



Instituto Elisa de Castro



**Programa de Trabalho para
GESTÃO,
OPERACIONALIZAÇÃO E
EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE NA UNIDADE DE
PRONTO ATENDIMENTO 24H –
UPA II – TAMOIOS, conforme
Edital de Seleção nº
005/SEMUSA/2024.**



Instituto
Elisa de Castro

Título

Programa de Trabalho para GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H – UPA II – TAMOIOS, conforme Edital de Seleção nº 005/SEMUSA/2024.



TÍTULO	2
ITEM 1 – GRAU DE ADQUAÇÃO AOS OBJETIVOS ESPECIFICOS DO PROGRAMA.....	6
NOSSA HISTÓRIA	6
ONDE ESTAMOS.....	9
I – PRINCÍPIOS ÉTICOS QUE NORTEIAM O RELACIONAMENTO E A CONDUTA INSTITUCIONAL DE FUNCIONÁRIOS E DIRETORIA DA OSS COM SEUS PARES E PARCEIROS DE NEGÓCIOS.	14
A.1 PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA	14
A.2 PROGRAMA DE INTEGRIDADE DO INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC	15
A.3 PRINCIPAIS ÁREAS DE ATUAÇÃO.....	19
II – POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS	19
A) DISCRIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DOS CARGOS A SEREM CONTRATADOS.....	19
B) BOAS PRÁTICAS DE GESTÃO DE FOLHA DE PAGAMENTO.....	26
C) PROGRAMA DE INCENTIVOS FINANCEIROS E OUTROS MECANISMOS, COM BASE NA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE DESEMPENHO.....	30
D) LINK DO PLANO DE CARGOS E SALÁRIOS PRATICADO.....	33
E) LINK DE PRESTAÇÃO DE CONTAS E PRINT	33
ITEM 1 - CONHECIMENTO DO PROBLEMA.....	34
A) CONHECIMENTO SOBRE AS POLÍTICAS SETORIAIS CONSTANTES NO PLANO DE TRABALHO	34
B) DISCUSSÃO TÉCNICA SOBRE OS SERVIÇOS PREVISTOS NO PLANO DE TRABALHO	38
C) INFORMAÇÕES E DADOS SOBRE TRABALHOS SIMILARES	39
D) DIFICULDADES E DESAFIOS	41
E) SOLUÇÕES E PROPOSTAS PARA SUPERAÇÃO DOS PROBLEMAS	43
ITEM 2 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES	44
A. ORGANOGRAMA:.....	44
a.1) <i>Competência e Atribuições</i>	45
B. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DE ATIVIDADES ASSISTENCIAIS;	52
b.1) <i>Definição dos Processos de Trabalhos</i>	52
b.2) <i>Conceituação das Ações Assistenciais</i>	53
b.3) <i>Procedimento de Acolhimento</i>	56
b.4) <i>Processo de Registro (Recepção)</i>	57
b.5) <i>Processo de Classificação de Risco</i>	59
b.6) <i>Processos de Exames Laboratoriais</i>	60
b.7) <i>Processo de Exames de Imagem</i>	62
b.8) <i>Processos de Exames de Eletrocardiograma (ECG)</i>	63
b.9) <i>Processos de Atendimento</i>	64
b.10) <i>Processo de Assistência de Enfermagem - Setor Acolhimento</i>	73
b.11) <i>Procedimentos a Serem Realizados na UPA-24H</i>	73
b.12) <i>Protocolos de Normas e Rotinas</i>	74
b.13) <i>Protocolos de atendimentos Médico</i>	86
C. PROTOCOLOS E ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA;	327
c.1) <i>Processo De Assistência Farmacêutica e Almoxarifado-Dispensação Interna</i>	327
c.2) <i>Processo De Assistência Farmacêutica e Almoxarifado-Gerenciamento de Estoque</i>	328
c.3) <i>Rotinas E Protocolos Referentes À Aquisição De Medicamentos E Materiais Médicos-hospitalares e de Consumo.</i>	329
c.4) <i>A Farmácia Na Unidade De Pronto Atendimento</i>	331
c.5) <i>Os Medicamentos na UPA</i>	332
c.6) <i>Padronização De Medicamentos</i>	338
c.7) <i>A Relação Entre o Atendimento Médico e a Farmácia da UPA com a Rede Básica de Saúde</i>	339
c.8) <i>O Almoxarifado da UPA</i>	340



c.9) Processo de Trabalho do Setor Farmácia e Almoxarifado	345
c.10) Pedido De Medicamentos/Insumos	348
c.11) Recebimento Farmácia/Almoxarifado	348
C.12) Abastecimento Da Unidade.....	349
c.13) Fluxos Operacionais do Almoxarifado da UPA	350
c.14) Procedimentos Operacionais Padrão do setor de Farmácia	351
D. ATIVIDADES DE APOIO;.....	364
d.1) Do Gerente Administrativo e Equipe de Suporte nas Atividades de Apoio	365
d.2) Definição do Serviço de Lavanderia/Rouparia	368
d.3) Definição do Serviço Especializado de Ambulância	369
d.4) Definição do Serviço de Gases Medicinais	370
d.5) Definição do Serviço de Ouvidoria.....	371
d.6) Definição De Educação Permanente.....	372
d.7) Definição do Serviço Especializado de Segurança e Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMET)	372
d.8) Definição do Serviço de Limpeza, Desinfecção e Esterelização de Materiais Médicos- Hospitalares	373
d.9) Central de Material.....	397
d.10) Higiene de Estabelecimentos de Saúde e Gestão de Resíduos.....	398
d.11) Resíduos em Saúde	401
d.12) Nutrição	402
d.13) Tecnologia da Informação	411
d.14) Manutenção Predial	412
d.15) Engenharia Clínica	447
d.16) Transporte	450
d.17) Seguros	451
d.18) Telefonia E Banda Larga.....	451
d.19) Concessionárias de Serviços Públicos	451
d.20) Serviço de Auditoria Contábil, Fiscal e Financeira e Contabilidade	452
d.21) Jurídico	453
d.22) Medicina do Trabalho	453
d.23) Sistema ERP de Gestão E Ponto Biométrico.....	454
d.24) Aluguel	457
d.25) Bens Patrimoniais	457
d.26) Recursos Humanos (PESSOAL).....	468
d.27) Organização Específica do Serviço de Arquivamento de Prontuários Médicos (SAME)	472
d.28) Compras e Abastecimento	475
d.29) Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT)	475
d.30) Portaria e Controle De Acesso.....	482
E. ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS E FINANCEIRAS;	483
e.1) Contabilidade.....	484
e.2) Compras e Contratos	485
e.3) Custos	486
e.4) Financeiro	487
e.5) Faturamento.....	487
G. APRESENTAÇÃO DA POLÍTICA DE GESTÃO DE PESSOAS A SER PRATICADA;.....	496
g.1) Gestão de Pessoas e Organização - Introdução	496
I – MODELO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COMO INSTRUMENTO VOLTADO PARA A GARANTIA DA MELHORIA DA QUALIDADE	546
e.1) Relação Humana	546
e.2) Sistemática de pesquisa da opinião ou nível de satisfação do usuário: Instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas, divulgação;.....	560
II - COMISSÕES	561
a.1) Comissão de Prontuários	561
a.2) Comissão de Revisão de Óbitos	566



<i>a.3) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);</i>	571
<i>a.4) Comissão de Ética Médica</i>	584
<i>a.5) Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente</i>	590
<i>a.6) Comissão de ética de Enfermagem</i>	605
<i>a.7) Comissão Gerenciamento De Resíduos de Saúde</i>	621
<i>a.8) Núcleo De Qualidade e Segurança Do Paciente</i>	625
<i>a.9) Comissão Interna De Prevenção De Acidentes - CIPA</i>	640
<i>a.10. Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral</i>	651
<i>a.11) Comissão de Farmácia e Terapia</i>	654
<i>a.12) Comissão de Educação Permanente</i>	656
<i>a.11) Comissão De Vigilância Epidemiológica</i>	659
ITEM 3 - COMPROVAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E CAPACIDADE GERENCIAL	663
A) ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA QUE CERTIFIQUE A EXPERIÊNCIA GERENCIA HOSPITALAR.	663
B) ATESTADOS DE CAPACIDADE TÉCNICA QUE CERTIFIQUE A EXPERIÊNCIA NA GESTÃO DE UNIDADE DE SAÚDE.	663
C) COMPROVAÇÃO QUE A ENTIDADE POSSUI NO SEU QUADRO FUNCIONAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO.	663
D) COMPROVAÇÃO QUE A ENTIDADE POSSUI NO SEU QUADRO FUNCIONAL, RESPONSÁVEL TÉCNICO ADMINISTRADOR.	663
E) CEBAS.	663
ITEM 4 - PROPOSTA ECONÔMICA	664
A) RECURSOS HUMANOS	664
B) PLANILHA FINANCEIRA	666
Ata de Aprovação da Proposta	837

ITEM 1 – GRAU DE ADQUAÇÃO AOS OBJETIVOS ESPECIFICOS DO PROGRAMA

Nossa história

O Instituto Elisa de Castro (IEC) foi constituído em março de 2003. Entretanto, não nascemos Elisa de Castro e, sendo assim, gostaríamos de contar um pouco da nossa história.

No começo, nos chamávamos CAMEP – Centro de Apoio ao Menor Patrulheiro e promovíamos a integração de jovens ao ambiente corporativo. Nosso objetivo central era integrar adolescentes ao mercado de trabalho, superando problemas familiares e vulnerabilidades sociais, pois fatores como preconceito estrutural, deficiência de formação acadêmica, poucas oportunidades e falta de experiência acabam sendo fatores complicadores para esse público.

O CAMEP iniciou sua atuação no Complexo da Maré, Rio de Janeiro/RJ. Devido à violência urbana, posteriormente, mudou sua sede para Ilha do Governador, Rio de Janeiro/RJ. Pautado pela Lei Nº 8.741/1993, todo e qualquer atendimento ao usuário dos serviços oferecidos pela instituição ocorriam de forma gratuita.



Figura 1. Formatura de turma de jovens patrulheiros do CAMEP.

Oferecíamos acompanhamento especializado e orientação profissional para que nossos adolescentes conseguissem seu lugar no mercado de trabalho, dando os primeiros passos para uma carreira e vida dignas.

Pautado pela Lei Nº 8.741/1993, todo e qualquer atendimento ao usuário dos serviços oferecidos pela instituição ocorriam de forma gratuita. Oferecíamos acompanhamento especializado e orientação profissional para que nossos adolescentes conseguissem seu lugar no mercado de trabalho, dando os primeiros passos para uma carreira e vida dignas.

Aos patrulheiros (alunos) era oferecido um Curso de Iniciação ao Trabalho, gratuito e com duração de 5 meses. No curso, eram ministrados ensinamentos básicos na área de informática, telemarketing, relações humanas, técnicas comerciais, reforço em português e matemática, higiene, saúde e cidadania, procurando desenvolver dentro de sala de aula, através de dinâmicas de grupo, situações que o adolescente poderia vivenciar dentro da empresa na qual realizaria o estágio.

Em 2009, a instituição constava no Cadastro de Entidades do Município do Rio de Janeiro,



Figura 2. Reportagem Jornal O Globo, 2006, sobre o CAMEP e sua importância para o primeiro emprego.

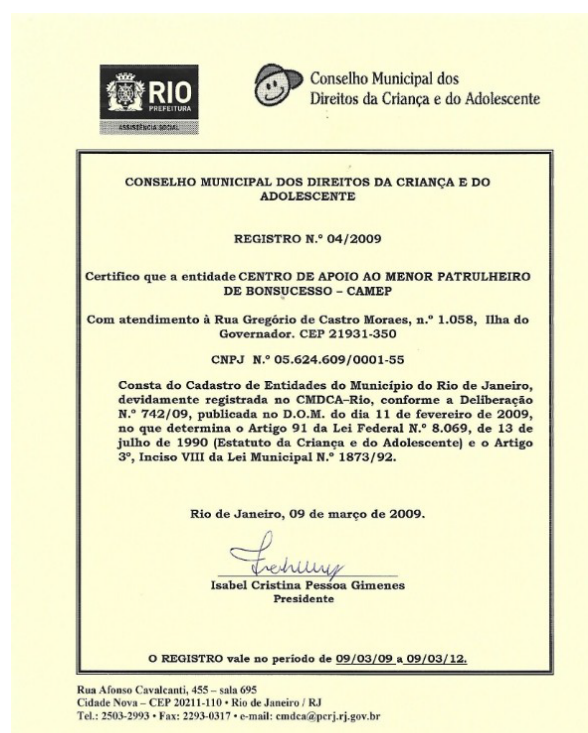


Figura 3. Registro do CAMEP no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2009

devidamente registrada no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA-Rio), conforme Deliberação nº 742/09, publicada no D.O.M. do dia 12 de fevereiro de 2009, no que determina o Artigo 91 da Lei Federal N 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e o Artigo 3º, Inciso VIII da Lei Municipal N.º 1873/92.

Em 2017, o CAMEP realizou a cogestão, atestando os serviços e indicadores de janeiro de 2017 a junho de 2019, para o Hospital Municipal Albert Schweitzer (HMAS), desenvolvendo as seguintes atividades com atestado de capacidade técnica:



1. Diagnóstico e assessoria em saúde pública;
2. Desenvolvimento de programa de excelência em gestão e serviços de saúde;
3. Preparação para acreditação hospitalar;
4. Assessoria quanto ao aumento, redução, readequação e redimensionamento de serviços de saúde oferecidos pelo Hospital;
5. Auxílio na elaboração para processos de contratação de pessoas físicas e jurídicas;
6. Criação e implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente;
7. Treinamento e capacitação de funcionários, próprios e terceirizados;
8. Análise do clima organizacional e saúde ocupacional;
9. Consultoria para gestão de carreiras e avaliação de desempenho;
10. Auxílio na elaboração dos processos de aquisição e compras.

A partir de novembro de 2018, o CAMEP passou a se chamar Instituto Elisa de Castro.

Objetivo do Instituto Elisa de Castro na saúde pública

Nosso principal objetivo é promover assistência integral à saúde, firmando parcerias com a Administração Pública, atuando em conjunto com o SUS, de forma humanizada. Essa parceria propicia a modernização da gestão pública da saúde, permitindo a utilização de práticas consagradas da gestão privada, gerando agilidade de resposta e eficiência ao ente público.

Onde estamos

Atualmente, o Instituto Elisa de Castro desenvolve suas atividades nos municípios de Mangaratiba, Itaguaí e Engenheiro Paulo de Frontin, no Estado do Rio de Janeiro.



Contrato de Co Gestão da Rede de Saúde do Município de Itaguaí.

Unidade de Pronto Atendimento UPA24H do Município de Itaguaí.

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Rodovia Prefeito Abeilard Goulart de Souza, 1498 - Jardim America, Itaguaí - RJ,



R. Nilo Peçanha, 85 - Centro, Mangaratiba - RJ, 23860-000

MURIQUI

Unidade Básica de Saúde
Família



PRAIA GRANDE

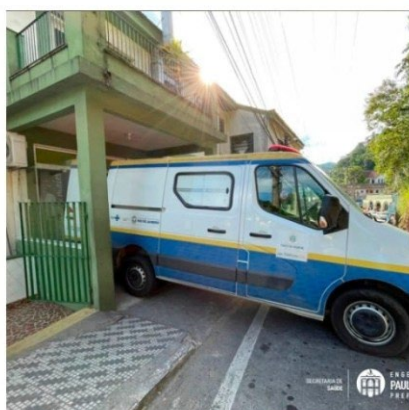
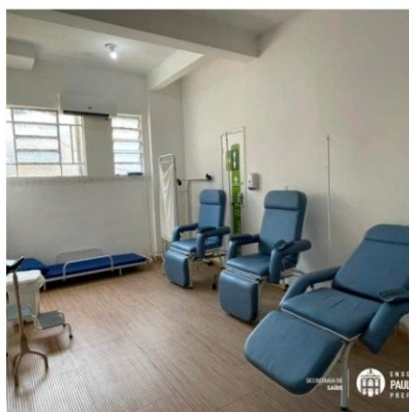
Estratégia de Saúde da





Contrato de Co Gestão da Rede de Saúde do
Município Engenheiro de Paulo de Frontin.

**Hospital Nelson Salles, Policlínica e Unidades
Básicas de Saúde Engenheiro Paulo de Frontin.**



R. Arlindo Nunes, 28 - Centro, Eng. Paulo de Frontin - RJ, 26650-000



**Estratégia de
Saúde da
Família**

Saúde

O Instituto Elisa de Castro conta com uma equipe capacitada, formada por técnicos e profissionais com experiência no segmento da saúde, além de parcerias desenvolvidas ao longo da nossa trajetória de atuação no setor público.

Como resultado dessa expertise, estamos habilitados a prestar serviços de atenção primária, secundária e terciária, nas suas mais variadas modalidades, tais como: Urgência e emergência, atenção hospitalar, assistência farmacêutica e saúde bucal, sempre focados na atuação comprometida com qualidade, humanização ética e sustentabilidade.



Por esta razão, o Instituto Elisa de Castro tem orgulho de poder contribuir, por meio do desenvolvimento de projetos de gestão e/ou convênios com secretarias municipais e estaduais de saúde, gerenciando redes de atenção à saúde de modo a atingir as metas e diretrizes estabelecidas pelo SUS: universalidade, equidade e integridade.



Sede Administrativa:

Av. Embaixador Aberlado Bueno, 3180 / Sala 701 a 710 - Barra da Tijuca, RJ

CEP: 22775.040

E-mail: elisacastroinstituto@gmail.com

I – Princípios Éticos que norteiam o relacionamento e a conduta institucional de funcionários e diretoria da OSS com seus pares e parceiros de negócios.

a.1 Práticas de Governança Corporativa

Governança corporativa nada mais é do que um conjunto de processos, condutas, costumes e políticas que tem como principal objetivo garantir que as equipes atuem em conformidade com as boas práticas da empresa. É esse conjunto de práticas que direciona a administração e o monitoramento das atividades do IEC. Tendo como fundamento os princípios das melhores práticas de governança corporativa a destacar: **Equidade; Prestação de contas; Transparência e Responsabilidade corporativa.**

Princípios	Definições
Propriedade	Um dos principais atributos que diferenciam as razões de ser e as diretrizes da governança corporativa é a estrutura da propriedade, bem como o regime legal de sua constituição
Princípios	São a base ética da governança. É aqui que se encontra os valores clássicos da governança (<i>Fairness, Disclosure, Accountability e Compliance</i>), Justiça, Divulgação, Prestação de Contas e conformidade
Propósitos	Contribuir para o máximo retorno total de longo prazo dos <i>Shareholders</i> e <i>Stakeholders</i> , bem como ter missão e visão bem definidos
Papéis	Deve-se ter os papéis da Direção, dos conselheiros e gestores, distintos no interior das organizações.
Poder	Estrutura de poder bem definidos, sendo visível e aceito por todos da empresa.
Práticas	As práticas começam pelo fortalecimento e constituição dos conselhos de administração, da direção executiva e do sistema de auditoria
Pessoas	Elemento chave dos sistemas de governança, buscando a eficácia estratégica, de excelência operacional, otimização do retorno de investimentos, de geração de riqueza e de aumento do valor de mercado das instituições
Perpetuidade	Perpetuidade: manter viva a organização, atuantes e com participações crescentes em seus setores de atividade.

Não obstante e com o objetivo de regulamentar dentro da instituição as boas práticas do mercado, o IEC faz uso e divulga internamente seu **Programa de Integridade**.

Desenvolvido em conjunto com a área jurídica da instituição, as regras de boas práticas podem ser analisadas a seguir:

a.2 Programa de Integridade do Instituto Elisa de Castro - IEC

CAPÍTULO I – DEFINIÇÕES, OBJETIVOS E PRINCÍPIOS

Art. 1º - O Programa de Integridade do **INSTITUTO ELISA DE CASTRO - IEC** consiste no conjunto de mecanismos e procedimentos internos de integridade, auditoria e incentivo à denúncia de eventuais irregularidades e na aplicação efetiva de códigos de ética e de conduta, políticas e diretrizes, com o objetivo de detectar e sanar eventuais desvios, fraudes, irregularidades e atos ilícitos praticados.

Art. 2º - O Programa de Integridade do **IEC** tem por objetivo:

I – proteger a Administração Pública dos atos lesivos que resultem em prejuízos financeiros causados por irregularidades, desvios de ética e de conduta e fraudes contratuais.

II – garantir a execução dos contratos em conformidade com a Lei e regulamentos pertinentes a cada atividade contratada.

III – reduzir os riscos inerentes aos contratos, provendo maior segurança e transparência na sua consecução.

IV – obter melhores desempenhos e garantir a qualidade nas relações contratuais.

Art. 3º - A atuação do **IEC** deverá ser pautada, dentre outros, nos seguintes princípios:

I – Legalidade; II – Moralidade; III – Probidade; IV – Impessoalidade; V – Publicidade; VI – Boa-fé.

CAPÍTULO II – CONDUTAS ÉTICAS

Art. 4º - O **IEC** deve pautar suas condutas, no que diz respeito aos relacionamentos internos, com colegas de trabalho e externos, com parceiros, agentes públicos e fornecedores, em padrões de ética que deverá observar:

I – Integridade; II – Compromisso; III – Colaboração; IV – Determinação; V – Transparência.

Parágrafo primeiro: Não será tolerado nenhum tipo de discriminação em função de cor, sexo, religião, classe social, orientação sexual, origem, procedência, idade e condições físicas, bem como qualquer conduta que possa ser caracterizada como assédio ou desrespeito à integridade física e moral de seus colegas de trabalho.

CAPÍTULO III – BASES E DIRETRIZES

Art. 5º - o presente programa de integridade deverá ser observado por todos aqueles que compõem a estrutura do **IEC**, tais como associados e empregados e, especialmente, a sua Diretoria e seus Conselheiros.

Parágrafo Único: O programa de integridade deverá ser observado, ainda, por todos os fornecedores, prestadores de serviços e intermediários que, de qualquer forma, se relacionem com o **IEC**.

Art. 6º - O presente programa de integridade deverá ser revisto anualmente, com o objetivo de atualizá-lo para se adaptar às novas práticas e riscos envolvidos nas contratações com a Administração Pública.

CAPÍTULO IV – PRÁTICAS A SEREM ADOTADAS PELO IEC

Art. 7º - Deverá ser fornecido, anualmente, um treinamento àquelas pessoas que compõem a estrutura do **IEC**, devidamente registrado, sendo explicitadas e atualizadas as práticas a serem adotadas, visando o cumprimento integral do presente programa de integridade.

Art. 8º - O **IEC** deverá manter registros contábeis que reflita de maneira completa e precisa todas as transações realizadas pela instituição.

Art. 9º - Deverá ser mantida pelo **IEC** práticas de controle interno que garantam a pronta elaboração de relatórios e demonstrações financeiras confiáveis, sempre que exigido.

Art. 10º - Deverá ser estruturado um canal de denúncia de irregularidades, bem como saneamento de dúvidas, garantido o sigilo do denunciante, visando a sua proteção e boa-fé, devendo ser amplamente divulgados perante aqueles que compõem a estrutura do **IEC**, bem como seus prestadores de serviços terceirizados.

Art. 11 - Todas as contratações realizadas pelo **IEC** deverão, invariavelmente, observar o seu Procedimento Interno para Contratação de Bens e Serviços.

Art. 12 – Para a prevenção de fraudes e ilícitos no âmbito de processos licitatórios, na execução de contratos administrativos ou em qualquer interação com o setor público, ainda que intermediada por terceiros, o **IEC** deverá adotar as seguintes práticas, dentre outras que se fizerem necessárias:

I –fornecer orientação adequada a seus Diretores e funcionários acerca das leis que disciplinam as contratações públicas, como a Lei Federal nº 8.666/93, Lei Federal nº 10.520/05 e Lei Estadual nº 6.043/2011.

II – observar os mecanismos legais de prevenção e de enfrentamento à corrupção previstos, dentre outras, na Lei Federal nº 8.429/93, Lei Federal nº 12.846/2013 e Lei Federal nº 8.666/93.

III – revisar aspectos relevantes sobre procedimentos de contratação antes de participar do certame, questionando e impugnando o Edital, sempre que se fizer necessário.

IV – fiscalizar a atuação de qualquer terceirizado que atue tanto no procedimento de contratação, quanto na execução dos contratos firmados pelo **IEC**.

V - fazer análise de risco para participação em processos licitatórios com toda a equipe, informando sobre as possibilidades de penalidades advindas do processo licitatório.

VI – oferecer cursos ou treinamentos para seus funcionários, associados e Diretores, que forem atuar especificamente nos procedimentos de contratação e de execução dos contratos em vigência.

VII – cumprir integralmente o disposto no contrato firmado com a Administração Pública.

VIII – Garantir a imediata paralização de qualquer procedimento que tenha sido constatada irregularidade em sua execução.

Art. 13 – O **IEC** deverá assegurar a pronta interrupção de quaisquer irregularidades ou infrações detectadas, com a efetiva remediação dos danos gerados, praticando, dentre outros, os seguintes atos:

I – registrar todas as irregularidades constatadas e a forma como os danos foram reparados.

II – buscar a autoridade responsável, caso haja necessidade de denúncia, esclarecimento de dúvida, ou outro tipo de informação.

III – investigar situações ou comportamentos inadequados.

IV – manter responsável por checar e revisar as operações que envolvam maiores recursos financeiros praticadas pela Instituição.

CAPÍTULO V – PENALIDADES

Art. 14 – Em caso de violação ao presente programa de integridade, serão aplicadas as seguintes penalidades, observado o direito à ampla defesa do acusado:



I – Advertência – reprimenda formal, acompanhada por impedimento à participação de seleções e concorrências internas para funções com remuneração superior a atual, pelo prazo de seis meses e período de observação de 2 anos, durante o qual será considerado agravante o envolvimento em qualquer outra infração disciplinar. Pode ser aplicada cumulativamente com a Responsabilização Pecuniária.

II - Suspensão – suspensão de comparecimento ao trabalho por até 30 dias, sem remuneração durante o período e perda proporcional de férias, acompanhada por impedimento à participação de seleções e concorrências internas para funções com remuneração superior a atual pelo prazo de um ano e período de observação de 3 anos, durante o qual será considerado agravante o envolvimento em qualquer outra infração disciplinar. Se tratando de fornecedor pessoa jurídica, será aplicada a suspensão do contrato, inclusive com o respectivo pagamento, pelo período de até 30 dias.

III - Destituição – perda da função, acompanhada de impedimento, por 1 ano, para concorrência ou participação em processos seletivos e exercício de função de confiança ou gratificada, mesmo em caráter de substituição e período de observação de 4 anos, durante o qual será considerado agravante o envolvimento em qualquer outra infração disciplinar.

IV – Demissão – rescisão do contrato de trabalho e perda da função de associado, com as consequências resultantes da modalidade demissional.

V – Rescisão do contrato – tratando-se de pessoa jurídica prestadora de serviços, poderá ser aplicada a penalidade de rescisão contratual, sendo aplicadas as penalidades previstas no Contrato, conforme o caso.

Parágrafo único: A dosimetria da solução a ser aplicada deverá ponderar a natureza e a abrangência dos fatos comprovados em relação à participação do envolvido, eventuais atenuantes ou agravantes identificados, bem como os reflexos dos atos praticados e seus valores.

CAPÍTULO VI – DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 15 – O responsável pela fiscalização e aplicação desse programa de integridade deverá ter independência em relação a qualquer órgão de decisão ou deliberação do **IEC**.

Art. 16 – Esse programa de integridade deve ser continuamente monitorado, visando o seu aperfeiçoamento na prevenção à ocorrência de atos lesivos à Administração Pública.

Art. 17 – O **IEC** deverá promover palestras, seminários, workshops e eventos de natureza semelhante, com o objetivo de promover a ética e a integridade da Instituição.

a.3 Principais áreas de atuação

O IEC, atualmente, concentra suas atividades em consultorias e na gestão de unidades de saúde.

II – Política de Recursos Humanos

a) Descrição das competências dos cargos a serem contratados

Coordenador Médico

- ✚ Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- ✚ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e Técnicas da instituição;
- ✚ Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- ✚ Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável.

Coordenador Administrativo

- ✚ Orientar, coordenar, controlar e dirigir as atividades da UPA;
- ✚ Responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço;
- ✚ Manter a Coordenação informada sobre as atividades da UPA;
- ✚ Conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado;
- ✚ Movimentar internamente o pessoal da UPA;
- ✚ Responsabilizar-se pela carga do material da UPA;
- ✚ Representar desde que devidamente autorizado pela Coordenação da unidade nas comissões, comitês, ou outros fóruns de debate e decisão sobre problemas que envolvam o atendimento às emergências;

- ✚ Zelar pelo cumprimento das disposições regulamentares em vigor;
- ✚ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis a prática do socorro de urgência e emergência, visando melhor desempenho dos profissionais, em benefício da população;
- ✚ Manter-se em dia com o CRA-RJ.

Gerente de Enfermagem

- ✚ Ser Responsável Técnico da UPA junto ao COREN – RJ (Conselho Regional de Enfermagem);
- ✚ Executar a supervisão dos profissionais de Enfermagem;
- ✚ Manter em dia suas obrigações junto ao COREN-RJ, inclusive recolhendo o Termo de Responsabilidade Técnica da UPA junto ao órgão;
- ✚ Confeccionar a escala de serviço dos profissionais de Enfermagem;
- ✚ Fazer parte do Sistema de Classificação de Risco;
- ✚ Realizar em conjunto com outros órgãos, a educação permanente dos profissionais de Enfermagem;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da Unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética da Enfermagem;
- ✚ Zelar pelo material de consumo e permanente da Unidade;

Enfermeiro

- ✚ Conhecer o estado de conservação e operação dos equipamentos médicos do local de trabalho que lhe foi designado ao assumir o serviço, bem como o estoque de materiais de consumo;
- ✚ Solicitar reposição/reparo de equipamento danificados;
- ✚ Consolidar todas as alterações observadas, procurando saná-las ou solicitar apoio, se necessário;

- ✚ Informar ao Coordenador de Enfermagem as alterações que impedirem ou dificultarem a atividade assistencial;
- ✚ Supervisionar, corrigir e orientar os procedimentos dos Técnicos de Enfermagem;
- ✚ Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação Geral e de Enfermagem;
- ✚ Anotar ao final de cada remoção de pacientes o resumo das ocorrências e intercorrências em livro próprio, quando pertinentes;
- ✚ Recolher e relacionar quando indicado os bens materiais, documentos e valores encontrados com a(s) vítima(s) incapazes de zelar por eles, e encaminhar para guarda no Serviço Social da Unidade;
- ✚ Orientar e supervisionar o trabalho de remoção dos pacientes;
- ✚ Manter-se em dia com o COREN-RJ;
- ✚ Zelar pelo patrimônio da Unidade;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da Unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética de Enfermagem;

Médico

- ✚ Executar as atividades de emergência;
- ✚ Manter-se em dia com o CREMERJ;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo médico dos casos atendidos;
- ✚ Zelar pelo material de consumo e permanente da unidade;
- ✚ Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação Geral e Gerência Médica;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética Médica;

Assistente Social



-
- ✚ Prestar serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres de cada um no processo de atendimento ao usuário;
 - ✚ Realizar contato com os hospitais conveniados visando agilizar o processo de transferência dos usuários que necessitam de internação;
 - ✚ Realizar busca ativa de familiares de usuários que tenham chegado sozinhos ou foram removidos por outros meios até a unidade e necessitam de suporte familiar para dar seguimento ao tratamento;
 - ✚ Contatar o Conselho Tutelar para auxiliar nas resoluções das questões éticas que envolvem o atendimento às crianças e adolescentes;
 - ✚ Manter-se em dia com o CRESS-RJ;
 - ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética de Serviço Social.

