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;

- Supervisionar os procedimentos.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do servidor avaliando-se a necessidade frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;
- No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;
- Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso:21-06-2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

1. OBJETIVO

Toda medicação por via oral deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica e consentimento do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VO - Via Oral;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copinho ou seringa (criança);
- Bandeja;
- Fita crepe;
- Luva de procedimento (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;

- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção, Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo, Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente com as mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Paciente em uso de SNG, a mesma deverá ser testada antes da administração do medicamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KOCH, R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros, 2004. POTTER P.A. PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

1. OBJETIVO

AM



Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VS - Via Subcutânea;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fita crepe e luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anote em uma fita adesiva o nome do paciente, número do leito, dosagem, e

horário, na seringa de medicamento;

- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada
- Colocar a luva de procedimento;
- Fazer a antisepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90° em relação à pele;
- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente e o quarto em ordem;
- Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfuro - cortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

M

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corena.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

1. OBJETIVO

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VS - Via Sublingual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copo pequeno descartável;
- Fita adesiva;
- Bandeja;
- Agulha 40x12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a

medicação;

- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

COREN-BA, Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018.

SANGUÍNEA PARA HEMOTRANSFUSÃO

1. OBJETIVO

Normatizar o processo de coleta de amostra sanguínea para os testes pré- transfusionais dentro da instituição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RT - Requisição Transfusional;
- AT - Agência transfusional;
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- RT, prontuário do paciente;
- EPI;
- Tubo vacutainer, etiqueta;
- Fraseira termorresistente;
- Prontuário do paciente;
- Caderno de protocolo;
- RT/Tubo com amostra sanguínea.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

COLETA DE AMOSTRA

- A Requisição transfusional deverá conter informações suficientes para a correta identificação do receptor, escrita legível, sem rasuras e abreviações;
- Verificar se o sangue está prescrito no prontuário do paciente antes de iniciar a coleta da amostra sanguínea (rotina e urgência) caso não esteja prescrito repassar caso para enfermeiro do setor para providenciar correção;
- Identificar o paciente corretamente;
- Realizar orientações sobre o procedimento;
- Fazer uso de luvas, gorro, máscara, óculos de proteção, e jaleco de manga longa para coletar a amostra por se tratar de manuseio com material infecto-contaminante, conforme as normas de biossegurança;
- Utilizar os tubos Vacutainer Tampa Roxa disponível em todos os setores para este fim, apenas uma amostra é suficiente para pedidos comuns. Pedido de fenotipagem coletar 2 amostras;
- Identificar o paciente de maneira correta, confrontar os dados informados pelo paciente com os dados da RT e prontuário afim de evitar erros de troca de paciente;
- Identificar o tubo da amostra sanguínea no momento da coleta, de preferência ao lado do leito do paciente, utilizar a etiqueta específica; anotar na etiqueta nome completo do paciente, data de nascimento, data da coleta e nome do responsável pela coleta;
- Coletar de 03 a 04 ml de sangue e introduzir no tubo;
- Acondicionar os tubos e transportar dentro de frascueira termorresistentes;
- Encaminhar a amostra devidamente

identificada à Agência Transfusional junto com Requisição Transfusional (RT);

- Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente, conforme determinação do código de ética de enfermagem;
- Protocolar a entrega da amostra juntamente com a RT à Agência transfusional para controle do serviço responsável;
- O horário de recebimento da amostra dependerá do tipo de atendimento;
- Urgência e Emergência - a qualquer momento; Rotina e Reserva.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico Transfusional, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Portaria MS nº 2.712, de 12 de novembro de 2013;

RDC. ANVISA Nº 57 de Dezembro de 2013

AM

NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de notificação de reações transfusionais.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **ANVISA** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- **NOTIVISA** - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária;
- **NSP** - Núcleo de Segurança do Paciente;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fichas de Notificação (Hemocentro);
- Amostra sanguínea e bolsa de hemocomponente;
- Fichas de Notificação (Gerencia de Risco);

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Sempre que houver reação adversa a transfusão de sangue, deverá ser preenchido o formulário de notificação do Hemocentro,

detalhando a reação ocorrida com paciente;

- A partir da ocorrência do evento preencher a ficha de notificação com a maior quantidade de informação sobre o evento;
- Deverá ser encaminhada para a AT a Ficha de Notificação preenchida, com nova amostra sanguínea do paciente e quando possível a bolsa de hemocomponente + equipo para análise;
- Agência Transfusional encaminha a cópia da Notificação à Terapia Transfusional após a análise microbiológica;
- A Terapia Transfusional preenche e encaminha ao núcleo de segurança do paciente o formulário de Notificação de Reação Transfusional próprio desse setor;
- Levantar dados complementares junto ao setor de ocorrência do evento adverso (prontuário) a fim de identificar dados necessários para notificação no Notivisa;
- Mensalmente consolidar os dados através dos formulários de notificação e realizar o cálculo da frequência de eventos adversos.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico Transfusional, Médico, Agência transfusional, Terapia transfusional, Núcleo de Segurança do Paciente.

9. REGISTRO(S)

equipo (Polifix);

N/A.

- Equipo ;

10. REFERENCIAS

Portaria MS nº 158, de 4 de fevereiro de 2016;

RDC. ANVISA Nº 57 de Dezembro de 2013

- Garrote;
- Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

PUNÇÃO VENOSA

1. OBJETIVO

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea. Deverá ser trocada a cada 72 h ou na presença de sinais flogísticos e/ ou infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **AVP** - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO;
- **AC** - ACESSO CENTRAL;
- **SF 0,9%** - SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%;
- **N/A**: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco (Abocath /Jelco);
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Dispositivo para mais de uma conexão de

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;
- Em caso de soroterapia:
 - Preencher o rótulo com o nome do paciente, nº do leito, volume da solução, tempo de gotejamento ou nº de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho; Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;
- Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;

- Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS, evitando as dobras cutâneas);
- Fixar o garrote acima da região escolhida;
- Solicitar que o paciente feche a mão;
- Fazer antissepsia do local com algodão embebido em álcool 70%;
- Punccionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15° entre a seringa e o local;
- Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;
- Solicitar que o paciente abra a mão;
- Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;
- Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;
- Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retirá-lo caso seja uma aplicação única;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;
- Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do membro punccionado;
- Não infundir soluções causadoras de flebite, em acesso periféricos (concentrações altas de potássio, glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades, etc.);
- Todo soro veiculado por equipo ou bureta (microfix) deverá ser identificado e a troca do sistema deverá ocorrer a cada 72 horas;
- Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome do paciente, volume do soro e seus componentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito e velocidade de gotejamento;
- Só administrar infusões límpidas, sem turvações;
- Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;
- Contra indicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fístula arterio-venosa, linfodema, déficit motor e sensitivo, locais com lesões cutâneas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

- OS - Pronto Socorro;

- N/A: Não se aplica.

REFERENCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

1. OBJETIVO

Estabelecer a padronização da transfusão de hemocomponentes e hemoderivados dentro da instituição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **Hemocomponente** - São produtos obtidos a partir do sangue total por meio de processos físicos (Centrifugação), (Plasma, plaquetas, concentrado de hemácias, crio precipitado);
- **Hemoderivados** - São produtos obtidos a partir do plasma por meio de processo físico -químicos, geralmente, produzidos em escala industrial (Fatores de coagulação, albumina, gamaglobulina);
- **RT** - Requisição Transfusional;
- **EPI** - Equipamentos de Proteção Individual;

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário/ SAE;
- Requisição transfusional (RT);
- Jelco, álcool, esparadrapo, algodão, EPI's;
- Bolsa de sangue/
- Requisição transfusional (RT);
- Prontuário e ficha de reações;
- Prontuário;
- Prontuário/ bolsa de sangue.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Antes do início da hemotransfusão;
- A cada 10 minutos na primeira meia hora;
- 10 minutos após o término da hemotransfusão;
- Registrar em prontuário/SAE o horário de início, local da punção, calibre do jelco, número da bolsa, tipo sanguíneo e término da hemotransfusão;
- Conferir a RT, o tipo de solicitação, se for urgência ou rotina conferir se o hemocomponente está prescrito em prontuário. Reserva de sangue para a cirurgia seguir POP de reserva de hemocomponentes para cirurgia;

- Realizar punção venosa com Jelco calibroso para transfusão. O Acesso deverá ser exclusivo, nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem infundido em paralelo (na mesma linha venosa) durante a hemotransfusão;
- Ao finalizar o preparo da bolsa de sangue a A.T comunica ao setor solicitante que o hemocomponente está pronto;
- O Técnico Transfusional encaminha o hemocomponente à Unidade, faz a entrega conferindo os dados da bolsa e do paciente junto ao Enfermeiro do setor;
- Utilizar equipo próprio para transfusão de sangue e hemoderivados;
- Concentrado de hemácias e plasma- 01 equipo para cada bolsa;
- Plaquetas comuns- poderá ser infundido até 07 plaquetas em um único equipo;
- Plaquetas aférese - 01 equipo para cada bolsa;
- Hemoderivados: Realizar a infusão de acordo com a instrução do fabricante; Após iniciar a transfusão permanecer por 10 minutos ao lado do leito do paciente conforme preconiza a legislação, período em que normalmente ocorrem as reações transfusionais imediatas;
- Instalar a bolsa de sangue no paciente assim que chegar da A.T;
- Para concentrado de hemácias iniciar a infusão com 10 gotas nos primeiros 10 minutos, depois aumentar o gotejamento para 40 gts/m. O tempo mínimo de infusão é de 02 h e Máximo 04 h, exceto em casos de emergência que poderá correr aberto;
- Plasma e plaquetas a infusão é rápida sendo o prazo mínimo de 30m e Máximo 60 minutos;
- Checar a prescrição médica;
- Anotar o horário de início da transfusão nº da bolsa, tipo sanguíneo, volume da bolsa, data de validade e aspecto, e os sinais vitais iniciais;
- Anotar a ocorrência ou não de reações adversas, assinar e carimbar;
- Caso o paciente apresente reação transfusional, interromper imediatamente a transfusão;
- Comunicar a ocorrência ao médico responsável e a agência transfusional.
- Conferir os dados de identificação do paciente novamente para certificar se o paciente certo está recebendo o hemocomponente certo;
- Verificar e anotar os sinais vitais;
- Monitorar o paciente até que estabilize o quadro;
- Coletar nova amostra sanguínea do paciente, encaminhar para a A.T juntamente com a bolsa+ equipo, imediatamente após a reação;
- Notificar o caso, encaminhar notificação juntamente com a bolsa para análise microbiológica;
- Anotar no prontuário todas as informações sobre o caso: horário de início da reação, sinais e sintomas apresentados e condutas adotadas, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas estéreis.

5. DESCRIÇÃO DO

PROCEDIMENTO

- Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;
- Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;
- Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;
- Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando a pelaface interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;
- Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar em lugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superfícies ou objetos ao nosso redor;
- Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;
- Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não dominante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocar com a luva na pele da mão esquerda ou em locais não estéreis;
- Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;
- Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais

contaminada para ser retirado primeiro, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;

- Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;
- Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva, retirar a outra luva com um só movimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8ª edição.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a

sujidade propícia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Água corrente;
- Sabão líquido neutro;
- Papel toalha;
- Cesto de lixo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Inspeccionar as mãos quanto a sujidade visível;
- Retirar joias e bijuterias;
- Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;
- Molhar as mãos;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si vigorosamente por 15 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o

dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;

- Unir as palmas das mãos entrelaçando os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria

orgânica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8ª edição.

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES

1. OBJETIVO

Transportar pacientes internamente com segurança.

2. APLICABILIDADE

Pronto Socorro, Internação, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, Ambulatório, UTI's.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- MV;
- N/A: Não se aplica.

Handwritten signature

4. MATERIAL UTILIZADO

- Materiais conforme o estado do paciente: Monitor multiparâmetros, Esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, etc;
- De acordo com as necessidades do paciente, tais como: oxímetro; monitor multiparâmetros ambú, bala de oxigênio, dentre outros;
- Maca ou cadeira de rodas, Prontuário do paciente, Telefone, Maca ou cadeira de rodas, Prontuário, caneta, carimbo;
- Maca ou cadeira de rodas, compressa e álcool 70%;
- Equipamentos, álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Avaliar paciente a ser transportado: Avaliar estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte conforme resolução COFEN 376/2011;
- Definir equipe de transporte do paciente: De acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, definir a equipe ideal para transporte do mesmo de acordo com a Resolução COFEN n 376/2011;
- Solicitar auxílio da equipe multiprofissional: Solicitar, caso seja necessário, o acompanhamento de algum membro da equipe multiprofissional, como médico, fisioterapeuta e outros;
- Providenciar equipamentos necessários para o transporte: Providenciar, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente, o material necessário

de suporte e/ou monitorização do paciente durante o transporte.

- Definir Meio de transporte do paciente: Definir, de acordo com as necessidades do paciente e suas condições clínica e física, o melhor meio de transporte, maca ou cadeira de rodas.
- Providenciar o meio de transporte do paciente: De acordo com as condições do paciente (Clínica e Física) e suas necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente.
- Providenciar prontuário: Providenciar o prontuário do paciente para acompanhá-lo durante o transporte, caso seja necessário, conforme o enfermeiro que avaliou o paciente.
- Comunicar com enfermeiro do setor de destino: Comunicar ao enfermeiro do setor de destino a partida do paciente, estado geral e necessidades na chegada para que sejam providenciadas;
- Empurrar a Maca ou cadeira de Rodas: Empurrar a Maca ou cadeira de rodas até o setor para onde o paciente será levado, desviando de obstáculos e cuidando para que não ocorram batidas da maca ou cadeira de rodas nos mesmos.
- Acompanhar o transporte do paciente: Acompanhar o transporte do paciente, lado a lado, observando-o durante o transporte, avaliando suas condições e/ou alterações durante o transporte, prestando os cuidados necessários e solicitando auxílio se necessário.
- Anotar no prontuário: Anotar no prontuário do paciente o transporte realizado, condições em que foi feito, estado do paciente, alterações observadas e condutas. Identificar nas anotações equipe de transporte.

- Trazer Meio de Transporte e equipamentos pesados de volta ao setor de origem: Trazer a maca ou cadeira de rodas de volta ao setor de origem limpá-la com álcool e guardá-la. Trazer bala de O2 e demais equipamentos pesados ao setor de origem e guardá-los.
- Trazer demais equipamentos leves de volta ao setor de origem: Trazer monitores e demais equipamentos utilizados somente no transporte de volta ao setor de origem, realizar desinfecção com álcool 70% e guardá-los em seus lugares.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Maqueiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). PORTARIA N.529 DE 1 ABRIL DE 2013 INSTITUI O PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP) [ONLINE]. BRASÍLIA (DF): MS; 2013 [ACesso 2013 JUN 1]. DISPONÍVEL EM: [HTTP://BVSMS.SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/GM/2013/PRT0529_01_04_2013.HTML](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html).

PEREIRA JÚNIOR GA, NUNES TL, BASILE-FILHO A. TRANSPORTE INTRAHOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO. MEDICINA. 2007 OU-DEZ; 40(4):500-8.

PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Garantir que a alta de pacientes ocorra de forma completa, e que assegure aos pacientes e familiares todas as orientações necessárias para continuidade de cuidados após alta.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todas as unidades de internação.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- **MV** - Movimentação de Pacientes;
- **UBS** - Unidades Básicas de Saúde;
- **N/A** : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do RN;
- Protocolo - SAE; Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Pulseirinha de identificação;
- Formulário de Movimentação de Pacientes.
- Formulário alto responsável;
- Formulário de Censo Diário.

AM

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro

- Alta hospitalar:
- Confirmar em prontuário a alta hospitalar prescrita pelo médico, antes de se efetuar qualquer tipo de encaminhamentos;
- Realizar exame físico simples para orientações de alta, confirmando as condições de alta tanto para equipe, quanto no relatório de enfermagem;
- Informar ao paciente e/ou aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados)
- Certificar-se de que todas as orientações de cuidados foram assimiladas pelo paciente e/ou familiares para manutenção dos mesmos após alta hospitalar.

Técnico de enfermagem

Observar dispositivos:

- Retirar venoclise;
- Preparar sondas, drenos, curativos se houver.

Técnico de enfermagem

- Anotar procedimento de alta e transferência;
- Anotar no prontuário a hora da saída de alta, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do paciente, solicitando que o paciente ou responsável o assine.
- funcionários daquele setor;

- Retornar a pulseira ao setor, fixando-a no prontuário.

Enfermeiro

Preencher e encaminhar formulário de Movimentação de paciente:

- Enviar formulário de Movimentação de paciente à Recepção.

Enfermeiro

Checar preenchimento de alta responsável:

- Integrar ao documento entregue ao serviço social.

Enfermeiro

Atualização do Censo Diário:

- Registrar no Censo Diário da ALTA HOSPITALAR.

PERIODICIDADE

N/A.

6. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir check-list de organização de documentos para alta, seguindo a especificidade de cada setor de internação, em especial quanto ao Aleitamento Materno e Referência e Contra referência, Banco/Posto de Leite Humano, etc;
- A alta hospitalar responsável, entendida como transferência do cuidado.

7. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

8. REGISTRO(S)

N/A.

9. REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins;

Lista de Endereços das UBS; Lembrança da maternidade; Caderneta da Criança; DNV.

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobretudo pelo contato.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RN - Recém nascido;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja,
- Garrote,
- Algodão umedecido com álcool a 70%.

- Cateter intravenoso periférico (jelco ou scalp),

- Esparadrapo ou micropore,
- Extensor a ser conectado ao cateter,
- EPI (Luvas de procedimento).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados de higiene:

- Considerar cada recém nascido e o espaço a sua volta como UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE;
- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com o berço ou a incubadora e com objetos e equipamentos próximos;
- Realizar higienização das mãos e antebraços com degermante antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente;
- À manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar antisepsia com álcool a 70%; Acomodar as "tampinhas" em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;
- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, pele não-integra, mucosas ou artigos contaminados;
- Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos, (ou RN fora da incubadora - colo);

- Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolos de intervenção para o SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed, 2014.

CUIDADOS NA TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro:

Seleção do cateter e sítio de inserção

- Confirmar o tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;
- Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica, química e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso;

- Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsais e ventrais dos antebraços;
- Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital;
- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante.

Enfermeiro/Técnico de enfermagem:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples.

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspeccionar diariamente o sítio de inserção e REGISTRAR a observação: paciente pediátrico no mínimo duas vezes por turno e pacientes na unidade de internação uma vez por turno.

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável.

Trocar dispositivos

- Trocar o sistema de infusão (cateter periférico, equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) - 96 horas;
- Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo seja possível;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

AM



N/A.

REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde- Agência Nacional de Vigilância

Sanitária - 2017.

CURATIVO E TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro

Definição do tipo e local de acesso:

- Confirmar diagnóstico e tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Definir tipo de acesso venoso será o mais apropriado, conforme as condições do paciente.

Seleção de cateter:

Selecionar o cateter, priorizar o cateter de poliuretano, teflon ou silicone por ser menos trombogênico, diminuindo o risco de aderência bacteriana.

Enfermeiro/Téc. DE enfermagem

Troca de cateter e curativo em Punção Periférica:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples.

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;
- Quando houver sinais flogísticos no sítio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspeccionar diariamente o sítio de inserção e REGISTRAR a observação.

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável.

Trocar dispositivos:

- Trocar o sistema de infusão (equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) - 72 horas;
- Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Sem recomendações para troca periódica ou casos de quebra de assepsia;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 2017. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde.

ENCAMINHAMENTOS APÓS ÓBITO

1. OBJETIVO

Assistir ao paciente em óbito e acolher familiares de forma integral, humanizada e respeitosa, visando pre-para-los para os procedimentos funerários.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- DO - Declaração de Óbito;
- EIC - Etiqueta Identificadora de Cadáver;
- UP - Unidade do Paciente;
- N/A ; Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão SAE do setor em que

ocorreu óbito;

- Censo Diário;
- Livro de Registro de Óbito;
- EIC - Etiqueta identificadora de cadáver;
- Formulários para DO;
- DO - Declaração de óbito.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnico de Enfermagem:

Registro do óbito:

- Conferir a constatação do óbito pelo médico;
- Realizar anotação de Enfermagem no prontuário - SAE, com **data, hora e procedimentos realizados**;
- Anotar o óbito no Censo;
- Registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito;
- Preencher EIC (duas, uma interna junto ao corpo, e outra externa): setor de origem, nome do paciente, data e horário do óbito;
- Informar e providenciar a devolução das medicações à farmácia; informar BLH e Agência Transfusional.

Escriturária:

Encaminhamentos para DO:

- Entregar o Formulário para DO ao médico, quando solicitado pelo mesmo;

Enfermeiro:

Encaminhamentos à Equipe Multiprofissional:

- Supervisionar todos os procedimentos descritos;
- Somente finalizar o processo encaminhando o paciente ao necrotério, após todos os documentos estarem OK;
- Comunicar o óbito ao Setor de Psicologia;
- Comunicar o óbito ao Serviço Social;
- Comunicar o óbito ao serviço de Nutrição;
- Enviar a Declaração de Óbito (Atestado de Óbito) ao Serviço Social;
- Assegurar, juntamente com o Serviço de Psicologia e Serviço Social, o ACOLHIMENTO à família de forma humanizada;
- Proporcionar aos familiares a opção de participar do processo de preparo do corpo, principalmente em se tratando de RN, antes de encaminhá-lo ao necrotério.

Técnico de Enfermagem

Preparo do corpo:

- Preparar e Identificar o corpo;
- Retirar sondas e cateteres do paciente;
- Identificar e entregar os pertences do paciente à família;
- Finalizar o enrolamento do corpo.

Enfermeiro

Limpeza Terminal da UP:

- Providenciar desinfecção terminal do leito, conforme rotina do setor e IT para Limpeza

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Médico responsável pela DO é aquele que assistiu o óbito;
- Todos os campos da DO devem ser preenchidos por médico;
- Óbitos sem causa definida, conforme protocolo devem ser encaminhados ao SVO, identificar o corpo com duas etiquetas, uma interna e outra externa;
- Encaminhar ao necrotério e entregar a DO ao serviço social;
- Entrarem contato com a Recepção I - setor de internações, para dar destino do corpo ao necrotério, até a chegada da Funerária.
- Em caso de problemas com DO, o Serviço Social deverá solicitar correções: 1º) médico que assistiu ao óbito, 2º) coordenador médico da Unidade, 3º) Diretor Técnico e 4º) Diretor Geral.

8. RESPONSÁVEL(S)

N/A.

9. REGISTRO(S)

N/A

REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos serviços de Enfer-

LIMPEZA DO RESERVATÓRIO DA INCUBADORA AQUECIDA

1. OBJETIVO

Manter as incubadoras limpas para evitar a transmissão de microorganismos e conseqüente controle de infecção.

2. APLICABILIDADE

- **UTIN** - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal;
- **UCINCo** - Unidade de Cuidado Intermediário Convencional;
- **CC** - Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- **IAS** - Incubadoras Aquecidas;
- **N/A** - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Diário
- Compressas para limpeza;
- Água e Sabão neutro;
- Frasco Spray com solução de Letamax.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnico de Enfermagem

Preparar material: Prever e organizar a quantidade de material, conforme número de IAS a serem limpas.

Técnico de Enfermagem

Limpeza do reservatório de umidade da incubadora aquecida:

- Abrir a tampa de acesso ao reservatório de umidade, rotacionando o botão de fixação, e puxando o conjunto;
- Drenar completamente o reservatório através de sua mangueira para drenagem;
- Recolocar a mangueira de drenagem em seu niple de espera, e desconectar o reservatório do sistema, deslocando-o em direção à tampa de acesso;
- Retirar o reservatório puxando-o para cima;
- Colocar o reservatório em sua posição original, acoplado-o junto à entrada do sistema
- Verificar se a mangueira para drenagem encontra-se perfeitamente instalada, e posteriormente adicionar água destilada e esterilizada através de sua tampa superior;
- Proceder à retirada do reservatório certificando que o sistema de umidificação e seu reservatório encontram-se sem água, a fim de evitar derramamentos indesejáveis;
- Realizar a limpeza do reservatório de água sempre que for realizar a limpeza das incubadoras aquecidas.

- Controle do procedimento: Observar nível de reservatório diariamente e anotar no diário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Manual do usuário incubador para recém-nascidos vision®2186.

PRECAUÇÃO DE CONTATO - BÁSICA

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobretudo pelo contato. Aplicado na Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados em geral.

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- MS - Ministério da Saúde;
- IA - Incubadora Aquecida;
- RN - Recém Nascido;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Considerar cada recém nascido e o espaço a sua volta como UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE;
- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com o berço ou a incubadora e com objetos e equipamentos próximos; Realizar higienização simples das mãos e antebraços com água e sabão antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente - em IA higienizar os antebraços antes e após procedimentos;
- Realizar a manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar anti-sepsia com álcool a 70%; Acomodar as "tampinhas" em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;
- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue,

secreções, excreções, pele não-integra, mucosas ou artigos contaminados;

- Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos, (ou RN fora da incubadora- colo);
- Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%;
- Atentar para anti-sepsia do manguito do esfigmomanômetro com álcool a 70%.
- Quando não houver condições de quarto privativo manter leitos com distancia de 1 metro entre eles;
- Importante a identificação da precaução como abaixo.

Precaução de Contato



6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Todo procedimento deve ser relatado em prontuário;

AM



8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 2017

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.] -- 2. ed. -- Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.

Cartazes de precauções da Agência Nacional da Vigilância Sanitária.

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS

1. OBJETIVO

Apresentar a instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (partículas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carregados por corrente de ar).Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laringea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido.

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;
- Observe a identificação de "Precauções para aerossóis" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto;
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;
- Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;

- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização,
- lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Mantenha o paciente em quarto privativo superior a 30 dias, desde que se mantenham íntegras, secas e limpas. Utilize a PFF2 durante assistência a pacientes entubados, pois, pela válvula expiratória, continua ocorrendo eliminação de microrganismos no ambiente;
- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando máscara cirúrgica;
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara Cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para aerossóis.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - 2017

Procedimentos de enfermagem: guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani., [et. al.] - 2. ed.-- Rio de Janeiro :Guarabara Koogan, 2017.

PRECAUÇÕES DE GOTÍCULAS PARA ISOLAMENTO

1. OBJETIVO

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por gotículas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por gotículas.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

Gotículas , também chamadas Gotículas de Pflugge são partículas líquidas expelidas para o ar que po-



dem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microorganismo.

N/A

N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara cirúrgica

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por gotículas;
- Observe a identificação de "Precauções para gotículas" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara cirúrgica antes de entrar no quarto;
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;
- Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os perfurocortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outro infectados pelo mesmo microorganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro.
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora (NR32);
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)



REFERENCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação - Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : Volume único (recurso eletrônico)/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços - 2 ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017

TRANSFERÊNCIA E ALTA DE RNS

1. OBJETIVO

Garantir que a transferência e a alta de recém nascidos ocorra de forma segura.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Unidade de Cuidados Intensivos - UCIN, ALCON Patológico e Unidade Canguru - Etapa II.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RN - recém nascido;
- SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- MV - Movimentação de Pacientes;

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do RN;
- Protocolo - SAE;
- Prontuário do RN;
- Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Livro de Registro de altas, transferências e óbitos da Unidade;
- Formulário de Censo Diário.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro

Transferência Interna; Transferência Externa; Alta hospitalar:

- Confirmar com o médico da unidade se foi confirmado vaga para a transferência do Paciente;
- Checar se o prontuário está preenchido corretamente, antes de se efetuar qualquer tipo de transferência;
- Entrar em contato com o setor ou Unidade Hospitalar, confirmando a transferência do paciente;
- Proceder aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando

AM

indicados).

Enfermeiro/Técnico de enfermagem

Observar dispositivos:

- Observar e cuidar de sondas, drenos, curativos, venóclise, preparando paciente para manutenção dos mesmos durante a transferência.

Enfermeiro

Avaliação física e registro em prontuário do RN, para transferência do RN

- Realizar exame físico do RN;
- Proceder as anotações importantes do estado da criança, a fim de que a equipe possa dar continuidade ao tratamento e cuidados prescritos na próxima unidade de tratamento.

Técnico de enfermagem

Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta e transferência, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do RN, solicitando que a Mãe o assine.

Enfermeiro

Preenchimento e encaminhamento da MV:

- Enviar formulário de MV à Recepção - Setor de Internações;
- Informar por telefone à Recepção - Setor de Internações.

Checar preenchimento de alta responsável:

- Integrar ao documento entregue ao Serviço Social.

Atualização do Censo Diário:

- Anotar nome completo do RN;
- Marcar o tipo de transferência.

Técnico de enfermagem

Providenciar Limpeza (Incubadora/Berço Aquecido e espaço físico):

- Encaminhar Incubadora/Berço aquecido ao expurgo e efetuar lavagem da mesma;
- Solicitar a equipe de higienização limpeza do espaço físico onde a Incubadora /berço aquecido estavam.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins.

TROCA DO FILTRO DE AR DA INCUBADORA AQUECIDA

1. OBJETIVO

Evitar que o ar sujo afete a concentração de O₂ e/ou cause acúmulo de dióxido de carbono no interior da Incubadora aquecida.

2. APLICABILIDADE

UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal/
UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Con-
vencional e CC - Centro cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- LA - Incubadora Aquecida;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Filtro para reposição;
- Luvas de procedimento;
- Compressas para limpeza;
- Água e Sabão neutro;
- Frasco Spray com solução própria para limpeza de IA.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnico de enfermagem

Troca do filtro de ar:

- Retirar a tampa do filtro rotacionando em 90° os botões de fixação;
- Retirar o filtro de ar usado;
- Limpar e secar todas as superfícies de acomodação do filtro;
- Identificar corretamente com a data inicial da utilização e nome do servidor que colocou, no próprio filtro;
- Trocar o filtro da incubadora aquecida sempre que mudar de paciente; óbito, doenças infecto conta- giosas e/ou se houver necessidade (quando estiver completamente sujo, que permanecer por muito tempo internado, período igual ou maior que três meses);
- Instalar o novo elemento filtrante, e reinstalar o painel traseiro.

Enfermeiro

Controles da periodicidade do procedimento:

- Preencher Data da troca, Nº da IA, Nome do funcionário responsável pela troca;
- Analisar e tomar providências para nova troca de filtro, quando a situação se encaixar em um dos motivos supracitados.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.



8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem/ Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

REFERENCIAS

Manual do usuário Incubadora para Recém Nascidos Vision 2186.

AM

PROTOCOLOS DE SEGURANÇA E QUALIDADE DO PACIENTE

PROTOCOLO GERENCIADO: META 1 – IDENTIFICAÇÃO CORRETA

OBJETIVO

- Padronizar os meios de identificação do paciente em atendimento hospitalar e ambulatorial;
- Definir os fluxos para identificação do cliente;
- Sensibilizar de forma positiva os profissionais, acompanhantes e pacientes sobre a importância e a relevância da correta identificação;
- Definir responsabilidades;
- Verificar rotineiramente a integralidade das informações nos locais de identificação do paciente (ex.: pulseira, placas do leito).

1. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos

os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;

- Equipe responsável pela Admissão Hospitalar e Ambulatorial;
- Equipe de enfermagem responsável pelo Acolhimento e Atendimento;
- Equipe Multiprofissional de Saúde;
- Colaboradores do Serviço de Vigilância/Portaria.

2. DEFINIÇÕES

Identificação correta e contínua do paciente em atendimento assistencial, torna-se essencial à prevenção de erros durante o cuidado à saúde, sob qualquer condição de assistência, uma vez que a identificação incorreta ou a falta da mesma poderá gerar danos irreversíveis e, em alguns casos, fatais.

O protocolo de identificação do paciente deverá ser observado e executado por todos os profissionais envolvidos neste processo e em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnóstico, visando à minimização da ocorrência de efeitos adversos.

O paciente tem papel fundamental neste processo, pois irá colaborar com sua própria segurança per-

manecendo com as pulseiras ou solicitando-as para a equipe de saúde. A participação do paciente para minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos é facilitada na sua ação como agente proativo no processo.

3. TERMINOLOGIAS

SIGLAS	DEFINIÇÃO
+	Presente
-	Ausente
AAS	Ácido Acetil Salicílico
ABO	Sistema sanguíneo ABO
ACM	A Critério Médico
A/C	Ventilação Assistida Controlada
AC	Alojamento Conjunto
ACV	Acesso Venoso Central
AD	Átριο Direito
AE	Átριο Esquerdo
AF	Alto e Fixo
AIG	Adequado para Idade Gestacional
AK	Aldrete e Kroulik
Amp	Ampola
AP	Anátomo Patológico
AVP	Acesso Venoso Periférico
ASA	American Society of Anesthesiologists
ATB	Antimicrobiano
ATB	Articulação Têmporo Mandibular
AU	Altura Uterina
AV	Átριο Ventricular
AVAS	Aspiração de Vias Aéreas Superiores
AVC/AVE	Acidente Vascular Cerebral / Acidente Vascular Encefálico
AVCH/AVH	Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico / Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
AVCI/AVEI	Acidente Vascular Cerebral Isquêmico / Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
AZT	Zidovudina
BA	Berçário admissional
BAAR	Bacilo Álcool - Ácido Resistente
BANF	Bulhas Arritmicas Normo Fonética
BANF 2T	Bulhas Arritmicas Normo Fonética em dois tempos
BVA	Bloqueio Atrioventricular
BAVT	Bloqueio Atrioventricular Total
BC	Berço Comum
BCE	Broncoespasmo
BCG	Vacina contra Tuberculose
BCF	Batimento Cárdio-fetal
BCP	Broncopneumonia
BD	Bilirrubina Direta
BEG	Bom Estado Geral
BERA	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
BGN	Bacilo Gran Negativo
BH	Balanço Hidrico
BHCG	Beta Gonadotrofina Coriônica Humana
BI	Bilirrubina Indireta
BIC	Bomba de Infusão contínua
BIPAP	Bi Level Positive Pressure Airway
BLH	Banco de Leite Humano
BM	Balão e Máscara

BN	Berçário de Recém nascidos Normais	CHCM	Concentrado de Hemoglobina Corpuscular Média
BP	Baixo Peso	CIA	Comunicação Intra-Arterial
BPM	Batimentos por minuto	CID	Código Internacional de Doenças
BR	Bolsa Rota	CIU	Correção de Incontinência Urinária
BRE	Bolsa Rota Espontânea	CIUE	Correção de Incontinência Urinária de Esforço
BRNF	Bulhas Rítmicas Normo Fonéticas	CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
BS	Berçário Setorial	CIV	Comunicação Intraventricular
BT	Bilirrubina Total	CIVD	Coagulação Intravascular Disseminada
BTF	Bilirrubina Total e Frações	CICR	Clearance de creatinina
BX	Biópsia	CL	Cloro
CR	Creatinina	cm	Centímetro
Ca	Cálcio	cm ³	Centímetro cúbico
CA	Circunferência Abdominal	cmHg	Centímetro por mercúrio
CAD	Cetoacidose Diabética	CME	Centro de Material Esterilizado
CAF	Cirurgia de Alta Frequência	CMV	Citomegalovírus
CAL	Calorias	CO	Centro Obstétrico
CAM	Comissão de Aleitamento Materno	CO ₂	Dióxido de Carbono / Gás Carbônico
CAP	Cateter de Artéria Pulmonar	cod	Código
CAPD	Díálise Peritoneal Ambulatorial Contínua	comp	Comprimento
CAPS	Cápsula	Conc	Concentrado
CAR	Cárdio	COT	Cânula Orotraqueal
CATE	Cateterismo Cardíaco	cp	Comprimido
CATN	Cateter Nasal	CPAP	Continuous Pressure Airway Positive - Pressão Contínua Positiva de Vias Aéreas
CAU	Cateter Arterial Umbilical	CPT	Capacidade Pulmonar Total
CC	Centro Cirúrgico	Cr	Creatinina
CÇA	Criança	CR	Crânio
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	CRF	Capacidade Residual Funcional
CCG	Controle e Cuidados Gerais	CSN	Capurro Somato Neurológico
CD	Conduta	CTB	Cardiotocografia basal Fetal
CDC	Center Disease Control	CTB	Curetagem Uterina
CGV	Concentrado de Glóbulos Vermelhos	CRGf	Cardiotocografia
CH	Concentrado de Hemáceas		

AM

CU	Contração Uterina	DO	Declaração de Óbito
CV	Capacidade Vital	DON	Diagnóstico Obstétrico de Norma- lidade
CVC	Cateter Venoso Central	DOPA	Diagnóstico Obstétrico de Patolo- gia Anterior
CVD	Cateter Vesical de Demora	DPI	Derrame Pleural
CVF	Capacidade Vital Forçada	DPI	Diálise Peritoneal Intermitente
CVP	Cateter Venoso Periférico	DPP	Descolamento Prematuro da Placenta
CVU	Cateter Venoso Umbilical	DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
Cult	Cultura	DPT	Vacina contra Difteria, Coquelu- che e Tétano
D	Direito	DR	Desconforto Respiratório
DA	Descendente Anterior	DRA	Desconforto Respiratório Adap- tativo
DAT	Dispositivo Anti-Trombótico	DRP	Desconforto Respiratório Precoce
Db	Decibéis	DST	Doença Sexualmente Transmis- sível
DBP	Diâmetro Biparietal	DTM	Disfunção Temporomandibular
DC	Débito Cardíaco	DU	Disfunção Temporomandibular
DDE	Decúbito Dorsal Elevado	DUM	Data da Última Menstruação
DDH	Decúbito Dorsal Horizontal	DV	Dias de Vida
DEA	Desfibrilador Elétrico Automático	DVE	Derivação Ventricular Externa
DEP	Data Esperada do Parto	DVH	Decúbito Ventral Horizontal
DG	Dieta Geral	DVP	Derivação Ventrículo Peritoneal
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação	DVS	Doença Veiculada pelo Sangue
DHRN	Doença Hemolítica do Recém Nascido	DX	Dextran
DIAS	Diastólica	EA	Evento Adverso
DIH	Dia de Internação Hospitalar	EAP	Edema Agudo de Pulmão
DIP	Desaceleração Frequência Cardi- aca Fetal	EBV	Epstein-Boar Vírus
DIU	Dispositivo Intrauterino	EBP	Extremo Baixo Peso
DL	Decúbito Lateral	E.coli	Escherichia coli
DLP	Dislipdemia	ECG	Eletrocardiograma
DM	Diabetes Mellitus	ECMO	Oxigenação Extracorpórea
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional	ECN	Enterocolite Necrosante / Entero- colite Necrotisante
DMH	Doença da Membrana Hialina	ECO	Ecocardiograma
DNA	Ácido Desoxirribonucleico		
DNPM	Desenvolvimento Neuropsíco- motor		
DNV	Declaração de Nascido Vivo		

EDA	Endoscopia Digestiva Alta	FLE	Fezes Líquidas e Esverdeadas
EED	Esôfago Estômago Duodeno	FLEBO	Flebotomia
EEG	Eletroencefalograma	FLS	Fezes Líquidas Sanguinolenta
EF	Exame Físico	FMD	Filho de Mãe Diabética
EIC	Espaço Inter Costal	FO	Fundo de Olho
EHI	Encefalopatia Hipóxia-Isquêmica	FPO	Forame Oval Pérvio
EIM	Erro Inato do Metabolismo	FOTO	Fototerapia
EMLD	Episiotomia Médio Lateral Direita	FPA	Fezes Pastosas Amarelada
EPAP	Expiratory Pressure - Pressão Positiva Expiratória	FPE	Fezes Pastosas e Esverdeadas
EPISIO	Episiotomia	FPS	Fezes Pastosas e Sanguinolentas
EOA	Emissão Otoacústica	FR	Frequência Respiratória
EOAPD	Emissão Otoacústica Evocadas por Produto de Distorção	Fr-amp	Frasco Ampola
EOAT	Emissão Otoacústica Transientes	FSLA	Fezes Semilíquida Amarelada
ESV	Esverdeado	FSLE	Fezes Semilíquida Esverdeada
ET	Endotraqueal	FSLS	Fezes Semilíquida Sanguinolenta
EtCO2	CO2 Expirado Final / Capnografia	FV	Fibrilação Ventricular
ETO	Óxido de Etileno	g	Gramas
EV	Endovenoso	G/GESTA	Gestação
EVA	Escala Visual Analógica	GPA	Gesta, Paridade, Abortos
Exp	Expiração	GASO	Gasometria
EXT	Exsanguíneo Transfusão	GasO A	Gasometria Arterial
EXTP	Exsanguíneo Transfusão Parcial	GasO V	Gasometria Venosa
FA	Fibrilação Atrial	GB	Glóbulos Brancos
FANT	Fontanela Anterior	GCAP	Glicemia Capilar
FAV	Fístula Artério-venosa	GI	Gastrointestinal
FC	Frequência Cardíaca	GIG	Grande para Idade Gestacional
PCF	Frequência Cardíaca Fetal	GLI	Glicose
FD	Flanco Direito	GO	Ginecologia e Obstetrícia
Fe	Ferro	gt(s)	Gota (s)
FE	Flanco Esquerdo	GTT	Gastrostomia
FID	Fossa Iliaca Direita	GVC	Gasometria Venosa Central
FIE	Fossa Iliaca Esquerda	GóPD	Glicose-6-Fosfato desidrogenase
FIO2	Fração Inspirada de Oxigênio	H2	Hidrogênio
FI	Flaconete	h	Hora
FLA	Fezes Líquidas e Amareladas	HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
		HB	Hemoglobina

HBsAg	Antígeno de Superfície para Hepatite	IA	Incubadora Aquecida
HVA	Hepatite por Vírus A	IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
HVB	Hepatite por Vírus B	I/E	Relação inspiratória / expiratória
HC	Hemocomponentes	IC	Índice Cardíaco
HCV	Hepatite por Vírus C	ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
HDV	Hepatite por Vírus D	ICO	Insuficiência Cardíaca Obstrutiva
HCO3	Bicarbonato de Cálcio	ICS	Infecção de Corrente Sanguínea
HCM	Hemoglobina Corpuscular Média	Ict	Icterícia do Pré termo
HD	Hemoderivado	ID	Intradérmica
HDA	Hemorragia Digestiva Alta	IF	Icterícia Fisiológica
HDB	Hemorragia Digestiva Baixa	Ig	Imunoglobulina
HE	Hipocôndrio Esquerdo	IgA	Imunoglobulina A
HDir	Hipocôndrio Direito	IgE	Imunoglobulina E
HIB	Herniorrafia Inguinal Bilateral	IgG	Imunoglobulina G
Hidr	Hidratado	IgM	Imunoglobulina M
Hip.D	Hipótese Diagnóstica	IG	Idade Gestacional
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana	IH	Infecção hospitalar
HMC	Hemocultura	IIC	Incompetência Ístimo Cervical
HMC + ATB	Hemocultura + Antibiograma	ILA	Índice de Líquido Amniótico
HMG	Hemograma	IM	Intramuscular
HP	Hipertensão Pulmonar	IMC	Índice de Massa Corpórea
HPIV	Hemorragia Periintraventricular ou Hemorragia Intra periventricular	IMV	Ventilação Mandatória Intermitente
HPV	Human Papiloma Vírus - Papiloma Vírus Humano	INC	Incubadora
HPPN	Hipertensão Pulmonar Neonatal	Insp	Inspiração
HPMA	História da Moléstia Atual	IOT	Intubação Orotraqueal
HSTA	Histerectomia Subtotal Abdominal	IPAP	Inspiratory Pressure - Pressão Positiva Inspiratória
Ht	Hematócrito	IRA	Insuficiência Renal Aguda
HTA	Histerectomia Total Abdominal	IRC	Insuficiência Renal Crônica
HTD	Hemitórax Direito	IRpA	Insuficiência Respiratória Aguda
HTE	Hemitórax Esquerdo	ITU	Infecção do Trato Urinário
HTV	Histerectomia Vaginal	IV	Intravenoso
HU	Herniorrafia Umbilical	IVAS	Infecção de Vias Aéreas Superiores
		JD/VJD	Jugular Direita
		JE/VJE	Jugular Esquerda