Farmacêutico

- ✚ Coordenar tecnicamente a estruturação da assistência farmacêutica na unidade em seu dia de plantão, sendo que um dos plantonistas ficará responsável pela coordenação da equipe farmacêutica. Essa escolha ficará a cargo da coordenação geral da unidade;
- ✚ Realizar a previsão e provisão das necessidades de medicamentos e insumos para que seja mantida a assistência ao usuário;
- ✚ Realizar a dispensação dos medicamentos e o fracionamento a fim de atender as doses necessárias para as primeiras 48 horas;
- ✚ O coordenador farmacêutico informará a direção administrativa da necessidade de compra de medicamentos e insumos com antecedência, a fim de evitar a desassistência pela falta dos mesmos na unidade;
- ✚ Receber medicamentos adquiridos, conferindo a fidedignidade com a nota de compra, bem como o lote e data de validade;
- ✚ Manter-se em dia no CRF-RJ;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética do Farmacêutico.



Dentistas

- ↪ Executar as atividades de atendimento odontológico dentro da unidade;
- ↪ Manter-se em dia com o CRO-RJ;
- ↪ Seguir os protocolos assistenciais da unidade;
- ↪ Guardar e preservar sigilo dos casos atendidos;
- ↪ Zelar pelo material de consumo e permanente da unidade;
- ↪ Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação Geral;
- ↪ Respeitar e cumprir o Código de Ética;
- ↪ Informar ao Chefe de Equipe sobre problemas operacionais e administrativos graves;
- ↪ Encaminhar à Coordenação Geral sugestões para aperfeiçoamentos necessários nos processos operacionais e administrativos de seu setor;
- ↪ Revisar e remeter regularmente no prazo determinado, todos os documentos relativos aos atendimentos efetuados;
- ↪ Atuar de acordo com as diretrizes emanadas da Coordenação Geral;
- ↪ Relatar as alterações, observações e intervenções em livro próprio, rotineiramente vistoriado pela Chefia;
- ↪ Comunicar imediatamente ao Chefe de Equipe as alterações relevantes observadas;
- ↪ Respeitar e cumprir o Código da Odontologia.

Auxiliar de farmácia

- ↪ Realizar a dispensação de medicamentos para os usuários mediante apresentação de receita médica;
- ↪ Organizar os medicamentos dentro da farmácia;
- ↪ Conferir estoque, observando lote e data de validade;
- ↪ Manter-se em dia com o CRF-RJ;

Auxiliar de Saúde Bucal

- ✚ Apresentar-se ao Dentista de plantão ao assumir o serviço;
- ✚ Conferir o estoque de materiais de consumo do consultório dentário, realizando a reposição segundo padronização estabelecida, caso necessário;
- ✚ Verificar condições de limpeza do consultório e área física. Caso necessite de limpeza no consultório, solicitar ao Serviço de Higiene e Limpeza da UPA;
- ✚ Encaminhar solicitação de material ao Setor de Logística, quando algum item da padronização chegar ao nível crítico;
- ✚ Comunicar alterações encontradas ao Dentista de plantão, em equipamentos, materiais e outros;
- ✚ Auxiliar os procedimentos odontológicos dentro dos protocolos estabelecidos;
- ✚ Providenciar, após cada atendimento, a reposição do material de consumido;
- ✚ Providenciar, após cada atendimento, a esterilização de todo material usado para o mesmo.

Auxiliar Administrativo

- ✚ Prestar ajuda às áreas de sua atuação, executando atividades que requeiram a repetição de rotinas previamente definidas;
- ✚ Preparar processos e protocolados, seguindo orientação de seu superior hierárquico, com documentos, informações, transcrição de dados e anotações;
- ✚ Efetuar o controle e registro de atividades, de acordo com as rotinas estabelecidas, utilizando sistemas e formulários necessários;
- ✚ Prestar informações e orientações ao público sob supervisão sobre os procedimentos da sua área atuação;
- ✚ Receber e arquivar documentos, em ordem pré-estabelecida visando facilitar futuras consultas;
- ✚ Auxiliar na organização de arquivos, serviços gerais de digitação, envio e recebimento de documentos e auxiliar em outros serviços pertinentes à área de atuação;



- ✚ Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.
- ✚ Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.

Técnico de Radiologia

- ✚ Realizar procedimentos para geração de imagem, através de operação dos equipamentos específicos na radiologia convencional;
- ✚ Manter-se em dia com CRTR-RJ;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética da profissão.

Técnico de Enfermagem

- ✚ Participar da escala para atendimento na Medicação e Acolhimento, Sala Vermelha, Sala de Sutura e Sala Amarela;
- ✚ Manter-se em dia com o COREN-RJ;
- ✚ Zelar pelo patrimônio da Unidade;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da Unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- ✚ Acolhimento e atendimento individual para medicações, nebulização e coleta de exames;
- ✚ Atendimento individual para curativos e suturas;
- ✚ Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem;
- ✚ Subordinar-se ao Enfermeiro Assistencial de Plantão e à Coordenação de Enfermagem;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética de Enfermagem;

Serviços de Apoio

- ✚ Transporte de pacientes em dependências internas e externas das unidades de saúde;
- ✚ Auxiliá-los na colocação e retirada dos usuários de veículos que os transportem.
- ✚ Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, procurando identificá-las;

- ✍ Atender sempre todos, indistintamente, com urbanidade e respeito, dando-lhes as informações solicitadas e auxiliando-os sempre que possível.
- ✍ Executar serviços de limpeza e arrumação nas dependências das unidades, realizar faxinas;
- ✍ Selecionar diariamente o lixo e fazer a destinação correta para os pontos de coleta;
- ✍ Atender com presteza as demais determinações da chefia imediata.
- ✍ Efetuar a limpeza e conservação de utensílios, móveis e equipamentos em geral, para mantê-los em condições de uso.
- ✍ Auxiliar na remoção de móveis e equipamentos;
- ✍ Separar os materiais recicláveis para descarte (vidraria, papéis, resíduos laboratoriais);
- ✍ Controlar o estoque e sugerir compras de materiais pertinentes de sua área de atuação;
- ✍ Desenvolver suas atividades utilizando normas e procedimentos de biossegurança e/ou segurança do trabalho;
- ✍ Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.

b) Boas práticas de gestão de folha de pagamento.

As boas Práticas têm o objetivo de orientar a gestão de folha de pagamento, assegurando precisão, conformidade com a legislação, eficiência operacional, transparência com os colaboradores e proteção dos dados pessoais. A adoção dessas práticas garantirá o bom relacionamento entre a empresa e os colaboradores, além de minimizar riscos legais e financeiros.

1. Cumprimento das Leis e Regulamentos

A gestão da folha de pagamento deve sempre respeitar as leis trabalhistas, previdenciárias e fiscais vigentes. O responsável por essa área deve manter-se atualizado sobre as mudanças na legislação e assegurar que todas as práticas adotadas estejam em conformidade.

Práticas:

- **Atualizações frequentes:** Acompanhar mudanças na legislação trabalhista e previdenciária, como novos pisos salariais, alterações em alíquotas e benefícios obrigatórios.
- **Pagamentos corretos:** Certificar-se de que os cálculos de salários, horas extras, adicionais e deduções sejam feitos de acordo com a legislação e convenções coletivas.
- **Cálculos de impostos:** Garantir que os impostos e contribuições (INSS, FGTS, IRRF, etc.) sejam calculados e recolhidos de maneira correta e pontual.



- **Auditorias regulares:** Realizar auditorias internas para identificar possíveis erros ou desvios e corrigi-los antes que afetem os colaboradores ou a empresa.

2. Precisão e Pontualidade nos Processos

A precisão na folha de pagamento é essencial para garantir que os colaboradores recebam os valores corretos, no tempo certo. Erros podem gerar insatisfação, impactar o moral da equipe e resultar em penalidades legais.

Práticas:

- **Calendário de pagamento:** Estabelecer um calendário de pagamento fixo e divulgá-lo para todos os colaboradores.
- **Verificação de dados:** Implementar um processo de verificação dos dados inseridos no sistema de folha de pagamento, minimizando erros manuais.
- **Revisão pré-pagamento:** Realizar uma revisão dos valores calculados antes da liberação final dos pagamentos, verificando inconsistências nos cálculos de salários, impostos e benefícios.
- **Resolução de erros:** Desenvolver um protocolo para a correção imediata de erros, assegurando que os colaboradores sejam informados e que os ajustes necessários sejam feitos sem demora.

3. Confidencialidade e Segurança de Informações

A folha de pagamento contém dados sensíveis que exigem alto nível de segurança. É fundamental proteger essas informações de acessos não autorizados para evitar fraudes e violações de privacidade.

Práticas:

- **Controle de acesso:** Limitar o acesso ao sistema de folha de pagamento apenas para pessoas devidamente autorizadas, como gestores de RH e da área financeira.
- **Treinamento:** Oferecer treinamentos regulares sobre a importância da proteção de dados e boas práticas de segurança digital para todos os envolvidos no processo.
- **Proteção de dados:** Utilizar softwares com criptografia e outros métodos de segurança para proteger os dados financeiros e pessoais dos colaboradores, garantindo a conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).
- **Política de backup:** Realizar backups regulares dos dados da folha de pagamento em sistemas seguros e acessíveis apenas por pessoas autorizadas.

4. Uso de Tecnologia para Automatização e Eficiência

Automatizar processos da folha de pagamento pode reduzir significativamente o tempo gasto com tarefas manuais e minimizar erros, além de oferecer relatórios gerenciais mais precisos para a tomada de decisões.

Práticas:

- **Sistemas de gestão integrados:** Adotar softwares especializados que integram dados de RH, ponto eletrônico e folha de pagamento, permitindo a automatização de cálculos e a geração de relatórios em tempo real.
- **Automatização de cálculos:** Configurar o sistema para calcular automaticamente salários, impostos, benefícios e deduções, evitando erros de cálculo e agilizando o processo.
- **Relatórios gerenciais:** Utilizar a tecnologia para gerar relatórios que auxiliem no controle de custos e na gestão de recursos humanos, como acompanhamento de horas extras, licenças e absenteísmo.
- **Atualização de sistemas:** Manter os sistemas de gestão atualizados para garantir que estejam sempre em conformidade com as últimas exigências legais e operacionais.

5. Gestão de Benefícios

A administração correta dos benefícios dos colaboradores (vale-transporte, vale-alimentação, assistência médica, entre outros) é parte essencial da gestão de folha de pagamento, garantindo que os funcionários recebam o que lhes é de direito e que a empresa esteja em conformidade com as exigências legais.

Práticas:

- **Atualização de benefícios:** Garantir que os valores de benefícios sejam atualizados conforme os reajustes ou alterações legais.
- **Controle de elegibilidade:** Assegurar que apenas os colaboradores elegíveis estejam recebendo os benefícios corretos, de acordo com o contrato de trabalho e as políticas internas.
- **Registro de benefícios:** Manter registros detalhados de todos os benefícios concedidos, assegurando que estejam contabilizados corretamente na folha de pagamento.

6. Comunicação Transparente com os Colaboradores

Os colaboradores devem entender claramente como sua folha de pagamento é composta, incluindo salários, deduções e benefícios. Uma comunicação transparente e acessível é essencial para evitar mal-entendidos e fomentar a confiança.

Práticas:



- **Esclarecimento de dúvidas:** Disponibilizar um canal aberto para que os colaboradores possam esclarecer suas dúvidas sobre os valores recebidos e os descontos aplicados na folha de pagamento.
- **Folha de pagamento detalhada:** Emitir contracheques detalhados, explicando cada item, como salários, horas extras, deduções e benefícios.
- **Reuniões informativas:** Realizar reuniões periódicas para explicar mudanças ou ajustes na folha de pagamento e abordar questões relevantes, como novos benefícios ou mudanças na legislação trabalhista.

7. Controle de Custos e Eficiência Financeira

Uma gestão eficiente da folha de pagamento deve equilibrar a satisfação dos colaboradores com o controle financeiro da empresa. O gerenciamento adequado das horas extras, do pagamento de benefícios e dos custos com pessoal é fundamental para manter a sustentabilidade do negócio.

Práticas:

- **Análise de custos:** Monitorar periodicamente o impacto financeiro da folha de pagamento, identificando oportunidades de redução de custos, como controle de horas extras ou otimização de escalas.
- **Planejamento orçamentário:** Integrar a folha de pagamento ao planejamento orçamentário da empresa, assegurando que os custos com pessoal estejam alinhados às previsões financeiras.
- **Acompanhamento de indicadores:** Desenvolver indicadores que permitam acompanhar o custo da folha de pagamento em relação à receita da empresa, ajustando as políticas de remuneração quando necessário.

8. Auditoria e Conformidade Interna

Manter a conformidade com as políticas internas e regulamentos legais é crucial para uma gestão de folha de pagamento eficaz. Auditorias regulares ajudam a identificar áreas de melhoria e a prevenir problemas futuros.

Práticas:

- **Auditorias internas:** Implementar auditorias periódicas da folha de pagamento para identificar discrepâncias e garantir que todas as práticas estejam em conformidade com as políticas internas e legislações.
- **Correção de falhas:** Desenvolver um plano de ação para corrigir quaisquer inconsistências identificadas nas auditorias, evitando que problemas se repitam.
- **Documentação completa:** Manter uma documentação detalhada de todas as atividades relacionadas à folha de pagamento, como processos de auditoria, aprovações de pagamentos e cálculos de benefícios.

Conclusão:

O compromisso com as boas práticas de gestão da folha de pagamento não apenas garante o bem-estar dos colaboradores, mas também protege a empresa de riscos financeiros e legais. O sucesso dessa gestão depende da combinação entre o uso eficaz de tecnologia, o cumprimento das normas legais e uma comunicação clara e transparente com todos os envolvidos.

- c) Programa de incentivos financeiros e outros mecanismos, com base na avaliação de indicadores de desempenho.

Avaliação de desempenho do Colaborador

Sua primeira avaliação de desempenho será feita depois de completar 3 (três) meses de emprego. Depois ocorrerá a anual ou na data próxima ao aniversário da sua contratação ou quando a empresa julgar necessário. A frequência da avaliação de desempenho pode variar de acordo com fatores como: o tempo de serviço; a posição na empresa; desempenho passado; mudanças nas responsabilidades ou problemas de desempenho recorrentes.

Sua avaliação de desempenho também irá rever a qualidade e quantidade do trabalho realizado, seu conhecimento sobre o seu trabalho, suas iniciativas, e atitudes. Aumentos salariais e promoções, caso existam, dependem inteiramente de decisão da empresa, da avaliação de desempenho, dentre outros.

AVALIADO:				CARGO:	
AVALIADOR:				ADMISSÃO: <u> / / </u>	
FATORES	RUIM (1)	RAZOÁVEL (2)	BOM (3)	EXCELENTE (4)	CONCEITO ATRIBUÍDO
DISCIPLINA Adaptabilidade às normas e procedimentos instituídos pela Organização	Dificuldade em Acatar as instruções recebidas, ocasionando problemas disciplinares	Às vezes mostra-se reticente em cumprir as ordens recebidas, porém, sem perturbar o ambiente de trabalho	Geralmente observa as ordens e regulamentos. É disciplinado	Sempre cumpre ordens e recomendações. Sua conduta é impecável e serve como modelo	
COMPORTAMENTO NO TRABALHO Conduta pessoal do colaborador. Maneira de ser que o caracteriza em suas atividades.	Pouco educado e, às vezes, grosseiro/ agressivo/ Irônico.	Geralmente educado, porém, suas atitudes às vezes são desagradáveis	Educado, mantém bom relacionamento	É muito simpático e solícito. Dá-se bem com todos.	
PONTUALIDADE / ASSIDUIDADE Comprometimento do colaborador, o qual cumpre integralmente sua jornada de trabalho	Faltas e atrasos frequentes	Alguns atrasos e/ou faltas	Não falta nem chega atrasado	Chega sempre um pouco antes do início do horário	
INTERESSE PELO TRABALHO Dedicação e esforço pessoal em aperfeiçoar-se, visando a assunção de novos encargos e responsabilidade	Indiferente. Desmotivado.	Mostra algum interesse. Não se esforça.	Interessa-se pelo trabalho. Tem vontade de progredir e se esforça.	Muito interesse pelo trabalho. Esforça-se para progredir, incentivando colegas.	

TOTAL					
-------	--	--	--	--	--

O programa de incentivos financeiros e não financeiros tem como objetivo recompensar e reconhecer o desempenho dos colaboradores com base em uma avaliação estruturada, que considera indicadores-chave de desempenho (KPIs). O programa visa motivar os colaboradores, melhorar o engajamento, aumentar a produtividade e alinhar os resultados individuais com os objetivos estratégicos da empresa.

1. Estrutura do Programa

1.1 Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho é a base para a atribuição de incentivos, considerando uma série de indicadores como: disciplina, comportamento no trabalho, pontualidade, assiduidade e interesse pelo trabalho. Os colaboradores serão avaliados em uma escala de 1 a 4 (Ruim a Excelente) para cada critério, e a soma dos conceitos atribuídos determinará o tipo e a magnitude dos incentivos que poderão ser recebidos.

1.2 Indicadores de Desempenho (KPIs)

Os KPIs utilizados para determinar o desempenho de cada colaborador incluem, mas não se limitam a:

- **Disciplina:** Cumprimento das normas e procedimentos da organização.
- **Comportamento no Trabalho:** Qualidade do relacionamento interpessoal e atitude no ambiente de trabalho.
- **Pontualidade e Assiduidade:** Frequência ao trabalho, respeito aos horários e comprometimento com a jornada de trabalho.
- **Interesse pelo Trabalho:** Dedicção ao crescimento profissional e motivação para assumir novas responsabilidades.

Esses indicadores são avaliados trimestralmente ou anualmente, dependendo do tempo de serviço e posição do colaborador, e formam a base para a concessão dos incentivos.

2. Incentivos Financeiros

Os incentivos financeiros são concedidos com base nos resultados das avaliações de desempenho, e podem variar conforme o cargo, a antiguidade na empresa e o nível de desempenho do colaborador.

2.1 Bônus por Desempenho

- **Critério de elegibilidade:** Colaboradores que alcançam uma média de avaliação igual ou superior a "Bom" (3) em todos os fatores avaliados são elegíveis para receber um bônus financeiro ao final do ciclo de avaliação.

- **Faixa de bônus:** O valor do bônus será proporcional ao conceito atribuído na avaliação:
 - **Bom (3):** Bônus de até 5% sobre o salário mensal.
 - **Excelente (4):** Bônus de até 10% sobre o salário mensal.

2.2 Aumentos Salariais

- **Critério de elegibilidade:** Colaboradores que mantêm um desempenho "Excelente" (4) em duas avaliações consecutivas poderão ser considerados para aumento salarial.
- **Faixa de aumento:** O aumento salarial pode variar entre 5% e 10%, dependendo do tempo de serviço e posição do colaborador na empresa.

3. Incentivos Não Financeiros

Os incentivos não financeiros são igualmente importantes para o reconhecimento do bom desempenho e envolvem recompensas voltadas para o desenvolvimento pessoal, benefícios adicionais e reconhecimento público.

3.1 Treinamento e Desenvolvimento

- **Critério de elegibilidade:** Colaboradores com desempenho avaliado como "Bom" ou "Excelente" receberão oportunidades de participar de treinamentos profissionais ou cursos voltados ao desenvolvimento de suas habilidades.
- **Exemplos de incentivo:** Workshops, cursos técnicos, treinamentos de liderança, ou até mesmo bolsas de estudo para cursos de aperfeiçoamento.

3.2 Promoções Internas

- **Critério de elegibilidade:** Colaboradores que atingem desempenho "Excelente" em três avaliações consecutivas ou que demonstram capacidade de assumir responsabilidades adicionais serão considerados para promoções internas.
- **Procedimento:** Além de ser promovido a cargos com maior responsabilidade, o colaborador também receberá benefícios proporcionais ao novo cargo, como aumento salarial e bônus mais elevados.

3.3 Reconhecimento Público

- **Critério de elegibilidade:** Colaboradores que se destacam em aspectos como comportamento exemplar, assiduidade e comprometimento recebem reconhecimento público.
- **Exemplos de incentivo:**
 - "Colaborador do Mês" ou "Colaborador do Ano": Com base na avaliação de desempenho, o colaborador destacado poderá ser reconhecido em eventos internos e receber um certificado ou placa de reconhecimento.

- **Prêmios especiais:** Viagens de incentivo, vouchers de compras, ingressos para eventos culturais ou experiências personalizadas (jantares, spas, etc.).

3.4 Flexibilidade de Horário

- **Critério de elegibilidade:** Colaboradores com histórico de excelente desempenho e assiduidade podem ser recompensados com maior flexibilidade em seus horários de trabalho.
- **Exemplos de incentivo:** Possibilidade de ajustar a jornada de trabalho, trabalhar de forma remota em certos dias da semana, ou adotar uma jornada de trabalho flexível.

4. Revisão e Ajustes no Programa

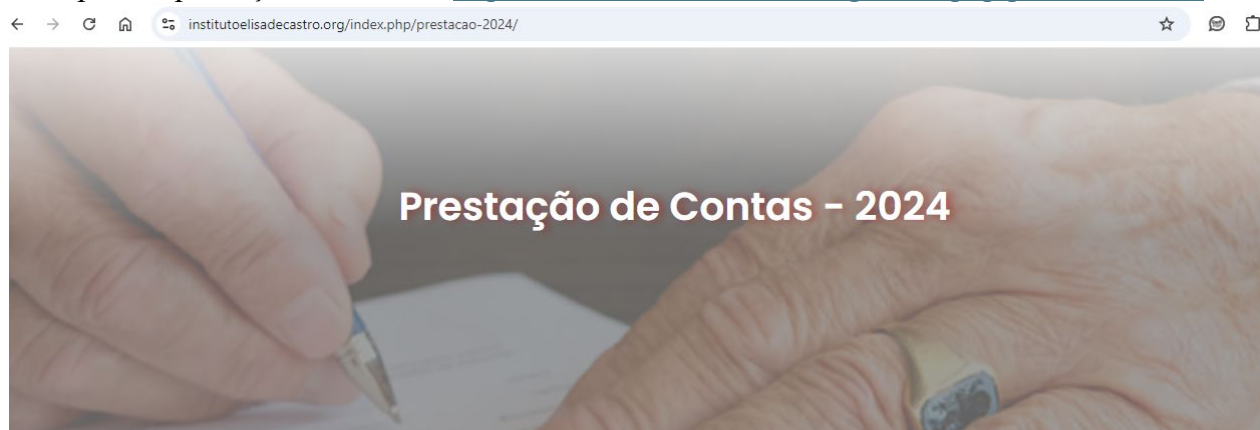
O programa de incentivos será revisado periodicamente para garantir que esteja alinhado às metas estratégicas da empresa e às necessidades dos colaboradores. A revisão será baseada em feedbacks recebidos dos próprios colaboradores, bem como na análise dos resultados obtidos nas avaliações de desempenho e nas metas de desempenho da organização.

d) Link do Plano de Cargos e Salários praticado

Link para as Cargos e Salários: <https://institutoelisadecastro.org/index.php/documentos>

e) Link de prestação de contas e print

Link para as prestações de contas: <https://institutoelisadecastro.org/index.php/prestacao-2024>



▶ Janeiro - 2024

▶ Fevereiro - 2024

▶ Março 2024

▶ Abril - 2024

Link para os relatórios Assistenciais: <https://institutoelisadecastro.org/index.php/metas>

ITEM 1 - CONHECIMENTO DO PROBLEMA

A Organização da Sociedade Civil, Instituto Elisa de Castro - IEC é uma organização não governamental de direito privado, não possui fins lucrativos e seu foco de atuação é a gestão e/ou o apoio integral (e de excelência) no desenvolvimento de projetos e administração de empreendimentos elencados no largo espectro de atuação oferecido por seu portfólio.

Suas ações, sejam elas desenvolvidas no segmento público ou privado, são operacionalizadas através de equipes profissionais altamente qualificadas, com forte expertise em Gestão, Administração, Consultoria e Auditoria; essas equipes, quando no desenvolvimento de suas ações e atividades, são acompanhadas por Mentores Seniores com experiência profissional e sólida formação acadêmica, condição que garante ao IEC capacidade de atuação, em nível de excelência, nos três setores da economia - Primário, Secundário e Terciário.

O IEC atualmente é responsável pela gestão da UPA 24 horas do município de Itaguaí - RJ.

a) Conhecimento sobre as políticas setoriais constantes no plano de trabalho

A **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) II de Tamoios**, situada no segundo distrito de Cabo Frio, desempenha um papel crucial na rede de atenção à saúde do município, configurando-se como a **única porta de entrada de emergência 24 horas** em um território que abrange 73% da área do município e cerca de 130 mil habitantes. Atualmente, a UPA opera com características semelhantes às de uma **UPA Porte II**, com proposta de habilitação para este porte, o que evidencia a necessidade de aprimorar sua gestão e infraestrutura para atender à crescente demanda por serviços de urgência e emergência na região.

A **baixa cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS)** no município, que se encontra em 39,74% segundo dados do e-Gestor (dezembro de 2020), sobrecarrega a atenção secundária, impactando diretamente na capacidade de resposta da UPA II. A **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, estabelecida pela Portaria nº 2.436/2017, reforça a importância da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção, o que evidencia a necessidade de investimentos na ampliação e qualificação da APS em Cabo Frio para fortalecer a integralidade do cuidado e reduzir a pressão sobre os serviços de urgência e emergência.

A **Política Nacional de Urgência e Emergência (PNUE)**, instituída pela Portaria nº 1.600/2011, define as diretrizes para a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no país, buscando garantir o acesso universal, equânime e integral às ações e serviços de saúde em situações de urgência e emergência. A UPA II, como componente pré-hospitalar fixo da RUE, deve estar em conformidade com as diretrizes da PNUE, o que inclui a **implementação do Acolhimento com Classificação de Risco**, a garantia de **referência e contrarreferência** para outros pontos da rede de atenção, e a adoção de **protocolos clínicos assistenciais** baseados em evidências científicas.

Diante do exposto, a gestão da UPA II - Tamoios demanda uma abordagem que contemple:

- **Ampliação e qualificação da APS:** Para fortalecer a integralidade do cuidado e reduzir a demanda por serviços de urgência e emergência.



- **Adequação da infraestrutura e do quadro de pessoal:** Para atender às exigências de uma UPA Porte II e garantir a resolutividade da assistência.
- **Implementação e aprimoramento de protocolos clínicos:** Para garantir a qualidade e segurança da assistência, em conformidade com as diretrizes da PNUE.
- **Fortalecimento da integração com a RUE:** Para otimizar o fluxo de pacientes e garantir a continuidade do cuidado.
- **Qualificação da gestão:** Para garantir a eficiência e a efetividade na utilização dos recursos, buscando a sustentabilidade do serviço.

A gestão da UPA II de Tamoios representa um desafio complexo, mas também uma oportunidade para fortalecer a rede de atenção à saúde do município e garantir o acesso da população a serviços de urgência e emergência de qualidade. A adoção de uma abordagem técnica e humanizada, alinhada às diretrizes das políticas públicas de saúde, é fundamental para o sucesso da gestão e para a promoção da saúde da população de Cabo Frio.

O IEC possui referências que apoiam a boa prática clínica nos seguintes âmbitos:

- a) As melhores evidências disponíveis e aceitas de práticas clínicas baseadas em evidências;
- b) O consenso de sociedades científicas e conselhos de classe;
- c) Protocolos e linhas de cuidados estabelecidos pela SMS;
- d) Qualificação dos profissionais;
- e) Utilização do prontuário clínico;
- f) Uso de todos os outros registros da atividade assistencial necessários;
- g) Respeito ao Plano de Educação Permanente e Excepcional da SMS, como no caso das capacitações para dengue, entre outros;
- h) Respeito aos Planos: Municipal de Saúde, Complementares ou Excepcionais da SMS;
- i) Respeito aos Planos de Emergências, Desastres e Contingências da SES RJ e SMS;
- j) Política de Humanização - Protocolos da unidade sobre Acolhimento e Classificação de Risco, e sobre o diagnóstico e tratamento das patologias mais incidentes na Atenção Hospitalar;
- l) Registrar os agravos de notificação compulsória – SINAN;
- m) Perfil de prescrição farmacêutica;
- n) Auto avaliação assistencial pelos profissionais;
- o) Avaliação dos serviços de saúde pelos profissionais lotados nas unidades;
- p) Avaliação externa da prática assistencial;
- q) Avaliação externa da satisfação do usuário; e
- r) Respeito às necessidades dos pacientes através da disponibilização dos meios necessários para o tratamento, sejam estes recursos humanos, medicamentos, equipamentos ou outros relacionados.

Os serviços de urgência e emergência são frequentemente criticados pela população, e seus trabalhadores sentem-se desmotivados com a pressão por atendimento em maior quantidade e rapidez. Vários trabalhos confirmam este cenário, caracterizado por um custeio elevado, grande demanda, saturação dos serviços, usuários e trabalhadores insatisfeitos e violência cotidiana contra trabalhadores (MAGALHÃES, 1998); SANTOS JUNIOR, 2004; ROCHA, 2005.

Em 2009 a gestão municipal de saúde identificou na Ouvidoria Central, necessidades de saúde desafiantes para a política de saúde local. Historicamente e por dificuldade de acesso ao sistema público de saúde a população tem a tendência a procurar as urgências como porta de entrada para a resolução de seus problemas. Nesse cenário, era preciso encontrar soluções coletivas para as atividades cotidianas no sistema municipal de saúde na cidade do Rio de Janeiro, em especial na rede de urgência e emergência.

A partir disso houve o desenvolvimento dos processos de trabalho, com objetivos e definições claras de linhas de ações e marcadores de saúde (acesso, significado, responsabilidade, resolutividade, autonomia) para que pudéssemos traçar a política que nos conduzisse a organização e autonomia da gestão. Para potencializar esses marcadores teóricos, instituímos diretrizes e dispositivos da Política Nacional de Humanização como: cogestão, que facilita a horizontalização e o estabelecimento de pactos; O acolhimento com classificação de risco, que explicita a necessidade do trabalho em rede, a visita aberta e o direito a acompanhante, como um direito do usuário e sua rede social familiar, demonstrando que é possível romper com velhos paradigmas, adotando a concepção de hospital aberto, ressignificado pela inclusão de trabalhadores e usuários nos processos de gestão.

O acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão favorece uma relação de confiança e compromisso entre equipes e serviços.

Muitos serviços de atendimento às urgências convivem com grandes filas, onde as pessoas disputam o atendimento sem critério algum, a não ser a hora de chegada. A não distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo, às vezes, até óbitos de pessoas pelo não atendimento no tempo adequado. O acolhimento como dispositivo técnico assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona a clínica do trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e o acesso aos serviços.

Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento ao grau de sofrimento tanto físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar necessitando de atendimento e com maior grau de risco e vulnerabilidade. Com revisão e reavaliação do modo de operar os processos de acolhimento com classificação de risco no cotidiano dos serviços de urgência e emergência tem a missão de ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso a esses serviços.

Nesse sentido os processos de acolhimento com classificação de risco tem como objetivos: Humanizar e melhorar o acesso dos usuários, mudando a forma tradicional de filas e ordem de chegada mediante uma escuta qualificada, definindo sua real necessidade em saúde; classificar mediante protocolo e escuta, as queixas dos usuários, visando identificar os que necessitam de atendimento médico imediato; utilizar esse encontro, trabalho/usuário como instrumento de integralidade; construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência, considerando a rede de serviços de prestação de assistência à saúde.

É importante acentuar que todos os profissionais de saúde fazem acolhimento, entretanto, nas ‘portas de entrada’, os serviços de saúde podem demandar grupos de profissionais de saúde preparados para promover o primeiro contato com o usuário, identificando suas demandas,

orientando-o sobre os fluxos internos e externos, e também sobre o funcionamento da rede de saúde local.

A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho aos profissionais, pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e investigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

A classificação de risco isoladamente não garante uma melhoria na qualidade da assistência. É necessário construir pactuações internas e externas para a viabilização do processo com a construção de fluxos claros por grau de risco e a tradução destes na rede de atenção.

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

É coerente pensar que uma unidade de urgência/emergência se relaciona diretamente com todas as outras unidades de um hospital/serviços e setores e que os processos de trabalho, como por exemplo, uma enfermaria, até mesmo uma unidade de terapia intensiva, influirão diretamente nos processos do pronto socorro e inversamente. Por exemplo: os tempos de permanência no setor de urgência/emergência; uma resposta mais ou menos rápida de setores como laboratório ou setor de imagens tem relação imediata com a resolutividade das unidades de urgência e emergência.

Não é menos importante esta relação para fora do hospital. Desenvolver articulações com a atenção básica, ambulatorios de especialidades, serviços de atenção e internação domiciliar são ações que promovem uma reinserção do usuário em áreas do sistema que qualificam a alta do usuário da unidade de urgência e emergência, produzindo possibilidades de vínculo e responsabilização.

A sustentação de uma rede loco-regional de urgência e emergência envolvendo unidades hospitalares e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, além de todos os outros equipamentos correlatos, promove acesso qualificado a esta rede, induzido pelo planejamento adequado na medida das necessidades que se apresentam e das ofertas possíveis.

O acolhimento com classificação de risco configura-se, assim, como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização das portas de urgência e na implementação da produção de saúde em rede, pois extrapola o espaço de gestão local firmado no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macros e micropolíticas.

b) Discussão técnica sobre os serviços previstos no plano de trabalho

A **Unidade de Pronto Atendimento (UPA) II de Tamoios**, como porta de entrada de urgência e emergência na região, necessita de uma estruturação robusta e eficiente em suas modalidades de atendimento. A adoção de práticas eficazes, alinhadas às diretrizes do Ministério da Saúde e às necessidades da população, é fundamental para garantir a qualidade e a resolutividade da assistência prestada.

Acolhimento com Classificação de Risco: Imprescindível para a organização do fluxo de atendimento, a Classificação de Risco, baseada no Protocolo de Manchester, permite a priorização dos pacientes de acordo com a gravidade de seu quadro clínico. A equipe de enfermagem, devidamente capacitada, realizará a triagem, direcionando os pacientes aos fluxos de atendimento adequados. A implantação de um sistema informatizado, integrado à Central de Regulação, agilizará o processo e permitirá o monitoramento em tempo real da demanda, otimizando a gestão de leitos e recursos.

Atendimento de Emergência: A UPA II deverá estar preparada para o atendimento de diversas situações de urgência e emergência, como acidentes, infartos, AVCs, entre outros. A equipe multidisciplinar, composta por médicos emergencistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde, atuará de forma integrada, seguindo protocolos clínicos atualizados e baseados em evidências científicas. A unidade contará com infraestrutura e equipamentos adequados, como salas de emergência, leitos de estabilização, respiradores, monitores cardíacos, desfibriladores, entre outros, garantindo o suporte necessário aos pacientes em estado crítico.

Observação Clínica: A UPA disporá de leitos de observação para pacientes que necessitam de acompanhamento por um período curto, permitindo a realização de exames complementares, administração de medicação e monitorização clínica. A equipe de enfermagem, sob supervisão médica, realizará o acompanhamento contínuo dos pacientes, garantindo a estabilização do quadro clínico e a definição do plano terapêutico adequado. A articulação com a Central de Regulação será fundamental para a transferência segura e oportuna dos pacientes que necessitem de internação hospitalar ou outros serviços especializados.

Exames e Procedimentos: A UPA II oferecerá exames laboratoriais, radiológicos e eletrocardiogramas, além de realizar procedimentos como administração de medicação, curativos, suturas, entre outros. A unidade contará com equipamentos modernos e insumos de qualidade, garantindo a precisão dos diagnósticos e a segurança dos procedimentos. A equipe técnica, devidamente capacitada, seguirá rigorosos protocolos de segurança e controle de infecção, minimizando os riscos para os pacientes.

Atendimento Multiprofissional: A equipe da UPA II será composta por profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, farmacêuticos entre outros. A atuação integrada e colaborativa desses profissionais permitirá a abordagem integral do paciente, considerando suas necessidades biopsicossociais. A humanização do atendimento será um pilar fundamental, garantindo o acolhimento, o respeito e a privacidade dos pacientes e seus familiares.

Transporte Inter-hospitalar: A UPA II contará com ambulância equipada para o transporte seguro e eficiente de pacientes que necessitam de transferência para outras unidades de saúde. A equipe de transporte, composta por profissionais capacitados, seguirá rigorosos protocolos de segurança, garantindo a estabilidade clínica dos pacientes durante o trajeto. A comunicação com a Central de Regulação será constante, permitindo o monitoramento do transporte e a otimização do fluxo de pacientes na rede de atenção.

Outras Considerações:

- **Integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS):** A UPA II atuará de forma integrada à RAS, garantindo a continuidade do cuidado e o acesso dos pacientes aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades. A comunicação efetiva com a Atenção Primária à Saúde (APS) e com os hospitais da região será fundamental para a organização do fluxo de pacientes e a otimização dos recursos.
- **Informatização:** A implantação de um sistema informatizado permitirá a gestão eficiente dos processos da UPA II, desde o acolhimento até a alta do paciente. O prontuário eletrônico, integrado à rede de saúde, facilitará o acesso às informações clínicas dos pacientes, agilizando o atendimento e a tomada de decisões.
- **Qualificação e Dimensionamento da Equipe:** A equipe da UPA II será composta por profissionais qualificados e em número suficiente para atender à demanda, garantindo a qualidade e a segurança da assistência. A capacitação continuada será um processo constante, permitindo a atualização dos conhecimentos e a incorporação de novas tecnologias e práticas assistenciais.
- **Gestão de Insumos e Medicamentos:** A gestão eficiente dos insumos e medicamentos será fundamental para garantir o abastecimento contínuo da UPA II e a utilização racional dos recursos. A adoção de práticas de gestão de estoque, controle de validade e monitoramento do consumo permitirá a otimização dos recursos e a prevenção de desperdícios.
- **Segurança do Paciente:** A segurança do paciente será uma prioridade na UPA II. A adoção de protocolos de segurança, como a higienização das mãos, o uso de equipamentos de proteção individual e a prevenção de quedas, reduzirá os riscos e contribuirá para a qualidade da assistência.

A implementação dessas modalidades de atendimento, aliada à gestão eficiente dos processos e à qualificação da equipe, permitirá que a UPA II - Tamoios se consolide como um serviço de referência em urgência e emergência na região, garantindo o acesso da população a um atendimento de qualidade, humanizado e resolutivo. A OS-IEC, com sua expertise e capacidade de gestão, contribuirá significativamente para a otimização dos serviços da UPA II, fortalecendo a rede de atenção à saúde e promovendo a saúde da população de Cabo Frio.

c) Informações e dados sobre trabalhos similares

O Instituto Elisa de Castro (IEC), embora tenha suas raízes no CAMEP, com foco inicial na integração de jovens ao mercado de trabalho, consolidou-se como uma organização com expertise

na gestão de serviços de saúde, atuando em parceria com o SUS para promover a assistência integral à saúde de forma humanizada e eficiente.

Experiência em Gestão de Unidades de Saúde:

- **Contrato de Co-Gestão da Rede de Saúde do Município de Itaguaí:** O IEC assumiu a gestão da UPA 24h de Itaguaí, demonstrando sua capacidade de gerenciar unidades de pronto atendimento, lidar com demandas de urgência e emergência, e implementar protocolos de classificação de risco e atendimento multiprofissional.
- **Contrato de Co-Gestão da Rede de Saúde do Município de Mangaratiba:** O IEC gerencia o Hospital Victor de Souza Breves e Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em Mangaratiba, o que evidencia sua capacidade de gestão em diferentes níveis de complexidade, desde a atenção primária até a hospitalar.
- **Contrato de Co-Gestão da Rede de Saúde do Município de Engenheiro Paulo de Frontin:** O IEC é responsável pela gestão do Hospital Nelson Salles, da Policlínica e de UBSs em Engenheiro Paulo de Frontin, demonstrando sua capacidade de atuar em contextos diversos e de integrar diferentes serviços de saúde.

Expertise em Gestão Hospitalar:

- **Cogestão do Hospital Municipal Albert Schweitzer (HMAS):** O IEC realizou a cogestão do HMAS, desenvolvendo atividades como diagnóstico e assessoria em saúde pública, preparação para acreditação hospitalar, criação e implantação do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente, treinamento e capacitação de funcionários, entre outras. Essa experiência demonstra a capacidade do IEC em implementar boas práticas de gestão, otimizar processos e promover a qualidade e a segurança da assistência hospitalar.

Diferenciais do IEC:

- **Equipe Capacitada:** O IEC conta com uma equipe multidisciplinar de profissionais experientes em gestão de saúde, capazes de atuar em diferentes níveis de complexidade e de implementar soluções inovadoras e eficazes.
- **Parcerias Estratégicas:** O IEC estabelece parcerias com instituições de ensino e pesquisa, o que permite o acesso a conhecimentos e tecnologias de ponta, e a constante atualização de seus profissionais.
- **Foco na Humanização:** O IEC valoriza a humanização do atendimento, buscando oferecer um cuidado integral e centrado no paciente, respeitando sua individualidade e suas necessidades.
- **Compromisso com a Qualidade:** O IEC busca a excelência na gestão de serviços de saúde, implementando processos de acreditação e certificação, e investindo em tecnologias e práticas que garantam a qualidade e a segurança da assistência.

- **Sustentabilidade:** O IEC adota práticas de gestão que visam a sustentabilidade econômica, social e ambiental, buscando otimizar os recursos e garantir a continuidade dos serviços.

Conclusão:

A experiência do Instituto Elisa de Castro na gestão de unidades de saúde, incluindo UPAs e hospitais, demonstra sua capacidade de assumir a gestão da UPA II - Tamoios com excelência. O IEC possui expertise em gestão hospitalar, qualificação da equipe, implementação de protocolos clínicos, integração com a rede de atenção à saúde e informatização dos processos, o que o torna um parceiro estratégico para a melhoria da qualidade e da eficiência dos serviços de urgência e emergência em Cabo Frio.

d) Dificuldades e desafios

Os hospitais são instituições complexas que operam sob circunstâncias semelhantes com serviços relativamente padronizados, que variam significativamente em termos de operação (PIZZINI, 2010). Os gestores que trabalham em hospitais do governo têm pouco controle sobre as várias funções da organização, tais como preços e serviços oferecidos. Eles usam estruturas ou ferramentas básicas de gestão (OLIVEIRA, 2013; PIZZINI, 2010) e dessa forma encontram-se aquém da proposta da nova gestão pública a qual consiste na defesa de que as organizações públicas são eficientes, eficazes, reduzem custos e são competitivas como pontua Paula (2005) e Denhardt (2012), além de aplicar técnicas e instrumentos gerenciais das empresas privadas (DENHARDT, 2012).

Nos últimos anos, as organizações públicas vivenciam a transição do modelo de administração burocrática para o modelo híbrido de burocracia flexível com ênfase no alcance dos resultados, nas metas e objetivos pactuados.

Maiores dificuldades da Gestão Hospitalar:

Ter a Gestão Hospitalar eficaz é a meta de muitos gestores, mas existem as dificuldades e elas precisam ser superadas. No entanto, há dois pontos que precisam ser estudados e a seguir confira quais são eles:

- Acompanhar os resultados em tempo real é o primeiro passo, porque é o que permite descobrir possíveis desvios;
- Enxergar todos os colaboradores como uma unidade é fundamental, pois possibilita dar mais união a equipe de trabalho;
- Gestão financeira;
- Controle de estoque.

O mais importante é conhecer quais são as dificuldades da Gestão Hospitalar e a forma de superar uma por uma. Ainda mais atualmente, já que 2020 trouxe dificuldades, conheça os pontos que são mais críticos.

Explosão de custos

Em primeiro lugar, os custos não devem explodir e podem prejudicar bastante o negócio, ocasionando até na falência. Se um custo está elevado e não tem nenhum motivo aparente, é sinal de que é preciso estudá-lo com atenção.

Qualificação técnica e motivacional dos funcionários

Primeiramente, todos os colaboradores devem ser constantemente treinados e o foco é desenvolver as habilidades. Sendo assim, a sua equipe lida com a vida das pessoas e esse é o bem mais precioso de qualquer ser humano.

Os custos do treinamento são menores do que o retrabalho e risco que a falta de cuidado pode ocasionar.

Falta de equilíbrio entre receitas e despesas

A principal dificuldade é equilibrar as receitas e as despesas do negócio. Para conseguir que o enfrentamento seja correto, é preciso investir em um setor contábil que seja de qualidade.

A principal para superar as dificuldades da Gestão Hospitalar, especialmente, essa, é ter um controle financeiro eficaz.

Aumento do investimento em informática e equipamentos médicos com maior sofisticação

Uma das maiores dificuldades da Gestão Hospitalar é manter o investimento em informática e não prejudicar as finanças. Assim, boa parte do funcionamento de uma clínica depende diretamente dos computadores.

Os equipamentos médicos sempre são atualizados e trazem sofisticação no uso, porém isso impacta outros setores. Da mesma forma, o segredo é usar a criatividade e buscar estratégias que não diminuam os riscos inclusos.

Inexistência de profissionalização e falta de capacitação dos gerentes de R.H

Entre as dificuldades da Gestão Hospitalar, à princípio, essa é uma das mais presentes e que menos atenção tem. O foco principal de toda clínica é a equipe médica, porém os demais profissionais devem estar preparados.

Seja para atender um paciente ou o parente dele e até mesmo para capacitar mentalmente os demais colaboradores. Igualmente, trabalhar em hospitais e em clínicas é lidar com problemas de saúde, podendo ser tóxico para alguns.

Quando há a profissionalização do setor de Recursos Humanos e a capacitação adequada dos gestores de RH, é possível tratar melhor os colaboradores e é disso que o resultado interno pode melhorar.

Necessidade de investir, mesmo em um momento de dificuldade financeira imagine o cenário de 2020 e que englobe a Pandemia, porque fica simples de entender um ponto: a dificuldade. Contudo, mesmo com as complicações financeiras os investimentos precisaram continuar e não baixaram em nada.

Um gestor da área hospitalar deve saber disso e precisa estar preparado, pois a busca por soluções será comum. Bem como, a inovação deve estar presente e permeia o caminho, uma vez que pode trazer diferenciais competitivos.

No final das contas, as dificuldades da Gestão Hospitalar têm o mesmo princípio que os erros médicos: não pode servir como desculpa. Enfim, qualquer errinho é fatal e pode gerar consequências bem perigosas.

e) Soluções e propostas para superação dos problemas

- I. Ampliação do acesso de acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção inicial adequada e necessária aos diferentes agravos, garantindo a universalidade, equidade e integralidade no primeiro atendimento;
- II. Regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- III. Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;
- IV. Implantação do modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- V. Articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VI. Atuação no território, definindo e organizando as regiões de saúde e as redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas; atuando de forma profissional e gestora, visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- VII. Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- VIII. Articulação de forma federativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- IX. Estímulo à participação e controle social dos usuários sobre os serviços;

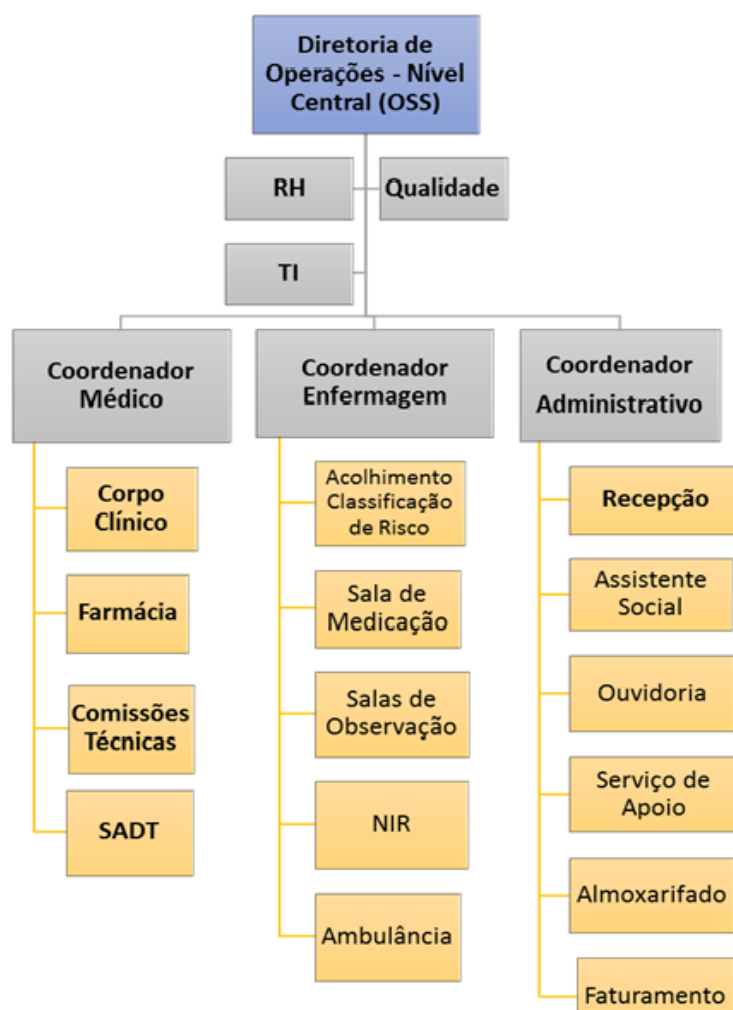
Serão adotados de forma unificada para todos os pontos de serviço, instrumentos padronizados para registro dos processos de trabalho como prontuário do usuário. Este sistema será a base para a programação e planejamento, juntamente com outros de base municipal e federal.

ITEM 2 – DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

a. Organograma:

A eficácia operacional de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) depende da clareza em sua estrutura organizacional e da definição precisa das linhas de responsabilidade e comunicação entre seus membros. A seguir, apresentamos o organograma que ilustra a hierarquia funcional e a inter-relação entre os diversos cargos e departamentos que compõem a UPA 24h.

O organograma detalhado a seguir serve como um mapa orientador para a equipe, os pacientes e outras partes interessadas, esclarecendo a estrutura de comando e as vias de supervisão dentro da unidade.



a.1) Competência e Atribuições

Coordenador Médico

- ✚ Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- ✚ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e Técnicas da instituição;
- ✚ Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- ✚ Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável.

Coordenador Administrativo

- ✚ Orientar, coordenar, controlar e dirigir as atividades da UPA;
- ✚ Responder pelo bom andamento e pela regularidade do serviço;
- ✚ Manter a Coordenação informada sobre as atividades da UPA;
- ✚ Conceder férias e licenças do pessoal que lhe é diretamente subordinado;
- ✚ Movimentar internamente o pessoal da UPA;
- ✚ Responsabilizar-se pela carga do material da UPA;
- ✚ Representar desde que devidamente autorizado pela Coordenação da unidade nas comissões, comitês, ou outros fóruns de debate e decisão sobre problemas que envolvam o atendimento às emergências;
- ✚ Zelar pelo cumprimento das disposições regulamentares em vigor;
- ✚ Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis a prática do socorro de urgência e emergência, visando melhor desempenho dos profissionais, em benefício da população;
- ✚ Manter-se em dia com o CRA-RJ.

Gerente de Enfermagem

- ✚ Ser Responsável Técnico da UPA junto ao COREN – RJ (Conselho Regional de Enfermagem);
- ✚ Executar a supervisão dos profissionais de Enfermagem;
- ✚ Manter em dia suas obrigações junto ao COREN-RJ, inclusive recolhendo o Termo de Responsabilidade Técnica da UPA junto ao órgão;
- ✚ Confeccionar a escala de serviço dos profissionais de Enfermagem;
- ✚ Fazer parte do Sistema de Classificação de Risco;
- ✚ Realizar em conjunto com outros órgãos, a educação permanente dos profissionais de Enfermagem;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da Unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética da Enfermagem;
- ✚ Zelar pelo material de consumo e permanente da Unidade;

Enfermeiro

- ✚ Conhecer o estado de conservação e operação dos equipamentos médicos do local de trabalho que lhe foi designado ao assumir o serviço, bem como o estoque de materiais de consumo;
- ✚ Solicitar reposição/reparo de equipamento danificados;
- ✚ Consolidar todas as alterações observadas, procurando saná-las ou solicitar apoio, se necessário;
- ✚ Informar ao Coordenador de Enfermagem as alterações que impedirem ou dificultarem a atividade assistencial;
- ✚ Supervisionar, corrigir e orientar os procedimentos dos Técnicos de Enfermagem;
- ✚ Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação Geral e de Enfermagem;
- ✚ Anotar ao final de cada remoção de pacientes o resumo das ocorrências e intercorrências em livro próprio, quando pertinentes;



- ✚ Recolher e relacionar quando indicado os bens materiais, documentos e valores encontrados com a(s) vítima(s) incapazes de zelar por eles, e encaminhar para guarda no Serviço Social da Unidade;
- ✚ Orientar e supervisionar o trabalho de remoção dos pacientes;
- ✚ Manter-se em dia com o COREN-RJ;
- ✚ Zelar pelo patrimônio da Unidade;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da Unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética de Enfermagem;

Médico

- ✚ Executar as atividades de emergência;
- ✚ Manter-se em dia com o CREMERJ;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo médico dos casos atendidos;
- ✚ Zelar pelo material de consumo e permanente da unidade;
- ✚ Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação Geral e Gerência Médica;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética Médica;

Assistente Social

- ✚ Prestar serviços sociais orientando indivíduos, famílias, comunidade e instituições sobre direitos e deveres de cada um no processo de atendimento ao usuário;
- ✚ Realizar contato com os hospitais conveniados visando agilizar o processo de transferência dos usuários que necessitam de internação;
- ✚ Realizar busca ativa de familiares de usuários que tenham chegado sozinhos ou foram removidos por outros meios até a unidade e necessitam de suporte familiar para dar seguimento ao tratamento;



- ✚ Contatar o Conselho Tutelar para auxiliar nas resoluções das questões éticas que envolvem o atendimento às crianças e adolescentes;
- ✚ Manter-se em dia com o CRESS-RJ;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética de Serviço Social.

Farmacêutico

- ✚ Coordenar tecnicamente a estruturação da assistência farmacêutica na unidade em seu dia de plantão, sendo que um dos plantonistas ficará responsável pela coordenação da equipe farmacêutica. Essa escolha ficará a cargo da coordenação geral da unidade;
- ✚ Realizar a previsão e provisão das necessidades de medicamentos e insumos para que seja mantida a assistência ao usuário;
- ✚ Realizar a dispensação dos medicamentos e o fracionamento a fim de atender as doses necessárias para as primeiras 48 horas;
- ✚ O coordenador farmacêutico informará a direção administrativa da necessidade de compra de medicamentos e insumos com antecedência, a fim de evitar a desassistência pela falta dos mesmos na unidade;
- ✚ Receber medicamentos adquiridos, conferindo a fidedignidade com a nota de compra, bem como o lote e data de validade;
- ✚ Manter-se em dia no CRF-RJ;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética do Farmacêutico.

Dentistas

- ✚ Executar as atividades de atendimento odontológico dentro da unidade;
- ✚ Manter-se em dia com o CRO-RJ;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo dos casos atendidos;
- ✚ Zelar pelo material de consumo e permanente da unidade;
- ✚ Desenvolver atividades de educação continuada e aprimoramento profissional de acordo com o determinado pela Coordenação Geral;

- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética;
- ✚ Informar ao Chefe de Equipe sobre problemas operacionais e administrativos graves;
- ✚ Encaminhar à Coordenação Geral sugestões para aperfeiçoamentos necessários nos processos operacionais e administrativos de seu setor;
- ✚ Revisar e remeter regularmente no prazo determinado, todos os documentos relativos aos atendimentos efetuados;
- ✚ Atuar de acordo com as diretrizes emanadas da Coordenação Geral;
- ✚ Relatar as alterações, observações e intervenções em livro próprio, rotineiramente vistoriado pela Chefia;
- ✚ Comunicar imediatamente ao Chefe de Equipe as alterações relevantes observadas;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código da Odontologia.

Auxiliar de farmácia

- ✚ Realizar a dispensação de medicamentos para os usuários mediante apresentação de receita médica;
- ✚ Organizar os medicamentos dentro da farmácia;
- ✚ Conferir estoque, observando lote e data de validade;
- ✚ Manter-se em dia com o CRF-RJ;

Auxiliar de Saúde Bucal

- ✚ Apresentar-se ao Dentista de plantão ao assumir o serviço;
- ✚ Conferir o estoque de materiais de consumo do consultório dentário, realizando a reposição segundo padronização estabelecida, caso necessário;
- ✚ Verificar condições de limpeza do consultório e área física. Caso necessite de limpeza no consultório, solicitar ao Serviço de Higiene e Limpeza da UPA;
- ✚ Encaminhar solicitação de material ao Setor de Logística, quando algum item da padronização chegar ao nível crítico;
- ✚ Comunicar alterações encontradas ao Dentista de plantão, em equipamentos, materiais e outros;
- ✚ Auxiliar os procedimentos odontológicos dentro dos protocolos estabelecidos;

- ✚ Providenciar, após cada atendimento, a reposição do material de consumido;
- ✚ Providenciar, após cada atendimento, a esterilização de todo material usado para o mesmo.

Auxiliar Administrativo

- ✚ Prestar ajuda às áreas de sua atuação, executando atividades que requeiram a repetição de rotinas previamente definidas;
- ✚ Preparar processos e protocolados, seguindo orientação de seu superior hierárquico, com documentos, informações, transcrição de dados e anotações;
- ✚ Efetuar o controle e registro de atividades, de acordo com as rotinas estabelecidas, utilizando sistemas e formulários necessários;
- ✚ Prestar informações e orientações ao público sob supervisão sobre os procedimentos da sua área atuação;
- ✚ Receber e arquivar documentos, em ordem pré-estabelecida visando facilitar futuras consultas;
- ✚ Auxiliar na organização de arquivos, serviços gerais de digitação, envio e recebimento de documentos e auxiliar em outros serviços pertinentes à área de atuação;
- ✚ Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.
- ✚ Executar outras tarefas correlatas, conforme necessidade ou a critério de seu superior.

Técnico de Radiologia

- ✚ Realizar procedimentos para geração de imagem, através de operação dos equipamentos específicos na radiologia convencional;
- ✚ Manter-se em dia com CRTR-RJ;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética da profissão.

Técnico de Enfermagem

- ✚ Participar da escala para atendimento na Medicação e Acolhimento, Sala Vermelha, Sala de Sutura e Sala Amarela;

- ✚ Manter-se em dia com o COREN-RJ;
- ✚ Zelar pelo patrimônio da Unidade;
- ✚ Seguir os protocolos assistenciais da Unidade;
- ✚ Guardar e preservar sigilo profissional dos casos atendidos;
- ✚ Acolhimento e atendimento individual para medicações, nebulização e coleta de exames;
- ✚ Atendimento individual para curativos e suturas;
- ✚ Atendimento individual para cuidados gerais de enfermagem;
- ✚ Subordinar-se ao Enfermeiro Assistencial de Plantão e à Coordenação de Enfermagem;
- ✚ Respeitar e cumprir o Código de Ética de Enfermagem;

Serviços de Apoio

-
- ✚ Transporte de pacientes em dependências internas e externas das unidades de saúde;
 - ✚ Auxiliá-los na colocação e retirada dos usuários de veículos que os transportem.
 - ✚ Fiscalizar a entrada e saída de pessoas, procurando identificá-las;
 - ✚ Atender sempre todos, indistintamente, com urbanidade e respeito, dando-lhes as informações solicitadas e auxiliando-os sempre que possível.
 - ✚ Executar serviços de limpeza e arrumação nas dependências das unidades, realizar faxinas;
 - ✚ Selecionar diariamente o lixo e fazer a destinação correta para os pontos de coleta;
 - ✚ Atender com presteza as demais determinações da chefia imediata.
 - ✚ Efetuar a limpeza e conservação de utensílios, móveis e equipamentos em geral, para mantê-los em condições de uso.
 - ✚ Auxiliar na remoção de móveis e equipamentos;
 - ✚ Separar os materiais recicláveis para descarte (vidraria, papéis, resíduos laboratoriais);
 - ✚ Controlar o estoque e sugerir compras de materiais pertinentes de sua área de atuação;
 - ✚ Desenvolver suas atividades utilizando normas e procedimentos de biossegurança e/ou segurança do trabalho;
 - ✚ Zelar pela guarda, conservação, manutenção e limpeza dos equipamentos, instrumentos e materiais utilizados, bem como do local de trabalho.

b. Protocolos e organização de atividades assistenciais;

b.1) Definição dos Processos de Trabalhos

No contexto da definição dos processos de trabalho em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), a instituição deve estabelecer e revisar continuamente rotinas e protocolos. Estes devem ser flexíveis e adaptáveis, refletindo a natureza dinâmica do ambiente de saúde.

- **Desenvolvimento Colaborativo de Protocolos:** Os modelos de trabalho serão desenvolvidos em estreita colaboração com parceiros públicos, garantindo que os processos estejam alinhados com as necessidades locais e as diretrizes nacionais de saúde. Esta colaboração deve envolver uma gama diversa de stakeholders, incluindo especialistas em saúde, autoridades locais e representantes da comunidade.
- **Enfoque em Dados Epidemiológicos e Casos de Alta Incidência:** Os processos devem ser estruturados em torno de dados epidemiológicos atualizados e focados nos casos de maior incidência na região. Isto assegura que a Unidade esteja bem-preparada para tratar as condições de saúde mais prevalentes na comunidade que atende.
- **Gestão Baseada em Evidências e Melhoria Contínua:** A instituição deve implementar uma gestão de protocolos e rotinas orientada por indicadores chave de performance e resultados de saúde. Este enfoque permite a melhoria contínua dos processos de trabalho, assegurando que as práticas sejam sempre baseadas nas melhores evidências disponíveis.
- **Processos Estruturados de Coleta de Dados e Monitoramento de Resultados:** Deve-se estabelecer um sistema rigoroso de coleta de dados e monitoramento de resultados. Isso inclui a implementação de tecnologias de informação em saúde para o rastreamento eficaz de métricas de saúde, o que facilita a análise de tendências, identificação de áreas para melhoria e tomada de decisão baseada em dados.
- **Foco na Qualidade da Assistência e Segurança do Paciente:** Todos os processos devem ser desenhados com o objetivo primordial de melhorar a qualidade da assistência e garantir a segurança do paciente. Isso inclui a implementação de padrões rigorosos de controle de infecção, treinamento regular da equipe em práticas de segurança do paciente e avaliação contínua da satisfação do paciente.

- **Integração de uma Abordagem Multiprofissional:** A Gestão da unidade deve promover uma abordagem multiprofissional no tratamento, onde médicos, enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde trabalham de forma integrada. Este modelo fomenta uma assistência holística e coordenada, crucial para o tratamento eficaz e o bem-estar do paciente.

b.2) Conceituação das Ações Assistenciais

As rotinas dos procedimentos no serviço de pronto atendimento propostos neste Plano Operativo (PO), prevê o acolhimento e a classificação de risco para ordenamento da clínica, conforme orienta os manuais e resoluções do ministério da saúde e secretaria de estado.

O “Acolhimento e Classificação de Risco” é uma política que busca agilidade no atendimento e priorização dos casos mais agudos. Tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento. A classificação de risco é entendida como uma necessidade para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência/emergência.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, atender (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ator ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006).

O acolhimento é um dispositivo da Política Nacional de Humanização, que incorpora as relações humanas. Sendo um instrumento, deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas a uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

As diretrizes específicas na Política Nacional de Humanização (PNH), 2004, nos níveis de atenção de urgência e emergência pré-hospitalar consiste:

- Acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- Comprometer-se com a referência e a contrarreferência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários;
- Definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do usuário;

O acolhimento no campo de saúde pode ser aplicado com documento padronizado e não deve ser entendido só como instrumento de trabalho, mas sim, como diretriz/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (BRASIL, p.14, 2006).