JJ	Jejum	MEC	Mecônio
K	Potássio	MEG	Mau Estado Geral
KCl	Cloreto de Potássio	mem	Membranas
Kg	Quilograma	mEq	Miliequivalente
KMNO4	Permanganato de Potássio	mEq/l	Miliequivalente por litro
l	Litro	mg	Miligramas
LA	Líquido Amniótico	mg/dl	Miligramas por decilitros
LAB	Laboratório	mg/m3	Miligramas por metro cúbico
Lart	Leite Artificial	Mg	Magnésio
LCCG	Líquido Claro com Grumos (líquido amniótico)	min	Minuto
LCR	Líquido Céfalo-raquidiano	MF	Movimentação Fetal
LCSG	Líquido Claro sem Grumos (líquido amniótico)	MID	Membro Inferior Direito
LDR	Labor Delivery Room - Unidades de Suites de Parto	MIE	Membro Inferior Esquerdo
LES	Lupus Eritematoso Sistêmico	ml	Mililitro
Leu	Leucograma	mm	Milímetro
Liq	Líquidos	MMD	Mamadeira
LM	Leite Materno	mmHg	Milímetro de Mercúrio
LMC	Leite Materno Crú	MMII	Membros Inferiores
LMCA	Leite Materno Crú Aditivado	mMOI	Milimol (es)
LMD	Leite Materno Doado	MMR	Vacina Combinada contra Sarampo, Caxumba e Rubéola
LMDA	Leite Materno Doado Aditivado	MMSS	Membros Superiores
LMec	Líquido Meconial	mOs	Miliosmol
LMO	Leite Materno Ordenhado	MPB	Muito Baixo Peso
LMP	Leite Materno Pasteurizado	mpm	Movimentos por Minuto
LMPF	Leite materno Pasteurizado Fortificado	MSD	Membro Superior Direito
m	Metro	MSE	Membro Superior Esquerdo
m2	Metro Quadrado	Multi - R	Multirresistente
MAR	Marrom	Multi - S	Multissensível
MASC	Máscara	MV	Murmúrio Vesicular
MAT/MED	Materiais (insumos hospitalares) e Medicamentos	MV+semRA	Murmúrio Vesicular presente sem ruído adventício
MASTE	Caixa de Mastectomia	MXT	Methotrexate
ME	Morte Encefálica	n°	Número
		Na	Sódio
		NA	Não Aplicável
		NaCl	Cloreto de Sódio

NAN	Leite Nan	PAD	Pressão do Átrio Direito
Nbz	Nebulização	PAE	Pressão do Átrio Esquerdo
ndn	Nada Digno de Nota	PAI	Pressão Arterial Invasiva
NEB	New Balance	PAP	Pressão Arterial Pulmonar
neg	Negativo	PAV	Pneumonia Associada à Ventilação
NFCS	New Forum for Classical Singers	PBE	Peritonite Bacteriana espontânea
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale	PC	Parto Cesárea
nl	Normal	PCA	Persistência do Canal Arterial
N2O	Óxido Nitroso	PCef	Perímetro Encefálico
NP	Nutrição Parenteral	PCP	Pressão do Capilar Pulmonar
NPH	Insulina Iofana	PCR	Parada cardiorrespiratória
NPP	Nutrição Parenteral Prolongada	PC Reativa	Proteína C Reativa
NPT	Nutrição Parenteral Total	pcte	Paciente
NS	Não sugou (amamentação)	PCont	Pressão Controlada
O2	Oxigênio	PE	Pastosa Esverdeada
Obs	Observação	PEATE	Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico
OF	Óbito Fetal	PEEP	Positive Expiratory End Pressure - Pressão Positiva do Fim da Expiração
OH+	Etilismo	PEG	Péssimo Estado Geral
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais	PEFR	Pico da Frequência de Fluxo Expiratório
ORL	Otorrinolaringologista	peq	Pequeno
OTN	Otoneurológico	perif	Periférico
OVAS	Obstrução de Vias Aéreas Superiores	PF	Parto Fórceps
P	Pulso (frequência cardíaca)	PFC	Plasma Fresco Congelado
PA	Pressão Arterial	pH	Potencial de Hidrogênio Iônico
Pabd	Perímetro Abdominal	PI	Pressão Invasiva
Pad	Pressão Arterial Diastólica	PIC	Pressão Intracraniana
PAM	Pressão Arterial Média	PICC	Peripherally Inserted Central Catheter - Cateter Central de Inserção Periférica
PANI	Pressão Arterial Não Invasiva	PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PAt	Pronto Atendimento	PIn	Perda Insensível
PAnt	Postero Anterior	PIInsp	Pressão Inspiratória
PARA	Paridade (nº de partos anteriores)	PKU	Fenilcetonúria
PAST	Pastosa		
PaCO2	Pressão Parcial de Dióxido de Carbono		
Pas	Pressão Arterial Sistólica		

PI	Plantão	REG	Regular Estado Geral
Plaq	Plaquetas	Resp	Respiratório
PMV	Para Manter Veia (acesso venoso)	Ret	Retorno
PN	Parto Normal	RGE	Refluxo Gastroesofágico
PNasc	Peso ao Nascimento	RFM	Reflexo Foto Motor
PNI	Pressão Não Invasiva	Rh	Fator Rhesus - fator Rh
pO ₂	Pressão de Oxigênio	RH	Restrição Hídrica
PO	Pós Operatório	RHA	Ruído Hidroaéreo
PoAIG	Pós Termo Adequado para Idade Gestacional	RL	Ringer com Lactato
POI	Pós Operatório Imediato	RM	Ressonância Magnética
POT	Pós Operatório Tardio	RN	Recém Nascido
PP	Placenta Prévia	RNPo	Recém Nascido Pós Termo
PPC	Pressão de Perfusão Cerebral	RNPr	Recém Nascido Pré termo
PPI	Pico de Pressão Inspiratória	RNT	Recém Nascido de Termo
PRISM	Pediatric Risk of Mortality	ROP	Retinopatia da Prematuridade
PSAP	Pressão Sistólica Artéria Pulmonar	RPA	Recuperação Pós Anestésica
PT	Pré Termo	rpm	Respiração por Minuto
PTT	Proteína Total	RPM	Ruptura Prematura de Membranas
PTF	Proteína Total e Frações	RPPI	Respiração com Pressão Positiva Intermitente
PTor	Perímetro Torácico	RV	Reflexo Vermelho Ocular
PTX com VM	Pneumotórax com Ventilação Mecânica	RX	Raio X
PTX sem VM	Pneumotórax sem Ventilação Mecânica	s	Semanas
PVC	Pressão Venosa Central	S/A	Sem Alterações
QD	Queixa e Duração	S/N	Se Necessário
QID	Quadrante Inferior Direito	S/R	Sem Resíduos
QIE	Quadrante Inferior Esquerdo	S/S	Sem Sopros
QSD	Quadrante Superior Direito	SAM	Síndrome da Aspiração Meconial
QSE	Quadrante Superior Esquerdo	Sat / SpO ₂	Saturação de Oxigênio
RCD	Rebordo Costal Direito	SB	Sugou Bem
RCE	Rebordo Costal Esquerdo	SC	Subcutâneo
RCIU	Retardo de Crescimento Intrauterino	Sd	Síndrome
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar	SDR	Síndrome de Desconforto Respiratório do Recém Nascido
		SDRA	Síndrome de Desconforto Respiratório Agudo

seg	Segundos	SSVV	Sinais Vitais
SF	Solução Fisiológica / Soro Fisiológico	SVA	Sonda / Sondagem Vesical de Alívio
SFA	Sofrimento Fetal Agudo	SVD	Sonda / Sondagem Vesical de Demora
SG	Solução Glicosada / Soro Glicosado	SvcO2	Saturação Venosa Central de Oxigênio
SGF	Solução Glicofisiológica / Soro Glicofisiológico	SvO2	Saturação de Oxigênio da Artéria Pulmonar
SHO	Síndrome da Hiperestimulação Ovariana	t	Temperatura
SHPPN	Síndrome da Hipertensão Pulmonar Persistente do Recém Nascido	T3	Triiodotironina
SIC	Segundo Informações Coletadas	T4	Tetraiodotironina
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana	TAN	Triagem Auditiva Neonatal
SIDS	Síndrome da Morte Súbita Infantil	TB	Tuberculose
SIMV	Ventilação Mandatória Intermitente Sincronizada	Tbg	Tabagista
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica	TC	Tomografia Computadorizada
SL	Sublingual	TCE	Trauma / Traumatismo Crânio Encefálico
SLiq	Semi Líquida	TEP	Tromboembolismo Pulmonar
SMNS	Síndrome da Morte Neonatal Súbita	TEV	Tromboembolismo Venoso
SNAPPE	Score for Neonatal Acute Physiology - Perinatal Extension	TExp	Tempo Expiratório
SNC	Sistema Nervoso Central	TF	Taxa de Frequência
SNE	Sonda Nasoenteral	Tinsp	Tempo Inspiratório
SNG	Sonda Nasogástrica	TG	Taxa de Gravidade
SD	Sala Operatória	TGA	Transposição de Grandes Artérias
SOE	Sonda Oroenteral	TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética
SOG	Sonda Orogástrica	TGP	Transaminase Glutâmico Pirúvica
Sol	Soluções	Tip	Tipagem Sanguínea
SOPC	Síndrome do Ovário Policístico	TP	Trabalho de Parto
SP	Semi Pastosa ou Suga Pouco	TPP	Trabalho de Parto Prematuro
SSIADH	Síndrome Secreção Inapropriada do Hormônio Anti-diurético	TPSV	Taquicardia Paroxística Supra Ventricular
SPU	Síndrome do Pulmão Úmido	TT	Tempo de Trombina
		TTPA	Tempo de Tromboplastina Ativada
		TQT	Traqueostomia
		Tri	Trimestre

TRH	Terapia de Reposição Hormonal
TS	Tempo de Sangramento
TSH	Hormônio Tireoestimulante
TSV	Taquicardia Supraventricular
Transf.	Transferência
TTRN	Taquipnéia Transitória do Recém Nascido
TU	Tumor
TV	Taquicardia Ventricular
TVP	Trombose Venosa Profunda
U	Uréia
UFml	Unidade Formadora de Colônia por mililitro
UI	Unidade Internacional
U I	Urina Um
URC	Urocultura
USG	Ultrassonografia
UPP	Úlcera Por Pressão
V/Q	Ventilação Perfusão
VAF	Ventilação de Alta Frequência
VAFO	Ventilação de Alta Frequência Oscilatória
VAS	Vias Aéreas Superiores
VC	Volume Corrente
VCM	Volume Corpuscular Médio
VD	Ventrículo Direito
VDL	Videolaparoscopia
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VE	Ventrículo Esquerdo
VFD	Veia Femoral Direita
VFE	Veia Femoral Esquerda
VHS	Velocidade de Sedimentação
VM	Ventilação Mecânica
VMA	Ventilação Mecânica Assistida
VMC	Ventilação Mecânica Controlada
VN	Via Nasal

VNI	Ventilação Não Invasiva
VO	Via Oral
vol	Volume
VP	Veia Periférica
VPM	Ventilação Pulmonar Mecânica
VPP	Ventilação com Pressão Positiva
VPC	Ventilação por Pressão Controlada
VPS	Ventilação por Pressão Suporte
VRe	Volume Residual
VR	Via Retal
VRi	Volume Reserva Inspiratória
VS	Volume Sistólico
VSCD	Veia Subclávia Direita
VSCE	Veia Subclávia Esquerda
VSR	Vírus Sincicial Respiratório
VV	Via Vaginal
VVC	Ventilação por Volume Controlado
x	Vezes
xp	Xarope

4. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

4.1. Identificadores a serem utilizados na pulseira:

- Nome completo do paciente, SEM ABREVIATURAS;
- Data de nascimento do paciente;
- CPF.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizadas as

características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou manuscritos, obrigatoriamente, com letra de forma, com tinta azul.

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. Os dados de identificação dos RNs (logo após o parto) nas pulseiras serão: identificador "RN", nome da mãe, data de nascimento, horário de nascimento e sexo.

RN de: _____	(Nome da mãe sem abreviatura)
DN: _____	
Horário de nascimento: _____	
Sexo: _____	

A confirmação da identificação do paciente SEMPRE deve ocorrer antes de:

- A administração de medicamentos;
- A administração do sangue;
- A administração de hemoderivados e hemocomponentes;
- A coleta de material para exame;
- A entrega da dieta e;
- A realização de procedimentos invasivos.

O profissional responsável pelo cuidado deverá per-

guntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

- PEÇA ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento;
- SEMPRE verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- NUNCA pergunte a o paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano;
- NUNCA suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

A confirmação da informação contida na pulseira do

recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2. Local da Pulseira de Identificação

A pulseira de identificação deve ser colocada, preferencialmente, no punho direito. Caso não seja possível a instalação nesse membro, será obedecida a seguinte ordem:

- Punho esquerdo;
- Tornozelo direito;
- Tornozelo esquerdo.

De acordo com o Ministério da Saúde, deverá ser promovido um rodízio dos membros do corpo do paciente, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como:

- Edemas;
- Amputações;
- Presença de dispositivos vasculares, entre outros.

5.3. Troca ou Remoção da pulseira

Caso a pulseira caia ou fique ilegível durante o período de internação a Unidade de Regulação Assistencial deverá ser comunicada imediatamente para confeccionar outra pulseira e realizar a troca.

A substituição da pulseira deverá ser feita sempre na presença de outro profissional e, em casos de RNs, sempre na presença de um familiar. A justificativa de troca/substituição e o novo local de posicionamento, se for o caso, deverão ser registrados no prontuário.

A pulseira de identificação só deverá ser removida, pela equipe de enfermagem, após a alta ou transferência do paciente para outra unidade de atendimento à saúde.

5.4. Etiquetas de Identificação

A etiqueta de identificação deverá ser utilizada nos acompanhantes e visitantes. A etiqueta de identificação deverá ser fixada sobre a roupa, na região do tórax, logo abaixo a região clavicular.

5.5. Placas de Identificação a Beira Leito

A identificação a beira leito do cliente hospitalizado será realizada por meio de placas de papel impressas, conforme modelos padronizados e preenchidas por meio digital ou manual.

Os dados da placa de identificação a beira leito serão: nome completo do cliente, data de nascimento,

CPF, clínica, data de admissão, classificação de risco (queda e lesão por pressão - LPP) e alergia. No Centro Cirúrgico (CC), os dados serão os mesmos acrescidos de cirurgia proposta e tipo de anestesia.

A investigação para alergia deverá ser feita por meio de fontes primárias (perguntando para o próprio cliente e familiares) e secundárias (prontuário e outros documentos).

5.6. Clientes admitidos sem identificação

Os pacientes admitidos sem documentação, em caráter de urgência/emergência, serão identificados com um número de RG provisório e com o identificador "Sem Nome" na pulseira e na placa a beira leito, até a apresentação dos documentos de identificação com foto.

A equipe de saúde deverá contactar o Serviço Social para auxílio na obtenção das informações necessárias para identificar corretamente do paciente.

5.7. Identificação dos pacientes da Unidade de Urgência e Emergência

Os pacientes deverão obedecer às cores padronizadas pelo Protocolo de Manchester que classifica os doentes por cores, após uma classificação de riscos baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente.

Após atendimento, caso paciente for ocupar um lei-

to, automaticamente receberá uma pulseira.

Os pacientes oriundos de outras unidades externas (ex.: banco de sangue) que forem fazer qualquer procedimento temporário no Pronto Socorro receberão etiqueta de cor branca.

Os pacientes que permanecerem na unidade de Urgência e Emergência até 24 horas usarão etiquetas conforme as cores padronizadas acima, após 24 horas serão identificados com a pulseira contendo os seguintes indicadores.

5.8. Definições Institucionais

As pulseiras deverão ser de cor branca e de fácil leitura (fonte comum e tamanho de letra 12 ou 14) e possuírem comprimento adequado para serem utilizadas em clientes obesos e/ou com linfedema e serem confortáveis e seguras em RNs e crianças; bordas/cantos arredondados; material durável, liso, impermeável, lavável, confortável e não alergênico e fixadores que não pressionem a pele.

Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

As pulseiras de uso do RN (logo após o nascimento) poderão ser identificadas à caneta ou similares, até a aquisição da pulseira padrão.

As pulseiras deverão ser impressas pelos serviços e unidades assistenciais responsáveis pela admissão do cliente, após atualização cadastral e certificação

da documentação com foto. A documentação com foto não será obrigatória para crianças e clientes admitidos em situações de emergências.

No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura e tinta cor azul.

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve fazer o uso de tesoura, **NUNCA DEVE SER UTILIZADO LÂMINA DE BISTURI** devido ao risco de incidentes. As extremidades do corte das tesouras não devem ser afiadas.

5.9. Monitoramento

Indicadores de resultados:

- Número de incidentes devido às falhas na identificação do paciente / mês;
- Número de pacientes com pulseiras padronizadas / mês.

Auditoria:

- Observação da abordagem do profissional quanto ao uso da dupla identificação do paciente.
- Pesquisa de satisfação do cliente em relação às orientações recebidas da equipe quanto à importância e finalidade do uso das pulseiras.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: ANVISA, 2014.

Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013, 168p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 2 - Protocolo de identificação do paciente. Anvisa. Fiocruz, 2013. 10p.

Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências.

PROTOCOLO GERENCIADO: META

2 – COMUNICAÇÃO EFETIVA

1. OBJETIVO

- Estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de profissionais e/ou pacientes;
- Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe multidisciplinar: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read back - leia de volta).

3. DEFINIÇÕES

Na saúde, a comunicação é essencial para paciente, deve ser planejada para atingir o público-alvo pretendido e ser convertida em ação segu-

ra.

4. TERMINOLOGIAS

- Read back - Leia de volta;
- Feedback - informação que o emissor obtém da reação do receptor à sua mensagem, e que serve para avaliar os resultados da transmissão.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Meios de Comunicação:

- Comunicação verbal presencial;
- Quadros e/ou painéis de informação;
- Prontuários e livros de registros;
- Telefones;
- E-mail.

Etapas do Procedimento:

- Características essenciais da comunicação para ser efetiva entre os profissionais;
- Clareza;
- Precisão;
- Objetividade;
- Informações completas;
- Informações sem ambiguidade.

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade que a assistência seja qualificada e segura, gerando impacto direto sobre seus resultados. Falhas no processo de comunicação eletrônica, verbal e escrita são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive de óbitos;

Melhorar a comunicação entre profissionais é meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente e elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa, completa, clara e compreendida pelo receptor deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde como caminho para a excelência das práticas assistenciais;

A informação é considerada ativo estratégico e deve chegar até cada; público-alvo de forma clara e objetiva, sustentando condutas padronizadas e a apropriação, por parte do público-alvo, de conteúdo atualizado e de boa qualidade. A disseminação de uma informação cujo foco é a segurança do paciente.

Competências para comunicação efetiva entre equipe multiprofissional de saúde:

COMPETÊNCIA	EXECUÇÃO
Ativar escuta	<p>Sem interferir ao falar;</p> <p>Validar as percepções dos pacientes e familiares;</p> <p>Demonstrar interesse pelo paciente e por suas percepções.</p>
Obter informações	<p>Usar perguntas abertas para conhecer;</p> <p>Adaptar a linguagem ao paciente;</p> <p>Para obter informações para paciente;</p>
Facilitar o diálogo	<p>Em linguagem adequada, clara, simples e acessível para o paciente (idade e capacidade de compreensão);</p> <p>Completar para as necessidades do paciente quando necessário;</p>
Resumir informações relevantes	<p>Realizar perguntas abertas que permitam avaliar se o paciente entendeu o que foi informado e use de perguntas fechadas para confirmar ou reafirmar informações;</p>
Fornecer informações	<p>De acordo com as regras do paciente, promovendo comportamento saudável;</p> <p>Entender que o paciente tem o direito de conhecer sua condição de saúde para fazer suas escolhas;</p>
Analise o grau de compreensão do paciente para a informação transmitida	<p>Utilizar a empatia;</p> <p>Empoderar o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde e futuro;</p>
Assessorar e educar o paciente	<p>Uso de cores, desenhos, linguagem de sinais e outros métodos, adequados para a comunicação, como resposta a demandas e necessidades específicas dos pacientes;</p> <p>Utilizar protocolo de comunicação de não verbais;</p>
Tomar decisões com base nas informações recebidas	<p>Compreender a importância dessa forma de comunicação e seu impacto na comunicação;</p> <p>Identificar a que o paciente comunica com a linguagem não verbal;</p> <p>Demonstrar interesse pelas ideias, valores e percepções do paciente, por meio da linguagem não verbal (postura física, tom de voz, expressão facial e toque físico, tal como seguir o ritmo);</p>
Apoiar estratégias para comunicar informações repetitivas	<p>De forma clara, completa e ética;</p> <p>Respeitando os limites éticos do uso de ferramentas eletrônicas para comunicação em saúde;</p>
Usar linguagem não verbal	<p>Importância da linguagem verbal (contado e tom de voz) no trabalho em equipe e no cuidado aos pacientes;</p> <p>Conhecer os limites legais para o objeto da comunicação verbal na prática assistencial;</p>
Usar linguagem eletrônica	
Usar linguagem verbal	

COMPETÊNCIA	EXECUÇÃO
Apoiar a ética no processo de comunicação	<p>Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, éticas, religiosas, raciais e as relacionadas com a idade do paciente;</p> <p>Demonstrar respeito pelas crenças, crenças e percepções do paciente;</p>
Estabelecer vínculos empáticos com o paciente e família	<p>Compreender a doença a partir da perspectiva do paciente e família;</p> <p>Estabelecer vínculo no lugar do saber;</p>
Compreender a influência do ambiente na comunicação	<p>Entender como o ambiente, a qualidade de interações e a privacidade influenciam a comunicação com o paciente e familiares;</p> <p>Entender a influência do ambiente na comunicação em saúde;</p>
Saber manejar conflitos e realizar negociações	<p>Como avaliar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente;</p>

Comunicação de Resultados Críticos:

- Entende-se por resultado crítico o valor de exame muito acima ou muito abaixo da normalidade de um organismo, que gera uma resposta e conduta imediata do médico assistente para com seu paciente, evitando algum "dano" ao mesmo;
- Após a realização do exame laboratorial, é realizado a conferência e a liberação dos laudos com o resultado pelo laboratório. Caso seja identificado uma alteração significativa, o profissional habilitado deverá comunicar imediatamente (por meio de telefone) o médico responsável pelo paciente para que sejam tomadas as medidas necessárias para com o paciente. Em casos de não se

encontrar o médico assistente do paciente, os resultados são informados ao residente que acompanha o médico assistente, ou ao enfermeiro, responsável pela Enfermagem da Unidade, ou ao Responsável Técnico da Unidade de Internação, que devem fazer a anotação em prontuário e posteriormente repassar ao médico assistente assim que possível;

- Os profissionais deverão realizar a técnica de comunicação "Read Back", ou seja, sempre confirmar as informações recebidas, principalmente verbalmente, para conferir se ela foi compreendida corretamente.

A seguir, lista de exames com resultados críticos por categoria:

Bioquímica

Ácido úrico > 13 mg/dL	Glicose < 45 mg/dL > 450mg/dL
Amilase > 200 U/L	Lactato > 15 mg/dL
Aminotransferases > 1.000 U/L	DHL > 1.000 U/L
Bilirrubinas > 15 mg/dL	Potássio < 2,8 mEq/L - > 6,2 mEq/L
Cálcio total > 14 mg/dL	Sódio < 120 mEq/L - > 160 mEq/L
Cloro < 75 mmol/L - 125mmol/L	Tiroxina livre (T4) > 3,5 ng/dL
Creatinina > 7,4 mg/dL	Urela > 214 mg/dL
CK-MB > 30 U/L	

Hematologia

Leucócitos < 2.000/ μ L - > 50.000/ μ L
 Plaquetas < 20.000/uL - >1.000.000/uL
 Hematócrito < 18 vol % - > 60 vol %
 Hemoglobina < 6,6 g/dL - > 19,9 g/dL

Coagulação

Fibrinogênio < 0,8 g/L
 TAP > 40 segundos
 TTPA > 90 segundos

Sangue de Recém-nascidos

Bilirrubinas > 14 mg/dL
 Potássio < 2,6 mmol/L - > 7,7 mmol/L
 Glicose < 30 mg/dL
 Leucócitos < 5.000/ μ L - > 25.000/ μ L
 Plaquetas < 100.000/ μ L
 Hematócrito < 33 vol % - > 71 vol %
 Hemoglobina < 8,5 g/dL - > 23 g/dL

Exames microbiológicos
Hemocultura positiva

Deteção de microrganismos por GRAM ou cultura
 Deteção de BAAR
 Deteção de antígenos de agentes infecciosos (Cryptococcus)

Líquido cefalorraquidiano

Aumento na contagem celular;
 Leucócitos > 10/mm³ - presença de células malignas
 Glicose abaixo em relação à do soro
 Lactato > 20 mg/dL
 Deteção de microrganismos por GRAM
 Proteína Total > 45 mg/dL

Urinálise

Reação fortemente positiva para glicose e acetona;
 Presença de cilindros eritrocitários;
 Hemoglobinúria sem eritrócitos no exame microscópico;
 Deteção de drogas.

Comunicação de alterações do quadro clínico e intercorrências com a Ferramenta SBAR

- Trata-se de uma técnica utilizada para a comunicação de informação crítica permitindo compartilhar informações do paciente de forma concisa. É um modelo estruturado e particularmente útil para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição de um paciente e/ou a deterioração dos sinais clínicos do paciente com linguagem crítica e conscientização;
- É uma ferramenta de comunicação, dando início a uma estratégia de segurança do paciente com o intuito de melhorar a comunicação da equipe. Visa a evitar falhas na comunicação verbal e escrita, criando um modelo mental compartilhado em torno de todo o quadro clínico do paciente e situações que requerem avaliação rápida ou troca de informação crítica (WACHTER 2010; CHASSIN e BECHER, 2002).

S - SITUAÇÃO: O que está acontecendo com o paciente? Identifique-se / Identifique a unidade do paciente / Explique resumidamente o problema / Qual é, quando aconteceu ou iniciou e qual a sua gravidade / Determine a causa da sua preocupação.

B - BACKGROUND/ HISTÓRIA PRÉVIA: Qual é o contexto e histórico clínico? Forneça informações pertinentes dos antecedentes relacionados com a situação que podem incluir: diagnóstico de internação, data de admissão, lista das medicações em uso,

alergias, sinais vitais mais recentes, data e hora em que foi realizado qualquer exame laboratorial e os resultados dos exames anteriores para comparação, resumo do tratamento até o momento.

A - AVALIAÇÃO: O que mudou? Diga o que você considera que seja o problema: mudanças que ocorrem em relação à avaliação anterior, a condição do paciente instável ou se agravando.

R - RECOMENDAÇÃO: O que eu faria para corrigi-lo? Diga qual a sua recomendação ou solicitação: tratamentos específicos, exames necessários, o paciente precisa ser avaliado agora?

5.6. Comunicação na Transição do Cuidado:

- O termo transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e continuidade do cuidado em saúde quando pacientes são transferidos entre diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de cuidado em uma mesma instituição de saúde, ou entre diferentes profissionais (COLEMAN, 2003 e WHO, 2016);
- Na transição do cuidado do paciente as informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas,

de forma a poder ter sua acurácia conferida. São exemplos de estrutura de perguntas abertas: Você pode repetir as pendências na assistência para paciente M.J.A.?

Existem três formas de transição do cuidado do paciente:

- Na transferência intra-hospitalar;
- Na transferência inter-hospitalar e;
- Na passagem de plantão.

As transferências intra-hospitalar e inter-hospitalar podem ser temporárias ou definitivas. A transição do cuidado intra-hospitalar é a transferência entre unidades da mesma instituição. É considerada temporária quando o paciente é transferido para a realização de um procedimento e retorna para a unidade de origem, e definitiva quando não retorna.

Orientações para a transição de cuidado na transferência intra-hospitalar e ou inter-hospitalar temporária:

- Comunicar a transferência para o setor de destino: o médico e enfermeiro devem ligar para o setor que receberá o paciente confirmando horários de procedimentos e preparos necessários;
- Informar ao paciente e ao acompanhante/familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá, bem como a hora prevista de ocorrer.

- O prontuário deve seguir com o paciente para a realização de registros e consultas necessárias nos procedimentos/exames realizados em outras unidades e instituições;
- A equipe responsável pelo transporte varia em virtude do quadro clínico do paciente, conforme protocolo de transporte seguro da instituição. Planejar a transferência temporária separando os medicamentos prescritos nas doses previstas para o período em que o paciente estará em trânsito para a realização do exame/procedimento e materiais necessários;
- Conferir os dados da pulseira de identificação com a guia do procedimento, perguntando o nome completo e data de nascimento (quando possível);
- O profissional que acompanhar o paciente para exames deverá permanecer com o mesmo até o término do procedimento e consequente retorno a unidade de origem, realizando o recebimento e passagem das informações sobre o paciente nos momentos da transição do cuidado.

Orientações para a transição de cuidado na transferência intra-hospitalar e ou inter-hospitalar definitiva:

- Comunicar a transferência para o setor de destino para o setor receptor confirmando a transferência e o leito/sala que está disponível para a transferência. Informar verbalmente ao profissional de saúde

do setor receptor o médico e a equipe de enfermagem deverão comunicar o estado clínico do paciente, procedimentos realizados e pendências, utilizando como guia o prontuário,

- Informar ao paciente e ao acompanhante/familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá, bem como a hora prevista de ocorrer;
- O prontuário deve seguir com o paciente para a realização de registros e consultas necessárias nos procedimentos/exames realizados em outras unidades e instituições;
- A conciliação medicamentosa deve ser realizada em todas as etapas de transição do cuidado, mas deve ser priorizada no momento da admissão do paciente, na alta, nos períodos pré e pós-cirúrgico e quando o paciente utilizar múltiplos medicamentos e/ou medicamentos potencialmente perigosos;
- Conferir os dados da pulseira de identificação, perguntando o nome completo e data de nascimento ao paciente ou acompanhante/familiar. Explicar de forma serena a finalidade e a importância da pulseira de identificação e de mantê-la durante a internação;
- A equipe responsável pelo transporte varia em virtude do quadro clínico do paciente, conforme protocolo de transporte seguro da instituição.

Orientações para a transição de cuidado na passagem de plantão entre profissionais:

- Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso: todas as categorias profissionais devem comunicar acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de Interesse institucional, que aconteceram durante o período trabalhado.

Os acontecimentos a serem considerados são:

- Estado clínico do paciente e evolução;
- Medicamentos de alta vigilância e reações adversas;
- Aspectos nutricionais;
- Condutas adotada e cuidados específicos (precauções, dispositivos);
- Exame laboratoriais alterado e condutas efetuada;
- Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos;
- Cirurgias agendadas e o seu preparo;
- Presença de acompanhantes;
- Intercorrências e ou pendências clínicas.

Notas:

A passagem de plantão deverá ser realizada prioritariamente entre os membros da mesma categoria, ou seja, médico para médico, enfermeiro para enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem para técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico para farmacêutico, fisioterapeuta para fisioterapeuta e assim sucessivamente.

A passagem de plantão deverá ocorrer na entrega ou na troca de turno de trabalho (Manhã/Tarde, Tarde/Noite e Noite/ Manhã).

A Técnica SBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Na técnica SBAR, situação (situation) corresponde ao enunciado conciso do problema; background, à informação pertinente e breve acerca da situação; avaliação (assessment), à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação (recommendation) à ação necessária/recomendada (REBRAENSP, 2013).

Informações sobre alergias deverão ser registradas em prontuário, registradas na prescrição e repassadas a cada troca de plantão para evitar eventos adversos.

As suspeitas de reações adversas deveram ser notificadas

As passagens de plantão devem ser realizadas presencialmente, em um ambiente calmo, silencioso e

com reduzida interrupção, permitindo espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas. Para um adequado processo de passagem de plantão, recomenda-se que:

- O profissional que receberá o plantão seja pontual (se possível chegar 10 min de antecedência);
- Utilizar nomenclatura adequada, com linguagem clara, direta e objetiva;
- Concentrar-se para receber as informações fornecidas;
- Ser cauteloso ao expor situações particulares do cliente que exigem sigilo profissional.

Monitoramento Indicadores de resultados

- Proporção de prescrições verbais e telefônica;
- Proporção de registro de comunicação de resultados críticos de exames diagnóstico;
- Proporção de registro de transição do cuidado.
- Realizada em prontuário por amostragem.

LOGO

PROTOCOLO GERENCIA-
DO: META 2 – COMUNI-
CAÇÃO EFETIVA

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Brasília: ANVISA, 2014.

Valores críticos de exames laboratoriais (Sociedade Brasileira de Análises Clínicas - SBAC):

<https://www.pncq.org.br/uploads/pdfs/2015/Valorescriticosno:laboratorioclinico.pdf>

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) n° 302/2005

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

AM

PROTOCOLO GERENCIADO: META 3 – CONTROLE DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA

1. OBJETIVO

- Implementar medidas para a prevenção de erros em toda a cadeia de medicamentos desde o recebimento, armazenamento, prescrição, distribuição, preparo, administração e monitoramento.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

- Medicamentos de alta vigilância são aqueles com potencial de causar danos graves aos pacientes. Definir quais são esses medicamentos padronizados é uma medida de prevenção minimizando os riscos;
- Dentre estes medicamentos, estão os eletrólitos concentrados, os hipoglicemiantes, os anticoagulantes,

os quimioterápicos, alguns anestésicos e analgésicos e psicotrópicos, que são medicamentos de uso controlado com ação no SNC- Sistema Nervoso Central;

- Algumas classes de medicamentos com potencial maior de riscos, como aqueles com embalagens, nomes, e sons parecidos, que geram confusão e podem levar a um erro de medicação e os medicamentos de alto custos, associado ao risco financeiros.

4. TERMINOLOGIAS

- **SNC** - Sistema Nervoso Central
- **Eletrólitos** - São minerais que carregam uma carga elétrica quando estão dissolvidos em um líquido com o sangue. Os eletrólitos do sangue- sódio, potássio, cloreto e bicarbonato ajudam a regular as funções dos nervos e músculos e manter um equilíbrio ácido-base e um equilíbrio hídrico.
- **Hipoglicemiantes**: São medicamentos usados para diminuir a quantidade de glicose (açúcar) no sangue (glicemia).
- **Anticoagulantes**: São medicamentos que impedem a formação de coágulos no sangue, bloqueiam a ação de substância que promovem a coagulação. Os coágulos são fundamentais para cicatrizar a circulação do sangue.
- **Quimioterápico**: São medicamentos usados no tratamento do câncer.

- **Anestésico:** Fármacos usados para abolir temporariamente, com ou sem perda da consciência, as sensações dolorosas, a fim de que se realizem procedimentos cirúrgicos ou outros indutores de dor, desconforto ou desprazer. Dividem-se em anestésicos gerais ou locais.
- **Psicotrópicos:** Grupo de medicamentos que têm como principal indicação o tratamento da ansiedade e/ou manutenção do sono atribuída à ligação e subsequente ruptura da membrana citoplasmática, resultando em precipitação ou coagulação de proteínas e ácidos nucleicos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Recomendações

As recomendações para indicações do controle de medicamentos de alta vigilância contemplam:

- Melhor gerenciamento do uso do medicamento em toda a cadeia terapêutica;
- Barreiras preventivas com a segregação destes medicamentos;
- Etiquetagem e identificação em cor diferenciada (etiqueta vermelha);
- Implementar a dupla checagem;
- Prescrição médica em caixa alta para medicamentos com nomes e sons parecidos, sinalizações nas prescrições, uso da tecnologia da informação.

5.2. Indicação

- No processo de identificação dos medicamentos, etiquetagem, unitarização dos medicamentos;
- Processo de dispensação de medicação;
- No ato da prescrição médica;
- Acondicionamento da medicação no posto de enfermagem;
- Conferência no ato do preparo da medicação de alto vigilância.

5.3. Materiais Necessários

- Etiquetas vermelhas;
- Caseiros (Gaveteiros) especiais para a guarda dos medicamentos de alta vigilância;
- Sistema de informação (Prescrição eletrônica);

5.4. Duração do Procedimento

Não se aplica.

5.5. Procedimento Técnico

Não se aplica.

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
3 - CONTROLE DE
MEDICAMENTOS DE
ALTA VIGILÂNCIA**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

5.6. Recebimento de Medicamentos de Alta Vigilância

- Acondicionar os medicamentos de alta vigilância em paletes identificados por cor vermelha;
- Acondicionar os medicamentos de alta vigilância em prateleiras identificadas, com sinalizações (vermelhas);
- Identificação de medicamentos de alta vigilância com etiquetas vermelhas;
- Dispensação de medicamentos de alta vigilância em embalagens (sacos vermelhos).

5.7. Medicação de Alta vigilância

Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais

BromoPRIDA 4 mg/mL, solução oral em frasco goteador 20 mL

BromoPRIDA 10 mg, comprimido

Antidiarréicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais

SulfasSALAZina 500 mg, comprimido revestido

Medicamentos utilizados em diabetes

Glibenclâmida 5 mg, comprimido

Insulina Regular 100 UI/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

Insulina NPH 100 UI/mL, suspensão injetável em frasco-ampola 10 mL

Metformina 500 mg, comprimido

Metformina 850 mg, comprimido

Vitaminas

CalcITRIOL (Vit D3) 0,25 mcg, cápsula gelatinosa mole

CalcITRIOL (Vit D3) 1 mcg, solução injetável em ampola 1 mL

Agentes antitrombóticos

Alteplase (R) 50 mg, pó para solúvel injetável em frasco-ampola 50 mL + diluente

DipirIDAMOL 10 mg, solução injetável em ampola de 2 mL

Enoxaparina 40 mg, solução injetável SC em seringa 0,4 mL

Enoxaparina 60 mg, solução injetável SC em seringa 0,6 mL

Enoxaparina 80 mg, solução injetável SC em seringa 0,8 mL

EstreptoQUINASE (R) 1.500.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Heparina 5.000 UI, solução injetável SC em ampola 0,25 mL

Heparina 5.000 UI/mL, solução injetável EV em frasco-ampola 5 mL

Rivaroxabana (R), 15 mg, comprimido revestido

Tirofiban (R), 0,25 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 50 mL

Warfarina 5 mg, comprimido

Substitutos do sangue e soluções para perfusão

Água para injeção, solução injetável em bolsa 250 mL

Água para injeção, solução injetável em bolsa 500 mL

Aminoácidos + Taurina 10%, solução injetável para neonatos em frasco-ampola 250 mL

Aminoácidos 10%, solução injetável em frasco-ampola 500 mL

Aminoácidos 8% solução injetável para hepatopatas em frasco-ampola 500 mL

Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em ampola 10 mL

Bicarbonato de Sódio 8,4%, solução injetável em frasco-ampola 250 mL

Cloreto de Potássio 19,1%, solução injetável em ampola 10 mL

Cloreto de Sódio 20%, solução injetável em ampola 10 mL

Fosfato de Potássio 2 mEq/mL, solução injetável em ampola 10 mL

Glicose 50%, solução injetável em ampola 10 mL

Glicose 50%, solução injetável em ampola 500 mL

Gluconato de Cálcio 10%, solução injetável em ampola 10 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos), solução injetável periférico em bolsa com aproximadamente 1300 mL

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
3 - CONTROLE DE
MEDICAMENTOS DE
ALTA VIGILÂNCIA**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

NPT 3:1 (Aminoácidos + Glicose + Lipídeos + Eletrólitos + Zinco), solução hiperprotéica injetável central em bolsa com aproximadamente 2000 mL.

NPT 2:1 (Aminoácidos + Glicose + Eletrólitos), solução injetável em bolsa com aproximadamente 1000 mL.

Solução de Collins, solução para perfusão e preservação de órgãos em frasco 1.000 mL + ampola de eletrólitos com 20 mL.

Sulfato de Magnésio 50%, solução injetável em ampola 10 mL.

Medicamentos que atuam no sistema cardiovascular terapia cardíaca

AmiodARONA 200 mg, comprimido

AmiodARONA 50 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL.

DOBUTamina 12,5 mg/mL, solução injetável em ampola 20 mL.

DOPamina 5 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL.

EFEDrina 50 mg, solução injetável em ampola 1 mL.

EPINEfrina 1 mg, solução injetável em ampola 1 mL.

ETILEfrina 10 mg, solução injetável em ampola 1 mL.

NitroGLICERINA 50 mg, solução injetável em ampola de 10 mL.

NOREpinefrina 2 mg/mL, solução injetável em ampola 4 mL.

Anti-hipertensivos

CloNIDina 100 mcg, comprimido

CloNIDina 150 mcg, solução injetável em ampola 1 mL.

HidrALAZINA 25 mg, comprimido

HidrALAZINA 50 mg, comprimido

HidrALAZINA 20 mg, solução injetável em ampola 1 mL.

NitroPRUSSIATO de Sódio 50 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Diuréticos

HidroCLOROTiazida 25 mg, comprimido

Agentes betabloqueadores

CarVEDilol 3,125 mg, comprimido

CarVEDilol 6,25 mg, comprimido

CarVEDilol 12,5 mg, comprimido

Metoprolol 50 mg, comprimido

Metoprolol 1 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL.

Propranolol 40 mg, comprimido

Bloqueadores de canais de cálcio

NIFEDipina 20 mg, comprimido de ação retardada

Antibióticos e agentes quimioterápicos para uso tópico

SulfADIAZINA de prata 1%, creme tópico em pote 500 g

Corticosteroide de uso tópico

DEXAmetasona 0,1%, creme tópico em bisnaga 10 g

Outros ginecológicos

Misoprostol (R) 200 mcg, comprimido vaginal

Misoprostol (R) 25 mcg, comprimido vaginal

Oxitocina 5 UI/mL, solução injetável em ampola 1 mL.

Hormônios sistêmicos, exceto hormônios sexuais e insulina

DESMopressina 0,1 mg/mL, solução nasal em frasco 2,5 mL.

DESMopressina 4 mcg, solução injetável em ampola 1 mL.

VASopressina 20 UI, solução injetável em ampola 1 mL.

Hormônios corticosteróides para uso sistêmico

DEXAmetasona 4mg, comprimido

DEXAmetasona 4 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2,5 mL.

PrednisoLONA 3 mg/mL, solução oral em frasco 60 mL.