A sistemática do acolhimento pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a ótica de protocolos acordados de forma participativa nos serviços de saúde, e a avaliação da necessidade do usuário em função de seu risco e sua vulnerabilidade, proporcionando a priorização da atenção e não o atendimento por ordem de chegada. Dessa maneira, exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos (ABBÊS e MASSARO, 2004).

Utilizaremos a proposta de clínica com classificação de risco, como instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência com os seguintes objetivos:

- Humanizar o atendimento mediante escuta qualificada do cidadão que busca o serviço;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de U/E, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Utilizar o encontro com o cidadão como instrumento de educação no que tange ao atendimento de Urgência e Emergência;
- Construir fluxos de atendimento na U/E considerando a rede dos serviços de prestação e assistência à saúde.

O profissional de saúde, o usuário dos serviços de Urgência e Emergência e a população constroem estratégias coletivas que promovem mudanças nas práticas dos serviços. O acolhimento é a primeira etapa e uma das estratégias aliada aos conceitos de sistema e rede em uma visão ampla, na promoção da responsabilização e vínculo dos usuários ao sistema de saúde. Para tanto, o conhecimento pela equipe da UPA, dos aspectos constitutivos das áreas de planejamento é um pressuposto para organização do acolhimento.

O acolhimento é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esse processo se dá mediante escuta qualificada e tomada de decisão em protocolos a serem implantados, aliadas a capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro que classifica. Essa experiência deve ser aperfeiçoada continuamente através de capacitações individuais, capacitações da equipe e atualizações dos protocolos.

Não obstante devemos considerar também os serviços essenciais para o funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h, o atendimento médico e pediátrico, onde os médicos deverão estar disponíveis durante 24 horas por dia em todos os dias do ano. Estando compreendidos no atendimento médico, além da consulta e observação clínica, todos os exames externos de diagnose e terapia (SADT) não contemplados na UPA 24h

de acordo com o caso e ciência do coordenador médico. Entende-se por paciente pediátrico aquele compreendido na faixa etária de 0 (zero) a 12 (doze) anos.

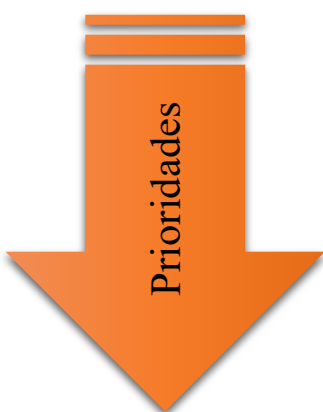
Assim como atendimento médico, o atendimento de Enfermagem será prestado de forma ininterrupta durante 24 horas por dia, diariamente, inclusive sábados, domingos e feriados.

É imperativo que a unidade trabalhe com o processo de acolhimento com classificação de risco, como se segue:

b.3) Procedimento de Acolhimento

- Acolher as necessidades;
- Direcionar o paciente para o Núcleo de Acolhimento;
- Determinar a prioridade.

As prioridades serão enumeradas da seguinte forma:



Prioridade 1 – Emergência;

Prioridade 2 – Urgência;

Prioridade 3 – Procedimentos;

Prioridade 4 – Idoso, gestante, etc.;

Prioridade 5 – Demais Atendimentos.

A hierarquia de atendimento da identificação e classificação de risco é correspondente à prioridade estabelecida.

- O **paciente prioridade 1** será encaminhado para sala vermelha (fluxo do paciente vermelho); o enfermeiro preencherá a classificação de risco simultaneamente;
- O **paciente prioridade 2** será encaminhado e priorizado para a classificação de risco ou encaminhado à sala de observação, de acordo com o protocolo e a avaliação do acolhedor;



- O **paciente prioridade 3** será encaminhado diretamente à sala de sutura. Os médicos atendentes deverão ser notificados da presença de um paciente para este atendimento, que engloba suturas, queimaduras e hemostasia. O médico procederá ao atendimento e registro na própria sala de sutura;
- O **paciente prioridade 4** será encaminhado e priorizado para a classificação de risco;
- O **paciente prioridade 5** será encaminhado para a classificação de risco.

Notas:

1. Para efetivar esta proposta, será necessária verificação de sinais vitais no acolhimento (PA e temperatura);
2. Para pacientes da prioridade 2, encaminhados diretamente à sala de observação, a identificação e classificação de risco “ocorrem” em seu local de atendimento;

b.4) Processo de Registro (Recepção)

Processos:

- Chama o paciente de acordo com prioridade e ordem de chegada;
- Identifica o paciente;
- Registra novo episódio se paciente já cadastrado;
- Cadastra o paciente no caso de primeiro atendimento.

Notas:

- Os chefes de equipe e enfermeiros (as) líderes poderão reorganizar as filas de espera para identificação (cadastro e novo atendimento), mediante critérios técnicos e justificativa. O sistema de informação deverá controlar e manter o registro.
- Se o paciente for prioridade 1 o cadastro vai até ele e pode ser feito simultaneamente ou após o atendimento.

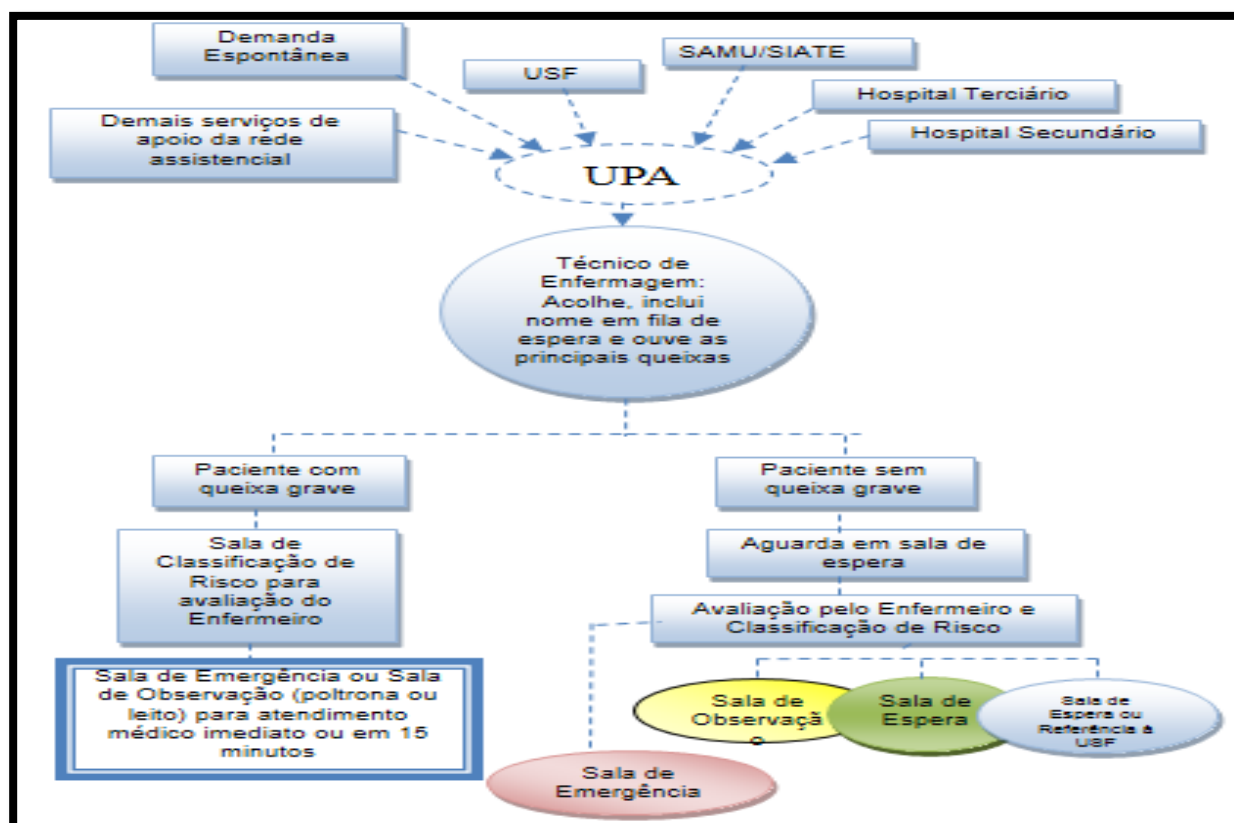
O acolhimento com classificação de risco visa nortear o atendimento nas Portas de Entrada de Urgência e Emergência, determinando prioridade para atendimento conforme a gravidade: quem deve ser atendido antes e quem pode aguardar atendimento com segurança; organiza o processo de trabalho e espaço físico da UPA e ameniza o desconforto produzido pela superlotação, informando aos pacientes e familiares sobre expectativa de atendimento e tempo de espera.

Esta diretriz visa organizar todo o fluxo de atendimento dentro da UPA, além de considerar os princípios da humanização e agilidade no atendimento.

Para pacientes referenciados, deverão possuir o impresso que consiste em uma ficha similar à de avaliação com classificação de risco e pressupõe-se que o mesmo fora anteriormente atendido e ouvido com qualidade (já apresentado nesta proposta).

Os pacientes que serão contra referenciados à sua USF de origem também serão encaminhados com este mesmo impresso.

Fluxo de atendimento dos pacientes que chegam a UPA



b.5) Processo de Classificação de Risco

Processos

1. Chama o paciente de acordo com prioridade e ordem de chegada;
2. Identifica o paciente;
3. Avalia com base no protocolo;
4. Classifica o risco com base no protocolo;
5. Encaminha para o respectivo local de atendimento, da seguinte forma:
 - a) **Azul** – pacientes serão encaminhados ao NÚCLEO DE ACOLHIMENTO;
 - b) **Verde** – aguarda atendimento em consultório, de acordo com a ordem de chegada, devendo ser atendido no tempo previsto para este risco;
 - c) **Amarelo**: É encaminhado para atendimento em consultório, devendo ser atendido no tempo previsto para este risco e direcionamento; ou é encaminhado diretamente para a sala amarela, devendo ser atendido no tempo previsto para este risco e direcionamento.
 - d) **Vermelho**: encaminhamento direto para a sala vermelha atendimento.
6. Monitora pacientes em espera podendo reclassificar, se necessário;
7. Pode encerrar o atendimento decorrida 1 hora após a primeira chamada, caracterizando desistência. O reposicionamento da fila **NÃO É PERMITIDO**. Caso o paciente retorne, terá que reiniciar o processo de acolhimento.

Nota:

- O processo acima descrito é realizado pelo enfermeiro, conforme a Resolução COFEN 423/2012.



b.6) Processos de Exames Laboratoriais

COLETA - Requisições Advindas dos Consultórios

1. Verifica solicitações advindas dos consultórios, priorizadas de acordo com o risco;
2. Chama o paciente e confirma sua identificação;
3. Separa material de coleta, de acordo com a solicitação;
4. Vincula a requisição aos materiais;
5. Realiza a coleta do material;
6. Entrega material colhido ao laboratório e protocola o procedimento;

COLETA - Requisições Advindas das Salas de Observação (Vermelha e Amarela).

1. Verifica solicitações advindas das salas de observação, priorizadas de acordo com o risco;

2. Dirige-se ao paciente e confirma sua identificação;
3. Separa material de coleta, de acordo com a solicitação;
4. Vincula a requisição aos materiais;
5. Realiza a coleta do material;
6. Entrega material colhido ao laboratório e protocola o procedimento;

PROCESSAMENTO

1. Recebe o material entregue;
2. Confere material e requisição;
3. Processa os exames;
4. Emite o laudo e encaminha ao respectivo setor solicitante ou ao acolhimento, no caso dos consultórios;

LIBERAÇÃO

1. Os exames encaminhados ao acolhimento são direcionados aos respectivos médicos solicitantes que, de acordo com sua avaliação, toma as medidas necessárias, quais sejam:
 - a. Entregar ao paciente, no caso de alta;
 - b. Anexar à AIH no caso de encaminhamento para internação;
 - c. Anexar ao BAM, no caso de observação.

Notas:

- Caso o paciente não responda ao chamado ou se recuse à coleta do material, o técnico registra e notifica ao médico solicitante;



- Protocolo é o registro em livro da requisição e do horário de entrega do material e liberação do laudo. É assinado pelo técnico de enfermagem (podendo ser informatizado);
- A coleta será realizada por técnico de enfermagem com supervisão do enfermeiro.

b.7) Processo de Exames de Imagem

EXAME - Requisições Advindas dos Consultórios

1. Verifica solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
2. Chama o paciente e confirma sua identificação;
3. Separa o material (filme);
4. Vincula o material à requisição;
5. Realiza o exame;

EXAME - Requisições Advindas das Salas de Observação e Vermelha

1. Verifica as solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
2. Separa o material (filme e Equipamento);
3. Dirige-se ao paciente e confirma sua identificação;
4. Vincula o material à requisição;
5. Realiza o exame.

PROCESSAMENTO

1. Processa a revelação se dará através de imagem computadorizada e posterior impressão;
2. Avalia qualidade da imagem;



3. Repete procedimento em caso de qualidade inadequada;
4. Encaminha o exame ao respectivo setor solicitante ou ao paciente, no caso dos consultórios;

Nota:

1. A vinculação é a identificação do filme à respectiva solicitação, que compreende o nome do paciente, o número do atendimento e a data.

b.8. Processos de Exames de Eletrocardiograma (ECG)

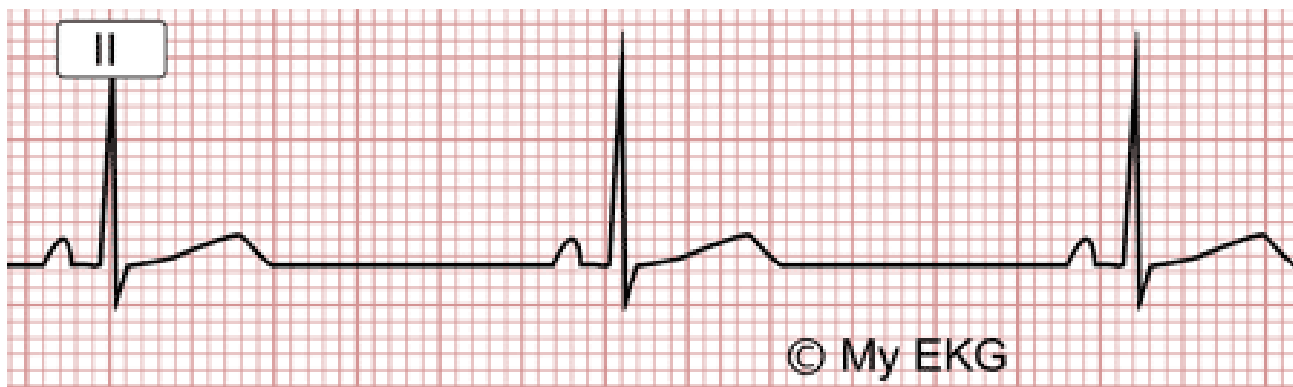
EXAME - Requisições Advindas dos Consultórios

1. Verifica as solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
2. Chama o paciente e confirma sua identificação;
3. Encaminha o paciente à sala de ECG;
4. Prepara o paciente na maca;
5. Realiza o exame;
6. Vincula o exame ao paciente, identificando com seu nome, com número de matrícula, idade e data.

EXAME - Requisições Advindas das Salas

1. Verifica solicitações advindas dos setores solicitantes, priorizadas de acordo com o risco;
2. Dirige-se ao paciente e confirma sua identificação;
3. Realiza o exame;
4. Vincula o exame ao paciente, identificando com seu nome, com número de matrícula, idade e data e horário de realização;

5. Entrega o resultado ao médico solicitante.



b.9) Processos de Atendimento

B.9.1) Núcleo de Acolhimento (NAC)

Atribuição: Funcionará como a interface entre a UPA, as unidades de referência – básicas e hospitalares - e a central de regulação, interagindo com a equipe interna e garantindo o fluxo contínuo da informação e a continuidade e integralidade do cuidado.

Processos:

1. Recebe paciente encaminhado pelo Acolhimento (pré-classificação);
- Encaminha para a rede de apoio.
2. Recebe paciente da classificação de risco;
- Encaminha para a rede de apoio.
3. Recebe demandas do consultório e salas de atendimento;

Procede aos encaminhamentos solicitados para os pacientes utilizando as ferramentas de regulação, de acordo com as referências pactuadas.

Notas:

1. O NAC será composto por enfermeiro, assistente social e um administrativo.

b.9.2) Processo de Serviço Social



As demandas destinadas ao Serviço Social têm sua origem no acolhimento, consultório médico, salas de observação, bem como de forma espontânea.

Demandas do acolhimento (ações executadas pelo Assistente Social nos casos advindos do acolhimento):

Processos:

1. Identifica a demanda do usuário;

➤ **Para demandas sociais:**

Constrói coletivamente, com o próprio usuário, propostas para solução da demanda identificada/encaminhamento externo e/ou interno.

1. Interno: Reorienta os pacientes para a fila de classificação de risco, com prioridade 5, conforme o caso;
2. Externo: Procede aos contatos familiares e/ou institucionais;

➤ **Para demandas administrativas:**

Encaminha ao NAC para proceder aos encaminhamentos cabíveis, nos casos de:

1. Solicitação de boletim de atendimento;
2. Pacientes portando encaminhamentos, oriundos da rede assistencial;

3. Serviço de Atendimento ao Usuário (reclamações, sugestões).

Demandas de consultório (Ações executadas pelo Assistente Social nos casos advindos do Consultório):

Processos:

1. Identifica a demanda do usuário:

a) Para demandas sociais:

Constrói coletivamente, com o próprio usuário, propostas para solução da demanda identificada/encaminhamento externo e/ou interno;

1. Externo: Procede aos contatos familiares e/ou institucionais; ou
2. Orientações acerca de benefícios assistenciais.

b) Para demandas administrativas:

Encaminha ao NAC para proceder aos encaminhamentos cabíveis, nos casos de:

1. Solicitação de boletim de atendimento;
3. Pacientes portando encaminhamentos, oriundos da rede assistencial;
4. Serviço de Atendimento ao Usuário (reclamações, sugestões);

Demandas das Salas de Observação (ações executadas pelo Assistente Social nas salas amarela, vermelha e observação pediátrica):

Processos:

1. Identifica a demanda do usuário:

a) Para demandas sociais:

Constrói coletivamente, com o próprio usuário, propostas para solução da demanda identificada / encaminhamento externo e/ou interno;



1. Externo: Procede aos contatos familiares e/ou institucionais; ou
2. Orientações acerca de benefícios assistenciais.

b) Para demandas administrativas:

Encaminha ao NAC para proceder aos encaminhamentos cabíveis, nos casos de:

1. Solicitação de boletim de atendimento;
2. Pacientes portando encaminhamentos, oriundos da rede assistencial;
3. Serviço de Atendimento ao Usuário (reclamações, sugestões).

São demandas sociais:

- i. Crianças / adolescentes desacompanhados, somente nos casos de prioridade 5;
- ii. Crianças / adolescentes com responsável, sem documentação que comprove a relação de parentesco / responsabilidade, somente nos casos de prioridade 5;
- iii. Crianças / adolescentes oriundos de Equipamentos sociais, somente nos casos de prioridade 5;
- iv. Idosos com suspeita de abandono ou oriundos de Equipamentos sociais;
- v. População em situação de rua, somente nos casos de prioridade 5;
- vi. Vítimas de Violência Doméstica, somente nos casos de prioridade 5;
- vii. Familiares de usuários em observação nas salas vermelha e amarela;
- viii. Familiares em busca de pessoas desaparecidas;
- ix. Usuários sem documentação (por extravio, roubo, furto)
- x. Orientações Sócio Jurídicas;
- xi. Orientações acerca de benefícios assistenciais;
- xii. Orientações sociais diversas.

Notas:



- Dos itens i a vi (demandas sociais), os pacientes concorrerão à fila de atendimento médico, desde o acolhimento;
- Os itens vii a xii são encaminhados diretamente ao serviço social, a partir do acolhimento.
- O Assistente Social poderá ser requisitado a realizar serviços de ouvidoria quando necessário.

Detalhamento das atividades do serviço social para pacientes em observação:

- a. Visitas no leito aos usuários em observação para identificação de demandas sociais;
- b. Acolhimento e orientação aos familiares e/ou responsáveis pelos usuários que se encontram em observação;
- c. Busca ativa de familiares de usuários que se encontrem em observação, em situação de abandono, negligência ou risco social;
- d. Referenciamento dos usuários para Equipamentos sociais / órgãos de atenção especializada em caso de alta social/médica;
- e. Acolhimento de familiares e/ou responsáveis em casos de óbito e orientações para sepultamento gratuito;
- f. Apoio à equipe médica na transferência, realização de exames e avaliações dos usuários em observação;
- g. Apoio à equipe médica no que tange ao contato com a Central de regulação para leitos de terapia intensiva, enfermaria geriátrica, DIP, UTI NEO, gravidez de alto risco, etc.;
- h. Apoio à equipe médica na execução das TIHs (viabilização do meio de transporte através de contato com outras unidades, OBMs e regulação do SAMU).

Notas:

- A classificação de risco pode identificar uma demanda social não percebida pelo acolhimento. Essa identificação deve orientar o paciente ao serviço social, ao finalizar ao atendimento médico.



- Não obstante ao descrito acima, o IEC seguirá os demais protocolos vigentes apresentados pela entidade de classe e legislações específicas, além de criar Procedimentos Operacionais Padronizados (POP), conforme sugerido e descrito no ANEXO Ili.

b.9.3) Processo de Atendimento Médico - Sala de Procedimento

Processos:

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Realiza procedimentos médico-cirúrgicos;
 - c) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;
- No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível;
- d) Encaminha para a respectiva sala de observação.
4. Libera o paciente, com o respectivo tipo de saída, a saber:
 - i. Alta;
 - ii. Alta com encaminhamento interno;
 - iii. Alta com encaminhamento externo;
 - iv. Alta com transferência.

Notas:

- Para os subitens 4, os seguintes documentos poderão ser emitidos: receita, declaração de comparecimento ou atestado médico;
- Para os casos de evasão e saída à revelia, registra o ocorrido no respectivo instrumento de trabalho;



- Alta com transferência ocorre por necessidade de recursos humanos especializados. Ex.: bucomaxilo e ortopedia.

b.9.4) Processo de Assistência Médica-Consultório

Processos:

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;
- No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível;
 - c) Encaminha para a respectiva sala de observação.
2. Chama o paciente para reavaliação e, conforme o caso;
 - a) Encaminha para a respectiva sala de observação;
 - b) Libera o paciente, com os respectivos tipos de saídas, a saber:
 - i. Alta;
 - ii. Alta com encaminhamento interno;
 - iii. Alta com encaminhamento externo;
 - iv. Alta com transferência.

Notas:

- Para o subitem b, os seguintes documentos poderão ser emitidos: receita, declaração de comparecimento ou atestado médico;
- Para os casos de evasão e saída à revelia, registra o ocorrido no respectivo instrumento de trabalho;



- Alta com transferência ocorre por necessidade de recursos humanos especializados. Ex.: bucomaxilo e ortopedia.

b.9.5) Processo de Atendimento Médico-Sala de Observação Adulto e Pediátrico **Processos**

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Realiza procedimentos invasivos;
 - c) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;
 - No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível.
4. Reavalia o paciente e, conforme o caso:
 - a) Encaminha para a sala de estabilização (vermelha);
 - b) Solicita transferência via central de regulação municipal ou estadual, conforme o caso; e:
 - i. Preenche a documentação referente à transferência e anexa sumário de alta e exames do paciente;
 - ii. Registra a alta no momento da transferência.
 - c) Libera o paciente, com os respectivos tipos de saídas, a saber:
 - i. Alta;
 - ii. Alta com encaminhamento externo;
 - iii. Alta com transferência

Notas:



- Para os subitens 4.b, os seguintes documentos poderão ser emitidos: receita, declaração de comparecimento ou atestado médico;
- Para os casos de evasão e saída à revelia, registra o ocorrido no respectivo instrumento de trabalho;
- Alta com transferência em sala de observação ocorre por necessidade de recursos humanos e materiais especializados. Ex: bucomaxilo e ortopedia, tomografia, ultrassonografia e etc.

b.9.6) Processo de Atendimento Médico - Sala de Estabilização

Processos:

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Solicita exames complementares;
 - b) Realiza procedimentos invasivos;
 - c) Prescreve medicamentos e procedimentos assistenciais;
- No caso de indisponibilidade de um item da grade, verifica a possibilidade de substituição por outro disponível.
4. Reavalia o paciente e, conforme o caso;
 - a) Encaminha para a respectiva sala de observação;
 - b) Solicita transferência via central de regulação municipal ou estadual, conforme o caso; e
 - i. Preenche a documentação referente à transferência e anexa sumário de alta e exames do paciente;
 - ii. Registra a alta no momento da transferência.

- c) Atesta e preenche a declaração de óbito do paciente;

Notas:

- Em casos de suspeita de morte encefálica, solicita comparecimento da equipe do Programa Estadual de Transplantes para avaliação do caso.

b.10) Processo de Assistência de Enfermagem - Setor Acolhimento

1. Recebe e identifica o paciente;
2. Realiza a anamnese e exame físico;
3. Conforme o caso:
 - a) Encaminha para a respectiva sala;

b.11) Procedimentos a Serem Realizados na UPA-24H

Em conformidade com preconizado para o tipo de unidade, nos comprometemos, minimamente, a realizar os seguintes procedimentos médicos e de enfermagem:

- Administração de medicação oral e/ou parenteral;
- Administração de trombolítico, Protocolo de Dor Torácica SMS.
- Oxigênio terapia por dispositivos que atendam as demandas do paciente;
- Controle das vias aéreas com dispositivos não invasivos (cânula orofaríngea, cânula nasofaríngea) e invasivos (cânula de cricotomia, tubo orotraqueal e cânula de traqueostomia), incluindo dispositivos para via aérea difícil;
- Ventilação não invasiva por CPAP e BIPAP;
- Ventilação invasiva com ventilador micro processado que possua recurso de ventilação a volume e a pressão;
- Irrigação gástrica;
- Sutura simples;

- Inserção de sondas e cateteres;
- Curativos de feridas agudas;
- Punções venosas periférica e profunda;
- Paracentese;
- Drenagens torácica com dispositivo de drenagem torácica valvulado.

b.12) Protocolos de Normas e Rotinas

Em todas as áreas assistenciais e administrativas serão desenvolvidos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), conforme modelos sugeridos, visando à adequação das normas sanitárias vigentes.

- **Manual com indicação das formas de notificação, recepção, orientação psicossocial aos usuários e familiares na emergência, conforme classificação de risco**

1. Introdução

A Política Nacional de Atenção às Urgências, alterou a forma de como orientar e tratar pacientes recebidos por estas unidades, muitas das vezes a porta de entrada do sistema, contrariando os preceitos básicos do Sistema Único de Saúde, porém, diferentemente do passado, há a assistência e o referenciamento dos usuários para inclusão na rede de saúde, dentro do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS), da região.

Não obstante, a Política Nacional de Humanização inseriu na saúde pública o conceito de maior atenção e cuidado ao usuário, visualizando-o de forma holística, indo de encontro aos preceitos básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange a universalidade, equidade e integralidade.

A Utilização dos Protocolos de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) baseados nas diretrizes de Manchester puderam concretizar as ações pretendidas pelas entidades de saúde. As chamadas filas de triagem acabaram; o acolhimento passou a ser humanizado, onde o profissional de enfermagem escuta as queixas dos usuários,

trazendo conforto e tranquilidade ao mesmo. O sistema de classificação de risco por cores facilita o entendimento dos pacientes sobre a gravidade de seus problemas de saúde e os respectivos tempos de esperas para serem atendidos pelo profissional médico e, além da possibilidade de, a qualquer momento, sua classificação ser alterada devido à agudização de sua patologia.

Esses mecanismos fizeram com que as metas pretendidas quanto ao fim da triagem, senhas, longas filas de espera, fossem alcançadas e o modo como o usuário é visto no sistema mudasse completamente.

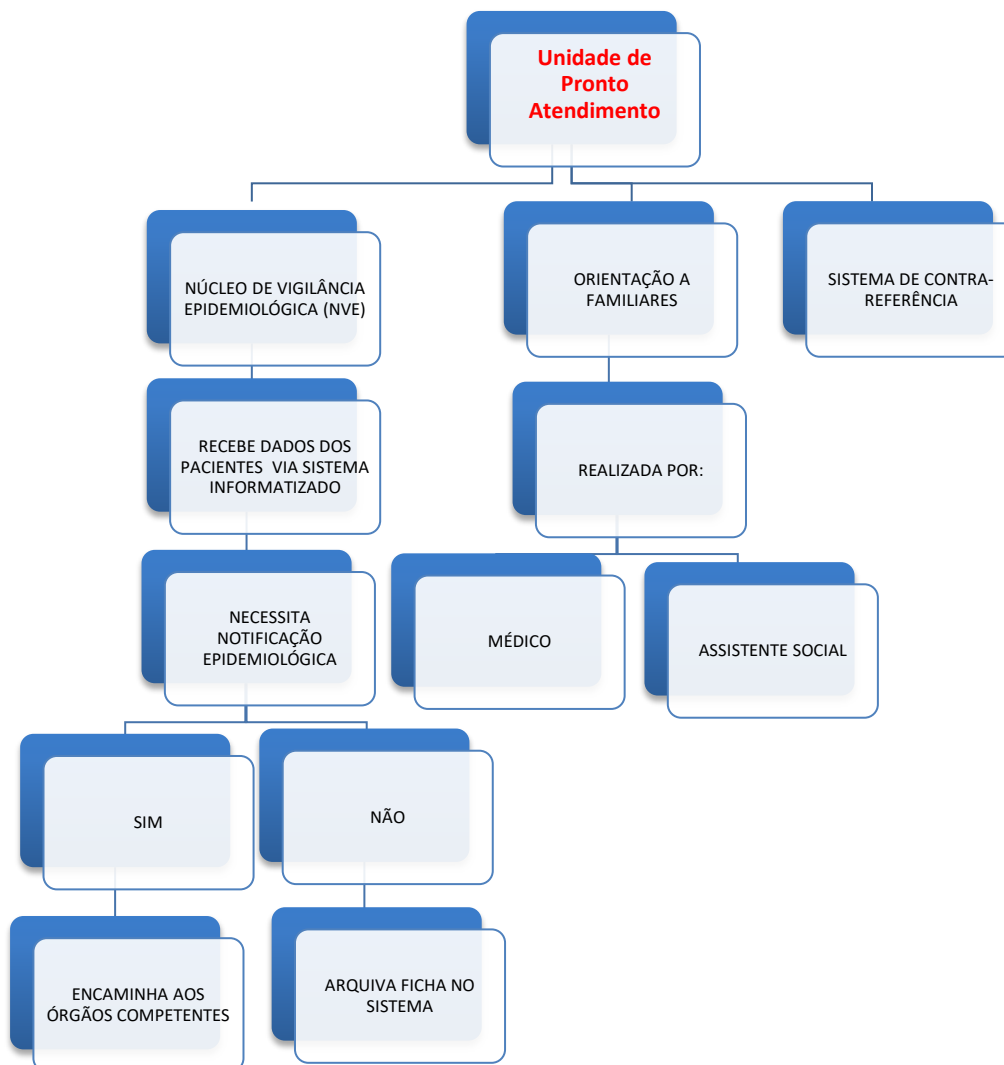
2. Formas de Notificação

É direito dos usuários do sistema terem conhecimento sobre o estado de sua saúde e como as suas queixas principais e secundárias serão tratadas dentro da UPA, além dos respectivos tempos de espera.

Aquelas patologias de caráter epidemiológico e que necessitam ser notificadas aos órgãos competentes serão imediatamente realizadas pela equipe do núcleo de vigilância epidemiológica da UPA, como exemplo cita-se as diretrizes da Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014.

Os familiares também serão orientados sobre o estado de saúde, tratamento e as notificações necessárias que deverão ser realizadas, nesses casos, conforme as legislações vigentes. A responsabilidade em passar as informações àqueles é do profissional médico e assistente social.