PredniSONA 5 mg, comprimido

PredniSONA 20 mg, comprimido

Terapia tireoidiana

LevoTIOXina 25 mcg, comprimido

LevoTIOXina 50 mcg, comprimido

LevoTIOXina 100 mcg, comprimido

Penicilinas sensíveis à betalactamase

Benzilpenicilina BENZATINA 1.200.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 1.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Benzilpenicilina G CRISTALINA Potássica 5.000.000 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Cefalosporinas de 1ª geração

CefALOTina 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

CeFAZolina 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

Cefalosporinas de 3ª geração

CefTRIAxona (R) 1 g, pó para solução injetável em frasco-ampola

Macrolídeos

AZITromicina 500 mg, comprimido revestido

AZITromicina 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

AZITromicina 200 mg/5 mL, pó para suspensão oral frasco + diluente

Outros aminoglicosídeos

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
3 - CONTROLE DE
MEDICAMENTOS DE
ALTA VIGILÂNCIA**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

GENTamicina 10 mg, solução injetável em ampola 1 mL

GENTamicina 80 mg, solução injetável em ampola 2 mL

Fluoroquinolonas

MOXIflaxacina (R) 400 mg, solução injetável em bolsa 250 mL

MOXIflaxacina (R) 400 mg, comprimido revestido

Lipopeptídeo

DAPTOmicina (R) 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Antivirais de uso sistêmico

GANciclovir (R) 250 mg, solução injetável em bolsa 250 mL

Agentes antineoplásicos alquilantes

Carmustina 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

CicloFOSFAMida 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola

CicloFOSFAMida 200 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Dacarbazina 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Dacarbazina 200 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Dacarbazina 600 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Ifosfamida 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Ifosfamida 2 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Antimetabólitos

Azacitidina (R) 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Cladribina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 8 mL

Citarabina 20 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

Citarabina 100 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

Fludarabina 50 mg, solução injetável em frasco-ampola

Fluorouracil 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

Fluorouracil 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Fluorouracil 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 50 mL

GENCITabina 200 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

GENCITabina 1 g, pó solúvel injetável em frasco-ampola

MetoTREXATO 25 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL

MetoTREXATO 100 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

Pemetrexede 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Pemetrexede 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Alcaloides de plantas e outros produtos naturais

DOCEtaxel 40 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 0,5 mL

DOCEtaxel 40 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL

Etoposídeo 20 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

PACLitaxel 6 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

PACLitaxel 6 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 16,7 mL

VimBLASTina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 1 mL

VimBLASTina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 1 mL

VimORELBina 30 mg, cápsula

VimORELBina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 1 mL

VimORELBina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

Antibióticos citotóxicos e substâncias relacionadas

Bleomicina 15 UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

DACTINomicina 0,5 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

DOXOrrubicina (R) 20 mg, lipossomas peguillada injetável em frasco-ampola

DOXOrrubicina (R) 50 mg, solução ou pó solúvel injetável em frasco-ampola

EPIrrubicina 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 25 mL

EPIrrubicina 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

IDArrubicina 10 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

IDArrubicina 5 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Compostos de platina

CARBOplatina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 15 mL

CARBOplatina 10 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 45 mL

CISplatina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
3 - CONTROLE DE
MEDICAMENTOS DE
ALTA VIGILÂNCIA**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

CISplatina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 50 mL

CISplatina 1 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 100 mL

OXALiplatina 5 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

OXALiplatina 5 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Outros agentes antineoplásicos

Asparaginase 10.000UI, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Irinotecano 20 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

MitoMicina 5 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Topotecano 4 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Imunossupressores

AzaTIOprina 50 mg, comprimido

BASiLximabe (R) 20 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

CicloPORINA 25 mg, microemulsão em cápsula gelatinosa mole

CicloPORINA 50 mg, microemulsão em cápsula gelatinosa mole

CicloPORINA 100 mg, microemulsão em cápsula gelatinosa mole

Sistema músculo esquelético anti-inflamatórios e antirreumáticos

SulfaSSALAZina 500 mg, comprimido revestido

Relaxantes musculares

Cisatracúrio 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

Cisatracúrio 2 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

Rocurônio 50 mg, solução injetável em frasco-ampola 5 mL

Suxametônio 100 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Suxametônio 500 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Antigotasos

AloPURinol 300 mg, comprimido

Medicamentos que atuam no sistema nervoso

Anestésicos locais

BUpivacaína 0,5% + glicose 8%, solução injetável hiperbárica em ampola 4 mL

BUpivacaína 0,5%, solução injetável isobárica em ampola 4 mL

BUpivacaína 0,5%, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

BUpivacaína 0,5% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

BUpivacaína 0,75% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Lidocaína 5% + glicose 7,5%, solução injetável hiperbárica em ampola 2 mL

Lidocaína 2% + adrenalina, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Lidocaína 2%, solução injetável em ampola 5 mL

Lidocaína 2%, solução injetável em frasco-ampola 20 mL

Anestésicos gerais

Alfentanila (A1) 0,5 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

Dextrocetamina (C1) 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL

Dextrocetamina (C1) 50 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

FentaNILA (A1) 0,05 mg/mL, solução injetável em frasco-ampola 10 mL

FentaNILA (A1) 0,05 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Propofol (C1) 10 mg/mL, emulsão injetável em ampola 20 mL

Propofol (C1) 10 mg/mL, emulsão injetável em ampola 50 mL

Propofol (C1) 10 mg/mL, emulsão injetável em seringa 50 mL

Propofol (C1) 20 mg/mL, emulsão injetável em seringa 50 mL

Remifentanila (A1) 2 mg, pó solúvel injetável em frasco-ampola

Sevoflurano (C1) 1mg/mL, solução para inalação por vaporização em frasco 250 mL

SUFentanilaA1 50 mcg/mL, solução injetável EV e espinal em ampola 1 mL

SUFentanilaA1 5 mcg/mL, solução injetável espinal em ampola 2 mL

Analgesicos

DipIRONA 500 mg, comprimido

DipIRONA 500 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

DipIRONA 500 mg/mL, solução oral em frasco 10 mL

Morfina (A1) 1 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Morfina (A1) 0,2 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Morfina (A1) 10 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

Handwritten signature/initials

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
3 - CONTROLE DE
MEDICAMENTOS DE
ALTA VIGILÂNCIA**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Anticonvulsivantes

CarBAMazepina (C1) 200 mg, comprimido

CarBAMazepina (C1) 20 mg/mL, suspensão oral em frasco 100 mL

Oxcarbazepina (C1) 300 mg, comprimido

Antipsicóticos

ClorproMAZINA (C1) 25 mg, comprimido

ClorproMAZINA (C1) 100 mg, comprimido

ClorproMAZINA (C1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 5 mL

CloZAPina (C1) 25 mg, comprimido

CloZAPina (C1) 100 mg, comprimido

HaloPERIdol (C1) 5 mg, comprimido

HaloPERIdol (C1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

HaloPERIdol Decanoato (C1) 70,5 mg/mL, solução injetável em ampola 1 mL

LevoMEPRomazina (C1) 4%, solução oral em frasco 20 mL

LevoMEPRomazina (C1) 100 mg, comprimido

OLANZapina (C1) 10 mg, comprimido

OLANZapina (C1) 5 mg, comprimido

QUetiapina (C1) 100 mg, comprimido

Ansiolíticos

Diazepam (B1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 2 mL

Hipnóticos e sedativos

Dexmedetomidina 100 mcg/mL, solução injetável em frasco-ampola 2 mL

Fenobarbital (C1) 100 mg/mL, solução injetável IM/EV em ampola 2 mL

Midazolam (B1) 2 mg/mL, solução oral em frasco 10 mL

Midazolam (B1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 3 mL

Midazolam (B1) 5 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL

Antidepressivos

AmiTRIPItilina (C1) 75 mg, comprimido

AmiTRIPItilina (C1) 25 mg, comprimido

ClomiPRAMINA (C1) 25 mg, comprimido

ClomiPRAMINA (C1) 75 mg, comprimido

ESCitalopram (B1) 10 mg, comprimido

FLUoxetina (C1) 20 mg, cápsula

Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas

AmiNOFILina 24 mg/mL, solução injetável em ampola 10 mL

BETAmesona, acetato 3 mg + BETAmesona, fosfato dissódico 3 mg/mL, suspensão injetável em ampola 1 mL

IPRAtrópio 0,25 mg/mL, solução para inalação em frasco 20 mL

TIOtrópio (R) 2,5 mcg/dose, solução para inalação em frasco com 60 doses

Meios de contrastes

Loversol 320 mg iodo/mL, solução injetável em frasco-ampola 100 mL

Loversol 350 mg iodo/mL, solução injetável em seringa 75 mL

Sulfato de Bário 1 mg/mL, suspensão oral em copo 150 mL

5.7. Identificação/ Sinalização

MEDICAMENTOS ALTA VIGILÂNCIA [Barcode]	ALTA VIGILÂNCIA
MEDICAMENTOS GELADEIRA [Barcode]	MEDICAMENTOS TERMOLÁBEIS
MEDICAMENTOS CONTROLADOS [Barcode]	PSICOTRÓPICOS E ENTORPECENTES
MEDICAMENTOS EM GERAL [Barcode]	RESTANTE DAS MEDICAÇÕES



LOGO

PROTOCOLO
GERENCIADO: META
3 - CONTROLE DE
MEDICAMENTOS DE
ALTA VIGILÂNCIA

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX



Armazenamento realizado na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) em prateleira exclusiva para os MAVs.



Unitarização de medicamentos e registro de dupla checagem realizada pelo auxiliar de farmácia e farmacêutico



Armazenamento dos medicamentos na farmácia central após fracionamento e identificação



Local de armazenamento dos MAVs (nota-se etiqueta de identificação do paciente com nome completo, leito, data de nascimento e data da prescrição) no posto de enfermagem, onde ficam até o horário prescrito para administração. Gaveteiro somente para guarda de MAVs com leitos identificados em cada nicho.

AM

5.8. Definições Institucionais

Considera-se ponto de assistência, o local onde estejam presentes: "o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento, envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente)". Os pontos de assistência com insumos serão descritos nos documentos institucionais conforme a estrutura de cada unidade de saúde.

5.9. Monitoramento

Indicadores de resultados

- Notificações de eventos adversos relacionados aos medicamentos de alta vigilância;
- Taxa de erros de dispensação de medicamentos de alta vigilância;
- Porcentagem de pacientes em tratamento quimioterápico conforme preconizado no protocolo institucional.

Auditoria

- A auditoria de resultados será realizada através do levantamento mensal dos dados sob os quais serão aplicadas fórmulas matemáticas para obtenção de taxas que representem a realidade institucional através de números, sob os quais serão realizadas ações e capacitações para que haja a melhoria constante nos processos que envolvam medicamentos de alta vigilância e

a segurança do paciente.

- A divulgação dos resultados de cada indicador estará disponível nos setores estratégicos através da Gestão a Vista.

REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. SEGURANÇA DO PACIENTE - Higienização das mãos. Brasília, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. FIOCRUZ. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.

PROTOCOLO GERENCIADO: META 4 - CIRURGIA SEGURA

1. OBJETIVO

- Padronizar a lista de verificação de cirurgia segura para reduzir complicações cirúrgicas;
- Reduzir a incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos;
- Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado;
- Atender às metas de segurança do paciente:
 - o Uso do antibiótico profilático;
 - o Tricotomia Segura;
 - o Controle Glicêmico;
 - o Garantir a manutenção da normotermia em pós-operatório imediato;
 - o Profilaxia de Tromboembolismo Venoso - TEV;
 - o Prevenção de Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica;
 - o Padronizar a lista de verificação de cirurgia segura para reduzir complicações cirúrgicas.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde, unidades hospitalares e unidades ambulatoriais, em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de Centro Cirúrgico, por qualquer profissional de saúde;
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

O Protocolo de Cirurgia Segura se constitui em um conjunto de regras estabelecidas em um consenso internacional comandado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para pacientes. Inclui a aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura que deve ser realizada em três fases:

- Antes da indução anestésica;
- Antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica);
- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Este protocolo tem sua estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospitais e

ambulatórios, e envolve uma rotina na sequência de eventos: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparação para os cuidados pós-operatórios apropriados.

4. TERMINOLOGIAS

- OMS - Organização Mundial da Saúde;
- **Lista de Verificação:** lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos;
- **Demarcação de Lateralidade:** Demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (p.ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (p.ex. coluna vertebral);
- **Condutor da lista de verificação:** profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde;
- **Incisão:** intervenção cirúrgica em um tecido efetuada com instrumento cortante (bisturi ou bisturi elétrico);
- **Equipamentos Endoscópios:** "endo", significa diagnóstico e "cópio", significa imagem. Equipamento para diagnóstico de imagem;
- **Indução Anestésica:** é a fase que o paciente vai receber os primeiros medicamentos para

o início da cirurgia;

- **Equipe cirúrgica:** equipe composta por cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Agendamento Cirurgico

Cirurgião / Anestesista

A solicitação de reserva de sala deve contemplar nome do procedimento que será realizado, a marcação da lateralidade pela equipe médica no nome do procedimento, sinalização com o preenchimento de presença de alergia e necessidade de isolamento para os pacientes internados.

5.2. Lista de Verificação

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está dividida em 2 (duas) etapas (Pré-Operatório e Trans-Operatório), totalizando 4 (quatro) fases, sendo:

I- Preparo Pré-Operatório;

II- Antes da indução anestésica;

III- Antes da incisão cirúrgica;

IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o preenchimento do Check List Pré-Operatório, a enfermeira do Centro Cirúrgico deverá recusá-lo e devolvê-lo ao setor de origem, uma vez que o não preenchimento do instrumento induz ao pensamento de que os cuidados foram negligenciados, colocando em risco o preparo cirúrgico e o procedimento em si. Caberá ao enfermeiro responsável pelo setor de origem do paciente solucionar as pendências encontradas e reencaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.

Não sendo encontradas pendências no Check List Pré-Operatório, o paciente será recebido no Centro Cirúrgico para continuidade da assistência, o responsável pela condução da LVSC dará início ao Check List Trans-Operatório, caso algum item checado não esteja em conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.

5.2. Unidade de Internação

I – FASE PRÉ-OPERATÓRIO.

Cirurgião / Anestesista

- A equipe médica deverá avaliar o paciente e preencher os seguintes impressos: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos

Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica, Demarcar Sítio Cirúrgico quando aplicável;

- Avaliação do Risco de Tromboembolismo Venoso e quando necessário solicita a reserva de prevenção mecânica com o uso de Botas Pneumáticas;
- A identificação do local de intervenção é uma atividade de inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo;
- Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e procedimento terapêutico invasivo que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado;
- A identificação do local de intervenção deve ser feita na unidade de internação e sinalização recomendada (alvo) no paciente;
- Nos casos de emergência, onde a marcação não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local e lateralidade de intervenção em prontuário;
- O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação, exceto em casos de emergência.

Exceções - os casos em que a marcação não é neces-

sária ou recomendada incluem:

- Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos;
- Cirurgias e procedimentos de emergência;
- Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora;
- Suturas e cuidados com ferimentos no PA ou centro cirúrgico;
- Agulhamento mamário;
- Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizadores em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala operatória, após o procedimento de TIME OUT;
- Dente e face - indicar nome e local no consentimento informado. Evitar abreviaturas;
- Recusa do paciente - registrar em prontuário a recusa e certificar-se que o lado correto consta do consentimento informado e demais documentos necessários para cirurgia ou procedimento aplicável;
- No caso de recusa do paciente que não se enquadra nas exceções, documentar em prontuário.

Enfermagem

- O enfermeiro deverá avaliar o paciente, realizar anamnese, exame físico e preencher o impresso de Ficha Pré-operatório;
- A equipe de enfermagem deverá realizar avaliação inicial com verificação e registro dos sinais vitais e controle de glicemia capilar;
- Orientar e retirar órteses, próteses e adornos do paciente;
- Encaminhar com o paciente os exames complementares relevantes para a realização do procedimento cirúrgico;
- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos: Avaliação pré-anestésica, Consentimento cirúrgico, Consentimento anestésico.

5.3. Centro Cirúrgico

Enfermagem

- O Enfermeiro recebe o paciente e confere a pulseira de identificação, se todos os impressos estão no prontuário, termos assinados, exames de imagem, confirma com o paciente o procedimento, lateralidade e médico, verifica se o sítio cirúrgico (quando aplicável) está demarcado de forma correta e se não há divergência com os impressos do prontuário;

- Verifica a realização da tricotomia ou a necessidade de realizar a em S.O com o tricotomizador;
- Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas;
- Realiza conferência diária dos equipamentos fixos em sala e testa os equipamentos necessários para cada procedimento.

II- ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA:

O condutor da Lista de Verificação deverá junto com a equipe cirúrgica (anestesista e cirurgião) em voz alta:

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação esteja correta e tenha sido confirmada;
- Confirmar se os termos de consentimentos estão assinados;
- Confirmar se a temperatura ambiente da sala operatória está entre 18°C e 22°C, conforme recomendação da ANVISA;
- Confirmar com a equipe cirúrgica se há necessidade de solicitar ao Laboratório de Patologia corte e congelação;
- Confirmar com o médico cirurgião responsável se o sítio cirúrgico está demarcado e a lateralidade do procedimento;
- Sinalizar no Check List, no item das figuras anatômicas, o local correto da cirurgia;
- Verificar o histórico de alergia, e em caso positivo registrar e especificar no Check List o tipo de alergia;
- Comunicar a equipe cirúrgica o tipo de alergia informado;
- Verificar e revisar os equipamentos e medicações junto com o médico anestesista;
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento;
- Confirmar a administração do antibiótico profilático entre 5 até 50 minutos antes da incisão cirúrgica;
- Revisar o risco de perda sanguínea do paciente e se foi solicitada reserva de sangue junto a agência transfusional;
- Confirmar e registrar se foi solicitada reserva de leito na UTI;
- O médico anestesista realiza o funcionamento do aparelho de anestesia antes do paciente entrar em sala;
- Avaliar e registrar se o paciente possui via aérea difícil ou risco de aspiração;

AM

- Confirmar o risco de via área e o risco de aspiração, confirmar o funcionamento do equipamento ventilatório;
- Avaliar se o acesso venoso está adequado e pérvio;
- Registrar o tipo de acesso venoso que será utilizado;
- Avaliar a necessidade do uso de manta térmica;
- Avaliar risco de perda sanguínea, e necessidade de acesso venoso apropriado e fluidos de reposição disponíveis;
- Certificar a programação para fluidos junto a equipe cirúrgica.
- Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 50 minutos antes da incisão cirúrgica;
- Confirmar a disponibilidade dos exames de imagens necessários;
- Confirmar a esterilização dos materiais verificando os indicadores;
- Colocar da placa de eletrocautério na posição correta, se aplicável;
- Confirmar se os equipamentos e instrumentais estão corretos e aprovados para uso.

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Neste momento, a equipe cirúrgica fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função (chamada oral);
- Confirmar a realização da cirurgia correta, paciente correto, sítio cirúrgico correto e lateralidade correta;
- Revisar verbalmente, uns com os outros dos elementos críticos de seus planos para a cirurgia;

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

A equipe cirúrgica deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- Confirmar o procedimento realizado;
- Registrar o quantitativo de compressas, instrumentais e agulhas abertos para o procedimento e antes da síntese;
- Identificar (nome completo do paciente, prontuário, data e tipo da amostra) e acondicionar qualquer amostra cirúrgica obtida e o número de peças obtidas;
- Revisar o plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e

da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala cirúrgica;

- Identificar corretamente as soluções e medicações endovenosas em infusão.

Em caso de funcionamento inadequado de equipamentos proceder com a revisão e solicitação do reparo imediato.

O paciente será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará aos cuidados da equipe de enfermagem e posteriormente direcionado ao setor de origem.

A recomendação que na condução da Lista de Verificação seja respeitada a verdadeira pausa por todo profissionais dentro da sala cirúrgica, para que a atenção deles esteja voltada as informações de segurança.

Antes da indução anestésica

Antes da incisão

Antes de o paciente sair da sala de operações

ENTRADA
<input type="checkbox"/> PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO
<input type="checkbox"/> SÍTIO DEMARcado/NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO
O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
VIA AÉREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E EQUIPAMENTO/SISTEMA DISPONÍVEL
RISCO DE PERDA SANGÜEA > 500 ML (7 ML/KG EM CRIANÇAS)? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUIDOS

PAUSA CIRÚRGICA
<input type="checkbox"/> CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO
EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS
<input type="checkbox"/> REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU ESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÜEA PREVISTA?
<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
<input type="checkbox"/> REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR) HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALQUER PREOCUPAÇÃO?
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA

SÁIDA
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:
<input type="checkbox"/> O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
<input type="checkbox"/> SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/> COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
<input type="checkbox"/> SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
<input type="checkbox"/> O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE
Assinatura

Fonte: BRASIL, 2019

Quadro 1 - Lista de Verificação de Cirurgia Segura

e necessidade do uso da manta térmica;

5.4. Recuperação pós-anestésica

Enfermagem

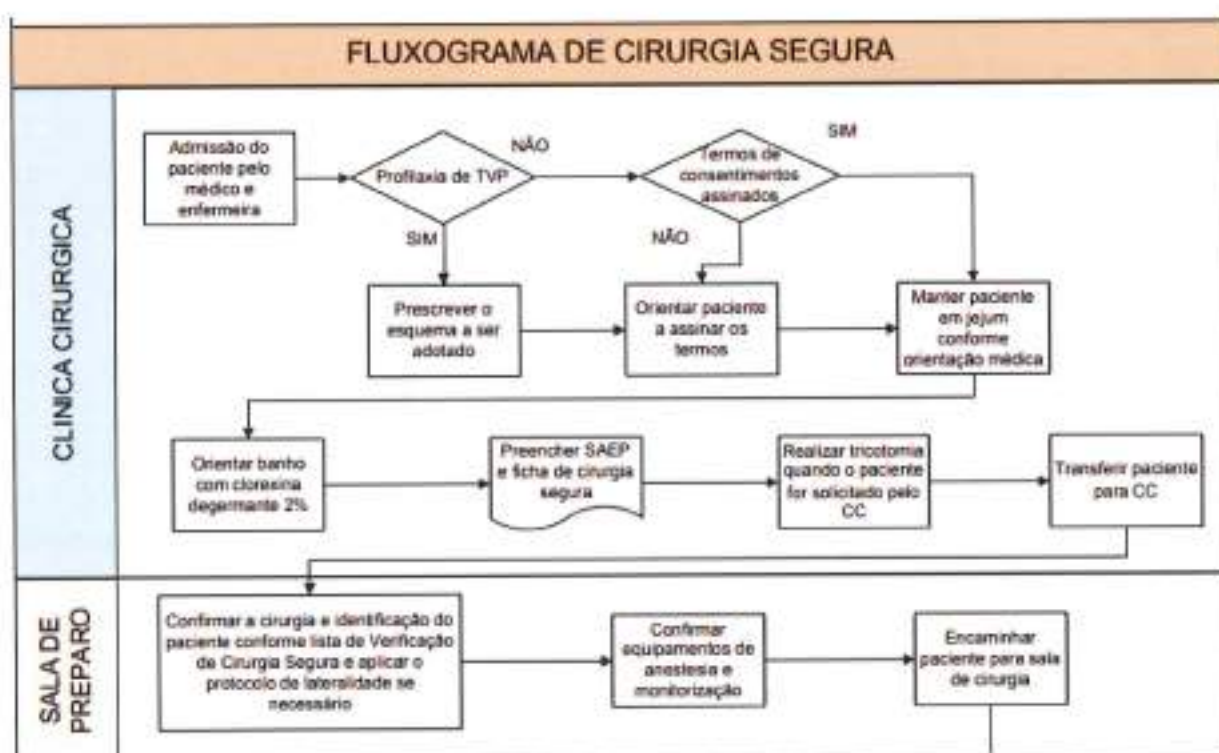
- Realizar e anotar o controle da normotermia

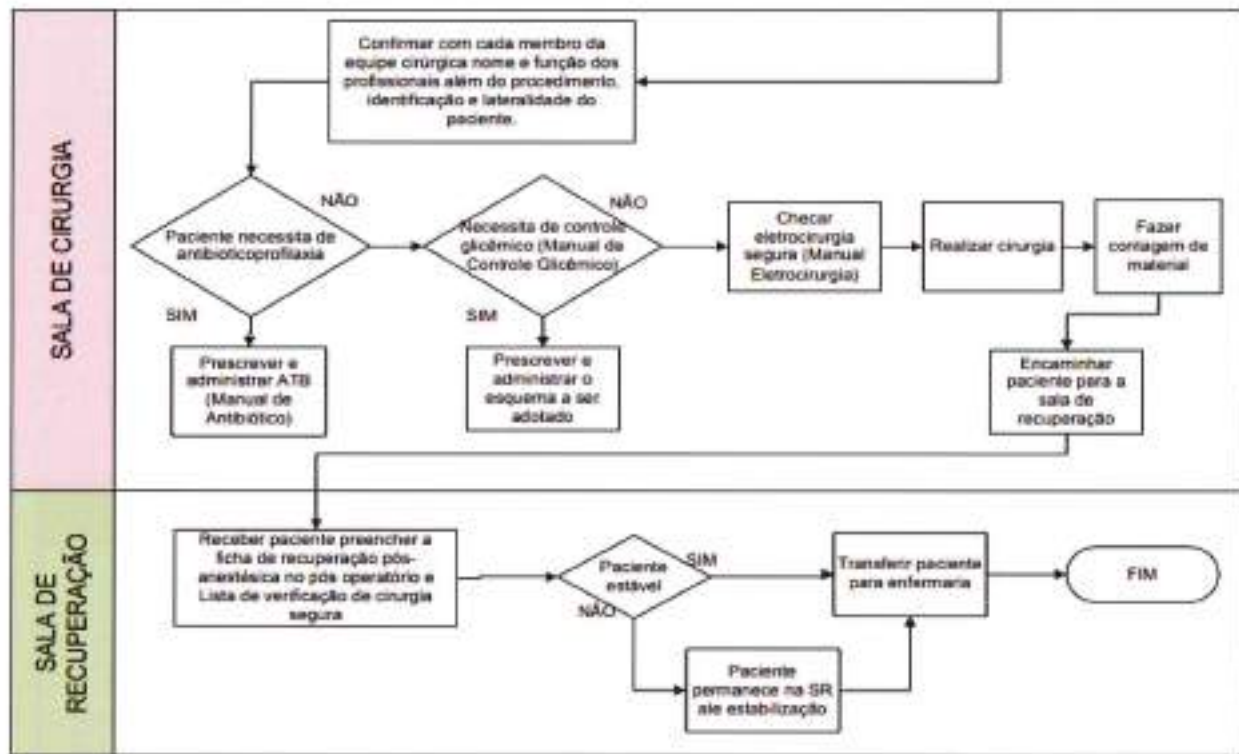
- Realizar o controle dos sinais vitais e comunica alterações;

- Aplicação da escala de Dor e Aldret;

- Realizar o plano de cuidados individualizado, pertinente a cada cirurgia;
- Realizar passagem de plantão para o enfermeiro da unidade de origem após alta do anestesista, comunicando se houve alterações e/ou intercorrências no transoperatório.

a. Fluxograma para cirurgia segura





5.6. Monitoramento Indicadores de resultados

- Taxa de Adesão a Lista de Verificação de Cirurgia Segura

Número Lista de Verificação de Cirurgia Segura preenchidos adequadamente $\times 100$

Número Lista de Verificação de Cirurgia Segura avaliados

- Taxa de Antibiótico profilático realizado no paciente no padronizado

Número Antibiótico profilático realizado adequado-

mente $\times 100$

Número procedimentos cirúrgicos realizados

- Número de cirurgias realizadas no paciente errado

Número absoluto de procedimentos realizados no paciente errado

- Número de procedimentos errados

Número absoluto de procedimentos errados

- Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco *

Número de óbitos cirúrgicos observados na instituição, x 100

Número de óbitos cirúrgicos esperados na instituição

Definição de Termos

Número de óbitos cirúrgicos esperados: soma das probabilidades de óbito cirúrgico no hospital. São utilizados coeficientes derivados de modelos de regressão logística para calcular a probabilidade de morte no hospital. Para cada um dos grupos diagnósticos incluídos, é desenvolvido um modelo de regressão logística com as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, duração da internação, tipo de admissão, comorbidades e transferências.

Racionalidade: A taxa de mortalidade hospitalar ajustada ao risco (ou taxa de mortalidade hospitalar padronizada - Hospital Standardised Mortality Rate - HSMR) é uma "medida resumo".

Auditoria

A auditoria desses processos relativos à adesão ao protocolo de Cirurgia Segura deverá ser realizada mensalmente através de formulário observacional.

REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <<http://www.rebraensp.com.br/pdf/manu>

al_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

ANVISA. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán - Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo para Cirurgia Segura. Em 09 de julho de 2013.

Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463. 12. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient Safety Final Technical Report 2009. WHO:Switzerland, 2009

PROTOCOLO GERENCIADO: META 5 – HIGINIZAÇÃO DA MÃOS

1. OBJETIVO

- Padronizar as ações para higienização de mãos;
- Promover a proteção e segurança do paciente;
- Prevenir e controlar as infecções relacionadas com a assistência à saúde.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

A Higiene das mãos é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência. De

acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antissepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

A higiene de mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA, 2009). Quando as mãos não são higienizadas adequadamente podem tornar-se um veículo de contaminação e de infecção cruzada. Apesar das diversas evidências científicas e as disposições legais existentes, nota-se que grande parte dos profissionais de saúde ainda não realiza essa prática em seu cotidiano de trabalho.

Portanto, faz-se necessária a implementação do protocolo de higienização das mãos para a promoção da segurança e proteção, tanto do profissional de saúde quanto do paciente, durante a assistência prestada.

4. TERMINOLOGIAS

- ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- HM – Higiene de Mãos

Antisséptico: produto que associa detergentes com antisséptico e se destina à higienização antisséptica das mãos e à degermação da pele das mãos e campo operatório.

Higienização de mãos: termo geral, usado para qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e, conseqüentemente, evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram infecções relacionadas à assistência à Saúde (IRAS) (BRASIL, 2013).

Higienização simples das mãos: ação de higienizar as mãos com água e sabonete líquido de reduzir a microbiota transitória.

Higienização antisséptica das mãos: ação de higienizar as mãos usando preparação alcoólica com a finalidade de reduzir a microbiota transitória.

Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica: ação de higienizar as mãos com preparação alcoólica para reduzir a carga microbiana das mãos e substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas.

Antissepsia cirúrgica das mãos ou preparo pré-operatório das mãos: ação de higienizar as mãos usando preparação antisséptica com a finalidade de eliminar a microbiota transitória e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional conforme solução antisséptica utilizada (4-6h).

Preparação alcoólica para higienização das mãos: produtos à base de álcool usados para higienização das mãos em serviços de saúde estão disponíveis nas formas solução (líquida), gel e espuma.

Solução antisséptica à base de clorexidina: antisséptico com formulação de gluconato de clorexidina (biguanida catiônica) com atividade antimicrobiana atribuída à ligação e subsequente ruptura da membrana citoplasmática, resultando em precipitação ou coagulação de proteínas e ácidos nucleicos.

Solução antisséptica à base de PVPI: antisséptico com formulação com iodóforos (moléculas complexas compostas de iodo e de um polímero carreador chamado polivinilpirrolidona, combinação aumenta a solubilidade do iodo e prevê o seu reservatório, liberando-o ao ser utilizado e reduzindo o ressecamento da pele). Possui atividade antimicrobiana devido à penetração do iodo na parede celular, ocorrendo a inativação das células pela formação de complexos com aminoácidos e ácidos graxos insaturados, prejudicando a síntese proteica e alterando as membranas celulares.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Recomendações:

- a) Higienizar as mãos com sabonete líquido e água
- Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*;

- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.
- b) Higienizar as mãos com preparação alcoólica
- Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas;
 - Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos.

Obs. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente.

Higienização Simples das Mãos com Sabonete Líquido e água:

Tem por finalidade remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação.

Indicação:

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Ao iniciar o turno de trabalho;
- Após ir ao banheiro;

- Antes e depois das refeições;
- Antes de preparo de alimentos;
- Antes de preparo e manipulação de medicamentos.

Materiais Necessários:

- Água;
- Sabonete líquido;
- Papel-toalha;
- Pia.

Duração do Procedimento:

- Deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Procedimento Técnico:

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na superfície e bordas da pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade necessária de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os

dedos e vice-versa;

- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- Desprezar o papel-toalha na lixeira destinada resíduos comuns;
- Em caso de a torneira ser de fechamento manual utilizar o papel-toalha para fechá-la.



Higienização Antisséptica: Antisséptico Degermante e Água:

Tem por finalidade promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico.

Duração do Procedimento:

- A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Procedimento Técnico:

- A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante.

Fricção Antisséptica das Mãos com

Preparação Alcoólica:

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades.

Indicação:

- Antes de contato com o paciente;
- Após contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;

- Antes e após remoção de luvas;
- Outros procedimentos (Ex.: manipulação de invólucros de material estéril).

Materiais Necessários:

- Preparação alcoólica sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%).

Duração do Procedimento:

- Deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

Procedimento Técnico:

- Aplicar uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-

versa;

- Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.



Fonte: Ministério da Saúde/Anvisa/Picurat, 2013.

Higienização Antisséptica das Mãos: Com solução degermante a base de PVPI ou Clorexidina

Tem por finalidade promover a remoção de sujidades e de micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação.

Indicação

- Antes da assistência ao paciente em precauções de contato;
- Após a assistência ao paciente em precauções de contato;
- Antes da realização de procedimentos assépticos invasivos.

Duração do Procedimento

- Deve ter duração de no mínimo 40 a 60 segundos.

Procedimento Técnico

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na superfície e bordas da pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade necessária de solução antisséptica para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;

- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira destinada resíduos comuns;
- Em caso de a torneira ser de fechamento manual utilizar o papel-toalha para fechá-la;



Antissepsia Cirúrgica das Mãos ou Preparo Pré – Operatório das Mãos com solução degermante a base de PVPI ou Clorexidina

Tem por finalidade eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

Indicação

- Antes dos procedimentos cirúrgicos.

Materiais Necessários

- Lavabo cirúrgico;
- Água;
- Dispensador com sabonete líquido;

AM

- Dispensador com solução degermante (PVPI ou Clorexidina);
- Compressas/toalhas esterilizadas em pacote individual;
- Escovas para degermação cirúrgica das mãos.

Duração do Procedimento

- Deve ter duração de no mínimo 3 a 5 minutos.

Procedimento Técnico

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na superfície e bordas do lavabo;
- Aplicar na palma da mão quantidade necessária de solução antisséptica para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Realizar a higienização simples das mãos;
- Reaplicar na palma da mão quantidade necessária de solução degermante para cobrir todas as superfícies das mãos, antebraços; no caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as áreas das mãos e antebraços;
- Friccionar sob as unhas com as cerdas da escova;

- Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e antebraços por no mínimo de 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima do cotovelo, utilizando a esponja da escova da degermação ou com a fricção das mãos sobre todas as áreas que o procedimento compreende (unhas, dedos, dorso e palma das mãos e antebraços);
- Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Fechar a torneira com o cotovelo;
- Secar as mãos com toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas;
- Descartar a toalha/compressa nos cestos específicos.

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
5 - HIGIENIZAÇÃO DA
MÃOS**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Os Cinco Momento para Higienização das Mãos

MOMENTO	QUANDO E POR QUÊ.
1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. POR QUÊ? Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microrganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microrganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (e após a remoção de luvas). POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.
4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobiliário e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo superfícies e objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microrganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

Uso de luvas em Serviços de Saúde

As luvas são Equipamentos de Proteção Individuais utilizados nos serviços de saúde com intuito de proteger os profissionais e os pacientes do risco de infecções cruzadas. A ANVISA, alinhada às políticas de Segurança do Paciente da OMS e do Center for Disease Control and Prevention (CDC), reitera ainda as seguintes recomendações:

- Luvas devem ser usadas somente quando indicado;
- Devem ser utilizadas para a proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e

pele não íntegra de todos os pacientes;

- Devem ser utilizadas para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminar o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Devem ser utilizadas para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- As luvas devem ser trocadas sempre que o profissional entrar em contato com outro paciente;
- As luvas devem ser trocadas durante o contato com um mesmo paciente ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando estas estiverem danificadas;
- O profissional, quando com luvas, não deve tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas);
- A higienização das mãos NÃO PODE ser substituída pelo uso de luvas.

Definições Institucionais - Ponto de Assistência

Considera-se ponto de assistência, o local onde estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento, envolvendo o contato

com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente)”. Os pontos de assistência com insumos serão descritos nos documentos institucionais conforme a estrutura de cada unidade de saúde.

Monitoramento

Indicadores de resultados

- Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia;
- Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Auditoria

- A auditoria desses processos relativos à adesão à higienização das mãos deverá ser realizada mensalmente através de formulário observacional.

•

REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. SEGURANÇA DO PACIENTE - Higienização das mãos. Brasília, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. FIOCRUZ. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.

PROTOCOLO GERENCIADO: META 6 – PREVENÇÃO DE QUEDA

1. OBJETIVOS

- Reduzir a ocorrência de queda de clientes nos pontos de assistência e os danos dela decorrentes, por meio da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do cliente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do cliente, familiares e profissionais;
- Direcionar o atendimento imediato pós queda;
- Gerar indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde;
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, seguro e qualificado aos clientes e familiares.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe Multidisciplinar (Médico, Enfermeiro, Técnico/Auxiliar em Enfermagem, Farmacêutico e Fisioterapeuta);

- A equipe multidisciplinar envolvida deverá ter conhecimento sobre o protocolo multiprofissional de prevenção e atendimento imediato nas quedas do cliente hospitalizado e seguir as normas estabelecidas nesse protocolo;
- Orientar o cliente e familiares sobre o risco para quedas e os possíveis danos decorrente;
- Prestar assistência prontamente quando o cliente solicitar ou necessitar;
- Realizar o registro completo no prontuário.

3. DEFINIÇÕES

Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano.

Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc), incluindo vaso sanitário (PROQUALIS).

A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e danosa, deve ser um evento previsível. Estudos indicam que a taxa de queda de pacientes em hospitais de países desenvolvidos variou entre 3 a 5

quedas por 1.000 pacientes/dia (ANVISA, 2013).

As quedas sofridas pelos pacientes durante sua internação demonstram uma quebra de segurança e contribuem para o aumento do tempo de permanência hospitalar e para a piora das condições de recuperação, o que gera ansiedade na equipe de saúde e produz repercussões na credibilidade da instituição, além de implicações de ordem legal.

Assim, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes e a identificação do risco potencial para ocorrência de quedas através de uma classificação adotada pelas unidades de saúde a fim de que os profissionais envolvidos realizem diagnósticos e executem o planejamento de ações preventivas.

3. TERMINOLOGIAS

- **Quedas acidentais:** Ocorrem por fatores externos à pessoa, acontecendo a clientes sem risco de queda, não se podendo prever ou antecipar. Este tipo de quedas não pode ser previsto pela escala e as estratégias para a sua prevenção passam por minimizar os riscos ambientais.
- **Quedas fisiológicas não antecipáveis:** Ocorrem em indivíduos sem fatores de risco para a queda. Não sendo, portanto, possíveis de prever, até que a primeira ocorra de fato. Estas podem ocorrer devido a fatores fisiológicos como convulsões, perda de força, ou fraturas patológicas (que ocorrem pela primeira vez).
- **Quedas fisiológicas antecipáveis:** Ocorrem

em indivíduos com alterações fisiológicas e que apresentam risco de queda.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Fatores de risco para quedas conforme protocolo Anvisa

- Demográfico: crianças < 5 anos e idosos > 65 anos;
- Psico-cognitivos: declínio cognitivo, depressão, ansiedade;
- Condições de saúde e presença de doenças crônicas:
 - o Acidente vascular encefálico prévio;
 - o Hipotensão postural;
 - o Tontura;
 - o Convulsão;
 - o Síncope;
 - o Dor intensa;
 - o Baixo índice de massa corporal;
 - o Anemia;
 - o Insônia;

AM

- o Incontinência ou urgência miccional;
- o Incontinência ou urgência para evacuação;
- o Artrite;
- o Osteoporose;
- o Alterações metabólicas (exemplo: hipoglicemia).
- Funcionalidade:
 - o Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária;
 - o Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
 - o Fraqueza muscular e articulares;
 - o Amputação de membros inferiores;
 - o Deformidades nos membros inferiores.
- Comprometimento sensorial:
 - o Visão;
 - o Audição;
 - o Tato.
- Equilíbrio corporal: marcha alterada;
- Uso de medicamentos:
 - o Benzodiazepínicos;
 - o Antiarrítmicos;
 - o Anti-histamínicos;
 - o Antipsicóticos;
 - o Antidepressivos;
 - o Digoxina;
 - o Diuréticos;
 - o Laxativos;
 - o Relaxantes musculares;
 - o Vasodilatadores;
 - o Hipoglicemiantes orais;
 - o Insulina;
 - o Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).
- Obesidade grave (IMC>40,0);
- História prévia de queda.

Pacientes com alto risco de queda

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de

terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;

- Paciente dependente de ajuda de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;
- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

Pacientes com baixo risco de queda

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco;
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

5.2. Escala de avaliação de risco de queda

A escala utilizada para a avaliação do risco de queda em adultos e acima de 14 anos é da Morse Fall Scale, sua tradução e adaptação transculturais bem como a versão final foram autorizadas pela autora da Morse Fall Scale respeitando os aspectos éticos.

Princípios básicos para a avaliação do risco de queda através da Escala de Quedas de Morse:

- A escala deve ser vista como um todo e

preenchida na sua totalidade;

- O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco;
- Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos.

Fator de exclusão na utilização da Escala de Quedas de Morse:

- Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de autocuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM.

Antecedentes de Queda

Não: O cliente não teve nenhum episódio de queda nos últimos três meses.

Sim: O cliente caiu durante o presente internamento hospitalar ou tem uma história de queda(s) fisiológica(s) antecipáveis e não antecipáveis no último ano

Exemplos incluem quedas resultantes de convulsões ou de uma marcha debilitada anteriormente à admissão, que resulta sempre da condição física e mental do cliente.

Notas: Se um cliente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos anteriormente nas instruções) durante a presente internação, então a sua pontua-

ção passa imediatamente de 0 para 25 pontos neste tópico.

Observações: Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisiológico. Por exemplo uma pessoa empurrada por outra com o intuito de lhe provocar a queda, um jogador de futebol que é ras-teirado ou alguém que cai no autocarro porque ia de pé e o condutor travou com intensidade instantaneamente, não se considera como antecedente.

Diagnóstico Secundário

Não: Se não existir um diagnóstico secundário que possa contribuir para a queda.

Sim: Se existir mais do que um diagnóstico médico ou de Enfermagem identificado no processo clínico que possa contribuir para a queda.

Notas: Não existe nenhum tópico com medicação pois a escala já a contabiliza implicitamente neste tópico, podendo apenas a multimedicação ser uma estratégia de percepção de diagnósticos secundários.

Observações: Doenças ou condições de saúde do cliente tais como: hipotensão, défices nutricionais, insónia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crónicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como "Diagnósticos Secundários".

Outros diagnósticos resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de algum membro que já não apresentem interferência na condição física do cliente, não são considerados como diagnósticos secundários.

Apoio na Deambulação

Sem apoio: O cliente anda sem qualquer apoio. É considerado também sem apoio se o cliente andar sempre apoiado por outra pessoa. Se usa uma cadeira de rodas e está adaptado à utilização e transferência autónoma de e para a mesma. Também é considerado sem apoio quando é transferido sempre por alguém de e para a cadeira de rodas. Se está em repouso e cumpre o repouso na cama, não saindo da mesma.

Auxiliar de marcha: Se utiliza algum auxiliar de marcha (bengala, canadianas, andarilho).

Apoiado na mobília: Se anda apoiando-se na mobília, ou em tudo o que se encontra ao seu redor (ex.: medo de cair).

Notas: A utilização de suporte rodado não pode ser considerada como "Apoio na Deambulação" uma vez que já se encontra contabilizado no item "Terapia Endovenosa em Perfusão".

Observações: Neste ponto é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha ainda que tenha semelhanças com o tópico "Tipo de Marcha".

Terapia Intravenosa

AM

Não: O cliente não se encontra com terapia endovenosa em perfusão.

Sim: O cliente encontra-se com terapia endovenosa em perfusão.

O cliente apenas se encontra em risco quando conectado à terapia endovenosa.

Portanto, se o cliente se encontra a efetuar uma perfusão intermitente, ainda que por curtos períodos, como por exemplo, antibiótico ou outro tipo de perfusão de curta duração, pontua-se com 20 pontos.

Notas: Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bolus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão. Outros tipos de perfusão que não endovenosa (como por exemplo perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, pelo que são ponderados como Sim.

Observações: Este item encontra-se atualmente na escala como "Terapia Endovenosa/Heparina", o termo heparina foi usado com o intuito de se tentar demonstrar a necessidade de perfusão, pois em alguns casos a heparina endovenosa é usada em perfusão contínua (durante longos períodos).

Tipo de Marcha

Normal: O cliente caminha com a cabeça erguida, os braços balançando livremente ao lado do corpo, andando sem hesitação. O cliente move-se em cadeira de rodas (encontrando-se totalmente adaptado à utilização e transferência autônoma para e da cadeira

de rodas e/ou é sempre transferido por alguém de e para a cadeira de rodas) ou se está e cumpre repouso na cama, não saindo da mesma.

Desequilíbrio fácil: O cliente anda curvado, mas é capaz de erguer a cabeça e andar sem perder o equilíbrio, se utilizar a mobília ou o que está em redor como apoio, fá-lo de forma leve para se sentir mais seguro e não o agarra de modo a conseguir permanecer na posição vertical.

Déficit de marcha: O cliente tem dificuldade em levantar-se, realizando várias tentativas para o fazer, quando se encontra numa cadeira tenta levantar-se empurrando os braços da mesma e/ou balançando-se de forma a tentar colocar-se na posição de pé. Quando tenta andar a cabeça encontra-se virada para baixo, concentrando-se no chão. Agarra-se a tudo o que se encontra ao seu redor porque apresenta um déficit de equilíbrio e não consegue andar sem essa assistência. Ao ajudar o cliente a andar, o/a enfermeiro(a) aperceber-se-á que ele/ela segura a sua mão com força, ou quando agarra um corrimão ou os móveis, agarra-se com tanta força que as suas mãos ficam menos coradas. O cliente dá passos curtos e vacila.

Estado Mental/ Percepção

Consciente das suas limitações: O estado mental é avaliado através da verificação da autoavaliação (efetuada pelo próprio cliente) relativamente à sua capacidade de andar. Questiona o cliente: "É capaz de ir à casa de banho sozinho?" ou "Precisa de ajuda?". Se a resposta do cliente ao julgar a sua própria capa-

cidade é consistente com as prescrições/percepções de enfermagem, então o cliente tem consciência do risco e das suas limitações, agindo de acordo com as mesmas, logo está consciente das suas limitações.