Nos fluxos de notificação poderá haver a necessidade da utilização do sistema de contrarreferência para continuidade de tratamento do paciente. **Organograma das formas de notificação, recepção, orientação psicossocial aos usuários e familiares na emergência, conforme classificação de risco.**



Recepção

A recepção da UPA, deverá ser dotada dos sistemas de acolhimento e registro, onde ocorre o primeiro contato do paciente. Haverá profissionais treinados pela equipe do centro de estudos, pelo menos, nas rotinas de acolhimento, classificação de risco e atendimento qualificado ao usuário, seguindo todos os preceitos das legislações vigentes.

No momento em que o paciente entra na unidade, seus documentos são verificados pela equipe treinada e, imediatamente encaminhada ao enfermeiro para a escuta de suas queixas iniciais. Neste momento, a classificação de risco é feita.

É colocado no pulso do paciente a fita corresponde à cor de sua classificação e lhe explicado o tempo de espera e a possibilidade de reavaliação, assim como os detalhes do sistema de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), que também são apresentados nos monitores espalhados pelas unidades e nos banners. Destaca-se que todos os procedimentos são feitos de forma informatizada.

➤ Orientação psicossocial aos usuários e familiares

Sabe-se que o comportamento das pessoas e parentes se altera sobremaneira em caso de doenças, desta forma, a equipe de saúde estará preparada para orientação a todos aqueles que necessitarem de atenção psicossocial dentro da unidade, sempre seguindo os preceitos da Política Nacional de Humanização.

- a) O Assistente Social é o principal responsável em assistir aos pacientes e seus parentes a todas às suas necessidades, assim como, trazer o máximo de conforto para eles, primando sempre por:
- b) Respeito aos direitos dos pacientes, atendendo-os com dignidade de modo universal e igualitário;
- c) Respeito à decisão do paciente em relação ao consentimento ou recusa na prestação de serviços de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de morte ou obrigação legal;
- d) Garantia do sigilo dos dados e informações relativas aos pacientes;
- e) Garantia do direito de assistência religiosa e espiritual aos pacientes e familiares, por ministro de qualquer culto religioso;
- f) Esclarecimento dos direitos aos pacientes e parentes, quanto aos serviços oferecidos;
- g) Informação conjuntamente com o médico quando da necessidade de remoção para outra unidade para continuidade do tratamento aos pacientes e parentes;

- h) Orientação sobre procedimentos relativos a óbito aos parentes;
- i) Orientação em conjunto com médico sobre a necessidade da continuidade do tratamento em outro nível do sistema;
- j) Orientação sobre o sistema de agendamento de consulta em outro nível do sistema para continuidade do tratamento.

Deve-se lembrar que todos os profissionais da assistência, principalmente o Assistente Social, são frequentemente treinados e supervisionados pela equipe do centro de estudos em temas pertinentes sobre a matéria.

Ainda assim, os procedimentos de acolhimento e classificação de risco orientam sob como proceder.

Proposta de implantação do sistema de contra referência às equipes da saúde da família (ESF) / Proposta de implantação do sistema de referência para hospitais ou outros pontos da rede

Primeiramente, deve-se considerar que o sistema de saúde brasileiro é dividido em três grandes níveis de atenção, a saber:

- Primário: A rede do Programa Saúde da Família, composta pelas Equipes da Saúde da Família (ESF), as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou Postos de Saúde, onde se configura a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse nível de atenção são marcados exames e consultas, além da realização de procedimentos básicos como troca de curativos, e acompanhamento de patologias já controladas, como diabetes mellitus e hipertensão;
- Secundário: Estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Pronto Socorros, bem como Hospitais Escolas. Nesses são realizados procedimentos de estabilização de casos graves, assim como prestar atendimento resolutivo aos pacientes acometidos por quadro agudos ou crônicos, com atendimento 24 horas, 365 dias no ano.

- Terciário: Hospitais de Grande Porte sejam eles mantidos pelo estado, governo federal, alguns municípios de grande porte e rede privada; são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida, bem como Condutas de manutenção dos sinais vitais, como suporte básico à vida. Nesses hospitais, também podem funcionar serviços quartanários de transplante de tecidos, como: pulmão, coração, fígado, rins, dentre outros.

Esses níveis de atenção se completam formando o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme suas leis básicas nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 que foram originadas a partir dos artigos nº 196, 197, 198, 199 da Constituição da República Federativa do Brasil.

Diante disso, é obrigatório considerar os preceitos básicos do sistema, desenvolvidos para organizar a rede, prestando atendimento integral para todos e com custos corretos, a saber:

- Equidade

As ações e serviços devem ser oferecidos aos cidadãos, independentemente do nível de complexidade que cada caso requeira, independente da região em que o indivíduo detenha sua residência. A todos os brasileiros deverá ser dado atendimento igualitário sem privilégios ou barreiras, uma vez que o olhar que o sistema tem perante o seu usuário é de igualdade e a estes deverá ser oferecido atendimento conforme suas necessidades até o limite ao qual puder suportar (PONTES et al, 2009).

- Universalidade

Pode ser compreendida como a garantia de atenção por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão; neste contexto todo cidadão passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde e nos casos em que o sistema público não conseguir assegurar este direito, o indivíduo deverá ter a seu dispor o serviço privado no caso contratado pelo poder público para prestar a assistência necessária. Contudo podemos entender que a saúde é um direito de cidadania assegurado pela lei e é dever das três esferas do governo (PONTES et al, 2009).

- Integralidade

Conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidade, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude. Considerando todas as dimensões possíveis em que se pode intervir (NIETSCHE, 2000).

- Regionalização e Hierarquização:

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

- Descentralização e Comando único

Descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidos aos municípios condições gerenciais, Técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mandato único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

- Participação Popular

A sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os conselhos e as conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde, conforme regem as legislações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta a forma a Organização Social desenvolverá as seguintes proposições para os sistemas de referência e contra referência:

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA), inserida no nível de atenção secundário, estará apta a receber qualquer tipo de atendimento de demanda espontânea vinte e quatro horas/trezentos e sessenta e cinco dias por ano, seja pelo serviço móvel de urgência (SAMU), bombeiros além de meios próprios e transferência de outras unidades.

A Unidade de Pronto Atendimento UPA, ajudará a regular o sistema de saúde, recebendo, referenciando e contra referenciando pacientes, reduzindo os casos de urgência e emergência dos municípios, diminuindo as taxas de mortalidade e morbidade da região, melhorando diversos índices, como exemplo cita-se o IDH.

Patologias controladas significam redução vultosa de custos com a saúde e melhora de vida da população trazendo ganhos imensuráveis tanto para estes como para os gestores da região.

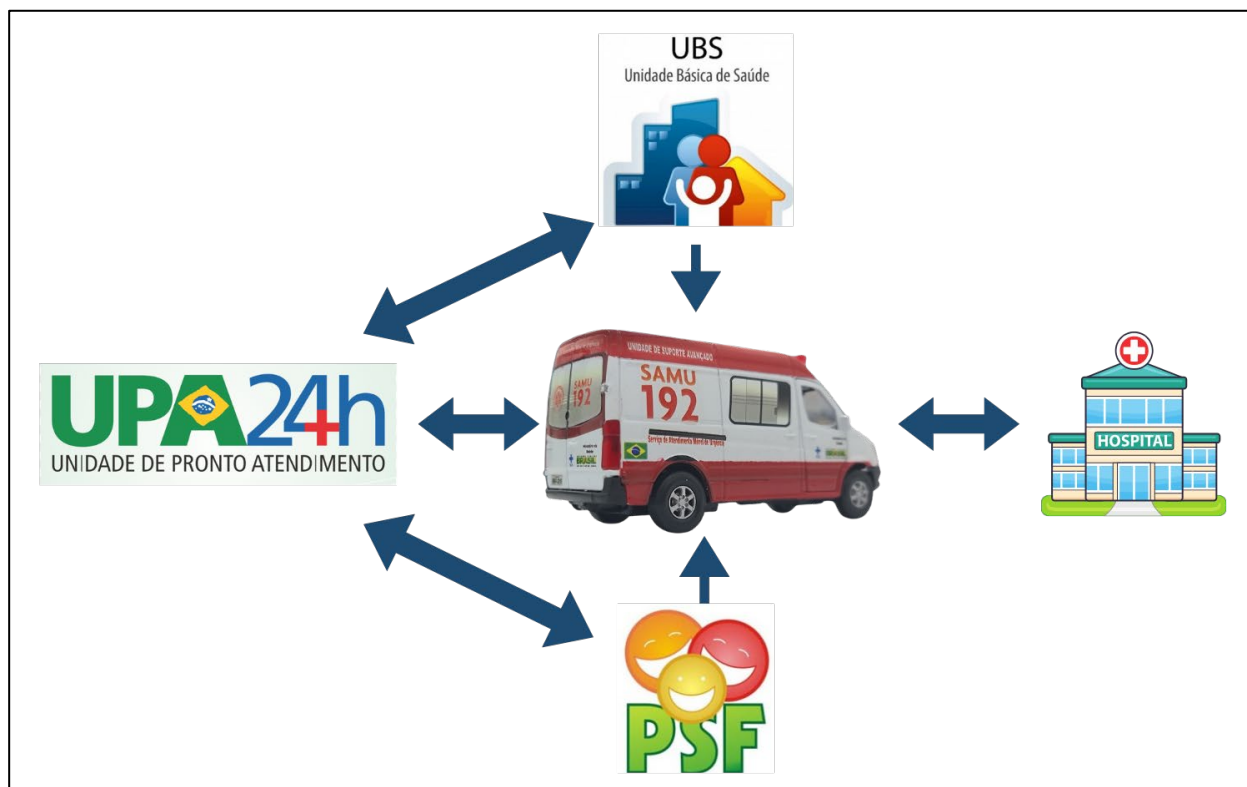
Quadro demonstrando, de um modo amplo, o sistema de referência e contrarreferência

Considerando que a lógica de referência e contrarreferência é uma necessidade dentro do sistema de saúde da região, incluindo a UPA, basicamente dois fluxos serão seguidos pela unidade a ser gerenciada pela entidade.

1. A UPA realizará acolhimento e classificação de risco (ACCR) de todos os cidadãos que deram entrada na unidade, assim como realizará todos os procedimentos necessários, conforme seu nível de resolutividade, entendido como maior de 99%. Finalizado o atendimento, os pacientes poderão ser encaminhados, para dar continuidade ao tratamento, conforme seu caso requeira, a outros níveis do sistema;
2. A UPA após realizar o acolhimento e classificação de risco (ACCR), verificando que o atendimento não está em seu nível de resolutividade, nos casos graves, procederá com os procedimentos de Suporte Básico à Vida (BTLS) e/ou Avançado à Vida (ATLS) até estabilização e posterior transferência do paciente para uma unidade que atenda seu nível de complexidade.

Diante dos cenários descritos acima, nos itens 1) e 2) as seguintes ações deverão ser desenvolvidas em conjunto com o parceiro público:

1. Enquadramento da UPA como uma das unidades responsáveis pelo fluxo ordenador do sistema, integrado a política nacional de urgências e emergências, sendo de atendimento de demanda espontânea e servindo de referência e contrarreferência no sistema de saúde;
2. Entendimento do Território Integrado de Atenção à Saúde (TEIAS) da região;
3. Definição da rede de hospitais os quais à UPA poderá encaminhar os casos que ultrapassem a capacidade instalada;
4. Enquadramento da UPA dentre da Rede de Urgências e Emergências da região (RUE), conforme legislações vigentes;
5. Apresentação das Equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) para os fluxos de referência e contrarreferência;
6. Definições da capacidade instalada do Sistema de Saúde do Município de Jacareí e de adjacências, com vistas a anulação de duplicidade de serviços, desafogando o SUS e evitando gastos desnecessários;
7. Apresentação do plano das metodologias de trabalho para os usuários do sistema por meio dos conselhos de saúde da região, que deverá ser realizado em conjunto com o parceiro público;
8. Integração ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para uso das ambulâncias pela unidade e definição de fluxos para recebimento dos pacientes que poderão ser enviados à unidade pelo referido serviço;
9. Integração aos Bombeiros da região para definição de fluxos para recebimentos dos pacientes que poderão ser enviados à unidade;
10. Definição das estratégias para referência e contrarreferência em conjunto com a central de regulação da região;



A partir das proposições descritas, a UPA, um dos eixos reguladores do sistema desenvolverá as seguintes ações para o sistema de referência e contrarreferência de acordo com o protocolo de acolhimento e classificação risco (ACCR):

Contrarreferência:

Antes do atendimento médico:

Riscos Verde e Azul: No acolhimento e classificação de risco (ACCR), será dada a opção ao usuário de ser encaminhado para uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), próxima a Unidade.

- Ocorrendo aceite do paciente: Profissional da unidade entrará em contato com a UBS, que receberá o paciente, por telefone (o sistema informatizado da UPA poderá ser integrado à rede para facilitar o trâmite, caso seja de interesse do parceiro público e ocorra repasse financeiro para esse fim). Havendo disponibilidade na unidade em questão, o usuário será encaminhado com impresso específico, contendo sinais vitais e outras informações necessárias;
- Não havendo aceite do paciente: Profissional da unidade informará o usuário sobre o sistema de classificação de risco e tempo de espera, e será encaminhado para aguardar atendimento médico.

Observação: Caso o enfermeiro, único responsável pelo acolhimento e classificação de risco (ACCR) entender que o paciente necessita ser atendido na UPA, não será dada opção de encaminhamento à UBS.

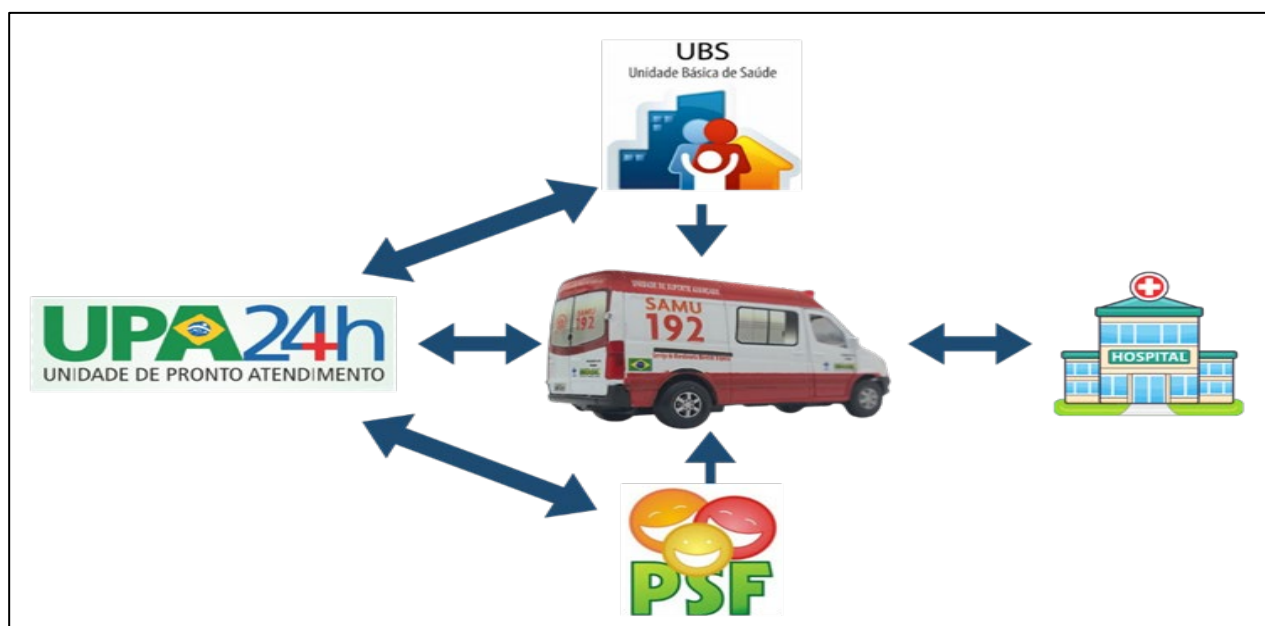
Após Atendimento Médico:

- Na consulta médica /Após alta da unidade: Finalizado o atendimento, o profissional médico informará no sistema informatizado a necessidade de acompanhamento especializado do paciente. O usuário será encaminhado à recepção da UPA, onde o auxiliar administrativo entrará em contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, para a marcação de consulta (o sistema informatizado da UPA poderá ser integrado à rede para facilitar o trâmite, caso seja de interesse do parceiro público e ocorra repasse financeiro para esse fim). Assim, o paciente sairá da unidade com a sua consulta de acompanhamento marcada, e com impresso sobre dia e hora e outras informações que a equipe da UPA e de Saúde do município julgarem pertinentes (Casos que ultrapassem a capacidade instalada da UPA:
- Nos casos em que ultrapassem a capacidade instalada da unidade, o paciente será estabilizado e encaminhado para o hospital de referência, nas ambulâncias do SAMU/BOMBEIRO ou da unidade. O profissional médico informará à Assistente Social, que buscará vagas junto à central de regulação ou outro órgão que a secretaria municipal de saúde orientar. Assim que a vaga for obtida, o médico preencherá a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e o paciente será encaminhado via ambulância ao hospital.

Casos em que a UPA seja utilizada como Referência:

- Estratégia da Saúde de Família e Unidades Básicas de Saúde (UBS): Profissional enfermeiro entra em contato com equipe de enfermagem da UPA e informa o caso (o sistema informatizado da UPA poderá ser integrado à rede para facilitar o trâmite, caso seja de interesse do parceiro público e ocorra repasse financeiro para esse fim). Reconhecida a necessidade de atendimento na UPA, o paciente é encaminhado, com impresso contendo informações como sinais vitais, à unidade, por meios próprios ou pelo SAMU/BOMBEIROS caso seja necessário.
- SAMU e BOMBEIROS: A UPA, servirá como referência para os serviços móveis de urgência (APH móvel). A central de regulação do município e do SAMU devem

entrar em contato com a UPA informando sobre o envio do paciente à unidade. A equipe médica da UPA em conjunto com a do SAMU verificarão se a UPA é a melhor opção para o caso e os mecanismos necessários para recebê-lo. Em relação aos BOMBEIROS será definida estratégia em conjunto para recebimento de pacientes advindos das ambulâncias da instituição.



Observação: É sabido que alguns pacientes, devido à gravidade da situação, poderão ser encaminhados à unidade sem consentimento prévio da equipe. Nestes casos, serão acolhidos e estabilizados. Estando dentro da capacidade instalada da UPA, permanecerão na unidade, caso contrário, haverá contato com a central de regulação para que seja encaminhado para a unidade correta.

Finalizando, trabalharemos em rede com o município de forma a evitar duplicidade do serviço, trazendo economia ao erário atendendo a todas as prerrogativas das portarias do SUS e do Ministério da Saúde. Todas as sistemáticas administrativas, de gestão, de execução, de operacionalização estão contidas dentro deste projeto, sempre primando pela qualidade e excelência de serviço. Através do sistema de *Business Intelligence* os atendimentos, indicadores de qualidade, dentre outros parâmetros, serão monitorados diuturnamente e com o sistema de circuito fechado de televisão (CFTV) será possível verificar a situação da unidade, tudo isso em tempo real.



b.13) Protocolos de atendimentos Médico

Drogas utilizadas no tratamento de

1. Hemorragia Digestiva

a. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Em 90% dos pacientes a hemorragia origina-se de do trato digestivo superior (proximal ao ligamento de Treitz).

Em 80% dos pacientes o sangramento cessa antes da chegada a emergência.

A úlcera péptica é a causa mais comum de sangramento digestivo, seguida por gastrite e esofagite erosivas, varizes de esôfago e gástricas e síndrome de Mallory Weiss.

A principal causa de sangramento digestivo baixo aparente é o sangramento digestivo alto.

As hemorroidas são a principal causa de sangramento digestivo baixo real seguido por doença diverticular, malformação arteriovenosa, doença inflamatória e pólipos.

b. Quadro clínico

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é a hematêmese (vômitos com sangue), hematoquezia (saída de sangramento vivo pelo reto) e melena (evacuação de fezes escuras cor de piche).

Alguns pacientes apresentam fraqueza ou síncope, causadas pela hipotensão arterial.

Hipotensão postural e taquicardia.

A presença de possível fístula aórtico entérica é um fator de risco, avaliar se há história de reparo de aneurisma de aorta ou massa abdominal pulsátil.

Pesquisar história de sangramento digestivo prévio e presença conhecida de varizes de esôfago.

Em 15% dos pacientes com hematoquezia uma causa de hemorragia digestiva alta é encontrada.

A melena raramente é associada a sangramento digestivo baixo. Hematêmese seguida por vômitos sugere Mallory Weiss.

A presença de eritema palmar, icterícia, ginecomastia, ascite sugerem insuficiência hepática.

Ingestão de ferro ou bismuto podem simular melena.

c. Conduta

Colocar o paciente em leito monitorizado e obter temperatura, pulso e saturação da hemoglobina.

Suspender alimentação VO e uso de antiácidos.

Obter medidas de pressão ortostática caso a PA sistólica inicial seja maior que 100 mmHg e a FC seja menor que 100 bpm.

Avaliar a respiração.

Administrar oxigênio através de máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração adequada.

Assistir caso necessário a ventilação com bolsa e máscara, utilizando oxigênio suplementar.

Avaliar a circulação.

Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior e obter amostra de sangue para hemograma, TAP, PTT, creatinina, uréia e eletrólitos. Em pacientes mais graves obter gasometria arterial e dosagem de lactato para avaliar a perfusão.

Iniciar infusão de solução cristalóide para reposição volêmica.

Inserir cateter nasogástrico em caso de hematêmese ou sangramento significativo qualquer que seja a origem.

Administrar vitamina K IV 10 mg em pacientes com história de uso de cumarínico ou de insuficiência hepática.

Considerar a endoscopia precoce.

Transferir o paciente para unidade hospitalar.

2. Emergências Abdominais não Traumáticas

d. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

São exemplos de emergências abdominais não traumáticas:

A presença de possível fístula aórtico entérica é um fator de risco, avaliar se há história de reparo de aneurisma de aorta ou massa abdominal pulsátil.

Pesquisar história de sangramento digestivo prévio e presença conhecida de varizes de esôfago.

Em 15% dos pacientes com hematoquezia uma causa de hemorragia digestiva alta é encontrada.

A melena raramente é associada a sangramento digestivo baixo. Hematêmese seguida por vômitos sugere Mallory Weiss.

A presença de eritema palmar, icterícia, ginecomastia, ascite sugerem insuficiência hepática.

Ingestão de ferro ou bismuto podem simular melena.

a. Conduta

Avaliar as vias aéreas.

Manter as vias aéreas pérveas, inicialmente com manobras manuais. Verificar a respiração.

Administrar oxigênio dez a quinze litros por minuto, mantendo a saturação acima de 92%.

Assistir a ventilação em pacientes com BMV – bolsa-máscara-válvula

– se a respiração estiver inadequada.

Intubar pacientes com depressão do nível de consciência (Glasgow ≤ 8), incapazes de proteger a via aérea.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro e monitor de PNI. Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Colher sangue para exames laboratoriais de urgência: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, natremia e calemia.

Iniciar a infusão IV de Ringer Lactato em caso de hipotensão arterial.

Verificar a pressão arterial após a infusão de 20 ml/kg de Ringer, pois a reposição excessiva pode agravar a hemorragia interna.

Procurar manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 a 100 mmHg.

Efetuar cateterismo orogástrico em pacientes apresentando distensão abdominal e/ou hemorragia digestiva alta.

Manter o cateter orogástrico em sifonagem.

Observar atentamente a drenagem através do cateter gástrico. Administrar em caso de dor intensa morfina na dose de 2 a 4 mg IV.

Considerar a administração de meperidina na suspeita de pancreatite ou patologia de vias biliares.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Fazer eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações rotineiramente.

Transportar rapidamente para hospital com serviço de cirurgia de emergência na presença de: dor abdominal grave, hemorragia digestiva alta em atividade, sinais de choque ou alterações do nível de consciência.

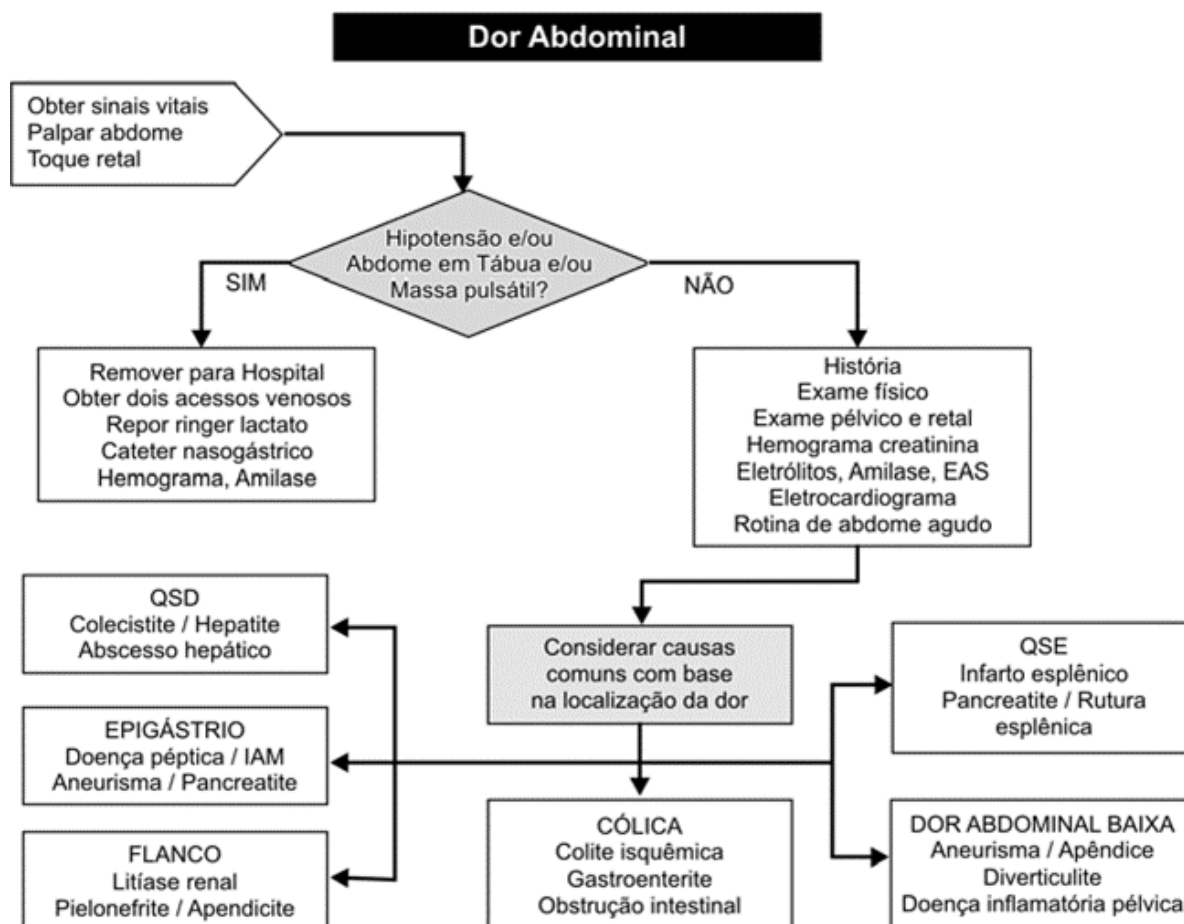
Diagnóstico diferencial clínico e laboratorial de dor abdominal

CONDIÇÃO	LOCALIZAÇÃO DA DOR	TIPO DE DOR	SINTOMAS ASSOCIADOS	SINAIS	EXAMES COMPLEMENTARES
APENDICITE	Periumbilical ou Quadrante Inferior Direito (QID)	Insidiosa, evoluindo para aguda e persistente	Anorexia. Às vezes náuseas e vômitos	Febre baixa. Dor à palpação no QID	Leucocitose. Confirmação por TC ou US
OBSTRUÇÃO INTESTINAL	Difusa	Dor tipo cólica, de início súbito	Vômitos	Distensão abdominal. Peristalse de luta	Distensão de alças intestinais. Presença de níveis hidroaéreos. Sinal de "empilhamento de moedas"
ÚLCERA PERFURADA	Epigástrica	Início súbito, duração contínua	Anorexia. Às vezes náuseas e vômitos	Dor epigástrica, Defesa involuntária	Pneumoperitônio na radiografia de abdome
DIVERTICULITE	Quadrante Inferior Esquerdo. Ataques prévios	Início gradual, pode ser contínua ou em cólica	Diarréia leve	Febre. Dor abdominal difusa	TC mostra massa inflamatória



COLECISTITE AGUDA	Dor epigástrica ou no Quadrante Superior Direito Dor referida no ombro direito em alguns casos	Insidiosa	Anorexia, náuseas e vômitos	Dor à palpação em QSE	US mostra cálculos
CÓLICA BILIAR	Dor no Quadrante Superior Direito, intermitente Ataques prévios	Início súbito, Dor surda	Anorexia, náuseas e vômitos	Dor à palpação em QSE	US mostra cálculos
RUPTURA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL	Dor epigástrica e no dorso	Súbita Grave	Variável	Hipotensão e choque	US e TC mostram o aneurisma
CÓLICA RENAL	Costovertebral ou ao longo do ureter	Súbita Grave	Náuseas e vômitos	Dor à percussão do flanco	Hematúria TC mostra cálculo
COLITE ISQUÊMICA	Dor epigástrica ou difusa	Súbita Em cólica	Diarréia sanguinolenta	Dor à palpação do abdome Evidências de doença vascular	TC
PANCREATITE AGUDA	Epigástrica com irradiação para o dorso	Aguda, persistente	Anorexia, náuseas e vômitos	Dor à palpação do epigástrio	Elevação da lipase sérica TC mostra inflamação do pâncreas
PRENHEZ ECTÓPICA	Unilateral em Quadrante Inferior. Pode haver dor no ombro após ruptura	Súbita	Nenhum	Massa em anexos	US mostra massa em anexos ou sangue, teste de gravidez positivo

TC – Tomografia Computadorizada. US – Ultra-sonografia. QID – Quadrante Inferior Direito. QIE – Quadrante Inferior Esquerdo. QSE – Quadrante Superior Esquerdo



Algoritmo de atendimento a pacientes com dor abdominal devido a emergência não traumática.

3. Apendicite

b. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

A incidência de apendicite aguda atinge o pico na segunda e na terceira década da vida. Contudo, a perfuração é mais frequente na infância e nos idosos; faixa etária que apresenta maior taxa de mortalidade.

c. Quadro clínico

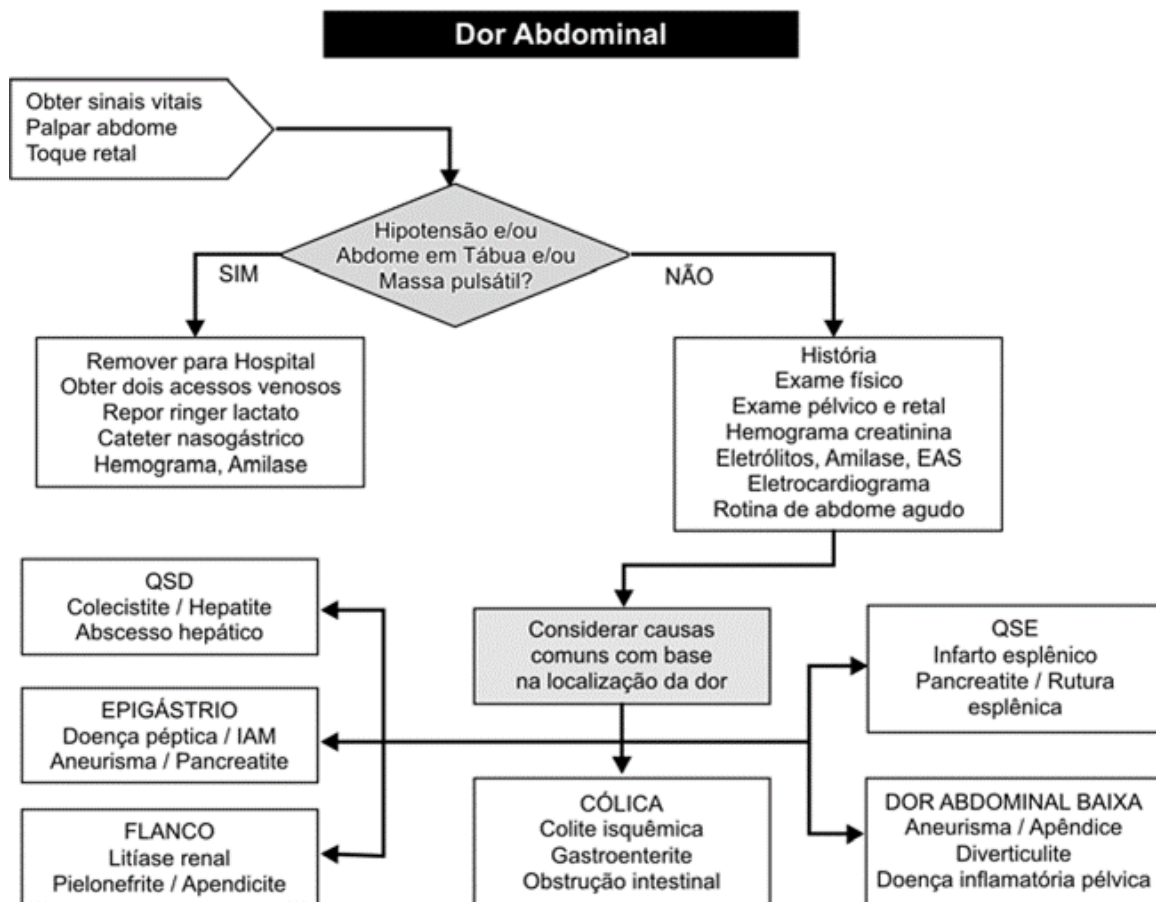
A dor abdominal é o sintoma mais comum.

Início de dor na região epigástrica ou periumbilical, com a irritação peritoneal a dor passa a ser percebida no quadrante inferior direito.

Anorexia, náusea e vômitos podem associar-se ao quadro, porém são sensíveis e não são específicos.

Piora da dor nas 24 horas subsequentes e podem surgir tenesmo e disúria.

O diagnóstico é essencialmente clínico.



Algoritmo de atendimento a pacientes com dor abdominal devido a emergência não traumática.

4. Pancreatite aguda

d. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Causa comum de dor abdominal. Diagnóstico clínico.

As causas mais comuns são o etilismo e a litíase biliar.

A gravidade do quadro é variável, desde uma inflamação localizada até um quadro inflamatório sistêmico com risco de vida.

e. Quadro clínico

A dor abdominal localizada no mesogástrio é o sintoma mais comum, a irradiação para o dorso é comum, associada frequentemente a náusea, vômitos copiosos e distensão abdominal.

É comum a piora da dor quando o paciente assume o decúbito dorsal. Febre baixa é frequente.



Quadro de peritonite franca é tardio na Pancreatite Aguda.

Suspeitar do diagnóstico com a associação de história, achados de exame físico e elevação das enzimas pancreáticas.

Elevação da amilase (3 vezes acima do limite normal) e lipase são os achados laboratoriais mais comuns. A amilase é inespecífica, pouco sensível e pode ocorrer com amilase normal. Os níveis séricos das enzimas não se correlacionam com a gravidade do quadro.

A lipase elevada (2 vezes acima do limite normal) é mais sensível e específica (90%) que a amilase. Os níveis séricos permanecem elevados por mais tempo (7 horas).

Elevação da fosfatase alcalina sugere doença biliar.

A radiografia de abdome tem pouco valor diagnóstico pode sugerir *Pancreatite Aguda*, mas é inespecífica, pouco sensível e pode ocorrer com radiografia normal. A presença de calcificações em pâncreas sugere doença pancreática preexistente. A distensão do cólon com colapso distal do intestino grosso, pode sugerir doença.

Liberar a critério médico como dor abdominal à esclarecer para consulta médica em 24 horas.

Orientar este paciente para retorno em caso de piora da dor ou sua não resolução com a medicação prescrita, vômitos frequentes ou febre alta.

α. Conduta

Avaliar gravidade do quadro.

Pesquisar ingestão de álcool ou medicamentos potencialmente hepatotóxicos.

Realizar o acompanhamento ambulatorial de pacientes estáveis.

Instruir os pacientes a observar repouso e a suspender álcool e outras hepatotoxinas (alguns medicamentos).

Alertar os pacientes a retornarem a emergência caso ocorra piora dos sintomas (especialmente vômitos, febre e dor abdominal).

Colher sangue para hemograma, creatinina, uréia, glicose, sódio, potássio, cloro, cálcio, transaminases, amilase, lipase, bilirrubina sérica, fosfatase alcalina e gama GT.

Internar pacientes apresentando: alterações de comportamento, queda no nível de consciência, alargamento do INR, hemorragia, hipoglicemia, suspeita de hepatite tóxica e bilirrubina > 20 mg%.

5. Colecistite Aguda e Cólica BILIAR

α. considerações Especiais de avaliação

Causadas por obstrução do cístico por cálculos biliares.



O diagnóstico é mais comum em mulheres obesas dos 20 aos 40 anos de idade (idade fértil).

Pode afetar todas as faixas etárias especialmente diabéticos e pacientes com doenças hemolíticas.

b. Quadro clínico – cólica biliar

Dor no quadrante superior direito (QSD) ou epigástrica variando de intensidade leve a grave, pode ser referida no ombro direito ou dorso.

Pode ser descrita como intermitente ou em cólica. Náuseas e vômitos estão geralmente associados. Em 70% dos casos ocorre após alimentação.

Episódios agudos de cólica biliar costumam durar de 2 a 6 horas.

c. Quadro clínico – colecistite

A dor da colecistite é semelhante a cólica biliar, porém dura mais de 6 horas.

Febre, calafrios e náusea são comuns.

Distensão abdominal pode acompanhar o quadro. A dor no início é difusa e se localiza no QSD. Histórico de episódios prévios de cólica biliar.

Positivização do Sinal de Murphy: aumento da dor a palpação do QSD com a inspiração profunda.

Sinais de peritonite indicam perfuração da vesícula. Icterícia é rara.

Colecistite acalculosa ocorre em até 10% dos casos e seu curso clínico é mais agressivo.

Leucocitose pode estar presente, assim com elevação da fosfatase alcalina.

Amilaseemia elevada sugere pancreatite.

A rotina de abdome agudo serve para afastar outras causas, mas o cálculo é radiopaco em apenas 10%.

O ultra-som de abdome é excelente para o diagnóstico, visualiza cálculos de até 2 mm, espessamento da parede da vesícula, distensão da vesícula e líquido perivesicular.

d. Diagnóstico diferencial

Gastrite Úlcera péptica Hepatite Pielonefrite

Doença inflamatória pélvica Pneumonia

Infarto Agudo do Miocárdio

e. Conduta



Avaliar se o paciente apresenta cólica biliar ou colecistite aguda. Oferecer tratamento de suporte para cólica biliar e após a melhora clínica

dar alta e encaminhar o paciente para acompanhamento ambulatorial com analgésicos por 24 horas.

Indicar a internação hospitalar de pacientes com quadro de colecistite aguda, suspeita de pancreatite ou colangite.

Efetuar tratamento sintomático com anti-eméticos e analgésicos (em casos graves a meperidina pode ser empregada).

Solicitar ECG para diagnóstico diferencial com IAM.

Efetuar radiografia de tórax para afastar pneumonia de lobo inferior. Estabelecer acesso venoso periférico.

Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, sódio, potássio, cloro.

Iniciar antibioticoterapia IV em casos suspeitos de colecistite aguda (quinolona e metronidazol ou amoxicilina/clavulanato).

6. Cólica renal

f. considerações Especiais de avaliação

Situação comum nos serviços de urgência.

Os cálculos geralmente formam-se na pelve renal e os sintomas ocorrem com a migração do cálculo através do ureter ou na presença de infecção.

g. Quadro clínico

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é dor aguda de forte intensidade no flanco (cálculos próximos ao rim), com irradiação para o quadrante ipsilateral inferior da região inguinal, testículo ou grande lábio (cálculos junto a bexiga).

A dor que migra do flanco para região anterior e inferior é sugestiva de cálculo migrando pelo ureter.

Náuseas, vômitos e diaforese são frequentes.

Os pacientes estão inquietos e se movimentam constantemente. A presença de febre indica infecção concomitante.

Na presença de infecção podem ocorrer sinais e sintomas de pielonefrite associados.

Pesquisar história de ataques similares no passado e de condições predisponentes (gota e hipercalcemia).

dar alta e encaminhar o paciente para acompanhamento ambulatorial com analgésicos por 24 horas.



Indicar a internação hospitalar de pacientes com quadro de colecistite aguda, suspeita de pancreatite ou colangite.

Efetuar tratamento sintomático com anti-eméticos e analgésicos (em casos graves a meperidina pode ser empregada).

Solicitar ECG para diagnóstico diferencial com IAM.

Efetuar radiografia de tórax para afastar pneumonia de lobo inferior. Estabelecer acesso venoso periférico.

Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, sódio, potássio, cloro.

Iniciar antibioticoterapia IV em casos suspeitos de colecistite aguda (quinolona e metronidazol ou amoxicilina/clavulanato).

a. considerações Especiais de avaliação

Situação comum nos serviços de urgência.

Os cálculos geralmente formam-se na pelve renal e os sintomas ocorrem com a migração do cálculo através do ureter ou na presença de infecção.

b. Quadro clínico

A queixa principal para a maior parte dos pacientes é dor aguda de forte intensidade no flanco (cálculos próximos ao rim), com irradiação para o quadrante ipsilateral inferior da região inguinal, testículo ou grande lábio (cálculos junto a bexiga).

A dor que migra do flanco para região anterior e inferior é sugestiva de cálculo migrando pelo ureter.

Náuseas, vômitos e diaforese são frequentes.

Os pacientes estão inquietos e se movimentam constantemente. A presença de febre indica infecção concomitante.

Na presença de infecção podem ocorrer sinais e sintomas de pielonefrite associados.

Pesquisar história de ataques similares no passado e de condições predisponentes (gota e hipercalcemia).

A hematúria micro ou macroscópica está presente em 90% dos casos.

Estudos de imagem devem ser realizados no 1º episódio suspeito de cólica renal ou quando há dúvida diagnóstica.

Pacientes com episódios recorrentes devem ser tratados sintomaticamente a não ser que obstrução ou infecção sejam suspeitos.

A radiografia simples é útil, mas apesar de 90% dos cálculos serem radiopacos a sensibilidade é baixa.



O melhor método diagnóstico é a tomografia helicoidal que tem 98% de sensibilidade e não necessita de contraste. A ultra-sonografia tem apenas 64% de sensibilidade, tem maior valor para detecção de hidronefrose.

Diagnóstico diferencial com: aneurisma de aorta, hérnia encarcerada, torção de testículo, prenhez ectópica, pielonefrite, herpes zoster e distensão muscular.

c. Conduta

Prover analgesia com o uso de opiáceo IV concomitante com antiinflamatório, IV ou VO.

Administrar antiemético caso necessário.

Liberar pacientes não complicados para acompanhamento ambulatorial com a orientação de beber 2 a 3 litros de água por dia, com antiinflamatório VO e associar antiemético e analgésico a base de codeína caso necessário.

Instruir os pacientes a retornarem em caso de febre, dor intensa ou vômitos persistentes.

Indicar hospitalização nos seguintes casos: dor intratável, vômitos intratáveis, pielonefrite concomitante, elevação de escórias nitrogenadas, rim único, cálculo ureteral bilateral e dor que persiste por mais de 48 horas.

7. Obstrução intestinal

d. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Causadas por bloqueio mecânico do intestino ou redução da peristalse (íleo) que é a forma mais comum.

O bloqueio mecânico do intestino delgado resulta geralmente de aderências (bridas) devido a cirurgias prévias ou processos inflamatórios, a segunda causa mais comum é a hérnia encarcerada especialmente a

A hematúria micro ou macroscópica está presente em 90% dos casos.

Estudos de imagem devem ser realizados no 1º episódio suspeito de cólica renal ou quando há dúvida diagnóstica.

Pacientes com episódios recorrentes devem ser tratados sintomaticamente a não ser que obstrução ou infecção sejam suspeitos.

A radiografia simples é útil, mas apesar de 90% dos cálculos serem radiopacos a sensibilidade é baixa.

O melhor método diagnóstico é a tomografia helicoidal que tem 98% de sensibilidade e não necessita de contraste. A ultra-sonografia tem apenas 64% de sensibilidade, tem maior valor para detecção de hidronefrose.

Diagnóstico diferencial com: aneurisma de aorta, hérnia encarcerada, torção de testículo, prenhez ectópica, pielonefrite, herpes zoster e distensão muscular.



c. Conduta

Prover analgesia com o uso de opiáceo IV concomitante com antiinflamatório, IV ou VO.

Administrar antiemético caso necessário.

Liberar pacientes não complicados para acompanhamento ambulatorial com a orientação de beber 2 a 3 litros de água por dia, com antiinflamatório VO e associar antiemético e analgésico a base de codeína caso necessário.

Instruir os pacientes a retornarem em caso de febre, dor intensa ou vômitos persistentes.

Indicar hospitalização nos seguintes casos: dor intratável, vômitos intratáveis, pielonefrite concomitante, elevação de escórias nitrogenadas, rim único, cálculo ureteral bilateral e dor que persiste por mais de 48 horas.

8. Cetoacidose Diabética

a. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

A cetoacidose é causada por uma deficiência relativa de insulina em relação aos hormônios contra-regulatórios, causando hiperglicemia e hipercetonemia.

A cetoacidose pode ser precipitada por interrupção do tratamento com insulina, infecções, IAM, trauma, gravidez e outros estresses fisiológicos.

Ocorre em diabéticos do tipo I e II.

b. Quadro clínico

A hiperglicemia causa diurese osmótica e desidratação, hipotensão e taquicardia.

A cetonemia causa acidose, vasodilatação e respiração de Kussmaul. Náusea, vômitos e dor abdominal são comuns.

O diagnóstico é confirmado com glicemia > 250 mg%, bicarbonato < 15 mEq/l, pH < 7,3 e cetonemia.

c. Conduta

Abrir as vias aéreas com manobras manuais caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Verificar a respiração.

Administrar oxigênio sob máscara em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir a respiração caso necessário com BVM e oxigênio suplementar. Intubar pacientes incapazes de proteger a via aérea (Glasgow \leq 8).

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.



Obter acesso venoso em veia periférica de membro superior. Determinar imediatamente a glicemia capilar.

Colher sangue arterial para determinação da gasometria e sangue venoso para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, natremia, calemia.

Colher urina para EAS com pesquisa de corpos cetônicos.

Manter pacientes acidóticos intubados e hiperventilados para compensar a acidose metabólica. Os pacientes apresentando coma hiperosmolar não cetótico não devem ser hiperventilados, pois não apresentam distúrbios do pH sanguíneo.

Iniciar imediatamente a reposição hídrica e eletrolítica.

Utilizar soluções salinas isotônicas, na dose de até 500 ml/hora em adultos com cetoacidose (pacientes chocados devem ser tratados de acordo com o protocolo de choque).

Iniciar reposição de potássio quando os níveis estiverem abaixo de 3 mEq/l, se os níveis estiverem entre 3 e 5 mEq/l assim que o débito urinário estiver adequado e não repor se os níveis estiverem acima de 5 mEq/l.

Considerar a reposição de fósforo se os níveis séricos estiverem abaixo de 1 mg/dL.

Avaliar a reposição de bicarbonato de sódio na cetoacidose somente quando o pH estiver menor que 7,0. Suspender a infusão assim que o pH atingir 7,1.

Controlar o pH sanguíneo e a glicemia capilar pelo menos de hora em hora inicialmente.

Administrar salina a 0,45% 500 ml/hora no coma hiperosmolar, exceto em pacientes hipotensos que devem receber salina isotônica, seguindo o protocolo de choque.

Preparar solução para infusão contínua de insulina com 40 ml de solução salina isotônica com 40 unidades de insulina regular.

Iniciar a reposição de insulina com a dose de ataque de 0,1 unidades/kg e depois manter com a infusão contínua de 0,1 unidades/kg/hora.

Efetuar cateterismo vesical de pacientes com depressão do nível de consciência.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

Fazer radiografia de tórax e eletrocardiograma para pesquisar complicações e a causa base.

Solicitar transferência para unidade de terapia intensiva em hospital de referência.

9. Hipoglicemia

α. considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Causadas geralmente por dose elevada de agentes hipoglicemiantes, pode ser acidental ou intencional.

As sulfoniluréias e as insulinas de ação prolongada podem causar hipoglicemia recorrente.

GERALMENTE É UMA COMPLICAÇÃO DO TRATAMENTO DE DIABÉTICOS COM INSULINA, CAUSANDO ATÉ 7% DOS ÓBITOS NESTA POPULAÇÃO.

A hipoglicemia pode ser confundida com manifestação psiquiátrica ou neurológica.

b. Quadro clínico

Sudorese, tremor, ansiedade, náusea, tonteira, confusão, fala arrastada, turvação visual, letargia e coma.

Alguns pacientes podem apresentar sinais de localização como hemiplegia.

O nível de glicemia que causa sintomas é variável de acordo com o paciente.

c. Conduta

Abrir as vias aéreas caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento. Verificar a respiração.

Administrar oxigênio sob máscara em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Iniciar assistência ventilatória caso necessário.

Obter acesso venoso em veia periférica de membro superior. Determinar imediatamente a glicemia capilar.

Administrar inicialmente 50 ml de solução glicosada a 50% IV em pacientes com nível de consciência deprimido apresentando níveis de glicemia inferiores a 60 mg%.

Optar pela via oral na dose aproximada de 20 g de glicose em pacientes lúcidos, com níveis de glicemia “borderline”.

Manter durante 3 horas a infusão de soluções glicosada a 10% devido ao risco de novo episódio de hipoglicemia.

Lembrar que reações hipoglicêmicas causadas por alguns hipoglicemiantes orais (especialmente sulfoniluréias) podem ser prolongadas.

Deixar a glicemia em níveis superiores a 100 mg% ou maiores, monitorando-a a cada 30 minutos durante três horas.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

10. Coma hiperosmolar não cetótico

d. Considerações Especiais de avaliação

É caracterizado por hiperglicemia grave, hiperosmolaridade, desidratação e ausência de cetoacidose.

É bem menos comum que a cetoacidose diabética.

Ocorre geralmente como a primeira manifestação de Diabetes tipo II.

A explicação para a ausência de cetose ainda não foi encontrada, porém parece que os níveis de insulina circulantes são suficientes para evitar a gênese de corpos cetônicos.

A hiperglicemia produz desidratação profunda com grande perda de eletrólitos, as perdas de fluido estão na faixa de oito a doze litros.

A condição pode ser precipitada por: infecções, infarto agudo do miocárdio, ataque cerebral, pancreatite aguda, uso de diuréticos, hemodiálise e uremia.

O período prodromático da condição é mais longo que da cetoacidose, durando vários dias ou semanas.

e. Quadro clínico

Os pacientes em coma hiperosmolar apresentam-se intensamente desidratados, taquipneicos e podendo evidenciar sinais de choque.

O hálito cetônico é ausente.

O paciente pode apresentar evidências de infecção ou do fator desencadeante do quadro.

As alterações neurológicas são comuns inclusive com manifestações focais, podendo simular patologias como o AVE – Acidente vascular encefálico.

Em geral os níveis de glicemia encontrados são superiores a 800 mg%.

Manifestações neurológicas do coma hiperosmolar

MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS DO COMA HIPEROSMOLAR	
DIFUSAS	FOCAIS
CONVULSÕES LETARGIA CONFUSÃO DELÍRIO COMA	PERDA HEMISENSORIAL HEMIPARESIA AFASIA HEMIANOPSIA HIPERREFLEXIA NISTAGMO

f. Conduta no coma hiperosmolar

Abrir as vias aéreas com manobras manuais é prioridade caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Lembrar que os pacientes que toleram a cânula orofaríngea, não conseguem proteger a via aérea e tem necessidade de intubação orotraqueal.

Administrar oxigênio em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso em veia periférica de membro superior e obter amostra de sangue para exame no hospital de referência.

Determinar imediatamente a glicemia capilar, gasometria arterial, função renal, hemograma e EAS.

Fazer eletrocardiograma de 12 derivações e radiografia de tórax.

Iniciar imediatamente a reposição volêmica, pois apenas a hidratação adequada reduz as complicações do quadro.

Utilizar soluções salinas isotônicas, na dose de 500 ml/hora. Seguir o protocolo nos pacientes chocados.



Iniciar a reposição de insulina em doses menores do que na cetoacidose.

Monitorizar o paciente com o cardioscópio para determinação do ritmo cardíaco. O infarto agudo do miocárdio é frequentemente uma causa precipitante de descompensação. Os distúrbios do potássio também podem levar a arritmias cardíacas.

Transportar o paciente o mais rapidamente possível ao hospital de referência para admissão em unidade de terapia intensiva.

11. Hipernatremia grave

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Causada por perda corporal de água livre, administração de fluidos hipertônicos e ganho de sódio (ingestão de sal, afogamento em água do mar ou causas iatrogênicas).

Resulta da incapacidade de beber água (coma, deficientes mentais, crianças pequenas ou demência) ou de concentrar a urina (diabetes insipidus, hipercalcemia, diurese osmótica, insuficiência renal ou uso de lítio).

É mais rara que a hiponatremia.

Hemorragia intracerebral pode ocorrer em casos graves.

b. Quadro clínico

A gravidade dos sintomas depende da velocidade do desenvolvimento da hipernatremia. O paciente apresenta sede, letargia e sinais de desidratação. Taquicardia, hipotensão e oligúria podem ocorrer.

Febre, confusão, delírio, convulsões e coma. O sódio sérico é maior que 150 meq/l.

Características clínicas da hipernatremia grave

*SÓDIO > 150 mEq/L . SINAIS
DE DESIDRATAÇÃO
HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
HIPOTENSÃO ARTERIAL
DELÍRIO
HIPERTERMIA
COMA*

c. Conduta

Adotar medidas gerais.

Proteger vias aéreas de pacientes inconscientes.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior. Evitar a correção rápida do distúrbio.

Iniciar reposição de salina isotônica até correção da hipotensão arterial.



Administrar solução glicosada a 5% em pacientes hipervolêmicos, associado a furosemida 20 mg IV.

Calcular a reposição de água livre para ser realizada em 48 horas, devido ao risco de desenvolvimento de edema cerebral.

Efetuar a reposição de solução glicosada a 5% em pacientes euvolêmicos.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Cálculo de déficit de água nos pacientes com hipernatremia grave

CÁLCULO DO DÉFICIT DE ÁGUA

$$VOLUME EM LITROS = \frac{ÁGUA CORPORAL \times SÓDIO - 140}{140}$$

$$ÁGUA CORPORAL = 0,4 \text{ a } 0,6 \text{ do PESO CORPORAL}$$

12. Acidose metabólica

d. Diagnóstico através da gasometria arterial ou venosa

Adotar medidas gerais. Calcular ânion gap.

Lembrar que o valor normal do ânion gap é de 8 a 16 meq/L. Dosar lactato se possível.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Tratar a causa básica (choque, convulsões, cetoacidose, intoxicação exógena e uremia) é o mais importante.

Estabelecer necessidade de correção do distúrbio. Evitar a correção rápida do distúrbio.

Evitar uso de bicarbonato em acidose láctica.

Considerar correção se: $ph < 7,00$ ou quando $ph < 7,20$ com hipotensão arterial ou na coexistência de hipercalemia.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Cálculo do ânion gap e da reposição de bicarbonato na acidose metabólica.

CÁLCULO DO ÂNION GAP

$$\text{ÂNION GAP} = [Na^+] - ([HCO_3^-] + [Cl^-])$$

CÁLCULO DA DOSE DE BICARBONATO

$$HCO_3 = \text{DÉFICIT DE BASE} \times 0,4 \times \text{PESO (kg)}$$

13. Hipercalemia

e. Causas

Sangue colhido de extremidade onde está sendo infundido potássio (pseudo hipercalemia).

Insuficiência renal.



Medicamentos que interferem com a excreção de potássio: inibidores da ECA, anti-inflamatórios, espironolactona, digital, succinilcolina e beta- bloqueadores.

Acidose metabólica.

Rabdomiólise, queimaduras, hemólise e exercício vigoroso.

14. Acidose metabólica

a. Diagnóstico ATRAVÉS da GASOMETRIA ARTERIAL OU venosa

Adotar medidas gerais. Calcular ânion gap.

Lembrar que o valor normal do ânion gap é de 8 a 16 meq/L. Dosar lactato se possível.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Tratar a causa básica (choque, convulsões, cetoacidose, intoxicação exógena e uremia) é o mais importante.

Estabelecer necessidade de correção do distúrbio. Evitar a correção rápida do distúrbio.

Evitar uso de bicarbonato em acidose láctica.

Considerar correção se: $\text{ph} < 7,00$ ou quando $\text{ph} < 7,20$ com hipotensão arterial ou na coexistência de hipercalemia.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Cálculo do ânion gap e da reposição de bicarbonato na acidose metabólica.

CÁLCULO DO ÂNION GAP

$$\text{ÂNION GAP} = [\text{Na}^+] - ([\text{HCO}_3^-] + [\text{Cl}^-])$$

CÁLCULO DA DOSE DE BICARBONATO

$$\text{HCO}_3^- = \text{DÉFICIT DE BASE} \times 0,4 \times \text{PESO (kg)}$$

15. Hipercalemia

b. Causas

Sangue colhido de extremidade onde está sendo infundido potássio (pseudo hipercalemia).

Insuficiência renal.

Medicamentos que interferem com a excreção de potássio: inibidores da ECA, anti-inflamatórios, espironolactona, digital, succinilcolina e beta- bloqueadores.

Acidose metabólica.

Rabdomiólise, queimaduras, hemólise e exercício vigoroso.

c. Quadro clínico Potássio sérico elevado. Fraqueza muscular. Distensão abdominal.

Alterações do ECG (ondas T apiculadas, alargamento do QRS e complexos QRS – T bifásicos).

Fibrilação ventricular como evento terminal.



d. Conduta

Adotar medidas gerais.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Iniciar tratamento de emergência caso potássio $> 6,5$ ou quando alterações de ECG e/ou clínicas estiverem presentes.

Administrar gluconato de cálcio a 10% IV 1 g exceto se intoxicação digitálica.

Corrigir acidose metabólica se necessário com bicarbonato de sódio a 8,4% IV.

Nebulizar com duas doses de beta 2 agonista.

Preparar e iniciar a infusão de 50 ml de solução glicosada a 50% com 5 unidades de insulina regular.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência onde será realizado o tratamento definitivo.

16. Hiponatremia grave

e. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO Causada por distúrbio na excreção de água. Pode ser associada a:

Hipervolemia: ICC, insuficiência hepática, insuficiência renal e síndrome nefrótica.

Euvolemia: insuficiência supra-renal, secreção inapropriada de hormônio anti-diurético e hipotireoidismo.

f. Quadro clínico Potássio sérico elevado. Fraqueza muscular. Distensão abdominal.

Alterações do ECG (ondas T apiculadas, alargamento do QRS e complexos QRS – T bifásicos).

Fibrilação ventricular como evento terminal.

g. Conduta

Adotar medidas gerais.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Iniciar tratamento de emergência caso potássio $> 6,5$ ou quando alterações de ECG e/ou clínicas estiverem presentes.

Administrar gluconato de cálcio a 10% IV 1 g exceto se intoxicação digitálica.

Corrigir acidose metabólica se necessário com bicarbonato de sódio a 8,4% IV.



Nebulizar com duas doses de beta 2 agonista.

Preparar e iniciar a infusão de 50 ml de solução glicosada a 50% com 5 unidades de insulina regular.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência onde será realizado o tratamento definitivo.

Dados clínicos na hiponatremia grave

*SÓDIO < 130 mEq/l
PRINCIPAL COMPLICAÇÃO É A ENCEFALOPATIA METABÓLICA
DEPRESSÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA,
CONVULSÕES E SINAIS DE LOCALIZAÇÃO*

α. Conduta

Adotar medidas gerais.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue para os seguintes exames: hemograma, eletrólitos, função renal e EAS.

Evitar a correção rápida do distúrbio, não excedendo 0,5 meq/l por hora devido ao risco de dano cerebral por mielinólise pontina.

Tratar apenas pacientes sintomáticos.

Administrar solução de cloreto de sódio a 0,9% em pacientes hipovolêmicos.

Restringir a ingestão de água em pacientes com hiponatremia e hipervolemia, a utilização de diuréticos (furosemida) e cloreto de sódio a 3% (caso sódio < 110 meq/l e presença de manifestações neurológicas sérias).

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o paciente para hospital de referência e admissão em unidade de terapia intensiva.

Cálculo do déficit de sódio na hiponatremia grave

*CÁLCULO DO DÉFICIT DE SÓDIO
DÉFICIT EM mEq = ÁGUA CORPORAL X (130 – SÓDIO ATUAL)
ÁGUA CORPORAL = 0,4 A 0,5 DO PESO CORPORAL
1 L DE SOLUÇÃO DE SÓDIO A 3% = 513 mEq/L DE SÓDIO SALINA
ISOTÔNICA O VOLUME É 3,3 VEZES MAIOR QUE A 3%.*

Cálculo do déficit de sódio na hiponatremia grave

*CÁLCULO DO DÉFICIT DE SÓDIO
DÉFICIT EM mEq = ÁGUA CORPORAL X (130 – SÓDIO ATUAL)
ÁGUA CORPORAL = 0,4 A 0,5 DO PESO CORPORAL
1 L DE SOLUÇÃO DE SÓDIO A 3% = 513 mEq/L DE SÓDIO SALINA
ISOTÔNICA O VOLUME É 3,3 VEZES MAIOR QUE A 3%.*



17. Hipocalcemia

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Causada por diminuição na ingestão ou na absorção de cálcio (deficiência de vitamina D e síndromes de má-absorção), perdas renais aumentadas (uso de diuréticos e insuficiência renal), doença endócrina (hipoparatiroidismo), hipomagnesemia ou hiperfosfatemia.

Raramente ameaça a vida.

Pode acompanhar choque e pancreatite necro hemorrágica.

b. Quadro clínico

Muitos pacientes são assintomáticos.

Cãibras musculares, fraqueza e tetania, espasmo carpo-pedal. Convulsões, diplopia, estridor e dispnéia por laringoespasma. Fasciculações musculares.

Sinal de *Chvostek* – presença de espasmos dos músculos faciais em resposta à percussão do nervo facial na região zigomática e Trousseau – espasmos carpais provocados com a oclusão da artéria braquial.

Cálcio ionizado menor que 2 meq/l.

c. Conduta

Adotar medidas gerais de suporte de vida.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue para os seguintes exames: hemograma, eletrólitos, função renal e EAS.

Administrar 10 ml de gluconato de cálcio 10% em infusão venosa lenta depois fazer 10 ml em 500 ml de salina de 8 em 8 horas.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir para hospital de referência.

18. Oclusão arterial aguda de extremidade

d. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Pesquisar história de arritmia cardíaca, IAM, doença da válvula mitral ou arteriosclerose.

Pode ser causada por êmbolo, trombose ou trauma arterial.

Caso não tratada pode evoluir para necrose da extremidade em poucas horas.



A oclusão embólica pode originar-se do coração (causa mais comum) em pacientes com fibrilação atrial ou IAM recente ou de outros vasos sanguíneos (aneurismas de aorta por exemplo).

A oclusão por trombose geralmente é precedida por sintomas de claudicação ou ferimentos de extremidades que não cicatrizam.

O quadro agudo é geralmente causado por embolia.

e. Quadro clínico

Dor na extremidade, parestesias e as vezes paralisia da extremidade afetada.