Não consciente das suas limitações: Se a autoavaliação do cliente é irrealista, então considera-se que o cliente sobrestima as suas capacidades e esquece-se das suas limitações, logo não está consciente das suas limitações.

Notas: O estado mental é diferente da orientação tempo espacial. Um cliente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações.

Quadro 1 - Escala de Avaliação de Risco de Queda Morse

A escala utilizada para a avaliação do risco de queda em pacientes com idade até 13 anos é a escala de Humpty Dumpty sua tradução e adaptação transculturais bem como a versão final foram autorizadas respeitando os aspectos éticos.

Na Escala Humpty-Dumpty adaptada, são atribuídos pontos a parâmetros pré-definidos e o somatório desses pontos definirão o risco de queda.

São avaliados os seguintes parâmetros: idade, sexo, diagnóstico, fatores ambientais, medicações usadas, deficiências cognitivas e cirurgia/sedação/anestesia

A soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7

parâmetros (mínima 7 e máxima 22) definirá o grau de risco de queda da criança, de acordo:

Baixo risco de queda: de 7 a 11 pontos na escala Humpty-Dumpty

Alto risco de queda: de 12 a 22 pontos na escala Humpty-Dumpty

Ferramenta de avaliação para o risco de queda em pediatria adaptação da escala de "Humpty Dumpty"

Parâmetros	Critérios	Cotação
Idade	Menor de 1 ano	4
	Entre 1 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	Maiores de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da percepção (diagnóstico respiratório, desidratação, anemia, anemia, infecção/toxemia)	3
	Traumatismo pós-trauma	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	Quarta de queda/ Bebe em cama	4
	Cruça com aparelhos auxiliares de marcha/ Bebe em berço quarto com assento equitativo/ Quarto com fraca iluminação	3
	Cruça acamado	2
	Cruça sem deambula	1
Medicação usada	Uso de 1 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnoticos, barbituricos, antidepressivos, insulinas, diuréticos, cardíacos	3
	1 dos medicamentos acima mencionado	2
	Outros medicamentos/ Nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Consciente de acordo com as suas capacidades	1
Cirurgia/sedação/anestesia	Até 24 horas	3
	Até 48 horas	2
	Até mais de 48 horas/ Nenhum	1
Total		

Quadro 2 - Escala de Humpty-Dumpty adaptada - Pediatria

5.3. Avaliação do Risco

A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do cliente, com o emprego da escala de MORSE (Quadro 1), diariamente e também sempre que houver transferências de setor, mudan-

ça do quadro clínico e episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas preventivas implantadas. Os pacientes serão classificados em Baixo, Moderado e Elevado Risco para queda, segundo a pontuação na escala de Morse.

Paciente recebe avaliação de risco de queda e enfermeiro sinaliza o risco na pulseira do paciente, assim como, sinaliza o risco à beira do leito, a fim de alertar toda equipe de cuidado conforme padronizado na instituição. Todos os profissionais realizam os cuidados conforme o risco

5.4. Atribuições por profissional e unidade especial

Enfermeiro:

- Avaliar o risco de queda do paciente na admissão e de forma rotineira;
- Realizar de forma obrigatória o registro do risco de quedas no prontuário do paciente;
- Realizar a reavaliação do risco de quedas diariamente nos pacientes internados e/ou em observação até a alta da unidade de saúde;
- Reavaliar o paciente em qualquer alteração apresentada no quadro clínico para o risco de quedas;
- Sinalizar visualmente (na placa de identificação do leito e/ou em pulseira própria) o risco de queda nos pacientes a fim

de alertar toda equipe do cuidado;

- Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme o risco levantado na avaliação;
- Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar e/ou utilizar material orientador específico;
- Supervisionar constantemente os pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda;
- Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente, caso necessitar.

Auxiliar/Técnico de Enfermagem:

- Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- Contribuir com o enfermeiro na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Comunicar o enfermeiro sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente que possa modificar o risco de quedas;
- Transportar os pacientes seguindo o que é preconizado pelo protocolo de transporte

Handwritten signature or initials in blue ink.

seguro intra-hospitalar do serviço de saúde;

- Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante, quando necessário;
- Realizar rondas noturnas de forma periódica;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar.

Médico:

- Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;
- Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
- Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de ocorrências de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo.

Fisioterapeuta:

- Realizar avaliação do paciente conforme solicitado;

- Auxiliar na determinação das condutas de acordo com avaliação de mobilidade do paciente;
- Orientar sobre as recomendações e cuidados gerais de prevenção de quedas;
- Definir a necessidade de sessões de Fisioterapia Motora em parceria com o médico assistente;
- Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme a avaliação;
- Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas.

Farmacêutico Clínico:

- Orientar os pacientes de alto risco e acompanhantes sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas que possam levar a episódios de queda;
- Realizar periodicamente a revisão da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;
- Dar parecer técnico às demais categorias no que se refere às medicações;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de episódios de quedas;
- Tomar as medidas necessárias de acordo

com as prerrogativas deste protocolo;

- Orientar pacientes de alto risco e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção;

Equipe Multiprofissional:

- Conhecer e cumprir esta rotina, assim como de suas respectivas lideranças, de fazer cumprir orientando seus membros quanto à exigência da identificação do risco para queda e observância dos cuidados pré-definidos para cada paciente;
- Implementar os procedimentos específicos para a prevenção de queda nos pacientes;
- Anotar no prontuário do paciente se verificar sinais que alertem para risco de queda ou dano decorrente da queda;
- Todos devem notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Pediatria:

- Alocar o paciente próximo ao posto de Enfermagem, se possível;
- = 36 meses: devem ser acomodadas em berços, com grades elevadas na altura máxima. Se o responsável recusar deverá assinar o "Termo de recusa de tratamento". Exceto crianças sem mobilidade que poderão ser acomodadas em cama de acordo com

avaliação do profissional responsável;

- < 36 meses: devem ser acomodadas em cama com grades elevadas;
- = 6 meses: deverão ser transportadas no colo do responsável ou profissional de enfermagem e este em cadeira de rodas;
- < 6 meses e > ou = 36 meses deverão ser transportadas em maca com grades elevadas e acompanhadas do responsável ou profissional de enfermagem quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação;
- Transportar bebês menores de 6 meses em incubadora, berço ou no colo do responsável e este em cadeira de rodas;
- Manter uma das grades do leito elevada durante qualquer procedimento realizado na criança;
- Orientar o responsável sobre a influência do diagnóstico no risco de quedas;
- Orientar o responsável para somente levantar a criança do leito quando acompanhado por um profissional da equipe de cuidado;
- Orientar o responsável a acompanhar a criança nos momentos de deambulação;
- Orientar o responsável sobre o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de

acordo com a faixa etária da criança;

- Avaliar a necessidade de utilizar protetor de grade para fechar a abertura entre elas;
- Deixar os recém-nascidos nos braços dos pais ou dos acompanhantes somente quando estes mostrarem as condições necessárias para o ato, sem maiores riscos de queda do recém-nascido. O mesmo estando no método canguru.

Maternidade:

Após o parto e quando a paciente estiver acompanhada do recém-nascido, as medidas preventivas de queda devem incluir:

- Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com o recém-nascido no colo;
- Evitar pegar o recém-nascido despido no colo;
- Realizar educação sobre como evitar quedas do bebê para as famílias, destacando o risco de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência, tanto na área hospitalar como no ambiente externo, após a alta.

5.5. Medidas preventivas para quedas

Implementação de medidas específicas

Utilizar medidas específicas para a prevenção de queda conforme os riscos identificados para cada cliente, registrando no prontuário do cliente todos os procedimentos e orientações realizados.

Promover educação dos clientes, familiares e dos profissionais:

Orientar clientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais e entregar material educativo disponível. A utilização de estratégias deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do cliente na instituição.

Promover a capacitação dos profissionais das unidades assistenciais sobre os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas e orientá-los quanto a classificação de medicamentos de acordo com o Risco de Queda.

Revisão Periódica da medicação do cliente:

Deverá ocorrer a revisão periódica da medicação pelo médico responsável na tentativa de minimizar os riscos de queda relacionados ao uso de medicamentos.

Setor de Infraestrutura Hospitalar e Ambulatorial:

Deverá implantar plano de manutenção preventiva de equipamentos que possam estar relacionados à ocorrência de queda. Realizar em tempo oportuno

manutenção corretiva de equipamentos, que podem expor os pacientes ao risco de queda, a gestão local ou funcionário administrativo ou o enfermeiro do setor deverá solicitar ao setor de manutenção patrimônio da instituição, por meio de solicitação de ordem de serviço (OS), uma vistoria das condições do móvel para identificar a possibilidade de troca deste bem ou encaminhamento para conserto.

T

5.6. Aplicação do termo de consentimento

Deverá ser aplica os Termos de Esclarecimento sobre o Risco de Queda para o Responsável legal acompanhantes de Crianças (Apêndice I) e Paciente Adulto (Apêndice II) no momento da admissão e orientações sobre o risco.

Medidas Preventivas para Queda

Baixo Risco de Queda	Moderado Risco de Queda	Alto Risco de Queda
1. Uso de material educativo (folhet, cartaz, cartilha, banner, entre outros).	1. Uso de material educativo (folhet, cartaz, cartilha, banner, entre outros).	1. Uso de material educativo (folhet, cartaz, cartilha, banner, entre outros).
2. Manter ambiente livre de obstáculos e fiação.	2. Manter ambiente livre de obstáculos e fiação.	2. Manter ambiente livre de obstáculos e fiação.
3. Manter pertencos necessários ao alcance do paciente.	3. Manter pertencos necessários ao alcance do paciente.	3. Manter pertencos necessários ao alcance do paciente.
4. Manter leito baixo e travado.	4. Manter leito baixo e travado.	4. Manter leito baixo e travado.
5. Manter grades elevadas.	5. Manter grades elevadas.	5. Manter grades elevadas.
6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.	6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.	6. Orientar pacientes e familiares quanto à prevenção de quedas.
7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).	7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).	7. Orientar pacientes quanto ao uso de calçado adequado para deambular (antiderrapante).
8. Verificar a necessidade de acompanhante.	8. Verificar a necessidade de acompanhante.	8. Verificar a necessidade de acompanhante.
9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.	9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.	9. Reorientar diariamente os pacientes e acompanhantes.
	10. Antecipar-se as necessidades de conforto e segurança do paciente.	10. Antecipar-se as necessidades de conforto e segurança do paciente.
		11. Comunicar o risco de queda para os cuidadores.

APÊNDICE I

TERMO DE ESCLARECIMENTO SOBRE RISCO DE QUEDAS PARA CRIANÇAS

As quedas são eventos importantes responsáveis por lesões e agravamento do quadro de saúde da criança. As crianças necessitam estar constantemente acompanhadas e sob vigilância atenta. Lembramos que os berços e camas hospitalares são mais altos que os de casa e, em consequência, as quedas podem causar ferimentos mais graves.

Durante a internação, a criança está enfraquecida, sob efeito de medicação e, portanto, o risco é maior. Alguns medicamentos podem causar tonteira, náusea, sonolência, vertigens. A equipe assistencial orientará sobre os medicamentos, os possíveis efeitos colaterais e cuidados necessários.

Solicitamos que crianças abaixo de 3 anos permaneçam em seus berços com as grades mantidas na altura máxima. As crianças acima de três anos serão acomodadas em camas com as grades elevadas.

Durante a troca de fraldas os cuidados precisam ser redobrados. Manter uma das grades do berço elevada e não deixar a criança sozinha neste momento por nenhuma razão.

A criança só deverá levantar-se do leito sob acompanhamento de responsável ou enfermagem. Orientar o responsável a levantar a criança do leito progressivamente (levantar cabeça e 30°), sentar-se no leito com os pés apoiados no chão por 5 a 10 minutos, antes de sair da cama), de acordo com a idade da criança e/ou condições clínicas, avaliadas pelo profissional responsável.

As crianças até três anos devem ser transportadas no colo do responsável ou da enfermagem, se em condições, ou no leito, sob observação do responsável e/ou da enfermagem se estiver sob sedação, ou período pós-anestésico. Lembramos que o jejum pode causar fraqueza e tonteira aumentando o risco de queda.

Chamamos atenção para o uso de calçados que não derrapem e roupas que não esbarram no chão. Atenção para não deixar objetos e líquidos/chama a manutenção para limpeza) no chão que possam causar tombos.

A família será informada de qualquer mudança que altere os riscos de queda.

A equipe de enfermagem está pronta a responder qualquer dúvida e fornecer orientações.

Data: ____/____/____

Enfermeiro (assinatura e carimbo): _____

Nome do acompanhante: _____

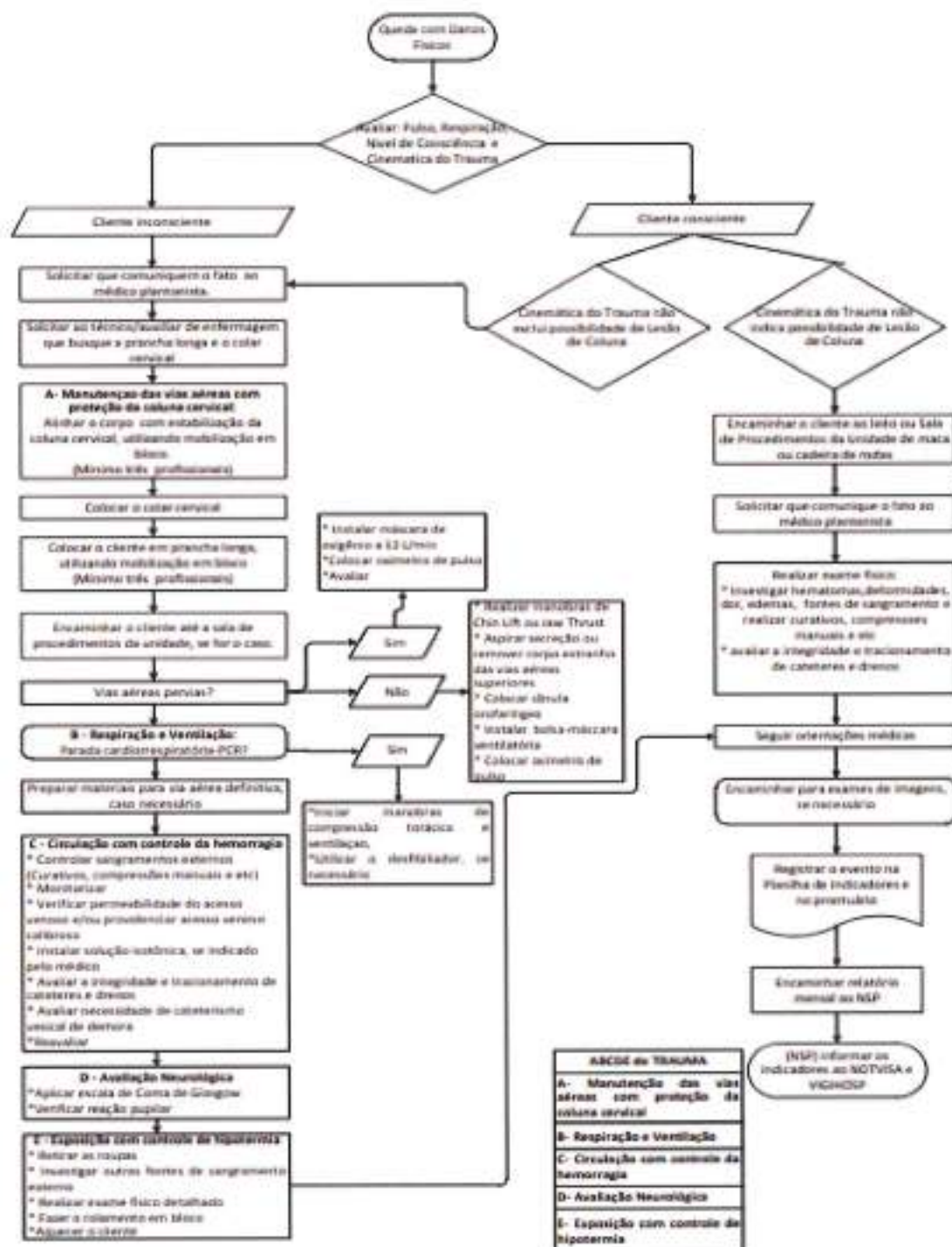
Grav de parentesco: _____

Assinatura do acompanhante: _____

5.7. Atendimento imediato após queda

A definição do início do atendimento poderá variar de acordo com as condições clínicas do cliente e a quantidade de dispositivos invasivos que estavam em uso, e que foram tracionados durante o evento, visando sempre à segurança do cliente. As unidades assistenciais deverão realizar o atendimento imediato e seguro aos clientes. A equipe deverá considerar:

- Queda como agente causador do evento adverso: Diretrizes do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS);
- Queda como consequência de um mal súbito: Diretrizes Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e ATLS;
- O evento adverso da queda poderá ocorrer por vários motivos e em diversas situações, por isso, o fluxograma 'Queda com Danos Físicos' deverá ser considerado como um instrumento auxiliar no atendimento, pois devido às multifaces do evento outras condutas poderão ser adotadas, desde que, garantam a segurança do cliente;
- O médico e o enfermeiro responsáveis pelo atendimento ao cliente vítima de queda deverão realizar julgamento crítico do evento, da cinemática do trauma e dos recursos humanos e materiais da unidade na qual a queda ocorreu;
- As etapas do atendimento deverão ser desempenhadas simultaneamente, de acordo com a condição clínica do cliente e fluxograma de atendimento;
- Os clientes que sofrerem quedas com danos e sem danos físicos deverão ser avaliados pela equipe de enfermagem e médico e se necessário encaminhados ao serviço social e psicologia;
- Realizar a revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas: avaliar e tratar clientes que sofreram queda e investigar o evento;
- Notificar a ocorrência de queda com ou sem danos no VIGIHOSP (Aplicativo de Vigilância em Saúde e Gestão de Riscos Assistenciais Hospitalares) e notificar ao NSP (Núcleo de Segurança do Paciente) os indicadores mensais de quedas. Esse tipo de evento adverso será notificado pelo Núcleo no NOTIVISA (Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária).



LOGO

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO DE
QUEDA**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX



Classificação do dano pós queda

SEVERIDADE	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
0 - Nenhum	Sem lesão decorrente da queda	—
1 - Leve	Quando a queda resulta em danos que requerem cuidados menores ou vigilância e medicação extra.	<ul style="list-style-type: none"> TCE leve - Glasgow 15 a 14 Pequenos cortes Sangramento leve Escorção de pele Distúrbio Edema Hipertensão Hematoma menor
2 - Moderado	Quando a queda resulta em dano que requer tratamento ambulatorial ou de emergência, cirurgia ou permanência prolongada no hospital.	<ul style="list-style-type: none"> TCE moderado - Glasgow 13 a 9 Sangramento excessivo Lesão que requerida sutura Lesão Entorse
3 - Grave	Quando dano cerebral ou deficiência funcional muito provavelmente causados pela queda.	<ul style="list-style-type: none"> TCE grave - Glasgow 6 a 3 Fratura Hematoma subdural
4 - Óbito	Quando a morte é diretamente resultado da queda.	<ul style="list-style-type: none"> Morte

5.8. Monitoramento

Indicadores de resultados

- Taxa de quedas com dano,

$$\frac{\text{Número de quedas com dano}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 100$$

Número de pacientes por dia

- Taxa de quedas sem dano,

$$\frac{\text{Número de quedas sem dano}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 100$$

Número de pacientes por dia

AM

Índice de quedas

- $\frac{\text{Número de eventos} \times 1000}{\text{Número de pacientes por dia}}$

Número de pacientes por dia

Este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão (priorizar setores com maior número de quedas)

Número de pacientes com avaliação do risco de queda realizada na admissão x 1000

Número de pacientes internados no setor

Auditoria

- A auditoria desses processos relativos à adesão a prevenção à quedas deverá ser realizada mensalmente através de formulário observacional.

REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Programa Nacional de Segurança do Paciente. Protocolo Prevenção de Quedas. Rio de Janeiro: ANVISA, 2013.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Padrões de Acreditação da Joint

Commission International para Hospitais. 4 ed. 2011.

MORSE JM, Morse RM, Tyko JJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging* 1989;8:366-7

CORREA, A.D. et al. Implantação de um protocolo para gerenciamento de quedas em hospital: resultado de quatro anos de seguimento. *Revista da Escola de Enfermagem USP, São Paulo, v. 46, n.1, p.67-72, 2012.*

ABREU, C. et al. Falls in hospital settings: a longitudinal study. *Rev. Latino-Americana Enfermagem, v.20, p.3, mai/jun. 2012.*

SOUSA, Paulo. Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014.

PROTOCOLO GERENCIADO: META 6 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)

1. OBJETIVOS

- Identificar e classificar os clientes com risco para Lesão por Pressão (LPP);
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP;
- Identificar precocemente LPP em estágios iniciais;
- Avaliar, tratar e evoluir as LPP instaladas;
- Otimizar a indicação e uso racional dos insumos.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

Lesão Por Pressão é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. Pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa (NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016).

Lesões por pressão (LPP) causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

Literatura recente destaca que a prevenção da LPP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidados. Para operacionalização dessa visão, tornam-se necessários: uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias que promovam o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com "expertise" sobre a temática.

As LPPs podem se desenvolver em 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar, desta forma, os profissionais devem conhecer os principais fato-

res de risco para a formação de Lesão por Pressão e promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele, prevenir a ocorrência de LPP e outras lesões na pele. Torna-se necessário então um envolvimento maior de todos os profissionais de saúde comprometidos com o processo do cuidar, pois a LPP é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até causador de morte.

4. TERMINOLOGIAS

- **LPP** - Lesão por pressão
- **NPUAP** - National Pressure Ulcer Advisory Panel
- **OMS** - Organização Mundial de Saúde
- **SF** - Soro Fisiológico
- **DAI** - Dermatite Associada à Incontinência

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Grupo de risco

- Clientes com mobilidade física prejudicada (acamados/cadeirantes);
- Clientes com a percepção sensorial comprometida;
- Clientes submetidos à procedimentos cirúrgicos (tempo de cirurgia, posições

cirúrgicas e tipo de anestesia);

Clientes com dispositivos médicos e outros artefatos (colar cervical, órteses, contensores mecânicos, cateteres, drenos, pronga nasal e outros).

5.2. Fatores predisponentes a LPP

- **Extrínsecos**: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção;
- **Intrínsecos**: índice de massa corporal (IMC) > 30Kg/m² ou < 18,5Kg/m², anemia, deficiência nutricional proteica; extremos de idade, hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/fecal, edema, hipertermia, tabagismo, desidratação, infecções sistêmicas ou locais, comorbidades crônicas (diabetes mellitus; imunossupressão, doenças renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e outras); uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides; sedativos; anestésicos, vasoativas).

5.3. Diretrizes assistenciais de prevenção de lesão por pressão

Identificação e Classificação dos Clientes com Risco para Lesão por Pressão

- A identificação e classificação dos clientes quanto ao risco para LPP será obtida conforme o perfil do cliente, deverão ser aplicadas a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente.

PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO (LPP)

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Pacientes Adultos

A avaliação de risco será pela aplicação da escala de Braden que caracteriza conforme score: sem risco, baixo risco, moderado risco, alto risco ou risco muito alto. A classificação do risco se dá inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

FATOR DE RISCO	PONTUAÇÃO			
	4	3	2	1
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Capacidade de reação adequada e adequada)	TOTALMENTE INTACTO Não reagiu a estímulos dolorosos, táteis e térmicos. Não responde a alterações de temperatura.	MODERADAMENTE LIMITADO Reage lentamente a estímulos dolorosos. Não consegue responder a alterações de temperatura.	ALGUMENTE LIMITADO Obstáculo a estímulos táteis, mas sem sempre consegue responder a alterações de temperatura.	MINIMAMENTE LIMITADO Obstáculo a estímulos dolorosos.
UMIDADE (Nível de exposição da pele à umidade)	CONSTANTEMENTE ÚMIDA A pele mantém-se tempo demais úmida devido a sudores, saliva, etc. É detectada umidade tempo que a pele é elevada ao estado.	MUITO ÚMIDA A pele está frequentemente, mas não sempre, úmida. Os líquidos têm de ser removidos pelo menos uma vez por turno.	OCASIONALMENTE ÚMIDA A pele está por vezes úmida, exigindo uma remoção ocasional de líquidos aproximadamente uma vez por dia.	SECA A pele está geralmente seca, ao longo do tempo de observação, sem intervalos notáveis.

FATOR DE RISCO	PONTUAÇÃO			
	4	3	2	1
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Capacidade de reação adequada e adequada)	TOTALMENTE INTACTO Não reagiu a estímulos dolorosos, táteis e térmicos. Não responde a alterações de temperatura.	MODERADAMENTE LIMITADO Reage lentamente a estímulos dolorosos. Não consegue responder a alterações de temperatura.	ALGUMENTE LIMITADO Obstáculo a estímulos táteis, mas sem sempre consegue responder a alterações de temperatura.	MINIMAMENTE LIMITADO Obstáculo a estímulos dolorosos.
UMIDADE (Nível de exposição da pele à umidade)	CONSTANTEMENTE ÚMIDA A pele mantém-se tempo demais úmida devido a sudores, saliva, etc. É detectada umidade tempo que a pele é elevada ao estado.	MUITO ÚMIDA A pele está frequentemente, mas não sempre, úmida. Os líquidos têm de ser removidos pelo menos uma vez por turno.	OCASIONALMENTE ÚMIDA A pele está por vezes úmida, exigindo uma remoção ocasional de líquidos aproximadamente uma vez por dia.	SECA A pele está geralmente seca, ao longo do tempo de observação, sem intervalos notáveis.

Quadro 1 – Escala de Braden - Adultos

Pacientes Pediátricos

A avaliação de risco para pacientes pediátricos deverá ser pela aplicação da Escala de Braden Q (crianças de 29 dias a 13 anos de idade), mediante os escores:

- Escore ≤ 16 em risco
- Escore > 16 sem risco

FATOR DE RISCO	PONTUAÇÃO			
	4	3	2	1
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Capacidade de reação adequada e adequada)	TOTALMENTE INTACTO Não reagiu a estímulos dolorosos, táteis e térmicos. Não responde a alterações de temperatura.	MODERADAMENTE LIMITADO Reage lentamente a estímulos dolorosos. Não consegue responder a alterações de temperatura.	ALGUMENTE LIMITADO Obstáculo a estímulos táteis, mas sem sempre consegue responder a alterações de temperatura.	MINIMAMENTE LIMITADO Obstáculo a estímulos dolorosos.
UMIDADE (Nível de exposição da pele à umidade)	CONSTANTEMENTE ÚMIDA A pele mantém-se tempo demais úmida devido a sudores, saliva, etc. É detectada umidade tempo que a pele é elevada ao estado.	MUITO ÚMIDA A pele está frequentemente, mas não sempre, úmida. Os líquidos têm de ser removidos pelo menos uma vez por turno.	OCASIONALMENTE ÚMIDA A pele está por vezes úmida, exigindo uma remoção ocasional de líquidos aproximadamente uma vez por dia.	SECA A pele está geralmente seca, ao longo do tempo de observação, sem intervalos notáveis.

Quadro 2 – Escala de Braden Q - Pediatria

A classificação do escore de risco, obtido pelas escalas Braden e Braden Q, deverá ser registrada na planilha "Classificação de Risco para LPP", no instrumento de coleta de dados do processo de enfermagem "Investigação 24 horas" e na placa de identificação a beira leito.

Os domínios das escalas Braden e Braden Q estão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do cliente quanto a:

- Percepção sensorial;
- Umidade;

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO (LPP)**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

- Atividade
- Física;
- Mobilidade;
- Nutrição;
- Fricção e cisalhamento;

A partir de uma adaptação da Escala de Braden desenvolveram a Escala de Braden Q para avaliar o risco na população pediátrica, o que inclui os seis fatores acima e acrescenta a avaliação da: Perfusão tissular e oxigenação.

Pacientes Recém-nascidos

Em pacientes recém-nascidos, a avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão será executada através do ESCORE DE RISCO PARA LESÕES DE PELE EM RECÊM-NASCIDO, Adaptado de SRAMT.

CATEGORIA	1	2	3	4
IDADE GESTACIONAL ATUAL	< 35 sem	35 a 36 sem	36 a 37 sem	≥ 38 sem
PERCEÇÃO SENSORIAL	Muito, consegue se retirar sozinho	Se sente com facilidade, mas se irrita ao ser estimulado ou quando chorando	Se sente com alguma dificuldade, tenta se retirar. Dificuldade de se retirar	Estabelece comunicação de desconforto quando irritado ou se movimentar ou quando chorando
ATIVIDADE E MOBILIDADE	Muito bom a posição de repouso ou sono, movimenta braços e pernas e gira a cabeça para todos os pontos	Muito bom a posição da cabeça, mas movimenta braços e pernas e gira a cabeça	Muito boa a posição do corpo no solo, braços, pernas e cabeça	Muito boa em todo o corpo, movimenta braços, pernas e cabeça. Rotaciona o corpo
UNIDADE DA PELE	Pele intacta e sem lesões	Pele intacta com algumas lesões pequenas	Pele intacta com algumas lesões maiores	Pele com lesões extensas
SUPOORTE RESPIRATÓRIO	Respiração espontânea	CPAP 5 a 7 PRISM	CPAP 5 a 7 PRISM	Intubação CPAP e FIO2 > 0,3
INTENSIDADE DA PELE	Intacto	Intacta ou vermelhidão leve	Resposta tóxica de pele localizada causada por fricção, abrasão, maceração, esfoliação, etc. ou edema/eritema/lesão de pele profunda	Perda de pele profunda ou extensa, ou que tenha que ser tratada cirurgicamente
FUNÇÕES E COLETA	Coleta normal ou quase normal	Coleta normal ou quase normal	Função normal ou quase normal	Função normal ou quase normal
NUTRIÇÃO	Alimentação oral ou por sonda	Em uso de SPT, mas sem sonda	Em uso de SPT ou sonda	Em uso de SPT ou sonda
POSTURAÇÃO FINAL:				

Quadro 3 - ESCORE DE RISCO PARA LESÕES DE PELE EM RECÊM-NASCIDO, Adaptado de SRAMT.

O risco do recém-nascido será mediante os escores:

- Escore ≤ 8 RISCO BAIXO
- Escore 9 - 16 RISCO MODERADO
- Escore 17 - 24 RISCO ALTO

Paciente durante o procedimento cirúrgico

Em centro cirúrgico, o enfermeiro deve ter o conhecimento dos riscos em lesão de pele e propor intervenções para a prevenção de complicações decorrentes da permanência prolongada do paciente em cada tipo de posição cirúrgica, que acaba implicando em risco de lesão. Para a avaliação do paciente durante o período intraoperatório, iremos utilizar a escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrente do posicionamento cirúrgico do paciente (ELPO).

ITEM	SCORE				
	5	4	3	2	1
TPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA	ventral	Prone	Frankenbourg	Lateral	Supra
TEMPO DE CIRURGIA	Até 45 min	Até 45 a 60 min	Até 60 a 75 min	Até 75 a 90 min	Até 90 min
TIPO DE ANESTESIA	Local e Regional	Local	Regional	Intubação	Alto
SUPORTE DE SUPORTE	sem uso de suporte de suporte ou suporte rígido adicionalmente ou por meio de suporte	Uso de mesa cirúrgica de suporte (convencional) + suporte rígido de suporte	Uso de mesa cirúrgica de suporte (convencional) + suporte rígido de suporte	Uso de mesa cirúrgica de suporte (convencional) + suporte de suporte	Uso de mesa cirúrgica de suporte (convencional) + suporte de suporte
POSICIONAMENTO MEMBROS	Distensão dos joelhos < 90° e abdução dos membros inferiores < 90° ou abdução dos membros superiores < 90°	Distensão dos joelhos < 90° e abdução dos membros inferiores < 90°	Distensão dos joelhos < 90° e abdução dos membros inferiores < 90° ou abdução dos membros superiores < 90°	Abertura dos membros superiores < 90°	Abertura dos membros superiores < 90°
CONDIÇÕES	Uso de proteção cirúrgica adequada	Osteótil de suporte	Osteótil de suporte	Osteótil de suporte	Uso de proteção cirúrgica
IDADE DO PACIENTE	< 40 anos	Entre 40 a 50 anos	Entre 50 a 60 anos	Entre 60 a 70 anos	Entre 70 a 80 anos

Quadro 4 - ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO DO PACIENTE

MENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE (ELPO).

O risco do paciente cirúrgico será mediante os escores:

- Score \leq 19 RISCO BAIXO
- Score \geq 20 RISCO ALTO

5.4. Sinalização e registro

Enfermeiro:

- Colocar a pulseira de identificação de risco na cor amarela;
- Registrar as condições da pele no prontuário na admissão;
- Orientar o paciente e o acompanhante quanto ao risco de LPP e medidas preveníveis;
- Implementar colchão de ar, placa de hidrocólóide e/ou outros hidratantes teciduais de acordo com o risco e padronização;
- Prescrever no prontuário os cuidados de enfermagem de acordo com o risco para LPP.

5.5. Monitorar eventos adversos

- Informar ao serviço de EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional) todo paciente em risco nutricional e em risco de LPP;

- Atentar se para tolerância tecidual, dor, condição clínica global, nível de atividade e mobilidade para decidir a frequência da mudança de decúbito.

5.6. Medidas de prevenção de LPP conforme avaliação de risco realizada

As intervenções deverão ser selecionadas/aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do cliente.

Paciente Adulto e Pediátrico:

POSIÇÃO NO ESCOR	QUAL O RISCO DE LESÃO?	COMO DEVO PROCEDER NO MANEJO?
15 A 16	Risco Baixo	<ol style="list-style-type: none"> 1) Enfermeiro deverá avaliar áreas de pressão a cada 24 horas (atenção para a área de calcâneos, sacro e nádegas), procedendo com o registro em prontuário do paciente; 2) No caso de prevenção de imobilização por mais de 6 horas, utilizar protetor de calcâneos e sacro; 3) Orientar aos familiares a mudança de decúbito espontânea a cada 2 horas, com mudança de posição da cama ou do paciente (só é necessário por 45 minutos); 4) Garantir que a mudança de decúbito esteja sendo realizada, com protocolo a cada turno; 5) Hidratação adequada da pele, utilizando o produto de escolha do paciente; 6) Orientar aos familiares que não permitam lenço ou flanela úmida, solicitando ajuda sempre que necessário. A limpeza deve ser realizada com água morna e sabão neutro ou próximo ao PH da pele; 7) Prevenir o risco de escoriação.
17 A 18	Risco Moderado	<ol style="list-style-type: none"> 1) Enfermeiro deverá avaliar áreas de pressão a cada 12 horas (atenção para a área de calcâneos, sacro e nádegas), procedendo com o registro em prontuário do paciente; 2) Manter calcâneos a 30 graus; 3) Utilizar dispositivo de descarga de calcâneos, para que o calcâneo não tenha apoio no leito; 4) No caso de prevenção de imobilização por mais de 6 horas, colocar coxim de espuma com poluretano na região de calcâneos e sacro; 5) Orientar aos familiares a mudança de decúbito e cama a cada 2 horas; 6) Garantir que a mudança de decúbito esteja sendo realizada a cada 2 horas; 7) Hidratação adequada da pele, utilizando o produto de escolha do paciente; 8) Orientar aos familiares que não permitam lenço ou flanela úmida, solicitando ajuda sempre que necessário. A limpeza deve ser realizada com água morna e sabão neutro ou próximo ao PH da pele; 9) Reduzir o risco no tomo da manilha e da rede;
ABAIXO DE 11	RISCO ALTO	<ol style="list-style-type: none"> 1) Enfermeiro deverá avaliar as áreas de pressão a cada turno (atenção para a área de calcâneos, sacro e nádegas), procedendo com o registro em prontuário do paciente; 2) Manter calcâneos a 30 graus; 3) Utilizar dispositivo de descarga de calcâneos, para que o calcâneo não tenha apoio no leito; 4) No caso de prevenção de imobilização por mais de 6 horas, utilizar coxim de espuma com poluretano na região de calcâneos e sacro;

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO (LPP)**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Pacientes Recém-nascidos:

ANEXO DE 13	RISCO ALTO	<ol style="list-style-type: none"> 01. Orientar aos familiares a prevenção de úlceras e lesões a cada 2 horas. 02. Ser preciso que a mudança de decúbito seja realizada a cada 2 horas, não utilizando mais um único, e reposicionando de acordo com a técnica adequada de apoio, utilizando o produto de suporte de superfície adequado. 03. Orientar aos familiares que não devem ser feitos os banhos quentes, utilizando água morna para banhos. A limpeza deve ser realizada com água morna e sabão neutro em proporção de 0% de pH da pele. 04. Não usar cremes baratas para a proteção da pele. 05. Realizar avaliação da pele com o uso de escala de avaliação multicolorida, com instrução de avaliação multicolorida, caso a região não seja suficiente. 06. Monitorar a pele a cada hora. 07. Avaliar a pele de acordo com a escala de avaliação de risco. 08. Registrar avaliação da pele no formulário de risco.
-------------	------------	---

PONTUAÇÃO NO SCORE	QUAL O RISCO DE LESÃO?	COMO DEVO PROCEDER NO MANEJO?
1-8	RISCO BAIXO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o risco diariamente e documentar a integridade da pele (se alguma descoloração, inchaço, eritema e se não há dispositivos: adesão, CNP, estresse, TGF e DTG). 2. Não há necessidade de reposicionamento. 3. Se estiver com sintomas, tratar o local com um dia. 4. Se não usar de CNP, cuidar a pele e proteger e controlar a temperatura da pele no hospital no 0% de umidade.
9-16	RISCO MODERADO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o risco geralmente de manhã e de noite e documentar a integridade da pele (se alguma descoloração, inchaço, eritema e se não há dispositivos: adesão, CNP, estresse, TGF e DTG). 2. Reposicionar o paciente a cada 8 horas (8 h: decúbito lateral direito, 16 h: decúbito lateral esquerdo e 00 h: decúbito dorsal). 3. Se não usar de CNP, cuidar a pele e proteger e controlar a temperatura da pele no hospital no 0% de umidade. 4. Se estiver com sintomas, tratar o local com um dia.
17-24	RISCO ALTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o risco no turno da manhã e de noite e documentar a integridade da pele (se alguma descoloração, inchaço, eritema e se não há dispositivos: adesão, CNP, estresse, TGF e DTG). 2. Reposicionar o paciente a cada 8 horas (8 h: decúbito lateral direito, 16 h: decúbito lateral esquerdo e 00 h: decúbito dorsal). 3. Se não usar de CNP, cuidar a pele e proteger e controlar a temperatura da pele no hospital no 0% a cada 11 horas. 4. Se estiver com sintomas, tratar o local a cada 11 horas.
25-32	RISCO MUITO ALTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliar o risco a cada turno (manhã, tarde e noite) e documentar a integridade da pele (se alguma descoloração, inchaço, eritema e se não há dispositivos: adesão, CNP, estresse, TGF e DTG). 2. Reposicionar o paciente a cada 8 horas (8 h: decúbito lateral direito, 12 h: decúbito lateral esquerdo, 16 h: decúbito dorsal, 00 h: decúbito lateral direito, 04 h: decúbito lateral esquerdo). 3. Se não usar de CNP, cuidar a pele e proteger e controlar a temperatura da pele no hospital no 0% a cada hora. 4. Se estiver com sintomas, tratar o local a cada hora.

PONTUAÇÃO NO SCORE	QUAL O RISCO DE LESÃO?	COMO DEVO PROCEDER NO MANEJO?
≥ 20	RISCO ALTO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermeira deverá avaliar e registrar as áreas de pressão antes e após o procedimento (preço médio calcâneo, sacro e nádegas). 2. Retirar todos os objetos de metal, atendendo para o anexo presente na relação cirúrgica, em contato com paciente pelo tipo de lesão por fricção elétrica. 3. No caso de pressão de fricção acima de 2 horas, fazer ajuste de coxim a cada 2 (ou 1 hora) horas. 4. Colocar protetor de calcâneo para toda cirurgia acima de 4 horas. 5. Na SPM: avaliar os cuidados de mudança de decúbito e caso contrário a cada 2 horas, registrando no prontuário do paciente a ação realizada.
≤ 19	RISCO BAIXO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retirar todos os objetos de metal, atendendo para o anexo presente na relação cirúrgica, em contato com paciente pelo tipo de lesão por fricção elétrica. 2. Na SPM: avaliar os cuidados de mudança de decúbito e caso contrário a cada 2 horas, registrando no prontuário do paciente a ação realizada.

5.7. Classificação da lesão por pressão

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele íntegra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de

eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha; essas podem indicar dano tissular profundo.



Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha íntacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).



Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e / ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica; áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpção direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.



Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara) Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.



Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão

AL

atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fásia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.



Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

5.8. Diretrizes assistenciais de tratamento por lesão por pressão

Orientações para registro da lesão nos prontuários dos pacientes

- O registro da LPP no prontuário do paciente é de fundamental importância para o seguimento do cuidado prestado em suas diversas etapas, o planejamento assistencial da equipe multiprofissional e a segurança do paciente;
- Devem ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo que as informações devem permitir acompanhar a evolução da ferida;
- O registro da lesão deverá ser realizado diariamente no prontuário do paciente, ou todas às vezes que se fizerem necessárias, pela equipe de enfermagem;
- Registrar a cada troca de curativo, bem como as características da LPP;
- Descrever os procedimentos realizados durante o curativo:
 - o Técnica de limpeza do curativo;
 - o Coberturas utilizadas para leito da ferida;
 - o Como a lesão foi ocluída.

Avaliação da LPP

- A avaliação da LPP deverá ocorrer às trocas de curativo registradas no prontuário do paciente, conforme orientação acima;

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO (LPP)**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

- As LPP deverão ser avaliadas quanto as características da lesão (estadiamento; tipo de tecido; exsudato; espaço morto; bordas) e da pele adjacente, conforme abaixo, e registradas no prontuário.

Tipo de exsudato	
Senzo	✓ consistência fina, aquosa e clara.
Serocampulento	✓ consistência fina, aquosa e de coloração avermelhada a car de rosa.
Sangüinolento	✓ consistência espessa / fina e de coloração vermelha.
Seropulenta	✓ consistência semi-espessa; faveo e de coloração amarelado ou acastanhado.
Purulento	✓ consistência espessa e de coloração esverdeada, acastanhada ou amarelada.

Tipo de Tecido	
Vível	✓ Tecido epitelial – novo tecido de coloração róseo ou branhado, que se desenvolve a partir das bordas ou como “ilhas” no superfície do leito. ✓ Tecido de granulação – vermelho vivo ou róseo, fibriloso, denso e granular ou vermelho pálido e espaco (ou rosa). Obs: Hipergranulação (excesso de tecido de granulação; fibriloso; vermelho pálido) é considerado como condição de prevenção.
Invisível	✓ tecido conjuntivo denso, rosado e macio; firme ou firmemente aderido ao leito ou bordas da lesão; coloração amarelada, branca ou acinzentada. ✓ áreas conjuntivas duras e secas “resacas” ou mais aderidas “resacas úmidas” de coloração clara, pretas ou marrom-avermelhadas firmemente aderidas ao leito ou às bordas da lesão.

Estadiamento	
Estágio 1	✓ pele íntegra com entumescimento transiente, após a remoção do pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. Na paciente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele.
Estágio 2	✓ perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da lesão é visível, rosa ou vermelho, úmido e pode se apresentar como uma fita com exsudato seroso líquido ou rombo.
Estágio 3	✓ perda de espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O leito de granulação e a borda desepiada estão frequentemente presentes. Escara ou escara podem ser visíveis.
Estágio 4	✓ perda de espessura total da pele e perda total. Presença comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Tecido vivo escuro podem ser visíveis. Borda desepiada, descolamento e/ou tumefação ocorrem frequentemente.

LPP não estável	✓ perda de pele em sua espessura total e perda total não visível, devido a cobertura densa de escara ou escara.
LPP instável profunda	✓ pele íntegra ou não íntegra com área vermelho-escuro persistente não biológica, descoloração marrom ou rosa ou separação da epiderme revelando um leito da lesão escuro ou com flocos de sangue. Presença dor e alteração da temperatura local.
LPP relacionada a dispositivos médicos	✓ de hipermia e lesões abrasivas muito profundas.