Palidez, cianose e redução da temperatura da extremidade. Redução ou desaparecimento do pulso.

f. Conduta

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório com fluxo de 10 a 15 l/min.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Colher sangue para hemograma, TAP, PTT, creatinina, uréia, natremia, calemia, CPK e gasometria arterial.

Iniciar reposição volêmica com solução salina.

Fazer ECG de 12 derivações procurando por arritmias especialmente FA – Fibrilação atrial – e sinais de IAM.

Tratar o IAM ou arritmias presentes dentro do protocolo.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva.

Iniciar heparinização plena assim que possível.

19. Tromboflebite superficial

g. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Em extremidade superior geralmente é causada por cateterismo venoso e administração de medicamentos ou drogas (ex.: Amiodarona).

Nas extremidades inferiores é geralmente causada por trauma, varizes e celulite.

h. Quadro clínico

Dor, eritema e induração no trajeto da veia.

Quando estiver associada a febre, calafrios e flutuação, suspeitar de tromboflebite séptica.



i. Conduta EM casos não complicados

Prescrever sintomáticos e anti-inflamatórios não esteróides. Recomendar calor local e elevação da extremidade.

Indicar a internação de pacientes com suspeita de tromboflebite séptica para tratamento com antibioticoterapia venosa.

Encaminhar para acompanhamento ambulatorial.

20. Trombose venosa profunda

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Os fatores que predis põem à trombose venosa incluem estase, injúria endotelial e hipercoagulabilidade.

As condições associadas ao aumento de risco de trombose venosa incluem grandes cirurgias, neoplasias, trauma, imobilização prolongada, gestação, uso de estrogênio, trombofilias, insuficiência cardíaca e trombose venosa prévia.

b. Quadro clínico

O exame clínico é pouco sensível.

Os achados de dor na panturrilha ou perna, eritema, calor e edema estão presentes em menos de 50% dos casos.

O sinal de Homan, ou seja, dor na panturrilha com dorsiflexão do tornozelo é pouco sensível e específico.

Existem duas formas graves:

Phlegmasia cerulea dolens – obstrução venosa grave que causa síndrome compartimental, apresenta-se com edema maciço e cianose.

Phlegmasia alba dolens – ocorre espasmo arterial e o membro está pálido.

O D-dímero (método Elisa) tem alta sensibilidade e pode ser usado para exclusão de casos com baixa e média probabilidade.

Se possível, devem ser utilizados os estudos diagnósticos para confirmação do quadro (doppler).

Os diagnósticos diferenciais incluem: contusão ou estiramento da panturrilha, celulite e insuficiência cardíaca.

c. Conduta

Cuidados básicos para a manutenção da vida. Obter acesso periférico venoso.

Colher sangue para hemograma, glicemia, eletrólitos, TAP, PTT, creatinina e uréia.

Iniciar anticoagulação com heparina venosa até confirmação do diagnóstico.

Administrar heparina em bomba infusora: diluir 5 ml de heparina (25.000 UI) em 245 ml de soro glicosado a 5% (solução de 100 UI por ml). Dose inicial de 4.000 UI em bolo com infusão de 800 UI por hora (8 ml/h) em pacientes até 67 kg; acima de 67 kg utilizar bolo de 5.000 UI com infusão de 1.000 UI por hora (10 ml/h). Manter ptt com relação entre 1,5 e 2,5 (50 a 75 s)

Ao utilizar heparina de baixo peso molecular, via subcutânea, não é necessário monitorar o PTT.

21. Deglutição de corpo estranho

d. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

A maioria dos casos ocorre em crianças pequenas (moedas e brinquedos).

Pode ocorrer em adultos sem elementos dentários (geralmente alimentos não mastigados) e em pacientes psiquiátricos.

O objeto impacta em locais naturais de estreitamento, podendo causar obstrução, perfuração e infecção.

O piloro é o ponto mais crítico e após ser vencido o objeto passa com pouca dificuldade.

e. Quadro clínico

Objeto impactado no esôfago: dor retroesternal, disfagia, tosse, incapacidade de deglutir a saliva e algumas vezes engasgo.

O adulto geralmente fornece a história.

Suspeitar no paciente pediátrico pela dor, recusa a alimentar-se, obstrução de vias aéreas superiores e aumento de salivação.

Cuidado com a ingestão de baterias especialmente de lítio (é uma emergência devido a ação cáustica).

A maioria das moedas passa espontaneamente, devendo ser removidas se impactadas no esôfago.

Ingestão de pacotes de cocaína, a realização de endoscopia não é segura, devido ao risco de rompimento. O método mais seguro é através de cirurgia.

f. Conduta

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório com fluxo de 10 a 15 l/min, caso o paciente esteja dispnéico.

Desobstruir vias aéreas é prioritário.

Prevenir aspiração pulmonar, removendo secreções não deglutidas. Intervir imediatamente em caso de sofrimento respiratório.

Transferir para hospital de referência.

Remover imediatamente baterias localizadas no esôfago com endoscopia.

Realizar radiografias para visualizar corpos radiopacos no pescoço, tórax e abdome.

22. Desidratação

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Causada principalmente por diarreia (gastroenterite), queimaduras, alimentos excessivamente hipertônicos, diabetes mellitus complicado, infecção febril com ingestão inapropriada de água.

A perda aguda de líquido pode ser medida em perda de peso (1 litro de água = 1 kg de peso).

Avaliar a perda de peso e calcular a gravidade da desidratação.

A desidratação pode ser classificada em leve, moderada e grave. A exceção é a desidratação com hipernatremia na qual a perda intracelular e intersticial é maior que a intravascular.

Investigação laboratorial geralmente não é necessária em casos leves.

Dosar natremia, calemia, bicarbonato e glicemia.

b. Quadro clínico – desidratação

Características clínicas da desidratação

CARACTERÍSTICA	LEVE	MODERADA	GRAVE
Perda de líquido (peso)	< 5% do peso corporal	5 a 10% do peso corporal	> 10% do peso corporal
Avaliação rápida	Ativo	Agitado	Hipoativo, Sonolento
Olhos	Normais	Pouco encovados	Encovados
Lágrimas	Presentes no choro	Podem estar ausentes no choro	Ausentes mesmo no choro
Boca	Úmida	Algo seca	Seca
Sede	Um pouco	Bastante	Muito doente para beber
Pinçamento da pele	Retorno imediato	Retorno um pouco mais lento	Retorno claramente lentificado

c. Conduta

Avaliar se o paciente apresenta choque é a prioridade.

Identificar as causas que possuem tratamento específico (por exemplo Diabetes Mellitus).

Administrar líquido para repor perdas já ocorridas e que estejam em curso e a necessidade de líquido basal.

Escolher a via de hidratação (VO ou IV).

Obter acesso IV periférico caso indicado, utilizar cateteres mais calibrosos em casos mais graves.

Colher material para exames laboratoriais caso necessário (hemograma, natremia, calemia, cloro, glicemia e gasometria).

Tratar imediatamente o choque hipovolêmico com bolus IV ou intra-óssea (IO) de 20 ml/kg de salina isotônica (Ringer lactato ou SF 0,9%). Pode ser repetido até ocorrer melhora da consciência, sinais vitais e perfusão periférica.

Tentar reidratação oral em crianças com desidratação leve a moderada.

Internar em hospital: crianças menores que 3 meses de idade, desidratação grave, vômitos persistentes, falha na reidratação oral, hipernatremia e acidose metabólica.

Reposição volêmica nos pacientes com desidratação

Choque hipovolêmico	20 ml/kg de salina (Ringer lactato ou SF 0,9%) em bolus podendo ser repetido por 3 vezes (60 ml/kg)	Parar quando houver melhora do nível de consciência e perfusão
Manutenção 24 horas 1/3 do Volume calculado como solução salina e 2/3 como Glicose a 5%	Crianças <10 kg: 100 ml/kg. Crianças 10 a 20 kg: 1000 ml + 50 ml por kg adicional a 10 kg. Crianças > 20 kg: 1500 ml + 20 ml por kg adicional a 20 kg	Após diurese adicionar 20 meq/l de potássio a solução
Déficit 1/3 do volume calculado como solução salina e 2/3 como glicose a 5%	Calcular através da tabela acima.	Administrar 50% do total nas primeiras 8 horas e os outros 50% em 16 horas. Reduzir velocidade de administração em caso de hipernatremia

23. Glaucoma de ângulo fechado

d. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Os ataques em pacientes com estreitamento da câmara anterior podem ser precipitados em cinemas, lendo, após o uso de dilatadores de pupila ou anticolinérgicos inalatórios.

e. Quadro clínico

Apresentação com dor ocular ou cefaléia, visão nublada, halos coloridos ao redor de luzes, hiperemia conjuntival e pupila dilatada e fixa.

Administrar líquido para repor perdas já ocorridas e que estejam em curso e a necessidade de líquido basal.

Escolher a via de hidratação (VO ou IV).

Obter acesso IV periférico caso indicado, utilizar cateteres mais calibrosos em casos mais graves.

Colher material para exames laboratoriais caso necessário (hemograma, natremia, calemia, cloro, glicemia e gasometria).

Tratar imediatamente o choque hipovolêmico com bolus IV ou intra-óssea (IO) de 20 ml/kg de salina isotônica (Ringer lactato ou SF 0,9%). Pode ser repetido até ocorrer melhora da consciência, sinais vitais e perfusão periférica.

Tentar reidratação oral em crianças com desidratação leve a moderada.

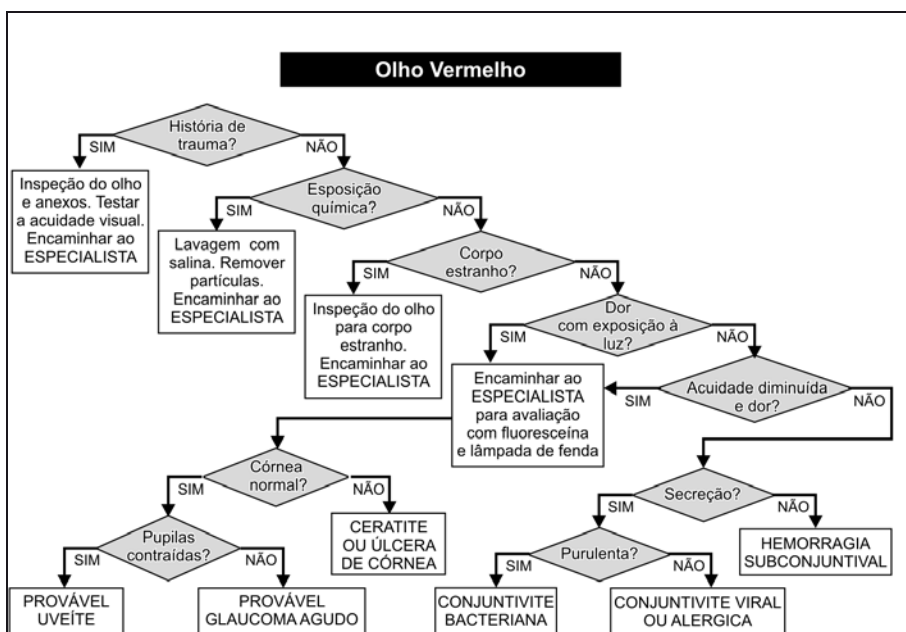
Internar em hospital: crianças menores que 3 meses de idade, desidratação grave, vômitos persistentes, falha na reidratação oral, hipernatremia e acidose metabólica.

Reposição volêmica nos pacientes com desidratação

Choque hipovolêmico	20 ml/kg de salina (Ringer lactato ou SF 0,9%) em bolus podendo ser repetido por 3 vezes (60 ml/kg)	Parar quando houver melhora do nível de consciência e perfusão
Manutenção 24 horas 1/3 do Volume calculado como solução salina e 2/3 como Glicose a 5%	Crianças <10 kg: 100 ml/kg. Crianças 10 a 20 kg: 1000 ml + 50 ml por kg adicional a 10 kg. Crianças > 20 kg: 1500 ml + 20 ml por kg adicional a 20 kg	Após diurese adicionar 20 meq/l de potássio a solução
Déficit 1/3 do volume calculado como solução salina e 2/3 como glicose a 5%	Calcular através da tabela acima.	Administrar 50% do total nas primeiras 8 horas e os outros 50% em 16 horas. Reduzir velocidade de administração em caso de hipernatremia

24. Olho vermelho

a. ALGORITMO do OLHO VERMELHO



Algoritmo de atendimento a pacientes com olho vermelho.

b. Conduta

i. Lesão Abrasiva da Córnea

O diagnóstico é realizado com uma gota de fluoresceína no olho afetado visualizado na lâmpada de fenda. Deve ser encaminhado de preferência ao especialista.

O olho deve ser tratado com antibiótico e em seguida ocluído. A aplicação de colírio ciclopégico pode reduzir a dor.

ii. Hemorragia Subconjuntival

Causa frequente de olho vermelho.

Provocada pela ruptura de pequenos vasos existentes no espaço entre a episclera e a conjuntiva.

A visão não é afetada e a hemorragia melhora sem tratamento específico.

Geralmente é espontânea, mas, pode estar associada a trauma, prurido, tosse intensa e por vezes pode ser o sinal de uma coagulopatia.

iii. Blefarite

A inflamação das pálpebras está associada mais comumente com a dermatite seborreica ou acne rosácea. Quando associada a infecção, o germe mais comum é por estafilococos.

Deve ser encaminhado ao especialista.

O tratamento consiste em compressas quentes, higiene local e antibiótico tópico.

iv. Dacrocistite

Ocorre devido a obstrução do sistema de drenagem lacrimal. A inflamação pode gerar infecção local. Deve ser encaminhado ao especialista.



O tratamento inicial consiste em antibiótico tópico e sistêmico, seguido de intervenção cirúrgica.

v. **Conjuntivite Infecciosa**

É a causa mais frequente de olho vermelho.

A dor é mínima e a acuidade visual praticamente não sofre alteração.

A etiologia mais comum é infecção por adenovírus, que pode complicar com infecção bacteriana. É altamente contagioso, devendo o paciente permanecer em casa durante 1 semana.

Sintomas comuns: fotofobia, sensação de corpo estranho e lacrimejamento.

O tratamento inicial consiste em antibiótico tópico de largo espectro (combinação de polimixina, bacitracina e neomicina ou trimetoprim e polimixina).

A profilaxia consiste em orientar os pacientes a lavar as mãos com frequência e evitar tocar nos olhos, além de evitar o contato com outras pessoas.

Deve ser encaminhado ao especialista.

vi. **Conjuntivite Alérgica**

É uma patologia comum e pode ser confundida com a conjuntivite infecciosa.

Geralmente ocorre em indivíduos com *dermatite atópica* ou *asma brônquica*.

Rubor, prurido e discreto edema são típicos.

Os sintomas podem ser aliviados com compressas frias, anti-histamínicos e vasoconstritores tópicos.

Deve ser encaminhado ao especialista.

vii. **Ceratite**

É uma ameaça à visão devido ao risco de turvação, cicatrização ou perfuração da córnea.

Causas frequentes de amaurose por ceratite são: tracoma (infecção por clamídia) e deficiência de vitamina A (desnutrição).

As lesões mais graves cursam com perda da acuidade visual, dor, fotofobia, olho vermelho e descarga purulenta.

O tratamento inicial consiste em antibiótico sistêmico, de forma empírica, após obtenção de material para cultura.

Deve ser encaminhado ao especialista.

viii. **Herpes Simplex**

A infecção ocular primária é geralmente provocada por herpes simplex tipo 1.

O comprometimento costuma ser unilateral e pode ser confundido com adenovírus, contudo, a presença de vesículas na conjuntiva ou nas pálpebras diferencia o diagnóstico.



Pode causar ceratite e progredir para amaurose.

O tratamento constitui-se aciclovir tópico, colírio ciclopégico e aciclovir 400 mg VO cinco vezes ao dia. O uso de corticosteróides deve ser acompanhado pelo especialista.

ix. **Herpes Zoster**

Os sintomas oculares do herpes zoster ocorrem após a erupção do zoster em qualquer ramo do nervo trigêmio.

O herpes zoster oftálmico pode ser muito semelhante ao quadro do herpes simplex.

As sequelas mais comuns são: ceratite, uveíte anterior, aumento da pressão intraocular, paralisia do nervo motor ocular, necrose aguda da retina e neuralgia.

O tratamento constitui-se anti-viral tópico, colírio ciclopégico e aciclovir 800 mg VO cinco vezes ao dia. Prednisona 10 mg/kg IV de 8 em 8 horas (com infusão em período superior a uma hora) – deve ser acompanhado pelo especialista.

Avaliar necessidade de internação para tratamento.

x. **Episclerite**

Inflamação da episclera, fina camada de tecido conjuntivo localizado entre a conjuntiva e a esclerótica.

Semelhante à conjuntivite, contudo é mais localizada e o lacrimejamento está ausente.

A maioria dos casos é de etiologia idiopática, porém pode estar associada a doença autoimune.

O tratamento inicial constitui-se de anti-inflamatórios não esteróides. Deve ser encaminhado ao especialista.

xi. **Uveíte**

Envolve a estrutura anterior do olho, também chamada irite ou iridociclite.

O diagnóstico necessita de avaliação com a lâmpada de fenda.

A uveíte anterior está associada a doenças inflamatórias e infecciosas, porém a maioria dos casos é de etiologia idiopática.

A investigação laboratorial deve ser empregada somente nos casos recorrentes ou mais graves.

O tratamento inicial deve ser direcionado à redução do processo inflamatório, em geral com corticosteróides e com acompanhamento pelo especialista.

25. Artrite gotosa

c. Considerações Especiais de avaliação

Os pacientes apresentam mono ou oligoartrite.



26. Dor cervical e lombar

a. Considerações Especiais de avaliação

Causa comum de atendimento na emergência. Pode ser causada por trauma, doença degenerativa, neoplasia ou infecção.

Pacientes com idade inferior a 18 anos e superior a 50 anos tem maior chance de apresentarem uma patologia mais grave como causa dos sintomas.

Pesquisar sempre história de trauma e excluir fratura de corpo vertebral.

Diferenciar a dor localizada proveniente de músculos e articulações de sintomas neurológicos de radiculopatia (relacionados a uma raiz nervosa) ou de mielopatia.

O exame físico deve abordar avaliação músculo-esquelética e neurológico focal.

Na história verificar: duração dos sintomas, localização da dor, sintomas sistêmicos e fatores de agravamento.

b. Quadro clínico

Apresentação com rigidez localizada e limitação do movimento. É comum uma posição agravar enquanto outra alivia a dor.

c. Conduta

Afastar como causa patologias que possuem tratamento específico, tais como trauma, fratura, doença inflamatória, tumor, infecção, doença metabólica ou vascular. Estes pacientes devem ser avaliados pelo especialista.

Orientar alteração das atividades diárias para minimizar os sintomas.

Encorajar o retorno precoce às atividades usuais, excluindo esforço físico exagerado.

Iniciar tratamento com antiinflamatórios não esteróides se não houver contra-indicação para alívio dos sintomas.

Encaminhar os casos não complicados para tratamento ambulatorial.

27. Dor ciática

a. Considerações Especiais de avaliação

Representa geralmente a agudização de um processo crônico.

Na maior parte das vezes é causada pela herniação do núcleo pulposo, conhecida como hérnia de disco, que comprime uma raiz nervosa.

Outras causas: tumor, infecção, estenose de forame e síndrome piriforme. 95% das hérnias ocorrem nos níveis entre L4 e L5 e/ou L5 e S1.

Cerca de 80% dos pacientes com hérnia de disco melhoram sem cirurgia.

b. Quadro clínico



Apresentação súbita de dor de forte intensidade incapacitante após pequeno trauma ou esforço.

Piora da dor com a movimentação, tosse e manobra de Valsalva. A irradiação da dor no trajeto do ciático é comum.

Geralmente afeta apenas um lado e é caracterizada por parestesias, perda de sensibilidade e fraqueza muscular.

A dor radicular causada por compressão da raiz de L5 é queda do pé, perda da dorsiflexão do primeiro metatarso e dor no primeiro metatarso.

A diferença entre a dor ciática e a lombalgia comum é a associação de achados neurológicos na dor ciática, dor abaixo do joelho e teste positivo da elevação da perna.

Radiografias de coluna não estão indicadas exceto se houver alguma história de trauma com suspeita de fratura, neoplasia ou infecção.

c. Conduta

Iniciar tratamento com antiinflamatórios se não houver contra- indicação.

Considerar o uso de inibidores da COX-2 em pacientes com intolerância gástrica.

Limitar atividades físicas, de acordo com a tolerância do indivíduo as mesmas.

Utilizar relaxantes musculares caso exista espasmo da musculatura lombar.

28. Dor escrotal

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Trauma é uma causa frequente.

Pode ser causado por processos infecciosos como orquite e epididimite. Quando associado a dor no flanco e hematuria indica litíase urinária.

Processos de tratamento cirúrgico como hérnia encarcerada podem causar dor escrotal.

A torção testicular tende a ocorrer em homens jovens, mas pode ocorrer em qualquer idade.

b. Quadro clínico

Diagnóstico diferencial da síndrome de dor escrotal

CONDIÇÃO	ANAMNESE	Exame FÍSICO	EAS	OUTROS exames	CONDUTA
----------	----------	--------------	-----	---------------	---------



TRAUMA	História de traumatismo.	Presença de hematoma escrotal.	Pode haver hematúria.	Transferir para obter Ultra-sonografia.	Analgesia Obter avaliação urológica.
LITÍASE	Episódio antecedente de dor no flanco ou abdominal.	Testículo com nenhuma ou pouca dor à palpação.	Hematúria	Ultra-sonografia	Analgesia Obter avaliação urológica.
ORQUITE VIRAL	Início gradual Coexistência de parotidite.	Testículo doloroso unilateral ou bilateral.	Normal		Elevação do testículo com suporte. Analgesia. Obter consulta urológica no caso de dúvida.
HÉRNIA ENCARCERADA	Início gradual de dor.	Dor abdominal. Sinais de Obstrução Intestinal. Ruídos intestinais No escroto.	Normal	Rotina de Abdome Agudo compatível com Obstrução Intestinal. Ultra-sonografia é diagnóstica.	Seguir rotina de Obstrução Intestinal. Obter avaliação de cirurgião.
EPIDIDIMITE	Início gradual. História prévia de Uretrite.	Epidídimo doloroso unilateral. Alívio da dor com elevação do escroto.	Leucócitos Bactérias	Ultra-sonografia normal.	Prescrever: Repouso, elevação do escroto, analgésicos VO e Iniciar antibióticos Para uretrite.
TORÇÃO DE TESTÍCULO	Início súbito, história de dor testicular em meninos e jovens.	Testículo doloroso e elevado. Epidídimo normal.	Normal	Doppler anormal.	Obter parecer urológico urgente. Cirurgia geralmente É necessária.

Tabela de analgésicos e antiinflamatórios



MEDICAMENTO	DOSE PARA ADULTOS	INDICAÇÕES	CONTRA-INDICAÇÕES	COMENTÁRIOS
Analgésico/ antipirético sem ação anti-inflamatória				
Paracetamol	500-750 mg VO 6/6h	Dor leve a moderada e febre	Hepatopatia	Não afeta a mucosa gástrica
Dipirona	500 a 1g VO ou IV de 4/4h	Dor leve a moderada Febre Associação com outros analgésicos na dor aguda	Alergia a substância	Pode provocar, em pacientes sensíveis, reações de hipersensibilidade, com manifestações cutâneas. Do tipo alérgica. A anafilaxia pode ocorrer. Hipotensão após injeção rápida. A reação de maior importância, embora rara, é a ocorrência de granulocitopenia ou agranulocitose
Antiinflamatório não hormonal (AINH)				
Cetoloraco Trometamol	10 a 30 mg IV ou 60 mg IM Início de ação em 5 Min após dose IV Não deve ser utilizado por mais de 5 dias Utilizar doses mais baixas para idosos	Dor moderada de pós operatório, cólica renal, dor lombar e cólica biliar. Necessidade de efeito antiinflamatório Associação com outros Analgésicos na dor aguda	Doença péptica ICC Descompensada Nefropatia Alergia Evitar na gestação ou amamentação	Dispepsia Sangramento gastrointestinal Inibem a agregação plaquetária por até 1 Semana podendo causar sangramentos. Nefrotoxicidade (nefrite e necrose papilar) Retenção de água e sódio. Outros: Cefaléia. Tinido, rashes, anorexia, distúrbios visuais, confusão Os riscos são mais altos nos idosos
Aspirina * Associação com Síndrome de Reye em crianças (não usar)	500 mg VO até 4/4h	Artralgia; condições inflamatórias e/ou dolorosas, pós-traumáticas e pós-operatórias em ortopedia E odontologia; crises agudas de gota; síndromes dolorosas da		
Diclofenaco	50-75 mg VO 8/8h ou 12/12h ou 75 mg IM / dia			
Ibuprofeno	400 a 800 mg 6/6h			
Indometacina	25 a 50 mg			



	12/12h ou 8/8h	coluna vertebral; cólicas renal e biliar,		
Piroxican	20 mg/ dia	faringoamigdalite s, otites, anexite, dismenorréia primária e processos infecciosos acompanhados de dor.		
Inibidores da Ciclooxygenase 2 (COX-2)				
Celecoxib	10 a 200 mg VO de 12/12h	Dor moderada: cólica renal, dor lombar e cólica biliar. Necessidade de efeito antiinflamatório. Associação com outros analgésicos na dor aguda	Não utilizar em coronariopatas. Podem agravar A ICC. Celecoxib causa reações de hipersensibilidade e em pessoas com alergia a sulfonamidas. Evitar na gestação ou amamentação	Causam menos efeitos na mucosa gastrointestinal. Não inibem a agregação plaquetária. Nefrotoxicidade. Retenção de água e sódio
Associação Paracetamol / codeína				
Paracetamol Codeína Comprimidos 7,5 mg contêm: Paracetamol 500 mg, fosfato de codeína 7,5 mg; Comprimidos 30 mg contêm: Paracetamol 500 mg, fosfato de codeína 30 mg	Deve ser ajustada de acordo com a intensidade da dor e a resposta do paciente: 1 Cp a cada 4 hs. Nas dores de grau mais intenso (como por exemplo, as decorrentes de determinado s Pós-operatórios,	Associação com codeína 7,5 mg: Dores de intensidade leve, como as que acompanham os Estados gripais e pequenos ferimentos ou contusões. Associação com codeína 30 mg: alívio de dores de grau moderado a intenso, como nas decorrentes de traumatismos (entorses, luxações, contusões, distensões, fraturas), Pós-operatório, pós-extração	Hipersensibilização de paracetamol ou à codeína. Não é recomendado durante a gravidez e lactação ou em crianças abaixo de 3 anos de idade. Deve ser administrado com cautela em pacientes idosos, debilitados ou portadores de insuficiência hepática ou renal	A codeína pode induzir dependência. Nos casos de lesão intracraniana, os efeitos de depressão respiratória dos narcóticos podem ser intensificados. Os analgésicos do tipo narcótico podem mascarar o quadro clínico, o diagnóstico ou a evolução clínica de pacientes com quadros graves. Interações Medicamentosas: emprego concomitante Com outros depressores do sistema nervoso central poderá



	traumatismo s graves, neoplasias) recomenda- se 2 cp a cada 4 hs	dentária, neuralgia, lombalgia, dores de origem articular e condições similares		provocar um efeito depressivo potencializado ou aditivo. Anticolinérgicos e codeína, quando usados concomitantemen- te podem produzir íleo paralítico. As reações adversas mais frequentemente são tontura, sedação, náusea e vômito.
--	---	---	--	---

29. Insuficiência renal aguda

c. Considerações Especiais de avaliação

Pode ser causada por: hipovolemia de qualquer etiologia, doenças glomerulares ou uso de substâncias nefrotóxicas.

Qualquer que seja a etiologia leva a acumulação de produtos nitrogenados no sangue.

Pode ser classificada em oligúrica (débito urinário < 400 ml/24 horas) e não oligúrica.

De acordo com a etiologia pode ser classificada em:

Pré-renal: é produzida por condições que diminuem a perfusão (causa até 80% dos casos). Precede a IRA – Insuficiência renal aguda

– intrínseca causada por isquemia. Pode ser causada por hipovolemia, sepsis ou disfunção miocárdica.

Intrínseca: pode ser isquêmica, tóxica ou secundária a doenças glomerulares ou túbulo-intersticiais. Causa até 50% dos quadros de azotemia.

Pós-renal: ocorre mais frequentemente em homens idosos com obstrução prostática, mas pode ser causada por obstrução uretral, (paciente com rim único) e vesical. É a causa menos frequente de IRA (5 a 10%), mas deve ser detectada precocemente devido a sua potencial reversibilidade.

d. Quadro clínico

Os pacientes geralmente apresentam sinais e sintomas de sua doença base.

Sinais e sintomas de sobrecarga de volume, edema pulmonar, redução do nível de consciência, sinais neurológicos, náusea e vômitos.

Elevação da uréia e creatinina.

Podem ocorrer hipercalemia e hipocalcemia.

O eletrocardiograma pode mostrar-se alterado com ondas P apiculadas, prolongamento do PR e alargamento do QRS.

A creatinina eleva-se 1 a 1,5 mg/dia na ausência de rins funcionantes. O paciente pode estar oligúrico, anúrico ou poliúrico.

Na azotemia pré-renal o paciente está oligúrico, podendo apresentar hipotensão arterial e desidratação.

Na azotemia pós-renal o paciente pode estar oligúrico ou poliúrico pode haver queixa de dor abdominal associada. O paciente pode ter ao exame clínico próstata aumentada e bexiga palpável.

A ultra-sonografia é essencial para afastar causas obstrutivas.

Verificar na história a utilização de substâncias ou medicamentos nefrotóxicos.

Diagnóstico diferencial da insuficiência renal aguda

PRÉ-RENAL	RENAL	PÓS-RENAL
Diminuição do Débito Cardíaco. Insuficiência Cardíaca.	Glomerulonefrite Aguda Vasculites Necrose Tubular Aguda Antibióticos Rabdomiólise Contraste Radiológico Hemólise Nefrite Intersticial Infecção	Aumento da Próstata. Estenose de Uretra. Obstrução bilateral de Ureteres por Cálculo, Tumor Ou Fibrose Retroperitoneal.

e. Conduta

Tratar a causa de base. Prevenir o dano renal.

Monitorizar ECG e oximetria de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Colher sangue para gasometria arterial, creatinina, uréia, hemograma, eletrólitos e glicemia.

Estabilizar hemodinâmica com volume caso o paciente apresente-se hipovolêmico.

Iniciar a infusão de aminas caso a disfunção miocárdica esteja causando baixa perfusão renal.

Efetuar radiografia de tórax e eletrocardiograma de 12 derivações. Colocar cateter de Foley para aliviar obstrução prostática.

Evitar o emprego de diuréticos com o objetivo de converter IRA oligúrica em não oligúrica.

Corrigir distúrbios eletrolíticos e ácido-básicos. Corrigir hipercalemia.

Utilizar medicamentos que possuem excreção renal com extremo cuidado.

Transferir o paciente para hospital de referência com recurso de diálise ou urologia em caso de obstrução urinária.

30. Oligúria ou anúria

a. Considerações Especiais de avaliação

Pode ser causada por causas pré-renais, intrínsecas dos rins ou pós- renais.

As causas pré-renais são: hipovolemia, sepse e insuficiência cardíaca. Causas renais: doenças tubulares, intersticiais ou glomerulares.

Causas pós-renais obstrutivas (cálculo em caso de rim único, próstata aumentada, tumores e fibrose retroperitoneal).

b. Quadro clínico

É fundamental diferenciar causas pré-renais e pós-renais (obstrutivas) ainda na emergência.

Obter sinais vitais inclusive pressão arterial ortostática para afastar causas pré-renais.

Verificar ao exame físico sinais de desidratação ou de insuficiência cardíaca.

Palpar o abdome inferior para verificar se a bexiga é palpável. Efetuar toque retal para avaliar a próstata.