Espaço Morto	
Presente	✓ seja Espaço morto abaixo da pele íntegra; fibriloso (qual que se apresenta no leito da lesão) e fibriloso externo (qual que se apresenta em uma víscera e a pele). ✓ descrever a localização e a profundidade em centímetros.
Bordas	
Prevenido	✓ íntegro, aderido e lizo; coloração clara; contorno definido; regular no todo/local.
Prejudicado	✓ hiperprotrusão; não aderido a lesão; descolado; fibriloso; rosado; avermelhado; sangrento; fibriloso; aderido; enrijecido (pálido).
Pele adjacente	
Prevenido	✓ íntegro
Prejudicado	✓ alteração de sensibilidade (dor, anestesia; hipergranulação; prurido); de consistência (edema; endurecido); de temperatura (avermelhado ou frio); de coloração (pálido ou avermelhado); de textura (descamado; ressecado; macerado) e de irregularidade (vesículas/bolhas, escroto, afil tor etc).

Pele		
Assento	✓ ausência de calor forte	
Invasão	✓ calor forte e úmido	
Critérios de avaliação de intensidade de dor (escala de faces; observando ao paciente)		
Sem dor	✓ 0	Preocupação: ✓ Nenhum
Dor leve	✓ 1 a 2	
Dor moderada	✓ 3 a 7	
Dor forte	✓ 8 a 10	✓ Somente durante a realização do curativo ✓ Preocupação ✓ Sempre

Quantidade de exsudato	
Nenhuma/Seca	✓ curativo primário não tem fluido, é seco; pode estar aderido na lesão.
Pouco/Úmido	✓ curativo primário apresenta pequena quantidade de fluido/secreção.
Moderado/Molhado	✓ o curativo primário apresenta-se extensivamente molhado, mas não ocorre extravasamento; a frequência de troca é normal para o tipo de curativo.
Grande/Saturado	✓ o curativo apresenta-se extensivamente molhado e o extravasamento poderá estar ocorrendo; a pele perilesão poderá estar macerada; a troca de curativo é necessária com mais frequência para o tipo de curativo utilizado.

Tratamento da LPP

- O tratamento da LPP instalada deverá ser implementado em conjunto com as medidas preventivas.
- Os tratamentos tópico e sistêmico da LPP considerarão:
 - Procedimentos de limpeza e de desbridamento;
 - Aplicação de terapia tópica (coberturas primárias, secundárias e de fixação) e
 - Intervenção sistêmica.

Tratamento Tópico

Procedimentos de limpeza e de desbridamento

- A técnica de limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos

desvitalizados soltos, micro-organismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção.

- Os passos para a limpeza da lesão deverão seguir a técnica asséptica e limpeza com soro fisiológico (SF) 0,9% morno e em jato.
- A solução aquosa de polihexanida 0,1% (PHMB) poderá ser indicada também para limpeza da ferida, quando for necessário uma limpeza mais profunda e controle antimicrobiano.
- A remoção do tecido desvitalizado, quando houver, ocorrerá após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação, por meio dos processos:
 - o 1º opção: Mecânico (jato de SF 0,9% ou gases);
 - o 2º opção: Enzimático (cobertura tópica primária com enzimas proteolíticas) ou Autolítico (cobertura tópica primária com facilitadores da ação dos macrófagos e da atividade proteolítica endógena);
 - o 3º opção: Instrumental conservador (tesoura/bisturi);
 - o 4º opção: Cirúrgico.

Ressalvas

- Utilizar o sistema RYB de avaliação por cores para seleção do desbridamento: vermelho

(red); amarelo (yellow) e preta (black) – PROTEGER A VERMELHA; LIMPAR A AMARELA E DESBRIDAR A PRETA.

- O desbridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o
 - desbridamento pelos meios mecânico e enzimático ou autolítico não forem suficientes.
 - As necroses secas deverão ser “escarificadas”, em forma de rede, (técnica de Square) com uso de bisturi ou agulha 0,12 x 40, antes da aplicação da cobertura tópica enzimática ou autolítica, para facilitar a penetração desse produto.
 - Não é recomendado desbridar necroses estáveis e duras nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos.

Aplicação de terapias tópicas

A prescrição das coberturas será embasada nas recomendações do preparo do leito da lesão que preconizam fazer as seguintes observações clínicas: tipo de tecido; estadiamento da lesão; quantidade de exsudato; presença de sangramento; sensibilidade à dor e presença de infecção. As coberturas incluem: as primárias, as secundárias e os dispositivos de fixação/suporte.

**PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO (LPP)**

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Estágio	Características	Coberturas	Período de Troca
Estágio 1	Áreas com hiperemia	Áreas com hiperemia sem exposição à unidade	Placa de hidrocolóide
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Ácido hialurônico (HAI)
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Prótenas colágenas (solução polimérica; Ovído de Elnoc)
Estágio 2	Áreas com hiperemia	Áreas com hiperemia	Gel + AGI
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Placa de hidrocolóide
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Multa não aderente esteril

Estágio 3	Áreas com hiperemia	Áreas com hiperemia	Fogão 30%	Cada 12 horas
		Áreas com hiperemia	Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gfi)	Cada 24 horas
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Fogão 6%	Cada 12 horas
		Áreas com pouca exposição à unidade	Fogão 30%	Cada 12 horas
Estágio 4	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gfi)	Cada 24 horas
		Áreas com pouca exposição à unidade	Álginato de cálcio e sódio (gfi)	Até 5 dias (Forte, corante contido na embalagem de referência)
Técnicas de granulação	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Álginato de cálcio e sódio (com pasta (gfi) ou fita)	Cada 24 horas
		Áreas com pouca exposição à unidade	Fogão 3%	Cada 24 horas
Ferida complexa	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Multa não aderente esteril	Cada 24 horas
		Áreas com pouca exposição à unidade	Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gfi)	Cada 24 horas
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Terapia por pressão negativa	Até 5 dias
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Álginato de cálcio e sódio (com pasta (gfi) ou fita)	Até 5 dias (Forte)

	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Multa não aderente esteril	Cada 24 horas
	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Multa não aderente esteril	Até 24 horas

Tela profunda	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Placa de hidrocolóide	Até 5 dias (Forte, corante contido na embalagem de referência)
		Áreas com pouca exposição à unidade	Fita transparente de parafina não esteril	Até 5 dias (Forte)
Tela perfurada	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	AGI	Cada 6 horas
		Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade
Tela perfurada	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade
		Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade	Áreas com pouca exposição à unidade

Tipo de cobertura secundária	Características da lesão
Gases esterilizados	Lesões superficiais/profundas e secas/exsudativas
Compressas esterilizadas	Lesões profundas e muito exsudativas
Multa não aderente esteril	Lesões sangrantes; lesões no pele adjacente prejudicada
Tipo de dispositivo de fixação/suporte	Cobertura secundária + características do local
Esparadrapo/Membrano	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Pele adjacente íntegra
Fita adesiva	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Círculos anatômicos circulares
Fita transparente de poliuretano não esteril	Utilizado sobre gases/compressas esterilizadas + Pele adjacente normal ou prejudicada (se) Áreas com exposição à unidade (tela, fita e adesivo elástico)
Fita de proteção (trepna) no gfi	Utilizado sobre gases/compressas com fitação + lesões em cálcio e nitrato

Intervenções Sistêmicas:

A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle/ajustes dos fatores intrínsecos do paciente que, diretamente ou indiretamente, interferem ou podem interferir no processo de cicatrização da LPP. Importante: considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional.

A análise laboratorial é uma ferramenta indicada como critério de avaliação no processo cicatricial da lesão e guia para adequações nutricionais e metabólicas. Os exames indicados e os valores de referência são:

- Hemoglobina glicada (6,5 a 7%);
- Albumina sérica (3,5 a 5,2 g/dL);
- Hemograma completo (eritrócitos 4 a 6 milhões/mm³; hemoglobina 12 a 18 g/dL; hematócrito 35 a 50%; plaquetas 150.000 a 450.000/mm³; leucócitos 4.500 a 11.000 células/mm³);
- Zinco (80 a 120 µg/dL);
- Vitamina B12 (200-835 pg/mL);
- Vitamina D (>30 ng/mL).

Evolução da Lesão por Pressão

O registro da evolução da LPP deverá ser realizado a cada 7 dias, pelo enfermeiro da unidade, para moni-

PROTOCOLO
GERENCIADO: META
6 - PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DE LESÃO
POR PRESSÃO (LPP)

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

toramento e reavaliar condutas.

A escala Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) poderá ser utilizada para prever o progresso da cicatrização da lesão (pontuação de 0 a 17 pontos).

Escala de PUSH

Quadro 1 - Características e respectivos pontos

Componente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Tempo	1.0m	1-2.0m	2.1-3.0m	3.1-4.0m	4.1-5.0m	5.1-6.0m	6.1-7.0m	7.1-8.0m	8.1-9.0m	9.1-10.0m	10.1-11.0m	11.1-12.0m	12.1-13.0m	13.1-14.0m	14.1-15.0m	15.1-16.0m	16.1-17.0m	17.1-18.0m
Quantidade de tecido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Tipos de tecido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

TABELA DE REGISTRAÇÃO DA LESÃO DE PRESSÃO

Nome do paciente: _____
Data da avaliação inicial: _____
Número da LPP (até 4): _____
Localização e estágio da LPP: _____

Linha	LPP nº 1		LPP nº 2		LPP nº 3		LPP nº 4	
	Localidade	Estágio	Localidade	Estágio	Localidade	Estágio	Localidade	Estágio
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								

Medição da área da LPP:

Traçar uma linha horizontal e uma linha vertical nos maiores diâmetros da lesão; mensurar em centímetros e multiplicar os valores. Utilizar régua transparente descartável milimetrada, preferencialmente.

O plano de tratamento deverá ser reavaliado a cada 7 dias, principalmente, quando não houver uma evolução esperada da lesão.

A análise microbiológica da lesão poderá ser indicada quando a LPP não apresentar uma evolução esperada e ter a presença de sinais e sintomas locais e/ou sistêmicos de infecção.

Sinais e sintomas locais e sistêmicos, tais como: aumento da dor; odor fétido; descoloração do tecido de

granulação; hipergranulação; aumento ou alteração exsudato (purulento); aumento de necrose; alterações na pele perilesional (edema, dor; eritema, calor); febre; calafrios; leucocitose; taquicardia; hipotensão arterial e outros.



Tipos de procedimentos para coleta de material microbiológico

- Coleta de tecido por meio de biópsia (CB). Indicado pós debridamento cirúrgico;
- Preferível coleta por swab ou por técnica de aspiração;

Observações:

- A coleta de material microbiológico deverá ser realizada em tecido viável, após a limpeza;
- Se o resultado microbiológico confirmar a infecção da lesão, a necessidade de tratamento sistêmico com antimicrobianos será determinada pelo médico, considerando os resultados laboratoriais e o estado clínico do paciente;

- Na presença de sinais de infecção na lesão, é indicada terapia tópica com antimicrobianos;
- Tempo máximo de uso de um mesmo agente tópico é de 15 dias;
- Investigação de diagnóstico de osteomielite em lesões estágio 4 a partir do 14º dia de sua instalação;
- A documentação fotográfica, recurso utilizado no registro da evolução de uma lesão, deverá possuir: autorização escrita do paciente/responsável; máquina de boa qualidade (> 4.0 megapixels); data e escala de medição e fotografias subsequentes à mesma distância, ângulo, ampliação e iluminação.

5.9. Atribuições por categoria profissional

Equipe Multiprofissional

- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;
- Participar e solicitar parecer técnico da Comissão Especializada em Tratamento de LPP, quando necessário;
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;
- Participar de grupos de estudos e envolver em capacitações de novas técnicas e tecnologias;
- Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar, orientar e entregar folder para pacientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LPP no domicílio;
- Realizar a contrarreferência dos pacientes com LPP para as unidades de atenção primária;
- Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar.

Enfermeiro

- Identificar e classificar o paciente com risco para LPP (risco individual e perfil de risco por unidade);
- Realizar a prescrição de ações preventivas para LPP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto. Seguir o Plano de Intervenções em Enfermagem "Prevenção de Lesão por Pressão", disponível a toda a equipe de enfermagem;
- Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e informar os serviços competentes, para reparos ou substituição;
- Registrar o risco de LPP a que o paciente está exposto na placa de identificação à beira leito;

- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;
- Realizar os curativos de LPP de maior complexidade;
- Realizar o desbridamento da LPP com instrumental conservador, se indicado;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no formulário "Avaliação de Lesão Crônica";
- Notificar os casos de LPP, estágios 1,2,3,4, não estadiável, tissular profunda ou causadas por dispositivos médicos;
- Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LPP e ao preenchimento dos formulários de registros.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro;
- Realizar o curativo da LPP, conforme prescrição;
- Registrar as características da LPP no formulário "Avaliação de Lesão Crônica";
- Comunicar qualquer alteração e não

conformidades observadas ao enfermeiro.

Médico

- Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
- Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LPP;
- Realizar a prescrição dietética de macro e micronutrientes e suplementação com aminoácidos e imunomoduladores, incluindo a hidratação oral, de acordo com as necessidades de cada paciente;
- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;
- Realizar os curativos de LPP;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no formulário "Avaliação de Lesão Crônica";
- Realizar desbridamento cirúrgico em LPP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução. A cargo da cirurgia geral;
- Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LPP estágio 4, para investigação de osteomielite. A cargo das especialidades de ortopedia e infectologia;
- Intervir cirurgicamente na LPP não infectada que esteja com borda descolada,

enrolada, fibrótica e hipergranulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido. A cargo da cirurgia plástica;

- Solicitar a cultura microbiológica da lesão, quando observado sinais sugestivos de infecção;
- Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

Nutricionista

- Realizar a consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), mediante solicitação da equipe, para identificar os pacientes com fatores de risco nutricional;
- Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do paciente;
- Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitamínicos e hemograma);
- Realizar a evolução clínica e nutricional dos pacientes com risco ou LPP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário;
- Acompanhar os pacientes com risco para LPP, mediante solicitação, e adequar a prescrição dietética por via oral ou cateter enteral.

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional

- Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LPP, referente as ações de mobilização, de redução da sobrecarga tissular e de utilização de superfícies especiais de suporte.

Fonoaudiólogo

- Realizar avaliação fonoaudiológica dos pacientes com risco para disfagia (avaliação estrutural e funcional da deglutição), mediante interconsulta, e acompanhá-los, quando necessário;
- Indicar a adequação da consistência da dieta oferecida via oral ou de vias alternativas de alimentação, quando for o caso;
- Orientar o paciente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre o modo de realizar a oferta da dieta e da hidratação, atendendo as necessidades do paciente;
- Realizar a terapia de deglutição por meio de exercícios ativos-assistidos, estimulação de sensibilidade e treino funcional de deglutição.

Psicólogo

- Realizar acolhimento e atendimento psicológico ao paciente, familiares e ou acompanhantes, conforme demanda apresentada.

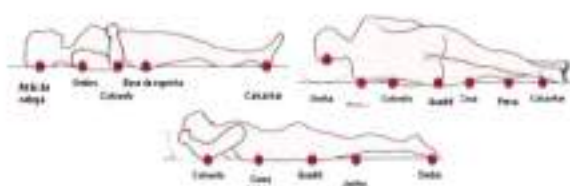
AM

Assistente Social

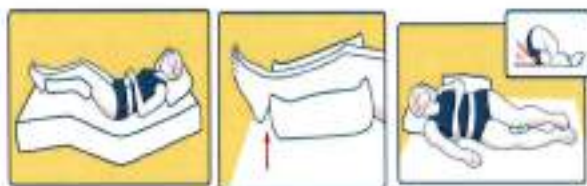
- Pesquisar a realidade social do paciente e da rede social de apoio do município de referência e tomar providências, quando possíveis.

5.10. Ilustrações

Áreas de Pressões:



Reposicionamento em 30° na posição semi-fowler:



Relógio com indicação de tempo e posição do paciente a cada duas horas



Posicionamento utilizando coxins

1. Decúbito dorsal



2. Decúbito lateral direito



3. Decúbito lateral esquerdo



5.11. Monitoramento

Indicadores de resultados:

- Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para lesão por pressão na admissão

Número de pacientes avaliados pela escala de risco para lesão com 24 horas de admissão x 100

Número total de pacientes com 24h de admissão

- Incidência de Lesão por Pressão

Número de pacientes com LPP x 100

Número de pacientes com risco

Auditoria:

A auditoria para verificação das práticas de controle preventivas para o risco de lesão por pressão é realizada semanalmente através de formulário observacional. As auditorias são realizadas leito a leito verificando se cada paciente possui em sua pulseira de risco avaliação do risco de LPP (sinalizado na cor amarelo), e se suas práticas de prevenção são realizadas conforme o protocolo da instituição.

REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <<http://www.rebraensp.com.br/pdf/manu>

[al_seguranca_paciente.pdf](#)>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

MENDONÇA, Camila M. L. Escala de Avaliação de Risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação. Ribeirão Preto, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Resolução 0567 de 2018.

SILVESTRI, Jeane, et al. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão, 2017.

PEREIRA, Margareth P, et al. Ações de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em UTI, Revista Rechiem, 2012.

BRASIL, Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LPI).

MENDONÇA, Camila. M., et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento Cirúrgico. Rev. LatinoAm. Enfermagem, 2016.

BROOM M et al. Predicting Neonatal Skin Injury: the first step to reducing skin injuries in neonates. Health Services Insight 2019(12):1-10

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP) ANNOUNCES A CHANGE IN TERMINOLOGY FROM PRESSURE ULCER TO PRESSURE INJURY AND UPDATES THE STAGES OF PRESSURE INJURY. Disponível em: <

<http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-in-terminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressure-injury/>>. Acesso em: Fev, 2021.

PROTOCOLO GERENCIADO: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO SEGURO – 11 CERTOS

1. OBJETIVO

- Promover práticas seguras na administração de medicamentos;
- Normatizar a administração de medicamentos.

2. RESPONSABILIDADE

- Equipe de Enfermagem.

3. DEFINIÇÕES

A administração de medicamentos é um processo multidisciplinar, que exige conhecimento técnico e prática. A etapa de administração é a última barreira para evitar um erro de medicação derivado dos processos de prescrição e dispensação, aumentando, com isso, a responsabilidade do profissional que administra os medicamentos.

4. TERMINOLOGIAS

EPIs: Equipamento de Proteção Individual.

5. ABRANGENCIA

- Emergência e Urgência;
- Centro Cirúrgico;
- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Clínica Oncológica;
- Clínica Obstétrica;
- Equipe Médica;
- Equipe de Enfermagem.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Medicamentos em geral;
- Prescrição Médica.

7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Prescrição Certa

- Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas quando possível. A prescrição deve conter os seguintes itens:
 - o Identificação do paciente;
 - o Identificação do prescritor;

- o Identificação da instituição;
 - o Data e Validade;
 - o Legibilidade, sem abreviaturas, com exposição de doses com unidades de medidas claramente indicadas;
 - o Duração do tratamento e posologia descritos com diluição, velocidade, tempo de infusão e via;
 - **Paciente Certo:** Perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento e utilizar no mínimo dois identificadores (nome e data de nascimento) para confirmar o paciente correto;
 - **Medicamento Certo:** Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito. O nome do medicamento deve ser confirmado com a prescrição antes de ser administrado. Conhecer o paciente e suas alergias. Conferir se ele não é alérgico ao medicamento prescrito. Identificar os pacientes alérgicos de forma diferenciada, com pulseira e aviso em prontuário, alertando toda a equipe;
- Validade Certa: Verificar validade da medicação antes do preparo;
- **Forma/Apresentação Certa:** Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente;
 - **Dose Certa:** Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento. Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada, pois podem redundar em doses 10 ou 100 vezes superiores à desejada. Certificar-se de que a infusão programada é a prescrita para aquele paciente. Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua;
 - **Orientação Certa:** Esclarecer dúvidas sobre a razão da indicação do medicamento, sua posologia ou outra informação antes de administrá-lo ao paciente junto ao profissional prescritor. Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. Garantir ao paciente o direito de conhecer o aspecto (cor e formato) dos medicamentos que está recebendo, a frequência com que será ministrado, bem como sua indicação, sendo esse conhecimento útil na prevenção de erro de medicação;
 - **Via Certa:** Identificar a via de administração prescrita. Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento;
 - **Hora Certa:** Preparar o medicamento de

modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto, para garantir adequada resposta terapêutica. Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade. A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor;

- **Resposta Certa:** Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita. Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente;
- **Registro Certo:** Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento. Checar o horário da administração do medicamento a cada dose. Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Anexo 03: Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília, 2014.

EBSERH. UFC-MEAC. Segurança na Prescrição, Dispensação, Administração e Uso de medicamentos. 2 019, 3 Revisão. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1110036/PRO-NUSEP-01-ANEXO.pdf/d6314e8d-8607-4f50-9176-87b-d79409ec2>> Acesso em: 07 de Fevereiro de 2020.

PROTOCOLO GERENCIADO: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

OBJETIVO

Assegurar a continuidade dos cuidados de saúde na transferência de pacientes entre diferentes serviços de saúde ou de diferentes unidades dentro do mesmo local.

1. RESPONSABILIDADES

- Equipe Multiprofissional;
- Equipe Médica.

2. DEFINIÇÕES

A transição do cuidado é um conjunto de ações destinadas para assegurar a coordenação e a continuidade do cuidado na transferência intra/extra hospitalar do paciente/cliente e/ou para alta domiciliar.

3. TERMINOLOGIAS

NÃO SE APLICA

4. ABRANGÊNCIA

- Pronto Socorro;
- Centro Cirúrgico;

- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Clínica Obstétrica;
- Unidade de Terapia Intensiva.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- Abrir sistema MV;
- Ir para aba de rotinas de enfermagem;
- Abrir Transição de cuidados;
- Preencher formulário.

REFERÊNCIAS

https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/URGS_e9387847a0b-c46826598e4bca1a5ccf1

https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/pt_1983-1447-rgenf-39-04-e20180119.pdf

https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692020000100607&script=sci_arttext&tlng=pt

PROTOCOLO GERENCIADO: ATEDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA MÉDICA (CÓDIGO AZUL E AMARELO)

1. OBJETIVO

- Padronizar o atendimento de Urgência e Emergência;
- Estudar a incidência e o atendimento às urgências e emergências;
- Organizar um sistema de código para atendimento das urgências e emergências clínico-cirúrgicas intra-hospitalar;
- Aumentar a taxa de sobrevivência em pacientes com PCR.

2. RESPONSABILIDADES

- Equipe de Enfermagem;
- Equipe Médica;
- Equipe de Fisioterapia.

3. DEFINIÇÕES

- Código Amarelo: consiste no

reconhecimento precoce de mudanças agudas nos parâmetros vitais dos pacientes, com o intuito de reduzir o número de paradas cardiorrespiratórias (PCR), diminuir a mortalidade intra hospitalar favorecendo a segurança do paciente, dos profissionais e da instituição;

- Código Azul: é o atendimento em casos de suspeita de PCR;
- Parâmetros vitais: são indicadores das funções vitais ex: pressão arterial; pulso; respiração e temperatura;
- Déficit motor: a perda de movimento, sensação ou função em um local específico do corpo, como por exemplo o lado esquerdo da face, braço esquerdo ou áreas menores, como a língua;
- Convulsão: é a contratura involuntária da musculatura, que provoca movimentos desordenados, geralmente é acompanhada pela perda da consciência;
- Sepsis: é uma disfunção ou falência de múltiplos órgãos, sendo principal causa de internações e morte nas UTIs. A sepsis é um conjunto de manifestações graves em todo o organismo produzidas por uma infecção, era conhecida popularmente como septicemia ou infecção no sangue, hoje é mais conhecida como infecção generalizada. Na verdade, não é a infecção que está em todos os locais do organismo. Por vezes, a infecção pode estar localizada em apenas um órgão, como por exemplo, o

M

pulmão, mas provoca em todo o organismo uma resposta com inflamação numa tentativa de combater o agente da infecção;

- **Sangramento mediastinal:** é um sangramento na região do mediastino (espaço entre os pulmões que abriga o coração) ocorre geralmente em pós-operatório de cirurgias cardíacas e em algumas patologias como aneurisma de aorta;
- **Hemorragia digestiva alta:** é um sangramento na região do esôfago ou estômago, caracterizado por vômitos com sangue;
- **Hemorragia digestiva baixa:** é um sangramento que ocorre no intestino, caracterizado por sangue nas fezes, podendo ser sangue vivo ou oculto (fezes bem escuras com odor fétido);
- **Rebaixamento do nível de consciência:** As alterações do nível de consciência são caracterizadas por sonolência, letargia, obnubilação, torpor e coma. As principais diferenças e características destes variados estados neurológicos são:
 - o O paciente **sonolento** responde a estímulos verbais ou ao toque leve;
 - o O paciente **letárgico** ou **obnubilado** responde a estímulos mais vigorosos;
 - o O paciente **em estupor** apresenta redução da vigília (dificuldade de se manter acordado),

com resposta somente a estímulos vigorosos e/ou dolorosos;

- o O paciente em **coma** está em um estado de ausência de responsividade total ou quase total, em que os olhos se encontram fechados, não obedecendo a comandos, não apresentando abertura ocular mesmo a dor e sem movimentos espontâneos.

4. TERMINOLOGIAS

- **PCR:** Parada Cardiorrespiratória;
- **RCP:** Ressuscitação Cardiopulmonar;
- **RPA:** Recuperação Pós Anestésica;
- **NIR:** Núcleo Interno de Regulação,

6. ABRANGÊNCIA

- Pronto Socorro;
- Centro Cirúrgico;
- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica;
- Clínica Obstétrica;
- Unidade de Terapia Intensiva.

7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- O acionamento do **CÓDIGO AZUL** deve ser realizado em situações em que os paciente se encontra em provável PCR, baseada na ausência de responsividade, ausência de pulso palpável, ausência de respiração.
- O acionamento do **CÓDIGO AMARELO** deve ser realizado nas seguintes situações:
 - Diminuição aguda da saturação de oxigênio para valores abaixo de 90%;
 - Frequência respiratória menor que 10 rpm ou maior que 24 rpm;
 - Pressão arterial sistólica menor ou igual a 90mmHg com sintomas;
 - Pressão arterial sistólica maior que 180mmHg associada a sintomas;
 - Frequência cardíaca menor do que 50 bpm com sintomas;
 - Frequência cardíaca maior que 120bpm com sintomas;
 - Rebaixamento do nível de consciência e/ou déficit motor agudo;
 - Convulsão;
 - Queda;
 - Sepsis;

- Sangramento agudo (mediastinal, hemorragia digestiva alta ou baixa).

Como acionar o código azul e o código amarelo:

- Diante dos critérios de código azul ou amarelo descritos acima o colaborador deverá acionar o médico plantonista da emergência, anunciando o código correspondente (azul ou amarelo), a enfermagem e o setor do paciente para que a equipe de enfermagem e o médico realizem o atendimento de emergência no quarto ou na sala de reanimação.
- Após o Atendimento o médico realiza a prescrição de exames, medicamentos e materiais utilizados;
- Solicita ao NIR vaga de UTI ou encaminhamento para unidade hospitalar especializada;
- A equipe de enfermagem do setor onde ocorreu a urgência/emergência. Realizará o atendimento junto ao médico acionado.

Quando detectado PCR na UTI:

- Quando detectado uma PCR na UTI, o atendimento é realizado por toda equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), comunicando o médico plantonista, que se encontra presente no setor, ele realiza o início imediato da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).

Quando detectado Emergência:

- o Quando detectado PCR no setor de emergência, o atendimento é realizado por toda equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), comunicando o médico de plantão na emergência, ele realiza o início imediato da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).

Centro Cirúrgico e RPA (Recuperação Pós Anestésica):

- o Quando detectado PCR, o atendimento é realizado por toda equipe de enfermagem (enfermeiro e técnicos de enfermagem), comunicando o médico anestesiológico, que se encontra presente no setor, ele realiza o início imediato da Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP).
- O médico plantonista da emergência que fez o atendimento realiza o preenchimento da Declaração de Óbito e realiza a evolução do procedimento em prontuário;
- Em casos que o paciente esteja em cuidados paliativos, a informação deverá ser repassada a toda equipe para que não seja acionado o código azul/amarelo;
- Os códigos nunca devem ser acionados para: prescrição de medicamentos, preenchimento de receitas médicas, atestados de óbito, laudos de antibióticos ou pedido de exames;
- Quando os pacientes externos que estão aguardando nas recepções apresentarem

deterioração clínica, o recepcionista deve acionar o código;

- Deverão ser encaminhados à emergência os colaboradores que apresentem alterações clínicas.

REFERÊNCIAS

American Heart Association (AHA) 2010. [http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_352_desc_C3%ADnica_pagina__subtopico_33_busca_American Heart Association \(AHA\) 2020.](http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_352_desc_C3%ADnica_pagina__subtopico_33_busca_American%20Heart%20Association%202020)

PROTOCOLO GERENCIADO: DESOSPITALIZAÇÃO SEGURA

1. OBJETIVO

- Implementação de rounds multiprofissionais com checklist padronizado com enfoque em planejamento da alta, plano terapêutico e qualidade e segurança assistencial;
- Identificar aspectos clínicos e epidemiológicos relacionados aos pacientes com longa permanência na unidade de saúde acima de sete (07) dias;
- Detectar, durante o período de internação hospitalar, falhas de fluxo que possam interferir no tempo de permanência no leito e na qualidade assistencial oferecida e propor intervenções relacionados a:
 - o Exames diagnósticos e terapêuticos;
 - o Interface entre as equipes médicas;
 - o Problemas sociais ou de entendimento da família;
 - o Fluxo de pacientes;
 - o Transição para o ambiente extra-hospitalar de pacientes complexos.
- Identificar pacientes com necessidade do uso de dispositivos, medicamentos especiais

ou dietas em domicílio;

- Identificar pacientes submetidos a curativos especiais (LPP);
- Elaborar, divulgar e manter atualizado o Mapa de Apoio que visa detalhar as especificidades dos serviços de saúde e outros que participam da atenção ao usuário após alta hospitalar.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde nas unidades hospitalares;
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

O termo "desospitalização" visa à desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, prevenindo a reinternação desnecessária, amparando as equipes de atenção básica e garantindo a agilidade no processo de alta para o domicílio e reinserção nas Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Compreende-se a desospitalização como estratégia de cuidado, em que o paciente está no centro da atenção, variando apenas os níveis e o cenário da intervenção, têm de estar presentes no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolvendo o cuidado in-

tegral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente.

É um processo que deve ser abordado desde o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde até a sua transição entre os diferentes pontos de atenção à saúde, devendo ser realizada de modo responsável, seguro, humanizado e com atuação multidisciplinar. Assim, cabe pensar na família como elemento fundamental no processo de gestão do cuidado, contribuindo para o exercício da cidadania e adesão ao tratamento de saúde e orientações da equipe multiprofissional.

Deve ocorrer durante todo o percurso da internação. Por isso, é importante elaborar e implementar um plano de gestão. Esse plano deve contemplar os campos de atuação da desospitalização: cuidados paliativos, atenção domiciliar, educação em saúde, protagonismo do paciente, gestão de leitos e articulação com as RAS.

Portanto, desospitalizar ultrapassa a concepção de uma simples alta do paciente após o período de internação. Os modelos de atenção à saúde devem se pautar em linhas de cuidado, com foco na prevenção, na promoção da saúde, nas ações de educação e na reabilitação.

4. TERMINOLOGIAS

- **RAS** - Redes de Atenção em Saúde;
- **Sumário de alta:** relato clínico objetivo sobre as intervenções realizadas, as instruções para continuidade do cuidado pós-alta e o estado de saúde do paciente ao final

de sua permanência na internação em estabelecimentos de saúde como: hospital, clínica, hospital-dia, internação domiciliar e urgência.

- **Huddle:** é uma reunião de curta duração, que visa à melhoria do processo assistencial nos serviços de saúde.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Identificação de pacientes com critérios para acompanhamento pela equipe

A equipe de Desospitalização Segura deverá realizar diariamente o *Huddle*, reunião de curta duração, junto a equipe multidisciplinar assistência para identificar pacientes com critérios para acompanhamento pela equipe. Os critérios são:

- Pacientes com internações em unidade de internação/enfermarias acima de sete dias de internações;
- Pacientes com necessidade do uso de dispositivos, medicamentos especiais ou dietas em domicílio;
- Pacientes submetidos a curativos especiais (LPP);
- Pacientes com histórico de doenças psiquiátrica ou disfunção de apoio familiar;
- Pacientes com critérios de possível longa permanência.

CRITÉRIOS DE IDENTIFICAÇÃO DE PACIENTES COM POSSÍVEL LONGA PERMANÊNCIA		
Emergência	Eletivo	Após Internação
<ul style="list-style-type: none"> - Fratura complexa (colo de fêmur, bacia, coluna) - Cirurgia oncológica (pancreatotomia, jejunostomia, colectomia, outras cirurgias extensas) - Politrauma - Pacientes renais - Neurológicos (AVC, tumor sistema nervoso central, TCE). - DPOC 	<ul style="list-style-type: none"> - Cirurgias complexas - Reinternações Frequentes - Reinternação nos últimos 30 dias - Origem de Home Care 	<ul style="list-style-type: none"> - CCIH Informar pacientes com indicação de antibiótico prolongado

Quadro 1 – Critérios de Identificação de Pacientes com possível Longa Permanência

Ações no acompanhamento dos pacientes identificados

- Acompanhar o Plano Terapêutico diariamente;
- Detectar falhas de fluxo que possam interferir no tempo de permanência no leito e na qualidade assistencial oferecida e propor intervenções relacionados a:
 - o Exames diagnósticos e terapêuticos;
 - o Interface entre as equipes médicas;
 - o Problemas sociais ou de entendimento da

família;

- o Fluxo de pacientes;
- o Transição para o ambiente extra-hospitalar de pacientes complexos.
- Avaliar se esse paciente necessita de continuidade de tratamento no domicílio;
- Estabelecer vínculo com a família para estabelecer planos de cuidado após a alta: identificar o cuidador responsável/principal para estimular a participação e o protagonismo do paciente no seu cuidado;
- Acompanhar e identificar necessidades de orientações ao paciente/cuidador sobre o processo de saúde, dispositivos e cuidados

específicos pela equipe multidisciplinar assistencial;

- Monitorar diariamente as previsões de altas e o motivo das altas previstas canceladas.

Planejamento para desospitalização segura

O Plano de Alta hospitalar deve contemplar:

- Reconciliação medicamentosa;
- Instruções de alta ao paciente/cuidador;
- Checklist de alta;
- Sumário de alta.

Reconciliação medicamentosa

A Reconciliação medicamentosa é o processo de verificação da lista de medicações em uma transição de ponto de cuidado, como a alta hospitalar, para identificar quais medicamentos foram adicionados, descontinuados ou modificados em relação à lista de medicação pré-admissão deve prever:

- Lista acurada das medicações pré-admissão;
- Lista acurada de medicações por ocasião da alta;
- Explicar ao paciente as alterações realizadas e suas razões.

Instruções de alta ao paciente e cuidador

- A equipe multiprofissional deve fornecer informação ao paciente, familiar e/ou cuidador por escrito;
- Os profissionais devem confirmar a compreensão das orientações utilizando método de repetição (explicar e pedir para o paciente ou familiar dizer a informação com suas próprias palavras);
- Explicar a relação entre novos medicamentos e diagnósticos;
- Explicar o sumário de alta
- Explicar o curso da doença em casa, antecipando circunstâncias e possíveis sintomas, e quando é motivo para entrar em contato com um profissional médico;
- Documentar toda orientação em prontuário;

PACIENTE	
1	O Sr. foi informado a respeito da data da alta? S () N ()
2	Foi informado o horário de saída do hospital? S () N ()
3	O Sr. irá para casa com quem? * R: _____ S () N () NA ()
4	Quem virá buscá-lo, sabe do horário da alta? S () N () NA ()
5	Foi acordado com o Sr. sobre as atividades do dia da alta banho/procedimentos? S () N ()
6	Foi informado sobre o horário do café da manhã? ** S () N ()
7	O Sr. foi orientado a respeito dos cuidados, limitações ou restrições que deverá ter no pós alta? S () N ()
8	O Sr. foi orientado em quais sintomas ou sinais o Sr. deve procurar o seu médico? S () N ()
9	O Sr. necessitará de algum dispositivo em casa (muleta, cadeira, oxigênio)? S () N () NA ()
10	Estes dispositivos já estão em casa? S () N ()
11	Das afirmações abaixo escolha a que mais se aplica: () 1- Não recebi informações. () 2- Recebi poucas informações e me sinto pouco seguro. () 3- Recebi algumas informações e me sinto parcialmente seguro. () 4- Recebi informações suficientes e me sinto seguro. () 5- Recebi as informações e me sinto extremamente seguro a dar continuidade ao meu tratamento em casa.

Quadro 2 - Checklist de Alta para Paciente e Família/Cuidador

Checklist de Alta para Equipe Multiprofissional

Para o adequado planejamento de alta hospitalar a equipe multiprofissional deverá realizar o Checklist Alta Hospitalar conforme abaixo 48h horas antes da data prevista para alta, caso seja identificado alguma demanda realizar de imediato. A equipe de Desospitalização Segura deverá acompanhar a abertura e a execução das atividades do Checklist.

CHECKLIST ALTA HOSPITALAR								
Paciente:						Procedência:		
De/Leto:				Data de Alta: / /				
PLANEJAMENTO DE ALTA (DURANTE A INTERNAÇÃO HOSPITALAR)						SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS E/OU PARA PORTADORES DE DIETAS ESPECIAIS								
ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL								
ORIENTAÇÕES DA FONOAUDILOGIA PARA PORTADORES DE DISTÚRBO DE LINGUAGEM E DE DEGLUTIÇÃO								
ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO FONOAUDIOLÓGICO DE PACIENTES COM DISTÚRBIOS DE LINGUAGEM E DE DEGLUTIÇÃO								
ENCAMINHAMENTO SOCIAL								
ORIENTAÇÕES DE ALTA DA FISIOTERAPIA								
ENCAMINHAMENTO PARA ACOMPANHAMENTO FISIOTERÁPICO								
ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM QUANTO À ADMINISTRAÇÃO SUBCUTÂNEA DE MEDICAMENTOS								
ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM QUANTO À ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS E AOS CUIDADOS COM SONDAS E TRAQUEÓSTOMOS								
ORIENTAÇÕES DA ENFERMAGEM QUANTO AOS CUIDADOS COM A PELE E HIGIENIZAÇÃO CORPORAL								
ORIENTAÇÕES DE ALTA (NO DIA DA ALTA HOSPITALAR)						SIM	NÃO	NÃO SE APLICA
ORIENTAÇÕES MÉDICAS QUANTO À REINTERNAÇÃO APÓS 48 HORAS DA ALTA HOSPITALAR, CASO HAJA PORA CLÍNICA								
PREENCHIMENTO ADEQUADO DO RELATÓRIO DE ALTA PELO MÉDICO ASSISTENTE								
FORNECIMENTO DE ATESTADOS, DECLARAÇÕES, RELATÓRIOS E PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS PELO MÉDICO ASSISTENTE								
ORIENTAÇÃO MÉDICAS QUANTO AO RETORNO AMBULATORIAL E/OU EXAMES DOS PACIENTES QUE TENHAM INDICAÇÃO								
DISPENSÇÃO E ORIENTAÇÃO FARMACÉUTICA QUANTO AO USO DAS MEDICAÇÕES DOMICILIARES								
EQUIPE MULTIPROFISSIONAL								
MÉDICO	ENFERMEIRO	NUTRICIONISTA	ASSISTENTE SOCIAL	FARMACÊUTICO	FISIOTERAPEUTA	FONOAUDIÓLOGO	PSICÓLOGO	

Quando 3 - Checklist de Alta para Equipe Multiprofissional

Sumário de Alta e Comunicação com profissionais de saúde fora do hospital

O Sumário de Alta é um documento essencial para apoiar a comunicação das informações do sumário de alta entre os diversos níveis de atenção de modo eficiente, efetivo e atempado, contribuindo para uma atenção coordenada entre os cuidadores do indivíduo e apoiando a continuidade dos seus cuidados. Deve ser preenchido completamente e conter:

- Data de admissão e alta;
- Motivo da hospitalização;
- Achados relevantes da história e exame físico;
- Achados laboratoriais significativos;
- Achados radiológicos significativos;
- Achados significativos em outros testes;
- Lista de procedimentos realizados e seus achados;

LOGO

PROTOCOLO
GERENCIADO:
DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

- Diagnóstico de alta;
- Condições de alta;
- Medicações da alta;
- Acompanhamento pós-alta;
- Resultados pendentes;
- Limitações / restrições no pós-alta.

Deverá identificar/confirmar quem é o médico que acompanha o doente e contatar/notificar este médico sobre a internação, o diagnóstico e a previsão de alta hospitalar se necessário.

Estratégias para desospitalização segura e giro de leito

- Para o agendamento cirúrgico de internações eletivas o número de diárias deve informado pelo médico solicitante, assim como internações via pronto-socorro, e esta data deve ser avaliada e retificada diariamente se necessário;
- O médico responsável pelo paciente deverá informar a data prevista de alta na evolução médica/Plano Terapêutico via sistema/prontuário e atualizá-la diariamente;
- Atualizar o quadro em cada leito para informar pacientes e familiares sobre a previsão de alta e o planejamento terapêutico (exames e procedimentos pendentes). Este

quadro é preenchido e atualizado pelo enfermeiro assistencial de cada setor em todos os períodos;

- Preenchimento/atualizar o display informativo manual/eletrônico da previsibilidade de altas para que todos os profissionais tenham acesso à informação e possa fazer o planejamento de suas ações assistenciais e orientação de alta hospitalar;
- Monitoramento diário pela equipe de desospitalização a previsibilidade de alta e motivo de altas canceladas;

Definições institucionais

As altas hospitalares devem ser realizadas prioritariamente até às 10h com intuito de disparar e agilizar o processo de giro de leito.

Monitoramento

Indicadores de resultados

- Taxa de ocupação

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes-dia}}{\text{N}^\circ \text{ de leitos-dia}} \times 100$

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de leitos-dia}}{\text{Tempo médio de permanência Clínica Médica (dias)}}$

- Tempo médio de permanência Clínica Médica (dias)

LOGO

PROTOCOLO
GERENCIADO:
DESOSPITALIZAÇÃO
SEGURA

Código: XXX-XXX-XX

Data: XX/XX/XX

Revisão: XX

Páginas: XX de XX

Nº de paciente-dia, em determinado período (Clínica Médica) _____

Nº de pacientes saídas no mesmo período (Clínica Médica)

- Tempo médio de permanência Clínica Cirúrgica (dias)

Nº de paciente-dia, em determinado período (Clínica Cirúrgica)

Nº de pacientes saídas no mesmo período (Clínica Cirúrgica)

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Vol 2

<https://www.advisory.com/International/Research/Clinical-Operations-Board/Studies/2016/The-New-Normal>

OLARIO, P. S. Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Arna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Domiciliar. Brasília, DF: MS, 2012a. v. 1. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/focs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf. Acesso em: 14 set. 2020.

PROTOCOLO GERENCIADO: TRANSFUSÃO SEGURA DE HEMOCOMPONENTES

1. OBJETIVO

- Máxima segurança nos procedimentos com hemoderivados em geral.

2. RESPONSABILIDADES

- Equipe médica;
- Enfermagem;
- Administrativa,

3. DEFINIÇÕES

A transfusão de sangue e hemocomponentes é usada para corrigir deficiências no transporte de oxigênio e hemostasia, a partir de perdas agudas ou crônicas de sangue e/ou alterações na produção de hemácias, plaquetas ou proteínas da coagulação sanguínea. Os riscos associados ao manuseio da transfusão, desde sua indicação, escolha do componente adequado à situação clínica do paciente, administração e monitoramento do procedimento transfusional, independem da tecnologia agregada e estão vinculadas principalmente à qualificação dos profissionais envolvidos nessas etapas da transfusão.

4. TERMINOLOGIAS

- Hemocomponentes: produtos gerados em serviços de hemoterapia através de técnicas de centrifugação que permitem o fracionamento da bolsa de sangue;
- Hemostasia: é a resposta fisiológica normal do corpo para a prevenção e interrupção de sangramento e hemorragias;
- Plaquetas: são células do sangue produzidas pela medula óssea e que são responsáveis pelo processo de coagulação sanguínea;
- Hemácias: são unidades morfológicas da série vermelha do sangue.

5. ABRANGÊNCIA

- Todos os setores de internação;
- Urgência e emergência;
- UTI;
- Clínica Médica;
- Clínica Cirúrgica.

6. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Abocath nº20, 18 e/ou 16;
- Garrote;

- Gaze;
- Álcool ou CHX 0,5 %;
- Bolsa de Hemoconcentrado ;
- Equipos específicos (Entregues pelo Hemocentro de Goiás);
- Bolsa de Hemocomponentes;
- Ficha de Acompanhamento Transfusional.

7. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

- Médico realiza a prescrição no sistema MV;
- Médico preenche a ficha de Hemocomponentes;
- Preenchimento da Ficha de Solicitação de Hemocomponentes e ou hemoderivados, disponibilizada pelo Hemocentro;
- Ficha deve estar assinada e carimbada pelo médico solicitante;
- Enfermeiro responsável pelo setor acionar laboratório para coleta de Grupo Sanguíneo + Fator RH;
- Após os resultados dos exames laboratoriais, é realizado a cópia dos mesmos e anexado juntamente com a caixa térmica de transporte;

- Montar caixa para transporte;
- Colocar gelox (Temperatura entre +2 +8);
- Monitorar e anotar temperatura da caixa (Planilha de Temperatura);
- Comunicar supervisão e entregar caixa organizada;
- Receber a caixa do Supervisor Administrativa/Enfermagem após busca do hemocomponente no HEMOCENTRO e conferir material solicitado e controle de temperatura da planilha;
- Conferir os dados de identificação do hemocomponentes;
- Certificar-se de que a bolsa em questão se destina realmente ao paciente e que todas as informações estão em conformidades;
- Orientar os profissionais Técnicos de Enfermagem sobre Hemotransfusão.

Durante a Transfusão, a enfermeira responsável pelo setor deve:

- Usar EPI's, no preparo da bolsa para a infusão;
- Realizar lavagem das mãos antes de iniciar a infusão e após o término da infusão;
- Realizar acesso calibroso;

- Verificar Imediatamente antes da transfusão, com muita atenção a identificação do receptor, conferir pulseira de identificação, e certificar que o paciente é o mesmo que receberá a Hemotransfusão, perguntando-lhe seu nome completo, e data de nascimento, se não for possível, conferir com a identificação no leito e na pulseira;
 - Verificar se a bolsa a ser transfundida encontra-se em temperatura ambiente de instalar a transfusão, recomenda-se que o hemocomponente permaneça entre 20°C e 24°C, por 30 minutos antes da transfusão, as demais bolsas deverão ficar armazenadas na caixa na temperatura (+2°C a + 4°C) até que sejam utilizadas, exceto concentrado de plaquetas que deverão permanecer entre 20°C e 24°C;
 - Cuidar para não violar a bolsa e sua identificação, o sistema deverá permanecer íntegro até o término da transfusão;
 - Orientar a equipe técnica que é terminantemente proibida a adição de quaisquer substâncias ou medicamentos aos Hemocomponentes, se for necessário administrar alguma medicação tem que ser feito em acesso venoso diferente;
 - Verificar Sinais Vitais, antes, durante e após a transfusão, e registrar no formulário de Acompanhamento Transfusional, disponível na pasta de hemotransfusão. Realizar verificação criteriosa dos sinais vitais (temperatura, frequência cardíaca e respiratória e pressão arterial) conforme descrito no formulário (antes, após 10 minutos e a cada hora);
 - Manter o gotejamento lento de 21gts/min, nos primeiros 10 minutos aumentar lentamente;
 - Observar o período de infusão que não deverá exceder de 4 horas. Quando este período for ultrapassado a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada;
 - Anotar no prontuário do paciente, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão), isso para garantir a rastreabilidade dos hemocomponentes infundidos;
 - Anotar todos esses dados também no livro de Hemotransfusão, (data, hora de início da infusão, número da bolsa instalada, volume, tipagem sanguínea, hora de final da infusão, nome do profissional que instalou a bolsa de hemocomponentes).
- Nota:** Atentar ao período de infusão, onde o mesmo não deverá exceder de 4 horas. Quando este período for ultrapassado a transfusão deve ser interrompida e a unidade descartada;
- Cuidados especiais:** Deve-se ter cuidado na administração de grandes quantidades de crioprecipitado, monitorando os níveis de fibrinogênio (do paciente), devido ao risco de tromboembolismo.

Complicações das transfusões:

Reações Transfusionais		
Reações Transfusionais	Imunes	Não imunes
Agudas	Reação febril não hemolítica	Contaminação bacteriana
	Reação hemolítica imune	Sobrecarga de volume
	Reação alérgica: leve, moderada e grave	Hemólise não imune
	TRALI (injúria pulmonar aguda relacionada a transfusão)	Embolia aérea
Crônicas		Hipotermia
		Alterações eletrolíticas
	Aloimunização eritrocitária	Hemosiderose
	Aloimunização HLA	Doenças infecciosas
	Reação enxerto x hospedeiro (GVHD)	
	Púrpura pós transfusional	
	Imunomodulação	

Reações Transfusionais				
Reação tipo	Sinais e Sintomas	Causa	Tratamento	Prevenção
Reação Hemolítica Imune	Mal estar, febre, cianose (labial), calafrio, ansiedade, dor torácica e lombar, angústia respirat.	Incompatibilidade ABO ou outro anticorpo fixador de complemento	Parar a transfusão, hidratar, manter sinais vitais, induzir diurese, tratar choque e CIVD	Assegurar correta identificação da amostra do paciente, checar a amostra
	Insuf. renal choque, CIVD, EAS: hemoglobinúria			
Reação Alérgica (de leve até grave)	Prurido, pápula em pálpebra e face, urticária, até anafilaxia, edema de glote	Anticorpo contra proteínas plasmáticas (Ig A)	Leve: Anti-histamínicos. Severa: Parar a transfusão, Adrenalina, corticosteróides	Leve: observar a transfusão, se necessário: Antihistamínico pré transfusional. Severa: Componentes sanguíneos lavados
TRALI	Dispnéia, edema pulmonar com Pressão Arterial normal	Anticorpos anti HLA ou anti-leucocitários (do doador)	Interromper imediatamente transfusão. Oxigenioterapia e corticosteróide	Hemácias lavadas

Incidentes Transfusionais Agudos:

Reações Transfusionais				
Reação tipo	Sinais e Sintomas	Causa	Tratamento	Prevenção
Febril não hemolítica	Febre, calafrios, raramente hipotensão	Anticorpos leucoplaquetários ou contra proteínas plasmáticas	Parar a transfusão, Antitérmico.	Anti-térmico componentes sanguíneos depletados de leucócitos (filtro)

Contaminação Bacteriana	Febre, calafrio e choque	Componente sanguíneo contaminado	Interromper imediatamente transfusão. Tratamento do choque e uso de antibiótico.	Cuidados na coleta, estocagem e manipulação dos hemocomponentes Evitar infusão rápida e excesso de transfusão
Sobrecarga de Volume	Dispnéia, hipertensão, edema pulmonar e arritmia cardíaca	Infusão rápida ou excesso de volume	Interromper a transfusão, diuréticos.	

Reações Transfusionais

Reação tipo	Sinais e Sintomas	Causa	Tratamento	Prevenção
Hemólise não imune	Igual a hemólise imune	Hemácias hemolisadas, mecânica ou química	Igual a hemólise imune	Inspecionar cuidadosamente a bolsa antes da transfusão
Embolia aérea	Insuficiência Respiratória	Ocorre quando se usa pressão para infusão do hemocomponente	Interromper a transfusão.	
Hipotermia	Calafrio, tremor	Infusão rápida de grande volume de sangue	Reduzir a velocidade de infusão e/ou aquecimento do sangue	idem
Alteração eletrolítica	Hipocalcemia, hipocalcemia, hipercalemia	Toxicidade pelo citrato, mais comum em hepatopata	Correção da alteração eletrolítica	Uso de componentes sanguíneos mais recentes

Incidentes Transfusionais Tardios:

Reações Transfusionais

Reação tipo	Sinais e Sintomas	Causa	Tratamento	Prevenção
Reação hemolítica tardia - aloimunização eritrocitária e HLA	Redução progressiva do hematócrito, icterícia, hemoglobulinúria - surge após 24 h até semanas	Resposta anamnésica a transfusão. Geralmente Rh, Kell, Kidd, Duffy	sintomático	Identificar o anticorpo para nas transfusões futuras utilizar hemácias fenotipadas.

Reações Transfusionais

Reação tipo	Sinais e Sintomas	Causa	Tratamento	Prevenção
Reação enxerto x hospedeiro (GVHD)	Destruição dos tecidos do receptor	Reação dos linfócitos T do doador contra os tecidos do paciente	Imunossupressão	Irradiação de hemocomponentes (25 Gy)
Púrpura Pós Transfusional	Púrpura de instalação súbita	Antiplaquetário - Surge 5 a 10 dias após a tx.	Devido AC Gamaglobulina (Imunoglobulina - EV 400 a 500 mg por 10 dias)	Selecionar Bolsas HPA-1 negativas
Imunomodulação				Identificar o antígeno para fazer nas transfusões futuras.
Hemossiderose	Escurecimento da pele, Diabetes e cardiopatias	Comum em pacientes politransfundidos	Quelantes do ferro	Quelantes do ferro
Doenças Infecciosas	Sintomas de cada doença	Virus, bactérias ou protozoários	Tratar a doença específica	Exames sorológicos de maior especificidade e sensibilidade

Transfusão de urgência:

- O tempo mínimo para realizar todas as provas necessárias para liberar um hemocomponente é de 40 minutos, após a chegada da amostra de sangue no Banco de Sangue;

- Na transfusão de urgência não é feita a prova de compatibilidade completa;
- Há risco de transfusão não compatível (parcial ou total);
- Só se justifica a liberação de sangue sem prova de compatibilidade em casos de extrema urgência;
- O médico assistente se responsabiliza assinando o "Termo de Responsabilidade", assim como o médico do Serviço de Hemoterapia;
- Liberado sangue "O", quando não se conhece o grupo sanguíneo do paciente;
- Rh negativo para meninas e mulheres em idade fértil;
- O Serviço de Hemoterapia prossegue com os testes de compatibilidade.
- Concomitante será comunicado ao banco de sangue, e informando a urgência da solicitação de hemocomponentes;
- É solicitado ao serviço de ambulância para buscar o hemocomponentes; com código vermelho para maior agilidade no processo;
- Comunicar via telefone o banco de referência hemocentro que a ambulância da unidade está a caminho para realizar o traslado da solicitação.

REFERÊNCIAS:

Guia para uso de hemocomponentes. Ministério da Saúde. 2ª Ed. 2015.

Manual de Vigilância Sanitária para o Transporte de Sangue e Componentes no Âmbito da Hemoterapia. ANVISA 2ª Ed. 2016.

Técnicas Modernas Em Banco de Sangue e Transfusão. Denise M. Harmening - 6ª Ed. 2015.

http://www2.ebserh.gov.br/documents/1132789/1132848/POP+15.5_PROTOCOLO+ADMINISTRAC3%87%C3%83O+SEGURA+DE+HEMOCOMPONENTES

Plano de contingência para casos emergenciais:

- Considerando caso de emergência, a referida unidade utilizará na pronta ausência de hemocomponentes, será empregado uso de repositores volêmicos:
 - o Plasma expander;
 - o Ringer Lactato;
 - o Soro fisiológico.

ITEM 1.1.3.2 - PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

INTRODUÇÃO

O setor de Almoarifado e Patrimônio do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU possuirá a finalidade receber e conferir todo o material e bens de pequeno valor da unidade, bem como armazená-los e distribuí-los em quantidade adequada, e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda do Hospital.

Desta forma, este Manual tem como objetivo orientar a realização das atividades dos colaboradores, estabelecendo normas e rotinas que direcionarão o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resultará em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES

Serão funções do setor de Almoarifado e Patrimônio do HEMU

- Planejamento e controle do estoque de materiais;
- Patrimonialização e controle dos bens do Hospital;
- Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
- Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, através da AF/empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica descrita na AF/empenho;
- Armazenar os materiais em estoque;
- Registrar, patrimonializar e controlar os bens do Hospital;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;
- Encaminhar ao Departamento de Contabilidade e Finanças as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes no Hospital;
- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;

- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares,
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES

O Almoxarifado e Patrimônio é o setor destinado à guarda e conservação de materiais e bens, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques da instituição.

O setor deverá assegurar que os itens sob sua responsabilidade estejam na quantidade devida, no local certo, sempre que necessário; impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza; preservar a qualidade e as quantidades exatas; possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente; garantir adequadas formas de armazenamento dos diversos itens.

No almoxarifado e patrimônio hospitalar, existem produtos que são imprescindíveis para o atendi-

to ao paciente, sendo que o grau para sua disponibilidade deve ser de imediato, tendo a necessidade da existência de um estoque mínimo mesmo que não exista a movimentação do material.

Por esse motivo, há de existir a previsibilidade de consumo e, para isso, paga-se um preço pela disponibilidade do produto que não é consumido de forma constante. Essas particularidades dificultam, assim, o bom gerenciamento do estoque com relação a custos.

As falhas nos processos geram muitos problemas para uma instituição e problemas relacionados à compra de materiais em excesso, quando comprado em demasia, ou sua falta, quando comprado sem previsão e planejamento, geram insustentabilidade e aumento de despesa. A falta de material gera perda de lucro e descontinuidade no atendimento ao paciente.

Em suma, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõem a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

O gestor do setor utilizará ferramentas e sistemas informatizados para um controle eficiente do estoque e, deste modo, garantirá o adequado e ininterrupto suprimento de materiais para os diversos setores da unidade.

Enxergamos que o Almoxarifado e Patrimônio é uma estrutura física departamentalizada inserida na estrutura da unidade de saúde, que tem como seu objeto principal fornecer meios para o armazenamento correto dos itens de consumo geral e bens, agregando funções operacionais referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da instituição, assim como, agrega funções de apoio à atividade assistencial médica.

AMJ

ROTINAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

Recebimento de itens solicitados

O recebedor deverá pesquisar e imprimir o pedido de compra, onde então se inicia a conferência dos itens recebidos a fim de confrontar os dados contidos na nota fiscal com os dados do pedido de compra. Deverão ser avaliados os seguintes dados:

- Natureza da operação;
- Data de emissão da nota fiscal;
- Dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante;
- Especificação dos itens;
- Quantidade;
- Preço unitário e total;
- Pontualidade na entrega;
- Condição de pagamento.

Avaliação de fornecedor

Após a conferência acima descrita, o recebedor inicia a avaliação do fornecedor (Check list), onde serão pontuados os seguintes tópicos: Pontualidade da entrega, conferência fiscal, conferência da NF com o pedido de compra, - os itens seguintes serão avaliados pelo recebedor físico - conferência física x nota fiscal, data de validade, condições da embalagem e temperatura.

Certificar-se de que:

- O prazo de validade encontra-se dentro do padrão de validade estabelecido pelo IMED;
- Prazo de validade superior a 12 meses do vencimento, havendo exceções previamente aprovadas para medicamentos manipulados.

Se o material for importado, o rótulo deverá conter as seguintes informações em Português:

- Descrição do produto
- Data de fabricação
- Data de validade - Processo de esterilização (somente p/ mat. esterilizados)
- Número de lote
- Número de registro do ministério da saúde ou número de isenção de registro
- Dados dos fabricantes
- Dados do distribuidor
- Nome do responsável técnico
- Número do registro profissional

Se o material for de uso descartável, obrigatoriamente deverá constar:

- "PRODUTO DE USO ÚNICO" ou "DESTRUIR APÓS O USO"

Caso haja divergência, ainda na primeira conferência ou na conferência física, o recebedor, entra em contato com o setor responsável pela aquisição, co-

municando o ocorrido e visando contato imediato com o fornecedor para regularização da entrega. Não havendo possibilidades de solucionar o problema, a entrega é devolvida imediatamente.

- Nos casos de devolução parcial, gera-se a carta de transporte (carta de devolução). A carta é preenchida através de um modelo, já existente, inserindo os dados da empresa e o item a ser devolvido. Após o preenchimento é necessário solicitar a validação da carta ao setor financeiro, onde será impressa e assinada por um colaborador da área financeira. Assim, feita a validação, a carta é apresentada em três vias e o motorista responsável por fazer o transporte do material deverá assinar a carta, nos deixando duas vias (uma ficará anexa a nota fiscal, outra arquivada no almoxarifado e a terceira segue com a mercadoria a ser devolvida). A empresa deve ser orientada a conceder desconto do valor em boleto.
- Estando a conferência com o produto físico aprovada, após passar pelas seguintes avaliações: quantidade, temperatura (quando se tratar de material conservado sob refrigeração), validade, qualidade da apresentação do produto bem como embalagem, coerência entre lote impresso na embalagem e o descrito na nota fiscal. Os materiais serão recebidos e mantidos em local segregado para que o lançamento da nota fiscal seja realizado. Então, só após o lançamento, o material será armazenado.
- A inclusão dos materiais no sistema deverá ser iniciada, devendo inserir os itens que são denominados como padrão no estoque e, para os que foram requisitados exclusivamente para determinados setores, deverá ser emitida uma requisição, impressa em duas vias, devendo acompanhar o item até seu setor de destino. O colaborador do setor que realizar o recebimento deverá assinar e devolver uma via ao almoxarifado e patrimônio.
- Para os medicamentos a conferência é realizada no almoxarifado central, a inclusão dos produtos no sistema é feita no

almoxarifado e entregue ao setor do CAF (Centro abastecimento farmacêutico).

- Para os bens duráveis (Patrimônio) se estabeleceu que, todo material durável recebido com valor superior a um valor teto a ser estabelecido pelo IMED, deverá seguir o seguinte fluxo: comunicar imediatamente a contabilidade sobre a aquisição de patrimônio, onde será analisada a necessidade de identificar o bem com a plaqueta de patrimônio no almoxarifado ou no setor requisitante. Para materiais elétricos a entrega é realizada antes da identificação porque o mesmo se faz necessário a conferência qualitativa - para os bens que não precisam de teste, a identificação é feita no próprio almoxarifado e entregue posteriormente. Sendo assim, o bem deverá ser incluído no sistema gerando a requisição em três vias, onde duas vias deverão retornar ao almoxarifado, devendo uma ser arquivada e a outra disponibilizada ao setor contábil, junto com a cópia da nota fiscal. A terceira via ficará de posse do setor requisitante.

Recebimentos de doações

Para o recebimento de doação a conferência é feita através da nota fiscal de doação e o material físico. A inclusão do produto no sistema é gerada pela contabilidade, sendo que o responsável pelo almoxarifado encaminha a nota fiscal de doação para que o setor de contabilidade possa inserir o produto no sistema.

Armazenagem

O produto recebido fica segregado até que seja inserido no sistema. Só após poderá ser alocado em seu local correto. A armazenagem é feita seguindo os seguintes critérios:

- Os itens recebidos deverão ser armazenados de forma segura em prateleiras e/ou pallets, de forma a garantir sua preservação e proteção do produto, em embalagem original

M

até seu consumo.

- Os itens deverão ser alocados em locais com identificação coerente com a existente no sistema. Caso haja alteração, o sistema deverá ser atualizado.
- Utilização do espaço corretamente respeitando a distância necessária de altura e empilhamento.
- Os produtos químicos devem ser mantidos em local segregado, longe dos materiais médicos, medicamentos e calor excessivo.

Dispensação e devolução de materiais

Para consumo interno (Centro de Custo): É a transação que informa ao sistema a saída de quantidade e valor de material do estoque para consumo dos setores requisitantes do Hospital. O setor que solicita materiais em centro de custo, deverá realizar a solicitação semanalmente ou de acordo com sua urgência.

- **Requisição:** esta saída efetua a baixa no sistema, contábil e fisicamente, do material fornecido e dá entrada desse material no centro de custo onde o item será consumido ou aplicado.
- **Devolução:** É uma transação que informa ao sistema a entrada no estoque de valor e quantidade de materiais. Esta entrada permite ao sistema baixar contabilmente o material devolvido do setor requisitante, e apropriá-lo fisicamente e contabilmente no Almoxarifado central a que se destinam os materiais.

Reabastecimentos para farmácias satélites da unidade

- O reabastecimento tem como base o suprimento disponibilizado para cada farmácia. O sistema busca o estoque atual

por suprimento e indica a quantidade que deverá ser reposta.

- Os reabastecimentos das farmácias são feitos 2ª, 4ª e 6ª feiras; As solicitações de transferências são geradas às 08h00min e entregue após conferência até às 13h00min.

Descarte

- A perda por vencimento de prazo de validade deve ser evitada por se tratar de recursos públicos. O descarte, por outros motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.
- Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.
- Em publicação no D.O.U. de 05/03/2003, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu através da R.D.C. 33/03 o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.
- Pela proposta da ANVISA, os resíduos químicos são classificados em 8 subgrupos.
- Os medicamentos estão enquadrados nos três primeiros grupos:
- B1) resíduos de medicamentos e insumos farmacêuticos quando vencidos, contaminados, apreendidos para descarte, parcialmente utilizados e demais medicamentos impróprios para consumo que oferecem risco;
- B2) mesma referência anterior, mas para medicamentos ou insumos farmacêuticos que, em função de seu princípio ativo e forma

AM

farmacêutica, não oferecem risco; e

B3) resíduos ou insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria MS 344/98 e suas atualizações.

- O IMED irá estabelecer no HEMU um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do tipo B, da instrução do CONAMA, ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto será consultada a norma da ABNT NBR 12.808/93 que trata dos resíduos de serviços de saúde.
- O sistema de gerenciamento de resíduos irá abordar, no mínimo, os seguintes itens:
 1. Identificação dos resíduos produzidos e seus efeitos na saúde e no ambiente;
 2. Levantamento sobre o sistema e disposição final para os resíduos;
 3. Estabelecimento de uma classificação dos resíduos segundo uma tipologia clara, que seja conhecida por todos;
 4. Estabelecimento de normas e responsabilidades na gestão e eliminação dos resíduos;
 5. Estudo de formas de redução dos resíduos produzidos;
 6. Utilização, de forma efetiva, dos meios de tratamento disponíveis.

Controle de estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

O controle de estoque é fundamental para:

- Garantir a qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica;
- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;
- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Elementos de previsão de estoque

Para manter o dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, será realizada a utilização dos seguintes instrumentos:

- Consumo médio mensal (CMM) - é a soma do consumo de medicamentos utilizados em determinado período de tempo dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados. Saídas por empréstimo devem ser desconsideradas;
- Estoque mínimo (EMI) - é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período



de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;

- Estoque máximo (EMX) - é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva mais a quantidade de reposição;
- Tempo de reposição (TR) - é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do medicamento. Os novos pedidos são feitos quando se atinge o Ponto de Requisição.
- A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é o mês.
- Se determinado medicamento demora 15 dias entre o pedido da compra e a entrega pelo fornecedor, o TR será igual a 1/2 (meio mês).
- Se demorar uma semana, TR será 1/4.
- Se demorar um mês, TR será igual a 1.
- Se levar 2 meses, TR será 2.
- Ponto de reposição (PR) - é a quantidade existente no estoque que determina a emissão de um novo pedido;
- Quantidade de reposição (QR) - é a quantidade de reposição de medicamentos que depende da periodicidade da aquisição.

Inventário

É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle.

Será realizado, periodicamente, conforme estabelecido em contrato, com amostras seletivas de 10 a 20%

dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses.

Distribuição

A distribuição irá suprir as necessidades do Pronto Socorro, seguindo um cronograma, a fim de evitar atrasos e desabastecimentos. Para isso, será realizado o seguinte processo:

- Estabelecer e divulgar o fluxo e cronograma da distribuição;
- Distribuir em quantidades corretas com qualidade;
- Transportar adequadamente;
- Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;
- A periodicidade da distribuição irá considerar a capacidade e condições de armazenamento da unidade, bem como seu potencial de consumo;

Estabelecer cronograma de abastecimento;

- Definir prazos de preenchimento e recebimento dos pedidos via sistema de gestão hospitalar; analisar as solicitações do pedido; verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no almoxarifado de forma a atender todos os setores;
- Após a conferência dos pedidos, processar a distribuição;
- Conferir os pedidos, emitir Nota de Distribuição;
- Separar os medicamentos de acordo com

as entregas. Não reaproveitar embalagens, nem misturar os lotes. Sempre identificá-los utilizando cestos com tampa e lacre para as entregas nas unidades;

Transportar adequadamente e ter recursos humanos treinados para esta finalidade;

Organização de documentos

Manter todos os registros de movimentação e de irregularidades organizados, para rápida informação quando solicitada.

Manter sistema que permita a rastreabilidade dos produtos, de modo a possibilitar a sua localização, com vistas a um processo eficaz de intervenção, retirada ou devolução.

Auto-inspeção

- Manter procedimentos de auto-inspeção periódicos e registros de monitoração conforme a legislação.
- Manter Procedimentos Operacionais da Rotina por escrito e de fácil acesso.

Limpeza e conservação

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores.

É proibido fumar, comer e beber (deve ter local específico para este fim). O lixo deverá ser depositado em recipientes especiais com tampa e deverão ser esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações de reciclagem.

Todos os trabalhadores deverão utilizar uniformes e crachá de identificação.

Segurança dos trabalhadores e do patrimônio

- Medidas apropriadas devem ser tomadas para a segurança do setor;
- Para o pessoal que trabalha no setor, devem ser seguidas as normas da CIPA;
- É indispensável instalação adequada de equipamentos contra o incêndio.

NORMAS PARA O ALMOXARIFADO

Normas Administrativas

- O horário de trabalho estabelecido deverá ser cumprido;
- Os funcionários trabalharão devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) deverão ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, deverão ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deverá ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, deverão ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Coordenador Administrativo da unidade;
- Os documentos inerentes ao Serviço, tais como: pastas, livros etc., só poderão ser retirados do setor com autorização da Coordenação.
- Nenhum material poderá ser retirado do Almojarifado sem correspondente

requisição;

- A quantidade de material entregue ao requisitante não poderá ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não deverão ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
- Os funcionários do Almojarifado atenderão ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

Normas técnicas para stocagem de gêneros

- Estocar os gêneros alimentícios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
- A Despensa deverá ser equipada com estrados de madeira para a estocagem das sacarias;
- Os estrados deverão distar 0,40 cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos.
- Os cereais em grãos e as leguminosas deverão ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
- As prateleiras poderão ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras deverão distar 10 cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, deverão ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;

- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
- Os gêneros mais velhos deverão ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) deverão ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes poderão ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas deverão ser teladas (tela de nylon fina).

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos

- A área de estocagem destes materiais deverá ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Deverão ser evitados locais próximos a condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
- A estocagem destes materiais deverá ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- Serão estocados em prateleiras, de

preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes

- A área destinada a estes materiais deverá ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
- Deverão ser mantidos em suas embalagens originais até sua utilização;
- Deverão ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre,deverá ser perfeitamente delimitada e isolada;
- Quando situada em edificação, deverá ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;
- Os líquidos inflamáveis deverão ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
- Os recipientes de líquidos dos inflamáveis deverão ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;

Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;
- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.)
- Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas";
- pilha deverá ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos deverão ficar voltadas para dentro da pilha.

ITEM 1.1.3.3 – PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

O objetivo do Departamento Financeiro é administrar os recursos próprios ou oriundos de Contratos/Convênios, manipulando as operações financeiras de rotina, tais como a negociação de contratos, o controle das contas a pagar e receber, a gestão do fluxo de caixa, a manutenção do capital de giro, bem como a administração e a guarda correta dos documentos financeiros e contábeis da unidade.

Além disso, uma boa Administração Financeira deve:

- I. Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;
- II. Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;
- III. Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;
- IV. Contabilizar atos e fatos administrativos;
- V. Colaborar com auditores interessados e habilitados a analisar as contas do Hospital.

Dessa maneira, esse documento será um guia para o acompanhamento financeiro da operação do HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU, mostrando seus principais processos, atividades e tarefas de forma clara e objetiva no que diz respeito ao gerenciamento das entradas e saídas de valores financeiros oriundos da opera-

ção diária, tanto das demandas internas relativas ao completo suporte ao bom atendimento, quanto das atividades adicionais mencionadas no escopo a seguir.

Face a importância do acompanhamento financeiro da operação das entradas e saídas financeiras, será obrigatória a observação das normas e processos visando a transparência nos aspectos das transações correntes.

ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Este serviço terá como responsável profissional qualificado, estruturado em quantas unidades necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

Considerando os fatos expostos acima, apresentamos a sequência do processo de acompanhamento financeiro que passará por:

Tesouraria

A tesouraria é o setor de uma empresa responsável pela entrada e saída de recursos financeiros, mantendo a organização dos gastos e dos rendimentos.

Acompanhamento das Entradas:

- F. Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e

Handwritten signature

financeiros, de acordo com a legislação vigente;

- G. Emitir relação das ordens bancárias externas detalhadas, de acordo com a programação financeira, para serem assinados pela Gerência/Diretoria;
- H. Elaborar o Planejamento de Entradas - com perspectiva para 90 dias - e alimentar o Fluxo de Caixa;
- I. Realizar o monitoramento das entradas de recursos sob a perspectiva cronológica, consolidando com a perspectiva do planejamento;
- J. Checar o recebimento dos valores contratuais, considerando as datas regulares acordadas;
- K. Informar a Gerência/Direção dos desencontros, considerando o planejado versus o orçado em termos dos recebíveis;
- L. Reelaborar novas perspectivas para o planejamento, considerando novos cenários de entradas.

2) Acompanhamento das Saídas

- A. Avaliar o fluxo de caixa consolidado, visando obter cenários e perspectivas, considerando as obrigações - pagamentos - a serem realizados;
- B. Receber inputs dos setores de Compras, Recursos Humanos e Operacional, visando construir cenários de fluxos de caixa;
- C. Elaborar o Planejamento das Saídas - com perspectiva para 90 dias - e alimentar o Fluxo de Caixa;
- D. Examinar os pedidos de liberação de recursos;

E. Controlar as contas, enquadramentos legais, liquidações contábeis e das conciliações contábeis e financeiras;

- F. Efetuar recolhimentos de todos os impostos correspondentes com emissão de guias;
- G. Emitir Guia de Recolhimento da União para fins de depósitos bancários;
- H. Informar a Diretoria das discrepâncias observadas, através de relatórios regulares;
- I. Realizar o pagamento de fornecedores e prestadores de serviços;
- J. Realizar o pagamento de Folha de Pessoal;
- K. Envio de notas de serviços ao setor contábil para gerar guias para recolhimento dos impostos.

3) Atividades não correlatas as Entradas e Saídas

- A. Realizar conciliação bancária semanalmente;
- B. Elaborar as Prestação de Contas;
- C. Realizar reuniões periódicas para avaliação e correção do Fluxo de Caixa com a Diretoria/Gerência;
- D. Arquivar a documentação de suporte das operações efetuadas;
- E. Imprimir e verificar não conformidades das notas para pagamento de fornecedores/prestadores;
- F. Conferir e controlar os processos pagos;
- G. Inserir informação dos pagamentos efetuados no sistema informatizado;

Handwritten signature

- H. Enviar documentos pertinentes à movimentação contábil ao setor competente.

4) Processo de Faturamento

Baseado em relatórios emitidos no sistema de gestão hospitalar, juntamente com informações constantes no Ministério da Saúde - DATASUS e, após uma análise das informações fornecidas no BPA, emitir o relatório de faturamento, que permitirá acompanhar se a média de atendimentos ficou dentro da normalidade, conforme histórico e elaborar relatórios com os atendimentos do Hospital por especialidade.

O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas do hospital, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS

Controle Interno

Área responsável pela elaboração das normas e processos relacionados direta ou indiretamente às atividades que envolvam recursos financeiros da Instituição. Tem como objetivo normatizar as relações de colaboradores envolvidos ou não com:

- A. Despesas gerais (administrativas e operacionais);
- B. Despesas extraordinários;
- C. Políticas e Autonomias;
- D. Alçadas de Aprovações;
- E. Revisão dos limites de Alçadas para Aprovações, regularmente;
- F. Elaboração de auditoria interna, considerando a inter-relações financeiras e operacionais;

- G. Fiscalização e aprimoramento do processo de controle interno;
- H. Segregação de funções (autorização, execução, registro, controle);
- I. Controles de acesso a recursos e registros;
- J. Conciliações;
- K. Avaliação das operações, processos e atividades.

Planejamento

Área responsável por elaborar estudos e orçamentos visando suportar as atividades mensais, envolvendo uma visão de curto, médio e longo prazo. Área de suporte às demais, propiciando uma leitura futura no momento atual através de cenários previamente elaborados.

Responsável por apoiar as áreas:

- A. Suprimentos, na elaboração do Planejamento de Compras;
- B. Operacional, na elaboração de Estatísticas com os dados operacionais;
- C. Financeira, na elaboração de Orçamentos;
- D. Diretoria/Gerência, no suporte a decisão através de estudos inter-relacionados com as áreas citadas;

E ainda:

- A. Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;
- B. Solicitar revisões e reajustes orçamentários sempre que necessário.

Suprimentos

Área responsável por receber as demandas operacionais e administrativas provenientes do Hospital, tendo como objetivo realizar cotações, solicitar aos fornecedores a entrega do referente pedido ou aos prestadores de serviços o envio da proposta técnica e comercial dentro do prazo e especificações requeridas, elaborar os mapas de compras e contratação de terceiros que serão enviadas para aprovação, além da gestão dos contratos de prestação de serviços em si e suas responsabilidades.

Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Responsável por:

- A. Desenvolver novos fornecedores, juntamente com a equipe técnica do Hospital;
- B. Implantar e manter o cadastro de fornecedores atualizado;
- C. Elaborar projetos básicos/termos de referência para a aquisição de bens ou serviços;
- D. Receber as demandas para elaboração dos mapas de cotação;
- E. Realizar as cotações com no mínimo três fornecedores/competidores;
- F. Requerer as aprovações necessárias às compras;

- G. Manter relatórios atualizados com os dados referentes às aquisições realizadas;
- H. Elaborar estudos estatísticos com o suporte da Área de Planejamento, visando elaborar compras inteligentes (melhores condições - preço, produto e atendimento/suporte);
- I. Receber as notas fiscais e relatórios de atividades dos prestadores de serviços juntamente com os documentos requeridos em cada contrato em específico e enviá-los ao gestor de contratos de prestação de serviços;
- J. Promover a gestão dos contratos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- K. Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;
- L. Gerir os Contratos de Prestação dos Serviços, visando obter a melhor performance do prestador do serviço, monitorando a pontualidade e as metas de qualidade através dos relatórios de atividades e seus documentos, os quais devem ser enviados pelo prestador juntamente com as notas fiscais e documentos específicos solicitados em cada contrato;
- M. Realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos.

Contabilidade

Área responsável pela escrituração de todos os documentos fiscais e tributáveis, oriundos das operações de compra e consumo interno, pelo cálculo de impostos e emissão das guias para pagamento dentro do prazo legal para acolhimento, contabilização de to-

M

dos os documentos fiscais, trabalhistas e financeiros, preparação do Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultados ao final de cada ano fiscal.

Responsável por apoiar as áreas:

- A. Financeira, na apuração dos valores a pagar de impostos, tributos e encargos sociais;
- B. Auditoria externa, no sentido de dirimir as dúvidas apontadas e solver os pontos discrepantes;
- C. Auditores, interessados e habilitados a analisar as contas do Hospital;
- D. Preparar a folha de pagamento e seus respectivos encargos;
- E. Preparar e enviar as Obrigações Acessórias junto a Secretaria da Receita Federal e demais órgãos da administração pública;
- F. Receber e escriturar as notas fiscais para cumprir as obrigações fiscais acessórias;
- G. Efetuar os lançamentos fiscais do estoque com base nas informações recebidas do setor competente;
- H. Classificar e contabilizar os documentos pagos (notas e comprovantes) conforme natureza em sua devida conta contábil;
- I. Preparar o Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultados.

GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

Apresentamos ao HOSPITAL ESTADUAL GERAL E MATERNIDADE DE URUAÇU - HEMU uma proposta para Gestão de Custos Hospitalares visando

a implementação de um programa de custos para a unidade, juntamente à Consultoria Planisa, em consonância com o Programa Nacional de Gestão de Custos, desenvolvido pelo Ministério da Saúde; em atendimento às Agências de Acreditação; e outros estudos e dissertações na área em questão. O programa a ser apresentado pelo IMED para a gestão de custos não limitará apenas a contabilidade de custos para fins fiscais, este programa servirá, principalmente, como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisão.

Segundo Ray, qualquer serviço ou produto hospitalar tem entre 20% a 30% de custos desnecessários, cujos recursos não adicionam valor e, portanto, poderiam ser eliminados sem afetar seus atributos.*

* RAY, B. Value engineering: a practical approach to managing cost in critical care. Health administrator. New Delhi. Issue 1,

A proposta possibilitará:

Estimar os custos de um novo serviço e/ou procedimento a ser disponibilizado para o público-alvo;

Calcular os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva;

Analisar e realizar a comparação de custos de produtos e serviços entre o Hospital com o de outras instituições;

Auxiliar o gerenciamento dos resultados, subsidiando uma melhor tomada de decisão, definições orçamentárias para cada setor, políticas de investimentos e o planejamento de atividades operacionais;

O cálculo dos custos por procedimentos e dos custos máximos admissíveis, permitindo maior exatidão no planejamento financeiro;

O direcionamento do trabalho, identificando tarefas ou processos redundantes;

Handwritten signature

A integração da gestão de custos com as comissões hospitalares, áreas responsáveis pela elaboração dos protocolos de atendimento, buscando na padronização dos protocolos o menor custo possível sem desprezar a qualidade;

A identificação de instalações e espaços ociosos e até mesmo no nível de atividade do Hospital, com vistas à expansão do nível de atendimento para uma maior parcela do público-alvo.

O programa proposto também terá a preocupação de fornecer a todos os setores do Hospital, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, disseminando a importância de gerir estes recursos de forma eficiente e eficaz, despertando assim a co-responsabilidade no exercício de um efetivo programa de acompanhamento e redução dos custos.

DEFINIÇÕES

Centro de custos - setor de uma instituição que possui gastos mensuráveis. Podem ou não acompanhar o organograma da instituição, sendo por vezes necessário agrupar ou separar determinados setores para apuração dos custos.

{CUSTO} é tudo que é gasto, direta ou indiretamente, na produção de um bem (produto) ou na prestação de um serviço.

{CUSTO DIRETO} custo apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio. É apropriado aos produtos ou serviços por meio de alguma medida de consumo.

{CUSTO FIXO} custo independente do volume de produção, que não é passível de alteração em curto prazo.

{CUSTO INDIRETO} parcela do custo total que não pode ser identificada diretamente em um produto ou serviço específico, por depender dos critérios de rateio e está relacionada com um ou mais produtos ou serviços.

{CUSTO MARGINAL} aumento que experimenta o custo total, decorrente de acréscimo de uma nova unidade, no volume de produção.

{CUSTO MÉDIO UNITÁRIO} custo total dividido pela quantidade produzida em um determinado período. Pode ser obtido em relação ao custo direto, indireto e total.

{CUSTO NÃO-OPERACIONAL} custo obtido no somatório dos gastos efetivados pela unidade e não computados no cálculo do custo operacional.

{CUSTO OPERACIONAL} valor dos recursos consumidos, na atividade fim de cada centro de custos e/ou de toda instituição, em um determinado período.

{CUSTO TOTAL} é o resultado do somatório dos custos diretos e indiretos de todas as unidades de um mesmo bem ou serviço produzidas durante determinado período de tempo.

{CUSTO VARIÁVEL} custo que é passível de alteração em curto prazo. Esse custo modifica-se proporcionalmente ao volume produzido e que, somado ao custo fixo, constitui-se no custo total de um determinado serviço/produto.

{DEPRECIÇÃO} é uma forma de recuperação do valor do investimento pelo uso, dividindo o valor pago pelo equipamento (mais sua instalação) pelo seu tempo de vida útil.

{DESEMBOLSO} pagamento propriamente dito. O gasto desembolsável faz com que o dinheiro saia da organização e vá para outra organização ou funcionário, etc.

{DESPESA} montante de recursos gastos, num determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade fim. A despesa pode ser apropriada ou não, no produto/serviço, sob a forma de custo indireto.

{GASTO} é a palavra usada para representar genericamente os investimentos, as despesas e as perdas, além dos custos. O desembolso e o recebimento são palavras reservadas para, como o próprio nome diz, saída e entrada de dinheiro na organização.

{GESTÃO DE CUSTOS} ação de gerir meios e recursos técnicos, metodológicos e funcionais, para gerar informação sobre custos e subsidiar a avaliação de desempenho.

{GRUPOS DE CENTROS DE CUSTOS } agrupamento dos centros de custos que desenvolvem funções semelhantes.

{INVESTIMENTO} é toda aquisição de equipamentos, materiais (insumos) utilizados na prestação de serviços ou na produção de um bem (produto), aquisição e/ou adequação de infraestrutura (predial, tecnológica), dentre outros, buscando um ganho maior de resultados.

{PERDA} como o próprio nome diz, é o recurso financeiro dispendido no consumo de um bem ou serviço consumido de forma anormal. Podem ocorrer de forma não intencional ou como resultado da atividade produtiva da organização.

{PREÇO} valor monetário por meio do qual um bem ou um serviço é comprado e/ou vendido.

{RATEIO} distribuição proporcional de custos indiretos da produção de bens e serviços.

{RECEITA} entrada de valores para o ativo, sob a forma de dinheiro ou direitos a receber.

{SISTEMA DE CUSTOS} aplicativo que reúne

e transforma dados, em informação gerencial.

{TIPOS DE CENTROS DE CUSTOS} classificação dada, conforme características, ao grupo de centros de custos que executam atividades similares.

CONCEITO DE CONTABILIDADE DE CUSTOS

A contabilidade de custos corresponde à especialidade da Contabilidade que trata da gestão econômica de custos.

Leone define Contabilidade de Custos como "o ramo da Contabilidade que se destina a produzir informações para os diversos níveis gerenciais de uma entidade, como o auxílio às funções de determinação de desempenho, de planejamento e controle das operações e tomada de decisões".*

* LEONE, George Sebastião G. Curso de Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas, 2000.

A Contabilidade de Custos passou de ferramenta de mensuração e controle de custos e lucro, para um instrumento fundamental para tomada de decisões gerenciais e de gestão empresarial. Assim, num ambiente em constante transformação, de inovações tecnológicas e com a necessidade de assistência médica cada vez maior nas instituições hospitalares, a Contabilidade de Custos avançou na utilização e na importância gerencial da teoria contábil e das tecnologias nas prestações de serviços hospitalares, resultando no desenvolvimento de diferentes sistemas, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custos.

O programa proposto pelo IMED utilizará no Hospital as teorias mais relevantes da Contabilidade de Custos para o processo de planejamento das ações e respectivo controle, servindo como suporte ao processo decisório de acompanhamento e redução dos custos hospitalares.

FUNÇÕES DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NO HEMU

O programa de Gestão de Custos Hospitalares no HEMU irá desempenhar as seguintes funções:

- A. Assistência na tomada de decisões: o sistema de custos proporcionará segurança para o administrador tomar decisões táticas e estratégicas;
- B. Controle de custos: demonstrará se os custos estão dentro dos parâmetros aceitáveis;
- C. Redução de custos e eliminação de desperdícios: em virtude dos demonstrativos, o administrador será capaz de visualizar onde estão ocorrendo os desperdícios, reduzindo os custos, aprimorando e pondo em prática o Programa proposto para esta Instituição;
- D. Comparação de processos de produção e dos seus custos: permitirá realizar comparações dos custos de produzir todos os serviços no próprio hospital com os custos dos mesmos serviços se repassá-los para outras empresas (terceirização), auxiliando na tomada de decisão estratégica;
- E. Planejamento dos serviços hospitalares: colaborará no estabelecimento de orçamentos, custo máximo admissível e custo estimado;
- F. Avaliação de estoques: valorizará os estoques do Hospital;
- G. Separação dos custos: os custos referentes a cada centro de custos do Hospital (administrativo, intermediário e final) poderão ser controlados separadamente.

TIPOS DE SISTEMAS DE CUSTEIO EXISTENTES NOS HOSPITAIS

Existem vários tipos de sistemas de custeio. Apresentaremos os que são mais utilizados nos hospitais e, por fim, o tipo de custeio a ser utilizado como metodologia para a efetivação do programa, juntamente com a Consultoria Planisa.

Os tipos de sistemas de custeio são:

- Custeio Direto ou Variável;
- Custeio Pleno;
- Custeio Baseado em Atividades (ABC);
- Custeio por Absorção.

Custeio Direto ou Variável

Os métodos de custeio direto e variável são tratados pela teoria contábil e na prática como sendo um só, mas em termos teóricos eles diferem no que se refere ao tratamento dispensado às despesas variáveis de vendas, que no método direto são tratadas corretamente como despesas do período, enquanto que no método variável assumem uma conotação de custos, ao serem somadas aos custos variáveis de produção e deduzidas das receitas de vendas.

Segundo Camargos e Gonçalves², no método de custeio direto, inicialmente, classifica-se os custos em indiretos e diretos, mas somente os custos diretos são apropriados aos produtos. Os custos indiretos (CI) não são rateados, mas sim lançados em sua totalidade na DRE, como as despesas. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida



importância gerencial, pois fornece informação para criação da margem de contribuição dos produtos em determinado período.

* CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custos: uma Diferenciação Didático-Teórica para o Ensino da Disciplina Contabilidade de Custos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 15., 2004, Florianópolis. Anais..., 2004.

Ainda segundo os autores, o custeio variável considera que somente os gastos variáveis (tanto custos como despesas) são apropriados aos produtos. Os custos fixos e as despesas fixas são lançados, em sua totalidade, na DRE. No método de custeio variável, inicialmente, classifica-se os custos em fixos (geralmente custos indiretos) e variáveis (geralmente custos diretos).

Para Martins*, o sistema de custeio direto ou variável tem como fundamento básico a separação dos custos variáveis e custos fixos, sendo apropriado aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado.

* MARTINS, E. Contabilidade de custos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Trata-se, portanto, de um método que faz a análise dos gastos variáveis (diretos e indiretos, custos ou despesas) e sua confrontação com as receitas, resultando na margem de contribuição (MC) de cada produto. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância para fins gerenciais como ferramenta de auxílio à administração para a tomada de decisões.

Custeio Pleno

No custeio pleno, ou RKW, como também é conhecido, além da distribuição dos custos diretos e indiretos aos produtos há a alocação de todas as despesas da empresa, não importando sua natureza. A utilização

do custeio pleno apresenta aos gestores o verdadeiro custo de produzir e vender, assim, o preço de venda final seria obtido com a adição do lucro desejado.

Segundo Bonacim e Araújo*, o custeio pleno, muito utilizado no segmento hospitalar, consiste em uma adaptação do custeio por absorção, que estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos utilizados, independentemente da classificação de custos ou despesas, ou seja, mesmo os custos administrativos são rateados aos serviços.

* BONACIM, Carlos A. G.; ARAÚJO, Adriana M. P. de. Gestão de Custos Aplicada a Hospitais Universitários Públicos: A Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2010.

A metodologia de custeio por absorção pleno é utilizada nos hospitais para o cálculo dos custos sob a segmentação de centros de custos, bem como sob a unidade de custeio de procedimentos hospitalares, ainda segundo os autores.

Quando utilizamos o custeio pleno conhecemos o verdadeiro custo de "produzir e vender", desta forma para se obter o preço de venda final bastaria adicionar o lucro desejado da empresa, neste caso por se tratar de uma Organização Social, sem fins lucrativos, neste programa, o lucro desejado será substituído por uma margem de n% para ser utilizada como uma reserva de investimento.

Custeio Baseado em Atividades

O sistema de custeio baseado em atividades - do original em inglês Activity Based Costing (ABC) busca uma visão mais orgânica da instituição na origem e na formação de custos dos eventos, procedimentos, pacotes, recursos, alocações, transações e, principalmente, processos por meio de visão sistêmica. Trata-se da construção do custo e, tal fato, assegura uma abordagem inovadora, e não por funções ou centralizações em áreas administrativas (ou centros de custos), de natureza mais tópica. A partir daí, por

Handwritten signature or mark in the bottom right corner.

meio de refinamentos sucessivos, o ABC cobra o mapeamento desses processos por meio da produção de números e dos mecanismos que conduziram a estes números. Isso o caracteriza no seu desenho fundamental a uma obediência à abstração e à modelagem bottom-up de concepção de sistemas.

O diferencial do sistema de custeio ABC é que a sua utilização, por exigir controles pormenorizados, proporciona o acompanhamento e as correções devidas nos processos internos da organização, ao mesmo tempo em que possibilita a implantação e/ou aperfeiçoamento dos controles internos da entidade.

Na perspectiva do ABC, a visão da organização por áreas (centros de custos ou departamentos) cede lugar à visão por sistemas e processos. O mapeamento dos processos e também o gerenciamento por processos estão em consonância com a abordagem mais eficaz e contemporânea de gestão. Entende-se que os processos executados possuem a realidade objetivamente construída por meio do desempenho das melhores práticas, chegando a um resultado eficiente e eficaz.

O sistema de custeio ABC ainda é muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil. (BRASIL¹). Além disso, cita Bonacim e Araújo, que é necessário considerarmos que esse sistema de custeio é de difícil implantação nas organizações prestadoras de serviços hospitalares em função de seu alto grau de detalhamento. Outro ponto que merece cautela, decorrente do alto nível de detalhamento, é o fato da dificuldade de controle em empresas que possuem muitas atividades, caso da instituição hospitalar quando consideramos os inúmeros processos e procedimentos que compõem a prestação dos serviços.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Custeio por Absorção

O custeio por absorção será o método utilizado para implantação da Gestão de Custos da unidade. Ele pode ser utilizado como orientador ou condutor da gestão de custos em hospitais. Dessa forma, a escolha do sistema, da metodologia e dos métodos de custeio está atrelada firmemente ao que o gestor dos diversos níveis hierárquicos quer e precisa saber para exercer o planejamento e controle sobre os processos da organização.

A utilização do método de custeio por absorção, na gestão hospitalar, cobra certas concessões quanto a sua aplicação e a sua utilização. Logo, as modificações enriquecedoras são bem-vindas na gestão de custos em hospitais, desde que metodologicamente defensáveis.

De forma macro, as etapas de implantação do sistema de custeio por absorção no HEMU deverá, idealmente, estar alinhada aos objetivos estratégicos da organização. As ações para implantação podem ser sintetizadas, de modo geral, nos seguintes passos:

- A. Segmentação do hospital em centros de custos e a classificação destes quanto as suas funções;
- B. Definições e classificação de itens de custos, critérios de rateios e de produção, além da forma de alocá-los aos centros de custos;
- C. Produção das informações de custos - coleta de dados;
- D. Cálculos - definição da transferência dos custos aos centros de custos finais (ou produtivos) de forma a possibilitar a determinação dos custos unitários dos serviços prestados;
- E. Produção de relatórios;
- F. Análise das informações.



O custo criado em uma organização de saúde, mais especificamente, em uma organização hospitalar, representa a prestação de um serviço (em alguns casos pode ser a entrega de um produto, como uma prótese, por exemplo). A prestação de serviço pode ser entendida como o negócio do centro de custos. Ou seja, a segmentação em áreas específicas possibilita uma identificação mais clara da ocorrência do custo, seja ele de uma internação, de um quilograma de roupa lavada ou de uma refeição servida. Para prestar estes serviços, consome-se hora de profissionais, de equipamentos, de materiais médicos e administrativos, bem como de outros recursos necessários para cumprir o negócio do centro de custos.

O custo dos procedimentos médicos nos hospitais, em condições normais, corresponde a uma sequência de prestações de serviços advindas de uma conjunção organizada de centros de custos.

CENTROS DE CUSTOS

Os centros de custos são necessários quando diferentes produtos usam, de forma distinta, os diferentes recursos disponibilizados pela organização. Neste caso, cada departamento produtivo é um centro de custo produtivo e os custos têm de ser identificados (medidos) para cada um deles (pois eles dispõem de diferentes recursos, que são consumidos de forma distinta pelos diferentes produtos). Em seguida, cada produto, de acordo com seu nível de utilização dos recursos destes centros de custos produtivos absorvem os custos.

Outro ponto importante: departamento (como também área, setor, divisão ou outro nome que se dê) e centro de custo não é a mesma entidade. Para construí-los, não se trata de pegar o organograma e tornar os departamentos em centros de custos. Isto não quer dizer que tal fato não possa ocorrer. Logo, um departamento pode ser um centro de custo, mas não é obrigatório. Assim, centro de custos pode ser um ou mais departamentos

devidamente delimitados no organograma da organização ou pode ser um projeto (que terá começo, meio e fim) ou um equipamento ou máquina (uma caldeira, por exemplo) poderá ser um Centro de Custos.

Os centros de custos ou centros de responsabilidade são definidos como "tudo aquilo ou algo que mereça a atenção do gestor" e não precisa ser, necessariamente, um departamento (ou setor ou área organizacional). Desta forma, a estruturação da organização em centros de custos visa atender ao interesse estratégico e gerencial da organização. Importante voltar a ressaltar que a definição e a classificação dos centros de custos devem atender às necessidades gerenciais da organização de saúde.

Para implantar o sistema de custos utilizando o custeio por absorção como modelo, será necessário considerar que os diversos centros de custos são como unidades de negócio (ou, mais grosso modo, empresas) que prestam serviços entre si. Estes centros de custos ou centros de responsabilidade fabricam produtos ou prestam serviços para outros centros de custos, criando ou simulando uma cadeia cliente-fornecedor interna. Portanto, a gestão de unidade de negócio e a integração entre os diversos centros de custos devem ser consideradas e difundidas como uma perspectiva a mais da gestão de custos.

Desta forma, pode-se sintetizar que a implantação de um sistema de gestão de custos em uma organização hospitalar baseia-se na distribuição dos custos entre os diversos centros de custos administrativos e intermediários ou auxiliares (ou outros) até os centros de custos produtivos, finais ou finalísticos. Ou seja, como o objetivo final da organização de saúde é o atendimento ao paciente, é esperado que todos os custos criados sejam repassados aos centros de custos finais ou produtivos, segundo critérios de rateio previamente definidos, e, por último, ao serviço final de atendimento (modelo do custeio por absorção).

AM

ESTRATÉGIAS E IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NO HEMU

Para a implantação do Programa faremos inicialmente ações para promover a sensibilização, o envolvimento e o conhecimento, tanto no corpo diretivo da organização quanto nos colaboradores, para compreender o sistema a ser utilizado e a ferramenta de gestão que usaremos no Hospital.

Dando prosseguimento, pode-se destacar o prazo de implantação. O prazo para implantação deste programa será de 3 meses. É de conhecimento, que numa instituição hospitalar os cenários variam constantemente em razão das demandas naturais, trazendo consigo novas variáveis que podem impactar o prazo estimado de implementação. Metas serão estabelecidas e acompanhadas regularmente pela direção, sendo devidamente justificados caso necessitem de ajustes.

Em um terceiro ponto, como já se sabe, a gestão de custos vai colaborar para que os processos, os setores ou as áreas organizacionais estejam organizados. Como já se disse, o sistema de custos é "um mensageiro". Logo, se a farmácia, por exemplo, estiver organizada, este fato será refletido pelo sistema de custos.

E em quarto, e último, e não menos importante, à abrangência da aplicação. A gestão de custos abrangerá os três níveis de planejamento e controle: estratégico, tático/gerencial e operacional. Os três níveis, com a aplicação proposta, estarão integrados sinergicamente.

Alinhamento à estratégia da Organização

A implementação do programa de gestão de custos e,

consequentemente, o uso das informações que advirão dele devem, idealmente, ter fundamentação nos objetivos estratégicos do HEMU.

A utilização do programa proposto contribuirá para adequação das metas e objetivos estratégicos tanto do ponto de vista de proporcionar custos menores quanto nas melhorias de eficiência na parte assistencial e administrativa.

Ações como adequação do consumo dos recursos financeiros propiciará a otimização da gestão orçamentária, a melhoria no monitoramento e no controle de estoques, a realização de compras planejadas e mais coerentes com o que se é consumido e a verificação da viabilidade econômica, para repasse de um procedimento hospitalar à um prestador de serviços especializado.

DEFINIÇÃO DO OBJETIVO DA UTILIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE CUSTOS E DA METODOLOGIA

A definição dos objetivos da implantação do programa e do uso das informações de custos produzidas constituirá importante ação para o Hospital. É de fundamental importância, na definição da implantação do programa de gestão de custos, a compreensão de seus objetivos. O ponto de partida será a avaliação do que é passível de mensuração, em termos de custos.

Desta forma, o objetivo da utilização das informações que serão coletados tem como propósito priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos do Estado de Goiás, buscando a qualidade da assistência aos usuários do Hospital.

METODOLOGIA A SER ADOTADA PELO IMED NO HEMU

A metodologia a ser adotada para o programa proposto será pelo sistema de custeio por absorção. De acordo com KOS et al.* é a metodologia mais viável por disponibilizar informações sobre o valor gasto e demonstrar a quais centros de custos os gastos estão vinculados. O método do centro de custos foi utilizado para apurar o custo de alguns procedimentos hospitalares e os resultados demonstraram que a metodologia é apropriada.

* KOS, S. R.; DOS SANTOS, N. P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS vs custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com repasse do SUS? XXII Congresso Brasileiro de Custos - Foz do Iguaçu, Paraná. 2015.

Na mesma linha de pensamento, o Ministério da Saúde afirma que por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS e de fácil aplicação, essa metodologia é a escolhida e adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (BRASIL*).

* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos - conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

LEVANTAMENTO DOS CENTROS DE CUSTOS

A próxima etapa será elaborar o levantamento dos centros de custos no Hospital.

Identificaremos todos os serviços e setores, com base no organograma da Instituição, pesquisa de campo e análise dos setores existentes para, em seguida, de-

finir quais serão os centros de custos. Poderá, nesta etapa, haver junções ou divisões do organograma, para a formação dos centros de custos, visando uma melhor identificação dos custos.

Com este levantamento, criaremos uma listagem dos centros de custos identificados no Hospital, a qual, de tempos em tempos, sofrerá revisões e alterações necessárias

ESTRUTURAÇÃO DOS TIPOS DE CENTRO DE CUSTOS

Uma vez identificados todos os centros de custos, passaremos para a fase de estruturação, reunindo-os em grupos que desempenham atividades semelhantes. Os tipos de centro de custos que serão utilizados são:

- 1) **Administrativos:** reúne os centros de custos relacionados com as atividades administrativa, de direção, de Gestão de Pessoas, e outros que venham a ser identificados neste grupo (Ex.: Assessoria e Planejamento, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de áreas, etc.).
- 2) **Auxiliares:** reúne os centros de custos que executa atividade complementar àquelas desenvolvidas nos centros de custos finais, tais como Nutrição, Higiene e Limpeza, CME, Serviço Social, e outros que venham a ser identificados neste grupo (Ex.: Lavanderia, CCIH, Tecnologia da Informação, Engenharia Clínica, etc.).
- 3) **Produtivos:** reúne os centros de custos que desenvolvem atividades diretamente relacionada com os objetivos principais da instituição, ou seja, unidades que prestam serviços diretamente aos pacientes, tais

como Ambulatório, Internação, Urgência e Emergência (Ex.: Clínica Médica, Pronto Socorro, etc.).

Alocação dos Gastos

Existem três critérios para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, a saber:

Alocação Direta

Em termos gerais, é a metodologia mais simples de distribuição direta. Consiste na alocação dos gastos dos centros de custos não produtores de renda (administrativos e auxiliares) diretamente aos centros de custos produtivos/finais. Nesse processo não são consideradas as trocas de serviços entre os centros de custos não-produtivos.

Alocação Sequencial

Ao contrário da alocação direta, essa metodologia aceita a troca de serviços entre os centros de custos não-produtivos. O primeiro centro de custos a ser escolhido pode ser aquele que presta serviços ao maior número de centro de custos, ou aquele que tem os custos mais elevados dentro da instituição. O último centro é geralmente aquele que recebe o maior número de serviços, em contrapartida é aquele que presta o menor número de serviços aos demais. Isto é, o total dos gastos diretos demonstrados no primeiro centro de custos não-produtivo seria rateado para os demais centros demandantes de seus serviços.

Alocação Recíproca

A alocação dos gastos que será adotado neste programa será a alocação recíproca. Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Essa forma de alocação reconhece que há participação ou

trocas de recursos entre os centros de custos administrativo e meio e leva esse fato em consideração antes de efetuar o rateio aos centros de custos produtivos, apresentando melhores resultados. Desta forma, um centro de custos poderá distribuir seus custos para outros (que fizeram uso de seus recursos) e, também, receber custos destes outros. Isso significa que, apesar de já ter distribuído seus custos, o centro de custos receberá novas cargas de custos dos demais e, eventualmente, parcela de seus próprios custos. Neste processo, há um retorno de custos a um centro de custos que já havia distribuído seus custos a outros, ou seja, tinha sido 'zerado'.

Entretanto, é um pouco mais complexa de ser elaborada do que outras formas de alocações de gastos (direta e sequencial) por utilizar de álgebra matricial para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Considerando esta complexidade e a diversidade de procedimentos existentes dentro do HEMU será utilizado um suporte informatizado a ser disponibilizado pela Consultoria Planisa que simplificará este processo. Apesar da complexidade, esse critério é o que melhor atenderá aos objetivos deste programa e, por consequência, do Hospital.

ROTINAS PARA GESTÃO DE CUSTOS

Após o desenvolvimento e implantação da Gestão de Custos da unidade, algumas rotinas devem ser seguidas para melhor efetivação do resultado do programa, sendo elas:

a. Coleta mensal dos dados de produção do hospital por Centro de Custo:

- Número de pacientes-dia;

- Número de exames;
- Número de atendimentos;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos produtivos do Hospital geram um relatório do sistema de gestão hospitalar que será implantado no HEMU e enviam os dados de produção de cada Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

b. Coleta mensal dos dados de estatísticas de rateio por Centro de Custo

Quantidade de kg de resíduos produzidos;

Quantidade de kg de roupas lavadas;

Quantidade de refeições servidas a colaboradores, pacientes e acompanhantes;

Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos auxiliares e administrativos do Hospital geram um relatório do sistema de gestão hospitalar que será implantado no HEMU e enviam os dados estatísticos de cada serviço por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

c. Coleta e alocação de custos de folha de pagamento e benefícios por Centro de Custo

Todos os meses os responsáveis pelo RH e Contabilidade do Hospital encaminham a folha de pagamento, benefícios e escalas dos trabalhadores por Centro de Custo para um colaborador responsável pela

compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

d. Coleta e alocação de custos de Notas Fiscais dos prestadores de serviço por Centro de Custo

Todos os meses os responsáveis pelo Departamento Financeiro e Contabilidade do Hospital encaminham as Notas Fiscais dos prestadores de serviços por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

e. Coleta de relatórios de consumo de materiais e medicamentos dispensados pela Farmácia, Almoxarifado e outros setores que vierem a dispensar materiais internamente, por Centro de Custo

Todos os meses os responsáveis pela Farmácia, Almoxarifado Central, CAF, Laboratório de Análises Clínicas e outros setores que fazem dispensação de insumos no Hospital, geram relatórios no sistema de gestão hospitalar que será implantado no HEMU com o consumo total de insumos de cada Centro de Custo do Hospital e para um colaborador responsável pela compilação dos dados e input no sistema de Gestão de Custos.

f. Após o recebimento das informações os colaboradores responsáveis pela Gestão de Custos da unidade farão o input dos dados coletados dentro do sistema a ser disponibilizado pela Planisa

g. É feita, então, a análise e validação das informações geradas pelo sistema a fim de enxergar possíveis gaps no input dos dados

h. É realizada a emissão de relatórios do sistema de Gestão de Custos para análise dos dados de todos os setores

i. Realiza-se a disseminação das informações geradas para avaliação dos responsáveis pelos Centros de Custos e gestores da organização

A compreensão dos relatórios de custo, de acordo com parâmetros e perfis próprios de cada centro de custos e objetivos estratégicos, possibilitará, em cada nível hierárquico, ter condições de planejar, controlar e decidir para o alcance de maior eficiência e eficácia. Dessa forma, entre outros avanços, será possível a instrumentalização na busca de melhores níveis de produtividade e qualidade, reduzindo o desperdício de recursos e contribuindo para uma melhoria sistêmica do Hospital.

j. Os relatórios seguirão a perspectiva do modelo ad-hoc, apresentando tanto informações macro quanto micro.

k. As informações de caráter macro e as estratégicas serão repassadas ao corpo diretivo do Hospital. As informações de caráter micro, obtidas por meio de refinamentos sucessivos, subsidiarão a decisão estratégica da direção da organização de saúde e decisões de caráter gerencial e operacional dos seus setores.

Por fim, assinala-se que, tanto as compras, quanto as contratações de serviços, serão realizadas com base no regulamento de compras e contratação de serviços, em anexo, o qual atende aos padrões da Controladoria Geral do Estado de Goiás.

AM



AM

ITEM 1.2. - INCREMENTO DE ATIVIDADES

OBSERVAÇÃO PRÉVIA: A SAÚDE INTEGRAL.

Goste-se ou não, é inegável que, com o advento da Covid-19, observaram-se profundas mudanças junto à sociedade, seja com relação a práticas e comportamentos, seja com relação à reflexão a respeito de conceitos e princípios - a ponto de não ser exagero dizer que, em face daquele acontecimento planetário, a História se subdividiu entre o mundo "pré" e "pós Covid-19".

Um exemplo é a própria relação de comunicação que se estabeleceu entre a sociedade e os serviços de saúde: intubação, respiradores, intensivistas, insumos, neurobloqueadores, IVA's, taxas de ocupação, taxas de mortalidade, todas estas, dentre muitas outras, são expressões que, da outrora hermética rotina hospitalar, saltaram para as notícias do cotidiano.

Nesse contexto, o mundo pós-Covid exigirá não apenas o aperfeiçoamento dos processos de humanização com relação a pacientes e familiares, mas também o próprio protagonismo do hospital na solução de múltiplas carências que impactam sobre a integralidade da saúde da população.

Os novos tempos serão desafiadores: para além de lidar com a própria Covid-19, será preciso encarar uma sociedade sequelada, física e mentalmente, pelos males da pandemia, prejudicada no processo educacional e carente de recursos materiais - efeito colateral do baque experimentado na economia, visto especialmente entre os segmentos menos abastados.

É fato, por exemplo, que, segundo dados do IBGE, "A proporção de jovens que nem estudam nem trabalham atingiu no último trimestre de 2020 o maior valor em oito anos", alcançando "25,5% dos jovens de

15 a 29 anos", com maior impacto junto aos "menos escolarizados" (jornal "Valor Econômico", edição de 29.04.21, matéria intitulada "Pandemia ele fatia de jovens 'nem-nem'". E não foi outra razão que não esse dramático contexto que motivou o Supremo Tribunal Federal a obrigar o Governo Federal a "implantar a partir de 2022 um programa de renda básica nacional" para pessoas "em situação de extrema pobreza" (jornal "Folha de S. Paulo", edição de 27.04.21, matéria intitulada "STF manda governo criar programa de renda básica para extrema pobreza").

Praticar a assistência social (cuja ausência, não raro, acaba por propiciar diversas situações com impacto dramático na área da saúde) nunca terá sido tão importante quanto agora - e se é verdade que não cumpre a qualquer hospital atuar como indutor de desenvolvimento econômico em si, não é menos verdade que, zelando pela integralidade da saúde física e mental da comunidade em que se insere, o serviço de saúde pode propiciar as premissas básicas para tal. E isso, é claro, sem que se perca o foco na excelência operacional dos serviços de saúde em sentido estrito, inclusive quanto ao incremento das atividades médicas do hospital.

SERVI- R – ESTA SERÁ A DIRETRIZ DO HOSPITAL DO FUTURO. É SOB ESSA ÓTICA QUE SE APRESENTAM OS PROJETOS ASSISTENCIAIS E SOCIAIS DO IMED PARA HEMU, QUE A SEGUIR SERÃO DELINEADOS.

MJ

1.2.1. - Proposição de incremento das metas de produção

A partir da análise da capacidade instalada do HEMU e das premissas constantes do edital, propõe-se o aumento de parte das metas de produção constantes do chamamento – aumento, este, decorrente da otimização dos processos operacionais dentro da unidade de saúde. As propostas são as seguintes:

Cirurgias Ambulatoriais: propõe-se um incremento de 10% sobre a meta proposta - i.e., de 176 cirurgias ambulatoriais para 194 procedimentos, desde que, naturalmente, sejam agendados os pacientes para esta finalidade.

Consultórios		Manhã					Tarde				Cir. Amb. Mês	
C. CIR.	5	t	q	q	s	s	t	q	q	s		
		C.A		C.A.		C.A	C.A.		C.A.		C.A	194

4.4. Atendimento Ambulatorial		
4.4.1. Consultas Médicas e Multiprofissional na Atenção Especializada		Tempo das consultas em min.
I	Clinica Médica	20
II	Hematologia	20
III	Infectologista (VVS)	20
IV	Cuidado Paliativo - Paliativismo	60
V	Pediatria - Egressos de alto risco	60
VI	Cardiologia - (Risco Cirúrgico)	20
VII	Cirurgia Geral - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
VIII	Gastroenterologia Geral - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
IX	Ginecologia - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
X	Ortopedia e Traumatologia - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
XI	Neurocirurgia	20
XII	Obstetrícia - Pré natal alto risco	20
XIII	Otorrinolaringologia adulto - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
XIV	Otorrinolaringologia pediátrica - Ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	30
XV	Proctologia Geral - ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
XVI	Urologia - ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
XVII	Angiologia e Cirurgia Vascular - ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	20
XVIII	Cirurgia Oncológica	40
XVIII a	Dermatologia Oncológica - ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	40
XVIII b	Gastroenterologia Oncológica - ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	40
XVIII c	Mastologia - ambulatório Pré e Pós Cirúrgico	40
XVIII d	Oncologia Clínico	40
XVIII e	Proctologia Oncológica - ambulatório Pré e Pós cirúrgico	40
XVIII f	Pneumologia Oncológica - ambulatório Pré e Pós cirúrgico	40
XVIII g	Urologia Oncológica - ambulatório Pré e Pós cirúrgico	40

Ambulatório: propõe-se um incremento de 10% sobre a meta proposta.

A partir da utilização mais eficiente e racional de dez das vinte salas do ambulatório, é possível ampliar a disponibilização de consultas médicas, desde que a Regulação Estadual encaminhe os pacientes - de modo que o número de consultas passa de 2.000 para 2.200.

Consultórios	Manha					Tarde				Consultas Semana
	t	q	q	s	s	t	q	q	s	
C.MED.	1	x		x		x		x		162
	2		x	x				x		
	3	x			x	x			x	
C. CIR.	1	o	o		o	o				328
	2	o	o		o	o		o	o	
	3		o	o		o		o	o	
	4	o	o			o		o		
C. ONC.	1	y		y	y	y			y	144
	2	y		y	y	y		y		
	3	y	y		y	y			y	

Internações - Saídas hospitalares: propõe-se um incremento de 5% sobre a meta, o que se dará através da redução dos tempos médios de permanência para três especialidades: Clínica Médica, Pediatria E Clínica Cirúrgica.

Meta Internação - saídas hospitalares	Meta Mensal	Leitos	Leitos com T.O - 85%	Media permanência planejada	Media permanência otimizada	Capac. produção
Clínica Médica	388	64	54	5	4	415
Oncológica	91	18	15	6	6	78
Pediátrica	181	28	24	4	3	242
Clínica Cirúrgica	213	35	30	5	4	227
Cirúrgica Programada	155	12	10	2	2	156
Cirúrgica Oncológica	65	13	11	6	6	56
Obstétrica	310	60	51	5	5	311
Saúde mental	8	8	8	30	30	8

1.2.2. - Proposição de outros serviços / especialidades médicas para o ambulatório, conforme o perfil da unidade

Quanto às especialidades médicas do ambulatório, o IMED se propõe a ampliar o número das mesmas, buscando ampliar a resolutividade da clínica oncológica do hospital. São as seguintes especialidades propostas:

Cirurgia Plástica

Como se sabe, dentre as competências do cirurgião plástico, inclui-se o tratamento das patologias relacionadas à pele, como os Carcinomas Basocelular (CBC), os Carcinomas Espinoelular (CEC), os Melanomas e os Sarcomas - desde o diagnóstico até o acompanhamento da doença.

Há, ainda, a cirurgia plástica reconstrutora oncológica, também chamada Oncoplástica, na qual a atuação do médico se dá em conjunto com outros especialistas, proporcionando as condições para que os demais profissionais realizem suas cirurgias com padrões oncológicos curativos, mas com especial atenção quanto ao restabelecimento da forma e da função dos órgãos e tecidos operados.

A atuação mais frequente do cirurgião plástico, contudo, ocorre nos casos de câncer de pele (CBC, CEC e Melanoma), isoladamente ou em conjunto com outros especialistas - trabalho que também pode ser realizado para o câncer de mama, de cabeça e do pescoço, com o suporte do mastologista e do cirurgião de cabeça e pescoço, respectivamente.

Cirurgião de Cabeça e Pescoço

A cirurgia de cabeça e pescoço é uma especialidade que trata tumores benignos e malignos localizados na região da face, fossas nasais, seios paranasais, boca, faringe, laringe, tireoide, glândulas salivares e dos tecidos moles do pescoço e da paratireoide. A atuação não inclui as doenças do cérebro e da coluna cervical.

As alterações benignas são nódulos na tireoide, parótida e nas glândulas submandibular e sublingual ou inflamações e cálculos que precisem de acompanhamento clínico. No entanto, são os cânceres os casos mais comuns no consultório, entre eles os de tireoide e os carcinomas epidermoides, que se formam na cavidade oral, garganta e laringe, normalmente mais agressivos.

A proposta, portanto, contempla o acréscimo desta especialidade, como forma de otimizar o padrão de resolutividade do HEMU.

1.2.3. - Novos serviços a serem incrementados no Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU), utili-

zando a infraestrutura existente com ampliação mínima de custos operacionais.

A. CLÍNICA DE DOR (VOLTADA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS)

Na oncologia, a dor constitui uma das queixas mais frequentes dos pacientes e requer tratamento adequado e, muitas vezes, específico.

Isso se torna ainda mais relevante na medida em que o paciente oncológico experimenta impacto emocional adverso e desconfortos desde os exames diagnósticos até os procedimentos terapêuticos convencionais.

Estudos apontam que a dor oncológica atinge de 30% a 40% dos pacientes no momento do diagnóstico, enquanto em casos avançados esse sintoma afeta de 65% a 85% dos pacientes, comprometendo severamente a qualidade de vida e agravando ainda mais outros sintomas. Detalhe: até 95% das dores podem ser tratadas com sucesso (<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/dor/208/109/>)

Nesse contexto, ganha destaque o papel da Acupuntura - serviço que será agregado à Clínica da Dor voltada para pacientes oncológicos.

O papel da Acupuntura nos pacientes com neoplasias malignas revela-se um significativo adjuvante, um complemento ao tratamento convencional para o controle da dor, seja ela pós-operatória ou pós-qui-mioterapia ou pós-radioterápica - lidando com a variedade de sintomas e condições associadas ao câncer e os efeitos colaterais do tratamento.

Destaque-se, ainda, que o fenômeno "dor" também aparece associado a outros sintomas como fraqueza,

ansiedade, náusea, distúrbios do sono e depressão. Além disso, o tratamento da doença, seja a quimioterapia, a terapia alvo ou a hormonioterapia, provoca uma série de efeitos colaterais, que variam de intensidade de acordo com cada pessoa. O câncer e o tratamento em si exigem muito do paciente, uma vez que, além dos sintomas físicos, surgem também problemas emocionais.

A dor é um sintoma comum em pacientes oncológicos, seja em casos em que o câncer está em estágio avançado, seja até mesmo no momento do diagnóstico. Ela pode ser proveniente tanto do tumor, uma vez que dependendo do tamanho, pode pressionar outros órgãos e nervos, ou pode ser provocada pelo próprio tratamento. A cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia também podem provocar esse sintoma no paciente.

Por ser um sintoma tão presente no paciente oncológico, a dor pode - e deve - ser tratada com especialistas. Veja-se, para fins de sublinhar a importância do tema, como se dá a ocorrência das dores oncológicas:

- Dor oncológica. A maior parte dos casos de dor ocorre quando um tumor pressiona os ossos, nervos e órgãos do corpo. Pacientes com doença avançada são mais propensos a sentirem dor.
- Compressão da medula espinhal. Quando um tumor invade a coluna vertebral, pode pressionar a medula espinhal. Isso é denominado compressão da medula espinhal.
- Dor óssea. Esse tipo de dor pode acontecer quando a doença se dissemina para os ossos.
- Dor cirúrgica. A cirurgia é realizada para tratar cânceres que cresceram como tumores sólidos, em que pese outros tratamentos, como quimioterapia ou radioterapia, também possam ser administrados de forma concomitante. Dependendo do tipo de cirurgia, sentir dor é algo esperado.

- Dor "fantasma". Esse é um efeito de maior duração da cirurgia, além da dor cirúrgica habitual.
- Dor de outros tratamentos contra o câncer. Alguns dos efeitos colaterais provocados pela quimioterapia e radioterapia podem provocar dor. A dor pode até levar à suspensão do tratamento se não for bem gerenciada.
- Neuropatia periférica. Essa condição refere-se a dor, ardor, formigamento, dormência, fraqueza, dificuldade para andar ou sensações estranhas nas mãos, braços ou pernas e pés. A neuropatia periférica pode ser provocada por determinados tipos de medicamentos quimioterápicos.
- Feridas na boca. A quimioterapia pode provocar feridas e dor na boca e garganta (estomatite ou mucosite). A dor pode ser intensa a ponto de impedir que o paciente se alimente ou inclusive tenha dificuldades para falar.
- Mucosite e outras lesões devido à radioterapia. A dor devido ao tratamento radioterápico depende da parte do corpo que foi irradiada. A radioterapia pode provocar queimaduras cutâneas, mucosite (aftas) e cicatrizes, que podem provocar dor. A garganta, intestino, pulmão e bexiga também são suscetíveis a danos provocados pela radioterapia.
- Dor devido a procedimentos e exames. Alguns exames realizados para diagnóstico do câncer e avaliação da resposta do tumor ao tratamento podem ser dolorosos.

Vale enfatizar, porém, que qualquer dor observada durante e após o procedimento, em geral, pode ser tratada e aliviada - donde a necessidade de, através de uma equipe especializada, implantar-se a Clínica da Dor voltada a pacientes oncológicos.

Deste modo, será estruturada junto ao HEMU uma

equipe formada por médico especialista em dor, médico oncologista, cirurgião, neurologista, fisiatra, acupunturista, além da equipe de enfermagem, psicólogos, farmacêuticos, fisioterapeuta e assistente social.

Essa equipe irá tratar tanto a dor crônica ou aguda. Em pacientes oncológicos, como é curial, prevalece a dor crônica, que pode estar relacionada, inclusive, a causas psicossociais.

A equipe da Clínica da Dor do HEMU buscará, primeiro, identificar as características da dor junto aos pacientes oncológicos, para, depois, conceber o respectivo diagnóstico e tratamento mais apropriado e eficaz conforme as condições individuais de cada paciente.

B. AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR PÓS-COVID

Fadiga, falta de ar e dor no peito são queixas comuns entre aqueles que passaram pela infecção pelo novo Coronavírus - e que, mesmo após a superação da doença, ainda não se sentem como antes. Tais sintomas, no entanto, não são os únicos - e as complicações decorrentes da Covid-19 fazem-se sentir também sob o campo neurológico, cardiovascular e da saúde mental.

Aliás, sequelas - e sua respectiva duração - junto a tais pacientes ainda são fenômenos a serem bem compreendidos, dado o próprio ineditismo da situação. O fato, porém, é que o problema se avoluma, com a necessidade do estudo multidisciplinar para a sua resolução.

"Pessoas que tiveram Covid-19 severa e se recuperaram continuam a apresentar sequelas neurológicas, como fadiga, episódios esquizofrênicos e epilepsia. Isso tem ficado cada vez mais claro", diz o biólogo Alysson Muotri, pesquisador da Universidade da Califórnia em San Diego.

(...)

Sintomas assim são menos comuns em quem teve Covid leve ou assintomática. Mas há indícios de que mesmo essas pessoas podem apresentar sequelas. Um levantamento feito por cientistas ingleses, que analisaram estudos realizados em dez países sobre os efeitos neurológicos do coronavírus, concluiu que um quinto dos pacientes tem algum problema do tipo após se curar. A fadiga, que acomete 19,3% das pessoas, a perda de memória (18,9%), transtornos de ansiedade (14,8%) e irritabilidade (12,8%) são os mais frequentes.

Os sintomas neurológicos da Covid ainda são poucos comentados, mas o alarme soou faz tempo. Em março de 2020, dois cientistas chineses e um japonês publicaram um artigo sobre o possível neurotropismo do Sars-CoV-2, ou seja, sua capacidade de infectar o sistema nervoso* (matéria extraída da revista "Super Interessante", edição de abril de 2021, intitulada "Os efeitos da Covid no cérebro" - g.n.).

"A Covid-19 causa inflamações que consomem muita musculatura dos pacientes. O resultado é a fraqueza para desempenhar atividades diárias simples, como cozinhar, andar ou subir escadas. Os pacientes voltam a comer após a internação, ganham peso e gordura novamente, mas não melhoram a capacidade muscular respiratória, o que faz com que apresentem cansaço contínuo e baixo condicionamento físico", explica o pneumologista Dr. Franco Martins (<http://www.fmabc.br/8-noticias/429-fmabc-cria-ambulatorio-pos-covid-19-para-pacientes-que-foram-internados>).*

"No estudo, pesquisadores examinaram registros médicos de mais de 73 mil pessoas dos Estados Unidos cujas infecções por coronavírus não exigiram internação. Entre um e seis meses depois de serem infectados, esses pacientes tinham risco 60% maior de morte do que as pessoas que não foram infectadas.

(...)

AM

Os sobreviventes da Covid tiveram uma série de problemas médicos duradouros que nunca haviam tido – não apenas problemas de pulmão pelos efeitos respiratórios do vírus, mas também sintomas que podiam afetar praticamente qualquer sistema de órgãos ou parte do corpo, de neurológicos a cardiovasculares a gastrointestinais. Também havia maior risco de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade e transtornos do sono.

(...)

Especialistas dizem que as conclusões do estudo refletem uma cascata de questões levantadas não só pelo vírus em si, mas pela luta do sistema médico para enfrentar a Covid-19 e seus efeitos a longo prazo.

“Temos centas de milhares de pessoas com uma síndrome não reconhecida e estamos tentando aprender sobre a reação imune (...), disse Eleftherios Mylonakis, chefe de doenças infecciosas na Escola de Medicina Warren Alpert na Universidade Brown, que não participou do estudo.

Em muitos casos, segundo Mylonakis, as pessoas que tiveram novos sintomas que não ficaram realmente doentes com a infecção viral entram em um mundo médico confuso e compartilhado...” (matéria intitulada “Pacientes com ‘Covid longa’ têm risco de sequelas duradouras e preocupantes”, editada pelo “The New York Times” e traduzida junto à edição de 28.04.21 da “Folha de S. Paulo” - g.n.).

Para acolher os pacientes que continuam enfrentando as limitações e o desconforto de sintomas que persistem após a fase aguda da doença, será criado junto ao HEMU o Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid – cuja característica primordial será a integração entre diversas especialidades médicas, de forma a entender e, por consequência, melhor enfrentar as apontadas sequelas.

A equipe multidisciplinar, formada por médicos de

diversas especialidades, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos e até musicistas (que utilizarão a técnica do canto como forma de minimizar parte das sequelas daquelas pessoas, em especial as de natureza respiratória).

Vale destacar que, dada a ampla carteira de especialidades ofertadas pelo HEMU, a maior parte daqueles profissionais já se encontra inserida junto às equipes do Hospital – com o que, através de uma gestão eficiente com a otimização de recursos, os recursos financeiros do projeto não serão de maior monta.

A proposta, portanto, é oferecer a assistência de maneira integrada às pessoas que experimentam sequelas posteriores ao desaparecimento da doença.

Funcionamento

O Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid funcionará de segunda a sexta, das 7 h às 12 h e das 13 h às 18 h, atendendo tanto pacientes regulados pela SES quanto aqueles atendidos junto ao próprio Hospital e que, após o exame médico cabível, se encaixem nos padrões estabelecidos para investigação das chamadas sequelas pós-Covid (obedecidos, é claro, os registros necessários junto ao Complexo Regulador Estadual).

Uma das grandes novidades apresentadas, como dito antes, serão as aulas de canto – cujas técnicas, além de propiciarem o fortalecimento do pulmão, atuam sobre o aspecto emocional dos pacientes, inclusive em razão da convivência com outros pacientes que passaram pela mesma experiência.

C. TERAPIA EM GRUPO PACIENTES ONCOLÓGICOS E PÓS-COVID

Sabe-se que o câncer é uma doença que cresce em número de casos em todo o mundo. É fundamental, portanto, que, a par de uma assistência médica de excelência, seja propiciada uma assistência psicológica adequada tanto para o paciente quanto para sua família, prestando-se apoio psicossocial e psicoterapêutico, tanto para fins de apolar o enfrentamento da doença quanto para a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Diante do diagnóstico de câncer, ocorrem diversas mudanças na vida do paciente, com a ameaça de planejamentos futuros, perda da esperança, ansiedade e medo. O diagnóstico da doença passa então a ser encarado como o início de uma crise, que se implanta em meio a muitas incertezas e inseguranças (Silva, Aquino, Santos, 2015) – propiciando reações de negação, raiva, depressão, barganha e aceitação.

O acolhimento e o acesso a informações pertinentes ao tratamento proporcionam mais calma e maior tranquilidade ao paciente para iniciar o novo processo, deixando-o mais consciente de que também a auto e a mútua ajuda são de fundamental importância (Klüber-Ross, 1998).

Um grupo de pacientes oncológicos, à toda evidência, não é um grupo homogêneo de pacientes, pois a oncologia não tem em todos uma mesma etiologia, mesmas características ou tratamento farmacológico. No entanto, esses pacientes apresentam aspectos psicológicos em comum, como medo da morte, de invalidez/incapacitação, dores, sofrimentos, entre outros – tornando-se mais do apropriada a prática da terapia de grupo, além de, através da experiência partilhada de outros que sofrem de problemas similares, levá-lo a perceber seus novos papéis com o melhor reconhecimento de si, propicia inspiração para que se encontrem respostas diante de sua nova condição de vida.

Participar de grupos de apoio está associado a me-

lhores desfechos psicológicos, podendo resultar em benefícios psicossociais, como redução de estresse, incremento da qualidade de vida, melhora do humor e compartilhamento de informações sobre as diversas opções de tratamentos disponíveis.

**A ferramenta de grupo de apoio tem sido muito útil a diferentes trabalhos de acolhimento e cuidado. É um suporte que tem por objetivo auxiliar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou na manutenção, adaptação a novas situações.*

Tem sido utilizada por profissionais de diversas áreas como uma boa resposta à solidão, isolamento social, troca de experiência, compartilhamento e aprendizagem, já que no grupo cada indivíduo é espelho para o outro. Muitas vezes vivemos situações em nossas vidas que não dividimos nem mesmo com a família e pensamos que estamos sozinhos, vivenciando realidades que nos causam grandes sofrimentos! Temos vergonha, medo, preconceito e queremos esconder das pessoas e nos fechamos como 'ostras'. Assim, o nosso problema vai aumentando como uma bola de neve até que fica insustentável e se torna necessário buscar ajuda* (artigo de Tânia Maria Farias Toscano, publicado no site da Federação de Amor-Exigente, <https://amorexigente.org.br/grupo-de-apoio-por-que-frequentar/>).

Não se pode, porém, relegar-se a um segundo plano o sofrimento experimentado pelos familiares dos pacientes oncológicos.

Acolher as famílias, ver com clareza a real situação do paciente, evitar fantasias de cura que vão além do prognóstico, dentre outros, são fatores essenciais para que se evite a desestruturação do equilíbrio psicológico familiar, fator tão importante quanto o tratamento em si. Além disso, estudos comprovam que o afeto e a força em momentos como esse podem, inclusive, ser decisivos no quadro clínico do enfermo.

sem falar do maior acolhimento e conforto dos familiares nos quadros de possível luto (Fonseca e Castro, 2016).

Sendo assim, o HEMU disporá de serviço de terapia em grupo, a ser orientado e estruturado por profissionais da Psicologia, destinado a dois grupos separados: familiares (especialmente acompanhantes) e pacientes oncológicos (desde que, neste último caso, lhes seja possível a participação presencial). Referidos encontros se darão duas vezes por semana, para cada qual dos grupos, no período matutino e vespertino, de modo a amplificar a possibilidade de participação.

Outro aspecto a ser destacado é a condição dos ditos pacientes pós-Covid. Se é verdade que, com relação a pacientes oncológicos, a ameaça a planejamentos futuros, a ansiedade e o medo passam a ser novos fatores a lidar no cotidiano, não é menos verdadeiro que exatamente o mesmo pode se dar com relação a significativa parte daqueles outros pacientes – sem contar, é claro, as sequelas de múltiplas naturezas, inclusive de ordem psicológica, que acometem aos que passaram pela Covid-19, como abordado em tópico anterior.

Sendo assim, também para esses pacientes serão ofertados os serviços de terapia em grupo, igualmente orientado e estruturado por profissionais da Psicologia, e também com a periodicidade de sessões em duas vezes por semana – porém, neste caso, no período matutino e noturno, de modo a viabilizar a presença dos interessados sem prejuízo de suas atividades profissionais.

Referências citadas neste tópico:

Fonseca R; Castro M.M. "Psicologia e Saúde em Debate" ISSN-e 2446-922X DOI:10.22289/2446-922XV2EEA5 2016

Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. "O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico". RevBras Ter. Cogn. (periódico na internet). 2008.

Kubler-Ross, E. "Sobre a morte e o morrer". 8. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

D. PROGRAMA DE MONITORAMENTO REMOTO DE PACIENTES PÓS ALTA COVID-19

Como se sabe, o novo Coronavírus (Covid-19) trouxe gigantescos desafios à Saúde Pública, os quais vão além da fase de hospitalização.

Além da possibilidade do advento de diversas repercussões sistêmicas e do comprometimento respiratório, estudos indicam que os sistemas renal, cardiovascular, neurológico e musculoesquelético também são potencialmente afetados por esta infecção. Ainda por conta dessas sequelas, é passível de ser observada a ulterior deficiência dos vários grupos musculares, o que, conseqüentemente, desencadeia a intolerância aos exercícios físicos e dificuldades na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD).

As sequelas físicas e psicossociais após a fase aguda da doença têm sido fonte de grande preocupação de diversas áreas. A título de exemplo, vê-se que, em inúmeras ocasiões, os pacientes que recebem alta passam a maior parte do tempo isolados, em espaço restrito, sentados ou deitados – o que dá azo, muitas vezes, à diminuição da força muscular, da mobilidade articular e da independência funcional, gerando riscos sistêmicos que implicam em uma série de complicações.

O processo de reabilitação, portanto, é fundamental não apenas durante o tratamento clínico, como também após a alta do paciente.

Nesse contexto, cumpre zelar para que se implementem um conjunto de ações destinadas a auxiliar os pacientes a manterem uma boa funcionalidade na

interação com seu ambiente.

Sabe-se que o teste mais utilizado para avaliar as "Atividades Básicas da Vida Diária" (ABVD) é o chamado "Índice de Barthel", que, segundo Mínozzo et al (2010), avalia a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações.

Pontua-se cada item de acordo com o desempenho do paciente em realizar ocupações de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e a pontuação mais alta indica maior independência (Mínozzo et al, 2010).

A detecção de certo grau de comprometimento sugere a necessidade de assistência de outra pessoa - sendo a avaliação das atividades praticadas de essencial utilidade para o exame do progresso em um programa de reabilitação.

OBJETIVOS

Padronizar o atendimento da equipe multidisciplinar quanto ao acompanhamento dos pacientes com alta da Covid-19, examinando-se seus fatores de risco para reinternação, através de interações com tais pacientes. Nessas interações, o autocuidado e o monitoramento de saúde serão abordados de forma simples e compreensível, buscando a plena adesão e, por consequência, eficácia ao tratamento proposto, de forma a diminuir riscos de descompensação e agravamento de comorbidades, capacitando cada indivíduo a atuar sobre melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde.

IDENTIFICAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ELEGÍVEIS AO PROGRAMA

Os pacientes elegíveis ao programa serão aqueles com previsão de alta hospitalar para as 24 horas seguintes e que aceitem participar do monitoramento remoto. Quando menores de idade, tutelados ou

que dependam de acompanhante, a representação se dará pelos pais ou responsáveis.

DEFINIÇÃO DAS REGRAS DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA

O programa de monitoramento remoto de saúde será implantado sob as seguintes condições:

- Pacientes com diagnóstico confirmado de Covid-19;
- Previsão de alta para o dia seguinte;
- Pacientes que aceitem realizar a avaliação das atividades diárias - Índice de Bathel

METODOLOGIA

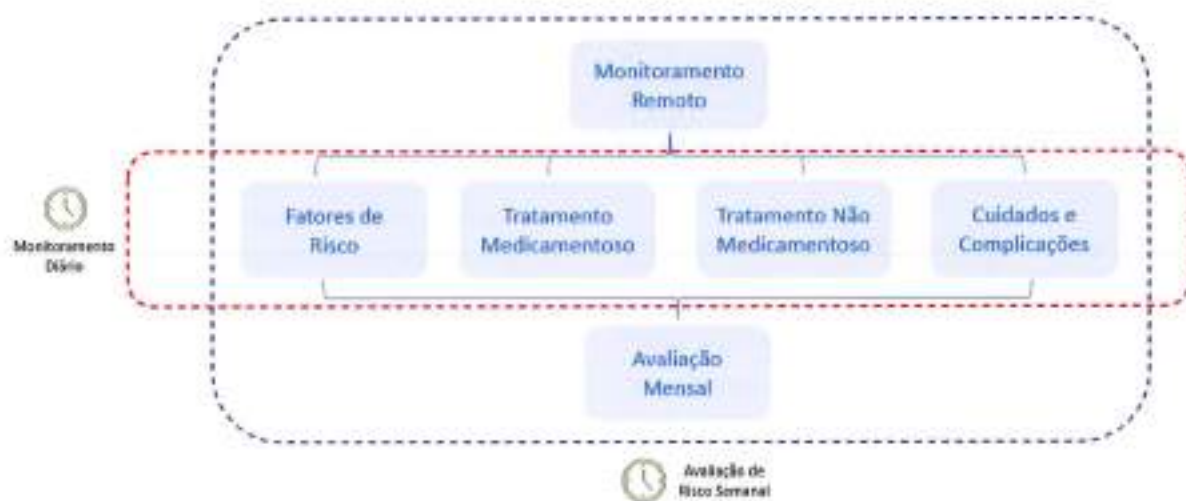
Após o advento da alta, profissional de enfermagem orientará o paciente a respeito do monitoramento, bem como coletará os dados necessários para a futura interação - seja com o agendamento de visita presencial à residência, seja através de contatos telefônicos.

O acompanhamento e monitoramento da saúde e dos dados clínicos, bem como as orientações, será realizado por diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, com base nas informações coletadas junto ao prontuário eletrônico, além de outras informações compartilhadas pelo paciente.

MONITORAMENTO REMOTO

O acompanhamento e monitoramento da saúde do paciente se dará através de interações entre usuário e equipe multidisciplinar, de acordo com a necessidade individual identificada. Serão abordados itens como o tratamento medicamentoso, tratamento não medicamentoso, fatores de risco, além de cuidados e complicações - de acordo, por óbvio, com o macroprocesso de monitoramento.

Macroprocesso de Monitoramento Remoto



Inclusão no Programa

A partir do momento que o paciente estiver prestes a receber alta, o profissional deverá entrar em contato para avaliar se o paciente possui os critérios de inclusão no monitoramento. Caso a avaliação seja positiva, será realizada visita junto ao leito para fins de orientação e preenchimento da Escala de Barthel. Em seguida, o profissional deverá:

- Finalizar cadastro no prontuário eletrônico com os dados pessoais;

Preencher abas com:

- Procedimentos e exames realizados (se houver);
- Tratamento Não Medicamentoso;
- Escalas;
 - Medicamentos em uso;
- Agendar visita domiciliar caso o paciente seja da cidade ou agendar, através da Coordenação de Enfermagem, contato de monitoramento de forma remota.

Contato Ativo de Monitoramento

A equipe criará estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados durante o monitoramento, estabelecendo metas juntamente com o paciente. Lembre-se que o monitoramento poderá, conforme o caso, se dar tanto através de vista presencial quanto através de contato telefônico ou via aplicativo de mensagem, inclusive por meio de vídeo chamada.

Ações a serem realizadas durante o monitoramento do usuário:

- Orientar e educar sobre a patologia monitorada;
- Motivar o usuário a modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, stress, bebida alcoólica, sedentarismo e má alimentação);
- Orientar o usuário sobre fatores de risco para outras doenças e suas complicações;
- Orientar sobre o uso de medicamentos prescritos, indicação, dosagem, horários, efeitos desejados e efeitos colaterais;
- Discutir casos com a equipe multidisciplinar e, quando pertinente, encaminhar o paciente

AM

aos especialistas;

- Gerenciar o autocuidado do usuário (parâmetros clínicos);
- Orientar a realização dos exames periódicos conforme prescritos.

O profissional de saúde, antes de entrar em contato com o paciente, deverá:

- Abrir o PEP na página do paciente;
- Verificar tarefas (em andamento, fechadas e agendadas);
- Estudar os itens: "histórico do usuário" e "evoluções anteriores".

Após realizar as atividades acima, deverá:

- Realizar feedback de saúde;
- Registrar o contato no PEP nas abas correspondentes;
- Finalizar a tarefa aberta ou em andamento e agendar próxima tarefa de feedback.

Contato Receptivo de Monitoramento

O paciente poderá contatar a equipe de saúde quando necessário, por e-mail, telefone ou aplicativo de mensagem. O acolhimento e a orientação serão realizados de acordo com a demanda. Em casos de intercorrências, a equipe reforçará o acompanhamento até o advento da respectiva solução, podendo, ainda, acionar familiares para a resolução do ocorrido, sem prejuízo do exame presencial, seja junto à residência, seja no ambiente hospitalar.

Ao receber um contato do paciente, o profissional deverá:

Com relação ao PEP:

- Criar tarefa no PEP;
- Tratar a demanda;
- Registrar o follow-up da tarefa e seu desfecho na Planilha de Evolução;
- Fechar a tarefa após resolução da demanda.

PROCESSO DE MONITORAMENTO REMOTO

O processo de educação em saúde do paciente deverá ser contínuo e iniciado a partir do primeiro contato de monitoramento. É fundamental que o plano de cuidados seja pactuado com a pessoa e inclua as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas.

O profissional de saúde orientará a respeito de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida – tais como hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo.

O acompanhamento do usuário pós-alta tem como principal objetivo a educação em saúde para o autocuidado e restabelecimento das atividades da vida diária. O monitoramento precisa estar voltado para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição, reforçando sua percepção de riscos à saúde e desenvolvendo habilidades para superar os problemas, de modo a conquistar a maior autonomia possível.

As ações devem auxiliar o usuário a conhecer o seu problema de saúde, as sequelas dele decorrentes e os fatores de risco correlacionados – identificando vulnerabilidades, prevenindo complicações e adquirindo um bom controle metabólico (o que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos).

São etapas deste acompanhamento:

- Coleta do histórico e dados antropométricos;
- Diagnóstico das necessidades de cuidado;
- Planejamento do monitoramento;
- Implementação do monitoramento;
- Tratamento medicamentoso;
- Tratamento não medicamentoso;
- Avaliação da adesão ao monitoramento.

Coleta do Histórico e Dados Antropométricos

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações.

O profissional deverá estar atento para:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado).
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde).
- Queixas atuais, tais como, cefaleia, dispnéia, alterações visuais, dor precordial, parestesia e parestesias.
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado.
- Medicamentos em uso e presença de efeitos colaterais.
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas.
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade,

dislipidemia, sedentarismo e estresse).

Esses dados são importantes, visto que podem detectar previamente fatores de complicação da doença, bem como identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento.

- Medidas antropométricas: obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA);

Diagnóstico das necessidades de cuidado

É a interpretação e suas conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano de monitoramento. Nesse ponto, é importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa em remissão da Covid-19, identificando a sintomatologia de cada complicação, de modo a viabilizar a intervenção precoce, de modo atuar no campo da prevenção.

Atentar para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Automonitorização: checar se o paciente consegue aferir sua pressão e batimento cardíaco.

Planejamento do monitoramento

AM



O planejamento de monitoramento diz respeito ao conjunto de estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com o paciente dislipidêmico. Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar, em linguagem simples, sobre: fisiopatologia da Covid-19;
- Abordar/orientar, em linguagem simples, sobre: os sinais e sintomas da Covid-19;
- Orientar sobre como agir diante de situações de instabilidade;
- Abordar/orientar sobre a dieta;
- Motivar o paciente para modificação de hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica, alimentação e sedentarismo);
- Abordar sobre o uso de medicamentos prescritos, indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais;
- Abordar, em linguagem simples, a respeito das complicações da doença;
- Abordar, em linguagem simples, sobre a adesão ao plano de tratamento pós-alta;

Implementação da orientação

A implementação da orientação deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco do paciente, bem como da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado.

Os pacientes com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte, até que consigam ampliar as condições de se cuidarem e se automonitorarem. O apoio ao autocuidado poderá ser conduzido pela equipe de saúde, sem prejuízo de outros recursos que

se revelem eficazes, como, por exemplo, familiares - desde que, evidentemente, articulados e orientados para esse fim.

Tratamento

Tratamento medicamentoso

Todo tratamento medicamentoso é prescrito pelo médico que acompanha o paciente. Cabe à equipe de monitoramento avaliar a adesão ao medicamento e eventuais efeitos adversos, além de encaminhar o paciente para especialistas sempre que necessário.

Indagar ao paciente:

- Dúvidas quanto ao uso do medicamento;
- Investigar uso correto da medicação e interações medicamentosas.

Em casos de não adesão, investigar:

- Suspensão de medicamento devido a efeito indesejado;
- Interrupção de medicação devido à ausência de sintomas;
- Dificuldade em compreender o esquema terapêutico;
- Dificuldade financeira;
- Não aceitação do esquema terapêutico ou doença.

Tratamento não-medicamentoso, controle dos fatores de risco e complicações

Todos os pacientes após alta de Covid-19 deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para a importância das MEV (mudanças no estilo de vida) como meio para alcançar maior efetividade

AM

do tratamento.

Seus elementos fundamentais são:

- Alimentação adequada;
- Atividade física regular orientada pelo médico;
- Controle de stress;
- Evitar o fumo;
- Evitar o excesso de álcool;
- Controle de peso;
- Aferir pressão arterial regularmente conforme orientação médica;
- Controle de comorbidades.

Reabilitação - Casos Leves, Moderados e Graves

Os casos de Covid-19 podem ser classificados como leves, moderados ou graves. Para fins de orientação sobre reabilitação, deverá ser utilizado o chamado "Índice de Barthel" (cf. documento abaixo).

É essencial que os casos graves de Covid-19 tenham um plano de reabilitação relacionado com as consequências do suporte ventilatório, da imobilização prolongada e do repouso no leito.

Tais consequências podem dizer respeito a:

- Função pulmonar prejudicada;
- Descondicionamento físico e fraqueza muscular;
- Confusão mental (delirium) e outras deficiências cognitivas;
- Dificuldades de deglutição e comunicação; e

- Transtornos de saúde mental e necessidades de apoio psicossocial.

As necessidades de reabilitação podem ser ampliadas por doenças subjacentes e pelos problemas de saúde associados ao próprio processo de envelhecimento.

Nesse sentido, vale lembrar que os profissionais de reabilitação desempenhem um papel importante na facilitação da alta hospitalar precoce, o que é essencial em qualquer contexto da escassez de leitos hospitalares.

Conduta sugerida

- Educação do paciente sobre a recuperação da doença e o processo de tratamento por meio de contato por telemedicina;
- Orientações sobre sono adequado, dieta equilibrada e cessação de tabagismo (se houver);
- Orientação de exercícios dentro de uma margem de percepção moderada;
- Orientação postural, com destaque para alongamentos e exercícios aeróbicos moderados com base na tolerância do paciente.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO

Avaliação dos Indicadores Clínicos do Monitoramento:

- Redução de reinternação: referido e informado pelo paciente;
- Adesão às orientações e medicação: utilizar a "Escala de Morisky";
- Acompanhamento do controle da doença: monitoramento quanto à realização de exames, consultas, tratamento

medicamentoso e não medicamentoso, além da observação acerca dos parâmetros clínicos dentro das metas estabelecidas.

Avaliação dos Indicadores Tecnológicos de Monitoramento:

- Adesão ao monitoramento: relatório emitido pelo prontuário eletrônico, acompanhado da análise sobre Controle de Atendimento;
- Monitoramento de saúde: checar o plano estabelecido, conforme Relatório PEP;
- Avaliação da satisfação do usuário com o programa de monitoramento remoto de saúde: avaliar o "Questionário de Satisfação".

REFERÊNCIAS

<https://www.paho.org/en/topics/rehabilitation>

Protocolos Assistenciais para o enfrentamento da COVID-19 / Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba, João Pessoa, 2020.

Cartilha do Programa Reabilita Goiás [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia: SES-GO, 2020.

ÍNDICE DE BARTHEL

Alimentação

- (10) Independente - Capaz de utilizar qualquer talher. Comer em tempo razoável.
- (5) Ajuda - Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.
- (0) -Dependente.

Banho

- (10) Independente - Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem a ajuda de outra pessoa.
- (0) -Dependente.

Vestuário

- (10) Independente - Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca sinta para hérnia ou o corpete, se necessário.
- (5) Ajuda - Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
- (0) -Dependente.

Higiene Pessoal

- (10) - Independente - Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso do aparelho elétrico.
- (0) - Dependente

Dejeções

- (10) - Contínente - Não apresenta episódios de incontinência. Quando são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.
- (5) - Incontinente Ocasional - Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
- (0) - Incontinente.

Micção

- (10) - Contínente - Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz o uso de sonda ou outro dispositivo, toma as suas próprias providências.
- (5) - Incontinente Ocasional - Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
- (0) - Incontinente.

Uso de Vaso Sanitário

- (10) - Independente - Uso de vaso sanitário ou urinol. Senta-se ou levanta-se sem ajuda, embora use barras de apoio. Limpa-se e veste-se sem ajuda.
- (5) Ajuda - Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir-se a roupa.
- (0) - Dependente.

Passagem Cadeira - Cama

- (15) - Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeiras de roda, faz isso independente.
- (10) - Ajuda Mínima - Necessita de ajuda ou supervisão mínima.
- (5) - Grande Ajuda - É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem.
- (0) - Dependente.

Deambulação

(15) - Independente - Pode caminhar, sem ajuda, por até 50 metros. Embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.

(10) - Ajuda - Pode caminhar até 50 metros, mas precisa de ajuda ou supervisão.

(5) - Independente em cadeiras de rodas - Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.

(0) - Dependente.

Escadas

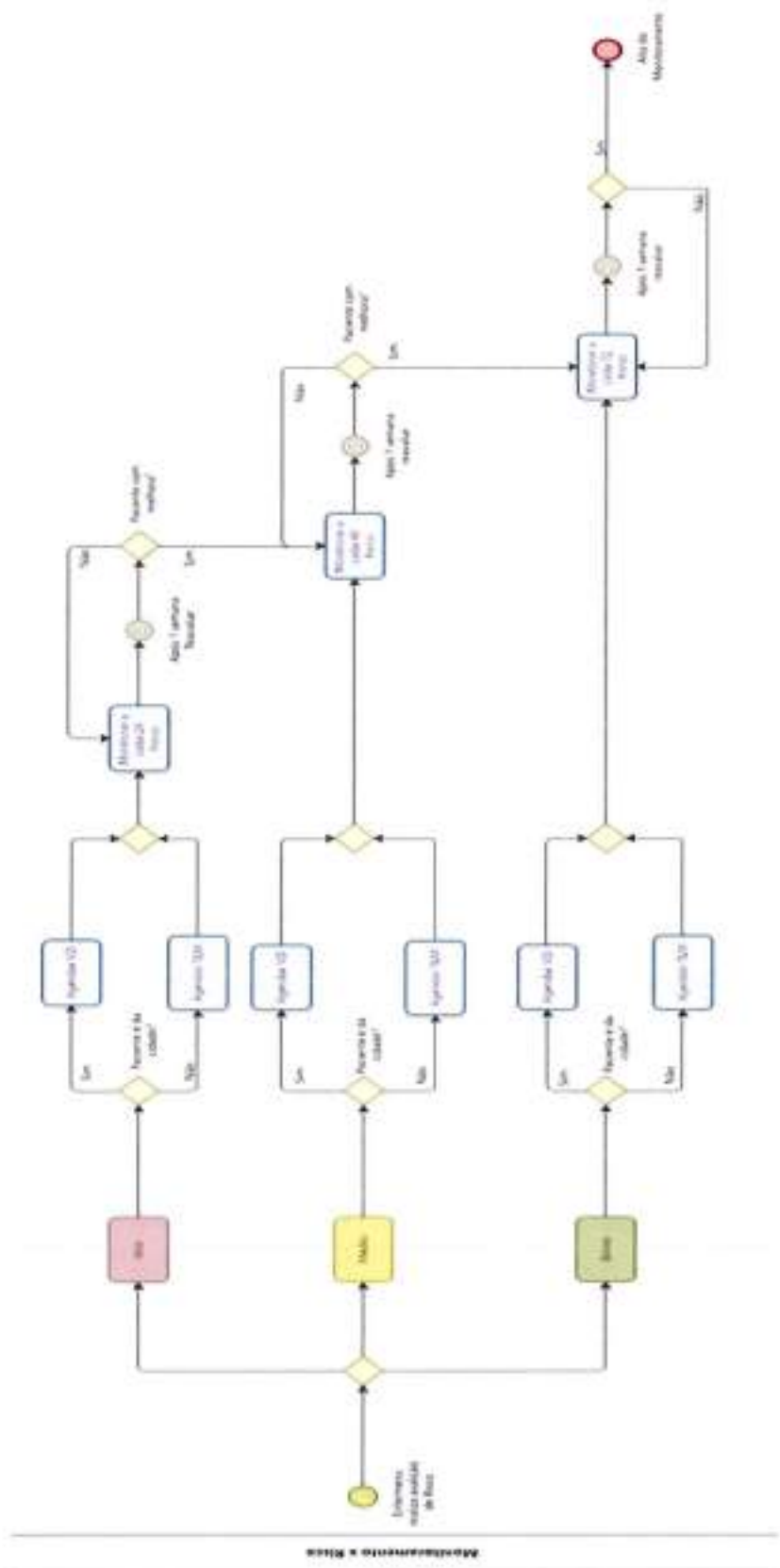
(15) - Independente - É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengalas ou se apoie no corrimão.

(5) - Ajuda - Necessita de ajuda física ou supervisão.

(0) - Dependente.

MM

APÊNDICE: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O PROGRAMA



AM

E. ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS E, SOBRETUDO, ACOMPANHANTES: A TV HEMU

O Imed já tem estruturada, junto às redes sociais, a TV Imed - um canal de comunicação que, hoje, em linhas gerais, presta-se a veicular o programa intitulado "Amor Cantado", que é transmitido a todas as unidades sob a sua gestão.

O "Amor Cantado", de periodicidade semanal, é dedicado tanto a colaboradores quanto a pacientes e acompanhantes - e tem por objetivo levar-lhes mensagens de incentivo e superação, além de abordar, de maneira leve e delicada, temas relacionados à rotina daquelas unidades. Incentivando a interatividade, o programa, transmitido ao vivo, se baseia na apresentação de músicas solicitadas por pacientes e acompanhantes, propiciando conforto e acolhimento nos momentos difíceis.

São inúmeras as referências na mídia a respeito do programa - e uma breve consulta ao Google dá a dimensão sobre o impacto positivo desse projeto.

No que concerne ao HEMU, a experiência em questão será maximizada, com a criação e produção, pelo Imed, da TV HEMU.

Este canal, igualmente disponível junto às mídias sociais, terá uma programação ampliada, com foco para pacientes e, sobretudo, **acompanhantes** - sempre com a finalidade de levar informações e entretenimento de forma lúdica e adequada. A programação conterá o seguinte:

1. Projeto "Amor Cantado - Acolhimento Musical", o qual, como dito, leva música e palavras de incentivos para quem está internado, acompanhantes e também os profissionais da saúde.
2. Projeto intitulado "**A Jornada do**

Acompanhante", no qual, através de vídeos, orientarão, com regular periodicidade, os acompanhantes tanto com relação à **rotina do hospital** quanto com relação à utilização dos **serviços disponíveis e busca de informações** (indicando, inclusive, os profissionais a quem se deve recorrer conforme cada tipo de necessidade), além de **instruções sobre sua própria mobilidade** dentro da unidade de saúde.

3. Produção e transmissão de vídeos lúdicos e especificamente voltados para os pacientes infantis do HEMU.
4. Veiculação, sob a devida autorização, de pacientes e familiares que passaram e passam pelas mesmas situações das famílias que vivem a experiência da internação, a fim de lhes confortar e levar esperança.
5. Entrevistas alegres com personagens conhecidos e queridos da comunidade local.
6. Através de vídeos descontraídos, serão repassadas informações sobre os cuidados, higienização e distanciamento - além dos cuidados com relação a doenças de maior incidência na região.
7. Veiculação de vídeos que orientam a ter alimentação saudável e o que evitar para não se agravarem enfermidades.

F. PROJETO "MÃOS & MÃES AMIGAS DO HEMU"

As propostas para execução de políticas públicas no âmbito da Assistência Social do IMED são pautadas no combate à exclusão social, na promoção do desenvolvimento humano e acesso à cidadania, com a proteção de pessoas e famílias vulneráveis e vitimizadas.



Handwritten signature or initials in blue ink at the bottom right corner.

Considerando a expectativa para que o Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu (HEMU) passe a ser referência no serviço de obstetrícia para a região que abrange, entende-se ser oportuno o desenvolvimento de políticas públicas tanto para as mulheres quanto para o binômio mãe/recém-nascido que serão assistidos na unidade de saúde.

Assim, será priorizada a atenção intersetorial às gestantes usuárias dos serviços da Assistência Social do HEMU e da Assistência Social Municipal. A partir desta integração, será estabelecido um Projeto de Atenção às gestantes em situação de vulnerabilidade social e econômica, oferecendo também serviços continuados de proteção básica às suas famílias.

Durante a participação das gestantes no projeto, elas receberão assistência pré-natal e orientações multidisciplinares de como cuidar da sua saúde e do seu filho, uma vez que participarão de palestras educativas e encontros motivacionais, inclusive incentivando e promovendo o parto humanizado. As palestras serão ministradas mensalmente por profissionais como obstetra, pediatra, enfermeira, psicóloga, dentistas, nutricionistas e assistentes sociais. Veja-se, a seguir, o detalhamento dos objetivos propostos no projeto:

- Acompanhar as gestantes oferecendo orientações e informações, que venham contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal;
- Valorizar ações voltadas para a humanização da Assistência ao Pré-Natal, parto e nascimento;
- Motivar a realização das consultas de pré-natal;
- Encaminhar para a rede de serviços do município;
- Oferecer cursos para as gestantes que possam propiciar capacidade para contribuir para a confecção do enxoval do recém-nascido;

- Proporcionar orientação e conhecimento sobre a saúde e higiene às gestantes em situação de vulnerabilidade social;
- Orientar sobre o aleitamento materno, parto, cuidados com o bebê, vacinas, doenças sexualmente transmissíveis, nutrição;

Este processo acontecerá da seguinte forma:

1. Acolhimento das gestantes e puérperas que procuram o hospital por livre demanda, de forma que possam ser abordadas pela Assistência Social;
2. Acolhimento através de encaminhamento pela Unidade Básica de Saúde, já com o cadastro no SIS pré-natal;
3. Avaliação psicológica e atendimento em grupo da gestante, com atenção maior na gravidez na adolescência;
4. Cursos preparatórios para a gestação e parto, os quais serão ministrados pela equipe multiprofissional participante do projeto;
5. Palestras durante o tempo de espera para consulta pré-natal, realizadas por equipe multiprofissional;
6. Avaliação e consulta do assistente social para avaliar adequação aos critérios de elegibilidade para participação do projeto;
7. Encaminhar para os CRAS, para início do acompanhamento social em conjunto com o Hospital, de forma que se consiga manter o acompanhamento de forma integral e sem descontinuidade das pacientes elegíveis;
8. Aquisição de materiais para montagem do kit enxoval a ser fornecido após sexta consulta de pré-natal;
9. Acompanhar as gestantes oferecendo orientações e informações, que venham

contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal;

10. Garantia de realização de exames laboratoriais de rotina e de imagem, consulta pré-natal e vacinas;
11. Acompanhamento nutricional, psicológico e fisioterapêutico, conforme a necessidade de cada gestante, priorizando o atendimento humanizado.

Com a finalidade de constante avaliação, a equipe técnica interdisciplinar se reunirá mensalmente para avaliar os serviços oferecidos e analisar a eficiência das ações realizadas.

Para isso, serão discutidos (sempre que necessário) os casos atendidos e que estão em acompanhamento pela equipe, com vistas aos indicadores de emancipação pessoal e profissional, bem como a garantia dos direitos sociais.

A avaliação se dará também através do conhecimento do tema, a ser levado à Comissão de Responsabilidade Social do HEMU, que igualmente monitorará esta ação.

G. PROJETO DE APOIO À MATERNIDADE SOLO

Além do projeto acima referido, outro será implementando, com o objeto de acolher, sob o aspecto social, também as mães que não possuem cônjuge ou companheiros e que sustentam filhos de tenra idade, tenham ou não dado à luz no HEMU.

Sendo elas sozinhas, a procura pelo trabalho (assim como o trabalho em si) afigura-se ainda mais um entrave às suas condições da busca pela subsistência

digna, dada a necessidade de precisarem se responsabilizar pelo cuidado dos filhos. Em outras palavras: na escala das pessoas vulneráveis, não pode haver dúvidas que as mães sozinhas de poucos recursos materiais se encontram, infelizmente, entre os últimos lugares.

"A pandemia tirou 12 milhões de mulheres do mercado de trabalho na América Latina, em 2020. Dados atualizados mostram que o impacto da crise foi maior para as mulheres do que para os homens. Elas também enfrentam mais dificuldades para retornar à força de trabalho. Os números indicam um retrocesso de ao menos 15 anos no que diz respeito à inserção das mulheres no mercado de trabalho. A depender da dificuldade em se controlar a covid-19, o estrago pode ser ainda maior.

(...)

Além das mulheres ocuparem vagas mais vulneráveis às medidas restritivas, um fator que contribui para a perda de emprego entre elas é a dificuldade de conciliar o trabalho com tarefas dentro de casa, em um contexto no qual educação e serviços de cuidado no lar também foram impactados" (jornal "Valor Económico, edição de 29.04.21, matéria intitulada "Crise da covid-19 afeta mais o trabalho das mulheres na AL).

"A pandemia não só reduziu a taxa de ocupação entre as mulheres no Brasil, como interrompeu uma tendência de anos de ganhos de participação feminina na força de trabalho, algo que havia acontecido na recessão de 2014-16 e que torna esta crise muito particular para elas, com perspectivas tampouco animadoras.

(...)

Para as mães solo, o impacto foi ainda maior: uma queda de 9% da participação na força de trabalho entre o quarto trimestre de 2019 e o de 2020, contra

perda de 7% para as mulheres em geral.

(...)

A queda no emprego (ou seja, considerando apenas as pessoas já ocupadas) também foi generalizada, mas atingiu mais as mulheres e, principalmente, aquelas com crianças pequenas” (matéria editada pelo jornal “Valor Econômico”, edição de 29.04.21, intitulada “Pandemia interrompe tendência de alta da participação das mulheres no Brasil” - g.n.).

Sob essa ótica, cumpre asseverar que, triadas essas mães solo a partir dos registros coletados junto aos usuários do HEMU, é evidente a constatação de que essas pessoas apresentam ainda outro agravante: em algum momento, **precisaram procurar uma unidade de saúde**, donde a sua vulnerabilidade ainda maior.

Vale destacar que, com relação a este projeto, não será necessária (embora desejável) a atuação de qualquer pasta da Municipalidade: a partir da análise do serviço de Assistência Social do HEMU, essas mães – convenha-se, em situação de extrema vulnerabilidade – serão identificadas a partir de critério objetivo aqui proposto (mães com filhos pequenos e sem companheiras, desprovidas de maiores recursos materiais e que precisaram dos serviços do Hospital) e receberão apoio, ao menos enquanto assim for entendido necessário pelos profissionais do Serviço Social.

Cabe registrar que, no que diz respeito ao apoio a essas mães sozinhas, o projeto contará com a expertise do “Coletivo de Apoio à Maternidade Solo”, que já conduz ação do gênero, e que é apoiado também pelo Imed (cf., a respeito, www.coletivomaternidadesolo.com.br). Detalhe importante: como o projeto se baseará, também a partir da referida expertise, na premissa de que não serão utilizados recursos públicos, sua captação se dará mediante processos de obtenção de doações por meio de ações de sensibilização junto à sociedade, incentivando-se, inclusive, a prática do voluntariado.

O processo se dará da seguinte forma:

1. Elaboração de plano, pela Comissão de Responsabilidade Social, com vistas a obter recursos financeiros para o projeto, com captação junto à sociedade.
2. Avaliação, pela referida Comissão, dos recursos orçamentários disponíveis e projeção para os meses ulteriores;
3. Análise, pela Assistência Social, junto aos registros do Hospital, de modo a identificar as mães elegíveis ao projeto;
4. Entrevista com as mães identificadas pela Assistência Social, priorizando-se as menos dotadas de recursos materiais;
5. Revisão do cadastro, inclusive para fins de ampliação, conforme a disponibilidade de recursos, a ser informada pela Comissão de Responsabilidade Social;
6. Compra de cestas básicas, por setor a ser definido pela Comissão de Responsabilidade Social, com a respectiva entrega pela Assistência Social, apoiada por outros setores do Hospital, quando necessário.
7. Avaliação e consulta do assistente social para avaliar adequação aos critérios de elegibilidade para participação do projeto;

A avaliação e monitoramento será realizada pela Comissão de Responsabilidade Social do HEMU, o que se dará com periodicidade mínima mensal.

No âmbito da Comissão, serão discutidos (sempre que necessário) os casos atendidos e que estão em acompanhamento pela equipe, com vistas aos indicadores de emancipação pessoal e profissional.

AM

H. IMPLANTAÇÃO DE UM EQUIPAMENTO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-TC)

A Tomografia Computadorizada por Emissão de Pósitrons, mais conhecida como PET-CT, é um equipamento que realiza exame de imagem funcional dos pacientes, avaliando o metabolismo dos tecidos do corpo.

A imagem funcional é realizada pelo equipamento de PET e sincronizada com a imagem anatômica, realizada pela Tomografia Computadorizada, já acoplada no equipamento.

Tendo em mente a vocação do HEMU para tratamento oncológico – e, sobretudo, visando sempre alcançar patamar mais efetivo possível em termos de resolutividade assistencial dos serviços prestados à população local –, propõe-se a implantação desse equipamento para auxílio na detecção e acompanhamento dos tumores e de suas metástases.

A Stanford Health Care identificou seis tumores onde PET-CT provou ser de extrema importância:

- Câncer de pulmão
- Linfoma
- Câncer colorretal
- Melanoma
- Câncer de cabeça e pescoço
- Câncer de mama

O exame é fundamental no acompanhamento dos tratamentos de câncer, pois constitui-se em essencial

método de medição quanto à evolução da resposta dos pacientes nos tratamentos de quimio e radioterapia.

Nos casos de pacientes oncológicos cirúrgicos, o exame é apto a nortear a avaliação pós-cirúrgica em situações nas quais os pacientes sofrem alterações anatômicas que tornam outros exames mais difíceis, orientando a tomada de decisão sobre a continuidade do tratamento.

Além dos benefícios durante o tratamento, o exame aumenta a acurácia de diagnósticos precoces, diferencia tumores benignos de malignos e descarta procedimentos invasivos como biópsias – constituindo-se em inegável ganho para o paciente.

Valores

Investimento

- Equipamento: aprox. entre US\$ 1,2 milhões (aprox. 6 milhões de reais)
- Estrutura (setor, blindagem e radiofarmácia): aprox. 1,5 milhões de reais
- Total: aprox. entre 7,5 milhões de reais

Operação (Custeio)

- Por volta de 300 mil reais por mês

Observação: Vale ressaltar que dada a complexidade e valor de investimento necessário, esse serviço só poderá ser implantado a partir da disponibilização de recursos específicos para a realização dos investimentos em equipamento, estrutura e demais tecnologias e infraestruturas necessárias.

REFERÊNCIAS

"The Role of PET/CT Scans in Oncology" Stanford Health Care. Available online: <https://stanfordhealthcare.org/medical-tests/p/pet-ct-scan/what-to-expect/pet-ct-scan-for-cancer.html>



I. IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

Com vistas a vocação oncológica do Hospital Estadual Geral e Maternidade de Uruaçu - HEMU e buscando aumentar a resolutividade assistencial dos serviços prestados à população local, propomos a implantação de um Serviço de Radioterapia para a unidade.

BENEFÍCIOS DO SERVIÇO

Segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA, a maioria dos pacientes com câncer é tratada com radiações e o resultado costuma ser muito positivo. O tumor pode desaparecer e a doença ficar controlada, ou até mesmo curada. Quando não é possível obter a cura, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso porque as aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduz hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio aos pacientes. Em alguns casos a radioterapia pode ser usada em conjunto com a quimioterapia. Isso vai depender do tipo de tumor e da escolha do tratamento ideal para superar a doença.

Segundo a Sociedade Brasileira de Radioterapia - SBRT, a radioterapia é um componente integral do tratamento do câncer, sendo curativa e/ou paliativa. A radioterapia também é a modalidade de tratamento oncológico mais barata.

Além disso, entre os diversos tipos de tratamento do câncer, a contribuição para a sobrevida da doença é de:

- Radioterapia = 40%
- Cirurgia oncológica = 49%
- Tratamentos sistêmicos = 11%

TIPOS DE RADIOTERAPIA

Segundo informações do INCA, a radioterapia pode ser de dois tipos:

Radioterapia externa ou teleterapia

A radiação é emitida por um aparelho, que fica afastado do paciente, direcionado ao local a ser tratado, com o paciente deitado. As aplicações são, geralmente, diárias, de maneira ambulatorial.

Braquiterapia

Aplicadores são colocados pelo médico, em contato ao local a ser tratado, e a radiação é emitida do aparelho para os aplicadores. Esse tratamento é feito no ambulatório (podendo necessitar de anestesia), de uma a duas vezes por semana.

O tipo de tratamento utilizado depende da localização do tumor. Os tratamentos de braquiterapia são mais realizados em tumores ginecológicos (de colo de útero), de próstata, de mama e de pele.

Cada aparelho tem capacidade de tratar em torno de 70 a 80 pacientes por mês, dependendo da tecnologia do equipamento, tipo de tumor tratado, entre outras coisas.

Dessa forma, notamos que o tipo de radioterapia a ser implementada no tratamento do paciente depende do tipo de tumor. Assim, mostramos abaixo a estimativa de incidência de câncer em homens e mulheres, segundo dados do INCA para o ano de 2020.

Em homens, Brasil, 2020

Localização Primária	Casos Novos	%
Próstata	65.840	29,2
Cólon e Reto	20.540	9,1
Traqueia, Brônquio e Pulmão	17.760	7,9

AM

Estômago	13.360	5,9
Cavidade Oral	11.200	5
Esôfago	8.690	3,9
Bexiga	7.590	3,4
Laringe	6.470	2,9
Leucemias	5.920	2,6
Sistema Nervoso Central	5.870	2,6
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	225.980	100
Todas as Neoplasias	309.750	

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020

Em mulheres, Brasil, 2020

Localização Primária	Casos Novos	%
Mama feminina	66.280	29,7
Cólon e Reto	20.470	9,2
Colo do útero	16.710	7,5
Traqueia, Brônquio e Pulmão	12.440	5,6
Glândula Tireoide	11.950	5,4
Estômago	7.870	3,5
Ovário	6.650	3
Corpo do útero	6.540	2,9
Linfoma não-Hodgkin	5.450	2,4
Sistema Nervoso Central	5.230	2,3
Todas as Neoplasias, exceto pele não melanoma	223.110	100
Todas as Neoplasias	316.280	

Fonte: MS / INCA / Estimativa de Câncer no Brasil, 2020

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DO ESTADO DE GOIÁS (2019)

Para entendermos a viabilidade de implantação desse serviço para o HEMU, buscamos dados epidemiológicos da região a fim de avaliar a demanda de pacientes local.

Macro-região	Cidade mais populosa	População 2019	Casos esperados (RT)	Quantidade estimada Convênio	Demanda reprimida total SUS
Sudoeste	Rio Verde	699.317	1.007	252	755
Nordeste	Águas Lindas de Goiás	1.330.797	1.916	479	1.437
	Goiás				
Centro-Oeste	Goiânia	2.340.061	3.370	843	0
Centro-Norte	Anápolis	1.136.123	1.636	409	619
CENTRO SUDESTE	Aparecida de Goiânia	1.512.056	2.177	544	1.633
Total		7.018.354	10.106	2.527	3.646

Fonte: ELEKTA (2019)

Ressalta-se que Uruaçu se encaixa na região nordeste do Estado e que possui uma demanda reprimida de pacientes oncológicos que necessitam de radioterapia.

Nas regiões centro-oeste e centro-norte nota-se uma menor demanda reprimida, em relação ao total de casos esperados, devido à presença de estabelecimentos com o serviço de radioterapia, como será apresentado a seguir.

MJ

OFERTA DE SERVIÇOS DE RADIOTERAPIA NO ESTADO DE GOIÁS

Matrícula	Designação	Cidade	Validade	Área de atuação
12805	ASSOC DE COMBATE AO CANCER DE GOIAS/AMBUL MAUA CAVALCANTI SAVIO	ANAPOLIS	02/03/2022	RADIOTERAPIA
11415	ASSOC DE COMB AO CANCER DE GOIAS - HOSP ARAUJO JORGE	GOIANIA	22/04/2022	RADIOTERAPIA
13211	CENTRO BRASILEIRO DE RADIOTERAPIA, ONCOLOGIA E MASTOLOGIA - CEBROM	GOIANIA	18/07/2024	RADIOTERAPIA
16652	CENTRO DE TRATAMENTO RADIOTERAPICO DE ANAPOLIS LTDA	GOIANIA	15/07/2022	RADIOTERAPIA
15934	CENTRO DE TRATAMENTO RADIOTERAPICO LTDA	GOIANIA	09/10/2021	RADIOTERAPIA
16516	CONFIAR-CENTRO DE ONCOLOGIA E FÍSICA APLICADA A RADIOTERAPIA LTDA	GOIANIA	30/11/2021	RADIOTERAPIA
16886	IMO - INSTITUTO DE MASTOLOGIA E ONCOLOGIA LTDA	GOIANIA	27/10/2021	RADIOTERAPIA

FONTE: Comissão Nacional de Energia Nuclear - CNEN

Nota-se, então, ausência de serviços de radioterapia na região de Uruaçu, juntamente com uma demanda reprimida de pacientes para o 12

VALORES OPERACIONAIS E DE INVESTIMENTO

Radioterapia externa ou teleterapia

Investimento

- Equipamento: aprox. entre US\$ 1,5 e US\$ 2,2 milhões (aprox. 7,5 a 11 milhões de reais)
- Acessórios: aprox. US\$ 250 mil (aprox. 1,25 milhões de reais)
- Estrutura (bunker e setor): aprox. 1,5 milhões de reais
- Total: aprox. entre 10,25 e 14 milhões de reais

Operação (Custeio)

- Entre 210 e 300 mil reais por mês

Braquiterapia

Investimento

- Equipamento: aprox. entre US\$ 400 mil e US\$ 1 milhão (aprox. 2 a 5 milhões de reais)
- Acessórios: aprox. US\$ 15 mil (aprox. 75 mil de reais)
- Estrutura (bunker e setor): aprox. 750 mil reais
- Total: aprox. entre 2,8 e 5,8 milhões de reais

Operação (Custeio)

- Entre 210 e 300 mil reais por mês

RECEITA SUS

Radioterapia externa ou teleterapia: aprox. 300 a 490 mil reais por mês

Braquiterapia: aprox. 290 e 330 mil reais por mês

Observação: Vale ressaltar que dada a complexidade e valor de investimento necessário, esse serviço só poderá ser implantado a partir da disponibilização de recursos específicos para a realização dos investimentos em equipamento, estrutura e demais tecnologias e infraestruturas necessárias.

AM