A obstrução do trato de saída da bexiga está associada geralmente a bexiga palpável em paciente incapaz de urinar ou que tem um jato urinário fraco.

c. Conduta

Corrigir causas pré-renais com reposição volêmica. Obter acesso venoso periférico.

31. Disúria

a. Quadro clínico

Diagnóstico diferencial da síndrome clínica de disúria

CONDIÇÃO	Sexo AFETADO	ACHADOS CLÍNICOS	LABORATÓRIO
URETRITE	Frequente no sexo masculino	Disúria grave Descarga uretral purulenta ou clara	
PROSTATITE	Masculino	Dor pélvica e disúria	

HERPES GENITAL	Feminino	História de Herpes se recorrente, vesículas na genitália externa	
INFECÇÃO URINÁRIA	Principalmente feminino	Disúria, polaciúria, urina turva e fétida, associação com dor no flanco ou supra-púbica.	Piúria e bacteriúria
VAGINITE	Feminino		
ESTENOSE URETRAL	Masculino		

32. Insuficiência hepática aguda

b. Considerações Especiais de avaliação

Condição incomum.

Definida como desenvolvimento de encefalopatia hepática em 12 semanas ou menos, em paciente sem doença hepática preexistente.

Pode ser causada por: hepatite viral (A, B, C, Delta, E ou G), fígado gorduroso da gravidez, síndrome de Reye, síndrome HELLP, choque circulatório, hipertermia e toxicidade medicamentosa (acetaminofen, isoniazida, halotano, etc.).

A identificação da causa é importante, pois existem tratamentos específicos para intoxicações medicamentosas e *overdose*.

c. Quadro clínico

Encefalopatia hepática com sintomas variando de confusão (Grau I) até o coma (Grau IV).

Edema cerebral que ocorre em 80% dos pacientes e pode resultar em morte por herniação.

Coagulopatia com prolongamento do INR, mas sangramento grave é incomum.

Instabilidade hemodinâmica com sinais de choque distributivo. Distúrbios metabólicos (acidose láctica e hipoglicemia).

Insuficiência renal aguda.

d. Conduta

Realizar medidas de suporte básico de vida caso necessário. Administrar Oxigênio suplementar caso necessário.

Obter acesso venoso periférico calibroso.

Colher sangue para hemograma, glicemia, eletrólitos, função renal, PTT e INR.

Repor volemia com cristalóide (20 ml/kg em bolus) caso paciente hipotenso.

Corrigir desequilíbrios hidroeletrólíticos.

Efetuar a triagem de infecção em pacientes apresentando febre.

Tratar hipoglicemia e efetuar monitorização constante do nível de glicemia.

Solicitar internação em UTI de preferência em centro com capacidade para efetuar transplante hepático.

33. Cirrose

a. Considerações Especiais de avaliação

Resultado de lesão hepatocelular que leva a fibrose e regeneração nodular por todo o fígado.

Pode ser causada por hepatite viral crônica, ingestão crônica de álcool, toxicidade medicamentosa e outras.

Complicações da cirrose que levam a sala de emergência: encefalopatia hepática, ascite com comprometimento respiratório, peritonite bacteriana espontânea e hemorragia digestiva.

A hemorragia digestiva pode ser secundária a varizes esofageanas ou gástricas, gastropatia por hipertensão portal e úlcera duodenal.

b. Quadro clínico

Os achados clínicos decorrem de disfunção hepatocelular, hipertensão portal e “*shunting*” porto-sistêmico.

O início dos sintomas é lento e insidioso. Cansaço, perda de peso, distúrbios do sono, anorexia.

Em 70% dos casos o fígado é palpável, endurecido e tem a borda fina e nodular.

Esplenomegalia pode surgir em até 50% dos pacientes.

Sinais cutâneos: aranhas vasculares, eritema palmar, dilatação. A icterícia não é geralmente um achado inicial, mas surge e piora progressivamente.

Ascite e derrame pleural são achados tardios.

Os achados laboratoriais: anemia que pode ser macrocítica (deficiência de folato), hiperesplenismo (trombocitopenia e leucopenia), prolongamento do INR, elevações das transaminases e fosfatase alcalina, elevação progressiva dos níveis de bilirrubina, redução nos níveis de albumina e elevação dos níveis de globulina.

A febre pode ser manifestação de hepatite alcoólica, peritonite espontânea ou infecção associada.

A encefalopatia hepática é caracterizada por: alterações no padrão de sono-vigília, asterixis, tremor, disartria, delírio, torpor e finalmente coma.

A peritonite bacteriana espontânea é caracterizada por febre, aumento da ascite e encefalopatia progressiva. Geralmente é causada por *E. Coli* ou pneumococo. A presença de mais de 500 leucócitos por mm³ no líquido ascítico com predomínio de polimorfonuclear é diagnóstica.



c. Conduta

Realizar medidas de suporte básico de vida caso necessário. Administrar oxigênio suplementar caso necessário.

Efetuar paracentese de alívio em pacientes com restrição respiratória devido a ascite.

Obter acesso venoso periférico calibroso.

Colher sangue para hemograma, glicemia, eletrólitos, função renal, INR e PTT.

Repor volemia com cristalóide (20 ml/kg em bolus) em caso de hipotensão arterial.

Corrigir desequilíbrios hidroeletrólíticos.

Efetuar a triagem de infecção em pacientes apresentando febre. Administrar antibióticos IV para tratamento de infecção se indicado. Iniciar esquema para encefalopatia hepática se indicado com: lactulose

30 ml VO de 6 em 6 horas, metronidazol 250 mg VO de 8 em 8 horas e restrição de proteína.

Solicitar internação hospitalar de pacientes apresentando: sinais de encefalopatia, febre, ascite de início recente, ascite volumosa, hemorragia digestiva e comprometimento da função renal.

34. Seps

a. Definições

SÍNDROME DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA (SIRS)

A presença de dois ou mais dos seguintes critérios definem SIRS: Temperatura $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$

Frequência cardíaca > 90 bpm

Frequência respiratória > 20 irpm ou $\text{paco}_2 < 32$ mmHg em paciente em ventilação mecânica

Contagem de leucócitos $> 12.000/\text{mm}^3$ ou $< 4.000/\text{mm}^3$ ou a presença de $> 10\%$ de formas jovens (bastões)

Em 2001, foram acrescentados à lista anterior os seguintes sinais e alterações laboratoriais:

Edema após reposição volêmica ou balanço positivo Hiperglicemia

Alteração do estado mental

Níveis séricos elevados de procalcitonina e de proteína C reativa SEPSE

É considerado séptico todo paciente que apresente os sinais e sintomas descritos para SIRS secundários a um processo infeccioso.

SEPSE GRAVE

A sepse grave é definida quando um paciente séptico desenvolve qualquer disfunção orgânica induzida obrigatoriamente pela própria sepse. As principais disfunções orgânicas são: a) cardiovascular; b) respiratória;

c) renal; d) hepática; e) hematológica; e f) sistema nervoso central.

CRITÉRIOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA	
Cardiovascular	PAS \leq 90 mmhg ou PAM \leq 65 mmhg após ressuscitação volêmica adequada.
Respiratória	Pao ₂ /fio ₂ < 300
Hematológica	Plaquetas < 100.000/mm ³ ou queda de 50% ou mais nas últimas 72 horas. Alterações da coagulação (INR > 1,5 ou ttpa > 60 s).
Renal	Diurese < 0,5 ml/kg/h por pelo menos duas horas, mesmo após ressuscitação volêmica.
Metabólica	Ph < 7,30 ou excesso de base < -5 meq/l com lactato plasmático > 1,5 vez o normal.
Hepática	Hiperbilirrubinemia (bilirrubina total > 2,0 mg/dl ou 35 mmol/l).

Adaptado de Bone RC *et al.* Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Chest 1992; 102: 1644-55.

b. Recomendações

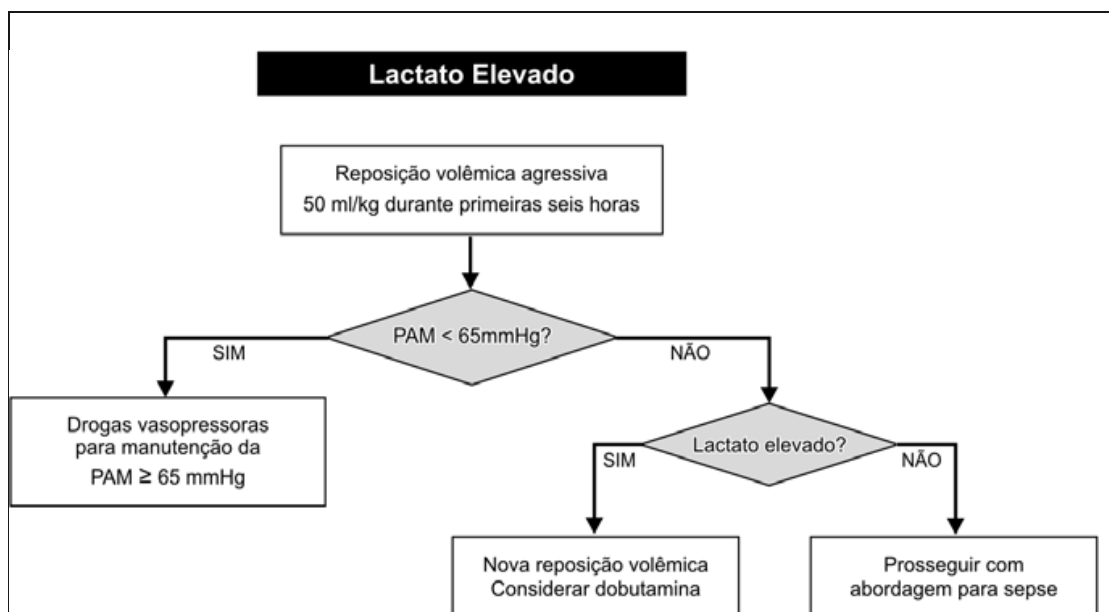
LACTATO SÉRICO

Dosar lactato em todo paciente com suspeita de sepse grave.

Devido ao elevado risco de choque séptico, todos os pacientes com lactato elevado (> 4 mmol/l, 36 mg/dl) devem receber reposição volêmica agressiva, com pelo menos 50 ml/kg de cristalóides nas primeiras seis horas, o equivalente a 3.500 ml de solução em um homem de 70 kg.

Cuidado com a acidose hiperclorêmica por excesso de solução salina isotônica.

Dosar periodicamente o lactato para acompanhar a ressuscitação volêmica.



Algoritmo para tratamento de lactato sérico elevado.

O lactato é essencial para o diagnóstico de sepse grave pois representa hipoperfusão tecidual. Tem valor prognóstico, sendo um dos marcadores para avaliação da resposta ao tratamento.

CULTURAS

Febre, calafrios, hipotermia, leucocitose, desvio à esquerda dos neutrófilos, neutropenia e desenvolvimento de disfunção orgânica inespecífica são indicações específicas para obtenção de hemoculturas e urinocultura.

Colher amostras de sangue e outros materiais para exame microbiológico e culturas antes da administração de antibióticos.

Os pacientes com sepse grave apresentam entre 30 a 50% de hemoculturas positivas.

Deve ser colhida mais de uma amostra (duas no mínimo, três é o ideal), com intervalos de cinco minutos entre as punções, que devem ser realizados em locais diferentes (tanto em leito arterial quanto venoso).

ANTIBIÓTICOS e CONTROLE DO FOCO

Administrar antibióticos endovenosos de largo espectro, após a obtenção de culturas, assim que a sepse grave for identificada.

As principais fontes de sepse grave ou choque são as pneumonias e infecções abdominais.

Devem ser adotadas estratégias para otimizar a utilização de antibióticos. Cobrir microrganismos Gram positivos e Gram negativos.

ADMINISTRAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS DENTRO DE 1 A 2 HORAS

A escolha do antimicrobiano deverá ser pautada em dados como: o foco infeccioso mais provável, se comunitária ou hospitalar, história de internação recente, uso recente de antimicrobiano, infecção ou colonização por bactérias com resistência à múltiplas

drogas. O antimicrobiano deverá ser o mais adequado de acordo com os agentes microbianos mais prováveis (bactérias ou fungos) e deverá atingir boa penetração no sítio de infecção.

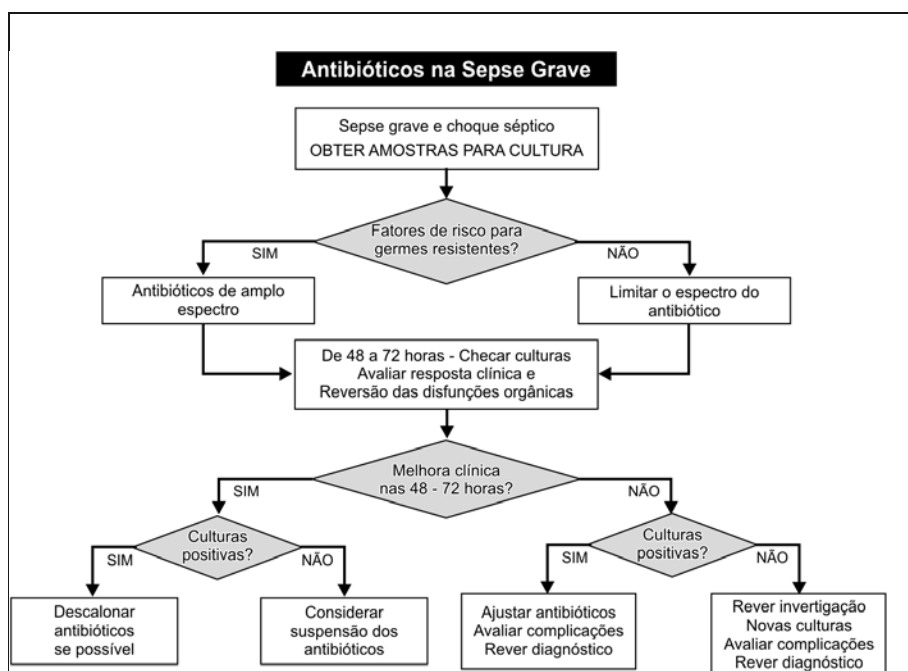
Antimicrobianos intravenosos devem ser iniciados dentro da primeira hora após o reconhecimento da sepse grave e após a obtenção de culturas. Caso não consiga coletar cultura, ADMINISTRE o antimicrobiano.

O regime antimicrobiano deve ser reavaliado após 48 a 72 horas, baseado no resultado das culturas e evolução clínica, com o objetivo de estreitar o espectro antibiótico (DESCALONAMENTO) e prevenir o

Desenvolvimento de resistências, além de reduzir a toxicidade e os custos associados ao tratamento.

O regime antimicrobiano que será utilizado nas upas 24 horas:

ESTRATÉGIA PARA O USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS	
Pneumonia comunitária	Amoxicilina / Clavulanato 1g IV 8/8 h + Azitromicina 500 mg IV 1 vez ao dia ou Levofloxacina 750 mg 1 vez ao dia ou moxifloxacina 400mg 1 vez ao dia
Infecção do Trato Urinário	Ciprofloxacina 400 mg IV 12/12 h ou Ceftriaxone 2 g IV 1 vez ao dia
Abdominal	Amoxicilina / Clavulanato 1 g IV 8/8 h Ou Ciprofloxacina 400 mg 12/12 h + Metronidazol 500 mg 8/8 h



Algoritmo de utilização racional de antibióticos em pacientes com sepse grave e choque séptico. Adaptado de Guideline for the management of adults with hospital-acquired,

ventilator-associated, and healthcare associated pneumonia – ATS. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 388-416.

REPOSIÇÃO VOLÊMICA

Fazer reposição volêmica agressiva e repetitiva na presença de hipotensão e/ou lactato elevado induzidos pelo quadro séptico.

Deve-se administrar inicialmente 20 ml/kg de cristalóide na suspeita de hipovolemia ou nos casos em que o lactato seja superior a 36 mg/dl. Dose equivalente de colóide é uma alternativa ao cristalóide, variando as doses correspondentes entre 0,2 e 0,3 g/kg, dependendo do colóide.

Equivalência ENTRE CRISTALÓIDES E COLÓIDES	
Solução salina normal 0,9%	20 ml/kg
Ringer lactato	20 ml/kg
Albumina Albumina 4 - 5%	0,24 g/kg
Albumina 20 - 25%	5,2 ml/kg 1,1 ml/kg
Hetastarch Hetastarch 3%	0,29 g/kg
Hetastarch 6%	9,7 ml/kg
Hetastarch 10%	4,8 ml/kg 2,9 ml/kg
Pentastarch	0,30 g/kg
Pentastarch 10%	3 ml/kg
Dextran 60 3%, Dextran 70 6%	0,19 g/kg
Dextran 60 3%	6,3 ml/kg
Dextran 70 6%	3,1 ml/kg
Dextran 40 10%	0,30 g/kg (3 ml/kg)
Gelatinas	0,23 g/kg

Adaptado de Evidence-based colloid use in the critically ill: American Thoracic Society Consensus Statement. Am J Respir Crit Care Med 2004; 170: 1247-59.

De maneira geral, quantidades menores que 50 ml/kg raramente são suficientes para ressuscitação completa.

Portadores de insuficiência cardíaca congestiva (ICC) necessitam de reposição volêmica agressiva, contudo, a monitorização deve ser rigorosa.

Os resultados de um estudo randomizado (SAFE trial) mostraram mortalidade idêntica nos pacientes que receberam albumina ou solução salina. Não há diferença no tipo de solução a ser utilizada.

Nas upas a reposição volêmica deverá ser realizada com cristalóides!

METAS DE RESSUSCITAÇÃO

As metas a serem atingidas nas primeiras seis horas são: Pressão venosa central (PVC) entre 8 e 12 mmHg Saturação venosa de oxigênio (svco2) > 70%

Débito urinário ≥ 0,5 ml/kg/hora



Normalização dos níveis séricos de lactato A prioridade inicial é a reposição volêmica.

A punção venosa profunda, para monitorização da PVC e da svco2 (saturação venosa central de O₂) deve ser realizada em pacientes que necessitem de vasopressores.

Em pacientes sob ventilação mecânica, um alvo mais elevado de PVC entre 12 e 15 mmHg é recomendado, levando-se em conta o aumento na pressão intratorácica.

VASOPRESSORES

Na presença de hipotensão com ameaça à vida, após reposição volêmica

Para correção do nível tensional, os vasopressores devem ser empregados para atingir PAM \geq 65 mmHg. Assim que houver correção da hipotensão, o vasopressor deve ser retirado.

Quando o paciente não foi ressuscitado adequadamente o vasopressor pode piorar o déficit perfusional já existente.

Os pacientes portadores de doença cardíaca prévia não devem ser submetidos a um uso exagerado de vasopressores, com risco de aumentar em demasia o trabalho cardíaco.

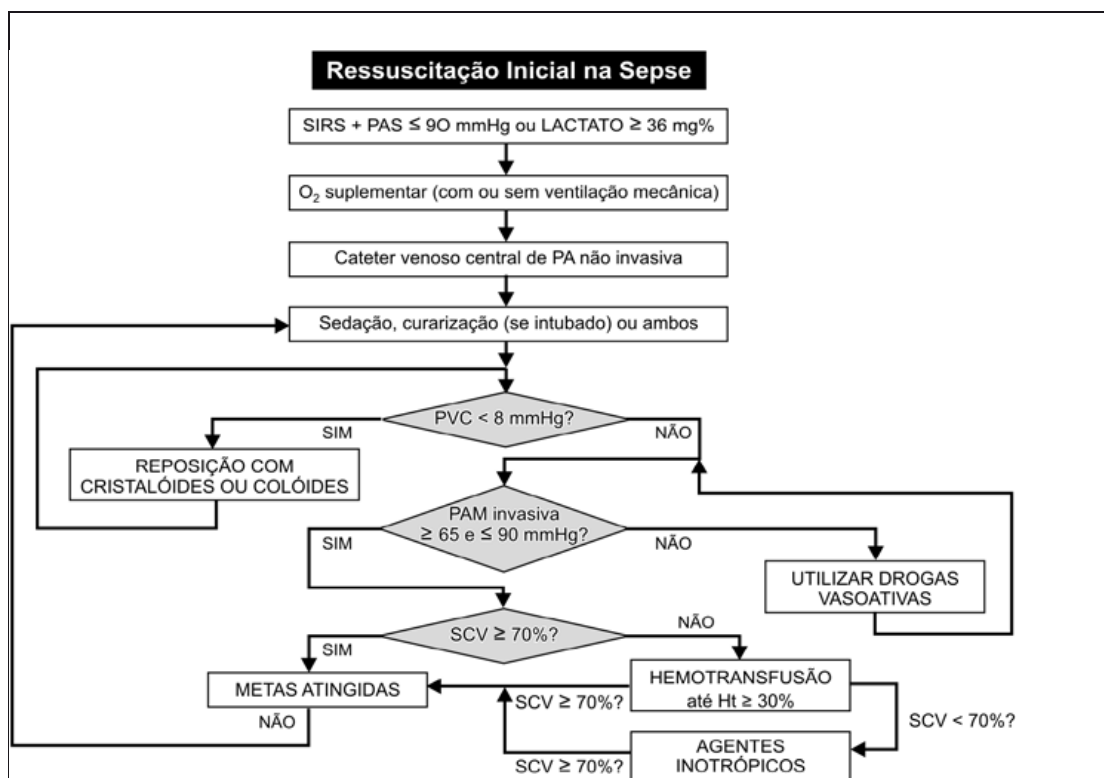
A introdução de vasopressores deverá ser considerada em média com 30 minutos após o início da reposição volêmica.

Nas upas, a noradrenalina deve ser utilizada como vasopressor de primeira escolha para corrigir a hipotensão no choque séptico.

A noradrenalina deve ser administrada em bomba infusora na dose inicial de 0,05 a 0,2 μ g/kg/min; atingindo a dose máxima vasopressora em torno de 2 μ g/kg/min.

Na impossibilidade de retirar vasopressores, considerar outros diagnósticos, como depressão miocárdica, insuficiência adrenal, pneumotórax hipertensivo ou tamponamento cardíaco.

Os pacientes com instabilidade hemodinâmica devem ser transferidos de imediato para o hospital de referência.



Algoritmo de ressuscitação inicial na seps. SIRS = síndrome da resposta inflamatória sistêmica; PAS = pressão arterial sistólica; PVC = pressão venosa central; svco2 = saturação venosa central de O2; PAM = pressão arterial média.
Extraído de Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al. Early goal-directed therapy in the Treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med 2001; 346: 1368-77.

CONTROLE GLICÊMICO

A glicemia deve ser mantida abaixo de 180 mg%, em especial nos primeiros três dias.

A oferta de máxima de glicose por via endovenosa deve ser de 9 g/ hora, em uma solução glicosada até 10% (em acesso venoso profundo).

A dieta enteral deve ser instituída o mais breve possível, com uma oferta normal de calorias, em torno de 19 kcal/kg/dia.

CORTICOESTERÓIDES EM DOSES BAIXAS

Administrar corticosteróides em doses baixas por sete dias em pacientes com choque séptico (hipotensão refratária à reposição volêmica adequada e ao uso de vasopressores por, no mínimo, uma hora).

Utilizar dexametasona na dose de 4 mg a cada oito horas; hidrocortisona 50 mg a cada seis horas ou metilprednisolona a cada oito horas.

O uso de corticosteróides não provocou aumento de superinfecção, sangramento gastrointestinal ou hiperglicemia.

Os pacientes que necessitam de infusão contínua de insulina devem ser transferidos para o hospital de referência.

PROTEÍNA C ATIVADA

A proteína C ativada deve ser administrada em pacientes com alto risco de morte (por exemplo, choque séptico, presença de disfunção de múltiplos órgãos, síndrome do desconforto respiratório agudo ou escore APACHE II > 25), observando as contra-indicações do produto.

A utilização desta droga deve ser restrita ao ambiente hospitalar. VENTILAÇÃO MECÂNICA

Empregar ventilação mecânica com volume corrente baixo (6 ml/kg) associado à limitada pressão de platô inspiratório (<30 cm H₂O).

Evitar a ventilação mandatória intermitente durante a fase aguda da doença. Ao contrário, utilizar a ventilação controlada a volume ou a pressão para prevenir espontaneamente grandes volumes correntes.

O peso utilizado para determinar o volume corrente é o peso ideal, calculado a partir da altura:

Homens: $50 + 0,91 \times (\text{altura em cm} - 152,4)$ Mulheres: $45,5 + 0,91 \times (\text{altura em cm} - 152,4)$

A hipercapnia (aumento da paco₂) pode ser liberada para os pacientes

Com lesão pulmonar aguda (LPA) ou síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com o objetivo de reduzir a pressão de platô ou o volume corrente.

Os pacientes em ventilação mecânica devem ser transferidos para o hospital de referência.

HEMODERIVADOS

Existe a recomendação de realizar a transfusão de concentrado de hemácias e/ou uso de dobutamina se svco₂ < 70%, após reposição volêmica suficiente para atingir PVC ≥ 8 mmhg. A meta inicial é o hematócrito ≥ 30%.

Os pacientes com necessidade de hemotransfusão devem ser transferidos para o hospital de referência.

SEDAÇÃO, ANALGESIA e BLOQUEIO NEUROMUSCULAR

O uso de sedativos/hipnóticos está recomendado nos casos de agitação psicomotora, disfunção respiratória e necessidade de ventilação mecânica.

O benzodiazepínico de rotina a ser empregado nas upas é o midazolam.

O uso da escala de RAMSAY é útil no acompanhamento destes pacientes.

No caso de infusão contínua é recomendada a prática de suspensão diária da medicação com o intuito de:

Avaliar a condição neurológica do paciente Usar menor dose cumulativa do sedativo

Promover menor taxa de polineuropatia no paciente grave Reduzir o tempo de ventilação mecânica



Reduzir a necessidade traqueostomia Reduzir o tempo de internação hospitalar

A associação de sedativos/hipnóticos com analgésicos sempre deve ser utilizada para reduzir a dose de cada tipo de droga.

O analgésico de rotina a ser empregado nas upas é o fentanil.

Os agentes promotores de bloqueio neuromuscular (tanto despolarizantes como não despolarizantes) devem ser evitados pelo risco de gerar ou agravar a possibilidade de polineuropatia do paciente grave.

ESCALA DE ramsay PARA ACOMPANHAR O NÍVEL DE SEDAÇÃO	
1	Acordado, ansioso, agitado e/ou inquieto
2	Acordado, cooperativo, orientado e tranquilo
3	Acordado, responde a comandos
4	Dormindo com pronta resposta a estímulos dolorosos leves ou auditivos fortes
5	Dormindo com resposta lenta a estímulos dolorosos leves ou auditivos fortes
6	Dormindo sem resposta a estímulos dolorosos leves ou auditivos fortes

DIÁLISE

Os pacientes com insuficiência renal aguda, com ou sem estabilidade hemodinâmica, devem ser transferidos para o hospital de referência

BICARBONATO – NÃO FAZER

As soluções de bicarbonato não são recomendadas para o tratamento das acidoses metabólicas de origem extra-renal, principalmente a acidose láctica.

A indicação de bicarbonato está restrita à acidose de origem renal e ao estado hiperglicêmico hiperosmolar com $\text{pH} < 7,0$.

PROFILAXIA para TROMBOEMBOLISMO VENOSO

Os pacientes com sepse devem receber profilaxia com heparina não fracionada (HNF/heparina comum) ou heparina de baixo peso molecular (HBPM).

Nos casos de contra-indicação (AVC hemorrágico recente, sangramento ativo, coagulopatia grave e plaquetopenia) a profilaxia mecânica pode ser aplicada (meias compressoras e/ou compressão pneumática intermitente).

PROFILAXIA para ÚLCERAS de ESTRESSE

As úlceras de estresse são comuns em pacientes com sepse, portanto, a profilaxia está recomendada.

Os bloqueadores H₂ são as drogas de escolha: ranitidina 50 mg IV de 8 em 8 horas. Os bloqueadores de bomba de prótons também podem ser utilizados: omeprazol 40 mg IV uma vez ao dia.

35. Síndrome coronariana aguda

c. Considerações Especiais de avaliação

A isquemia do miocárdio resulta do desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio.

O grau e duração da isquemia determinam se a isquemia vai evoluir para necrose ou não.

O paciente apresentando dor torácica aguda de possível origem cardíaca deve ser considerado com portador de infarto agudo do miocárdio até prova em contrário.

Um número substancial das mortes relacionadas a doença coronariana ocorre nas primeiras duas horas após o início dos sintomas, geralmente antes da admissão do paciente no hospital.

Os óbitos no pré-hospitalar decorrem geralmente de taquicardia ventricular e fibrilação ventricular.

O início rápido do tratamento no ambiente pré-hospitalar reduz o número de óbitos e a morbidade decorrente deste quadro.

São síndromes coronarianas agudas: a angina instável e o infarto agudo do miocárdio.

Apesar de todos os programas de educação da comunidade, os pacientes esperam em média mais de três horas antes de procurarem auxílio médico. As consequências deste fato são que apenas 25% dos pacientes com infarto agudo do miocárdio que dão entrada nos hospitais são candidatos a trombólise.

Objetivos do tratamento pré-hospitalar da síndrome coronariana aguda

Alívio da dor
Limitação da área de miocárdio com infarto
Tratamento de arritmias letais
Controle de condições clínicas de risco de vida como choque ou congestão pulmonar

d. Quadro clínico

Dor torácica em peso, queimação ou constrição, geralmente com localização retroesternal, pode ser irradiada para extremidades superiores, ombro ou mandíbula. A dor do infarto é semelhante a da angina, porém tem maior duração e maior intensidade, o socorrista deve suspeitar de infarto agudo do miocárdio sempre que a duração dos sintomas ultrapassar vinte minutos.

O quadro pode ser acompanhado por sudorese, náusea, vômitos, dispnéia e palpitações.

Avaliar a presença de fatores de risco para doença coronariana e outros fatores de risco para isquemia miocárdica.

Idosos e diabéticos podem apresentar infarto agudo do miocárdio sem dor, as manifestações clínicas podem ser descompensação de insuficiência cardíaca e síncope.

Algumas vezes náuseas e vômitos podem ser os únicos sintomas de infarto agudo do miocárdio de parede inferior.

O exame físico pode ser totalmente normal e as alterações quando presentes são inespecíficas.

Pode haver sinais de hipoperfusão com hipotensão arterial, diaforese e extremidades frias, que indicam o choque cardiogênico.

É comum a ocorrência de uma quarta bulha e menos frequentemente de uma terceira bulha que indica insuficiência cardíaca. A turgência jugular indica sobrecarga de volume ou disfunção do ventrículo direito.

Os sinais vitais podem estar dentro dos limites da normalidade ou apresentar alterações. O paciente pode apresentar-se taquicárdico ou bradicárdico, a tensão arterial pode estar elevada ou baixa. Em alguns casos pode estar presente um sopro sistólico de disfunção mitral ou estertoração pulmonar compatível com disfunção ventricular esquerda.

O prognóstico do infarto está diretamente relacionado à escala de Killip Kimball, baseado em ausculta pulmonar, cardíaca e nos sinais de choque.

Alterações do ECG ocorrem inicialmente em 50% dos pacientes com IAM.

O ECG inicial normal não afasta isquemia.

Classificação de Killip Kimball, baseada em ausculta pulmonar, cardíaca e em sinais de choque. Usada para estabelecer o prognóstico dos pacientes com infarto agudo do miocárdio

CLASSIFICAÇÃO	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS
Killip I	Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar normal. FC < 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR < 20 irpm.
Killip II	Presença de B3 ou estertoração nas bases pulmonares. FC < 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR < 20 irpm.
Killip III (Congestão pulmonar)	Presença de B3. Estertoração > 50% nos hemitóraces. FC > 100 bpm. PAS > 90 mmHg. FR > 20 irpm.
Killip IV (Choque cardiogênico)	Presença de B3. Estertoração > 50% nos hemitóraces. FC > 100 bpm. PAS < 90 mmHg. FR > 20 irpm. Perfusão capilar lentificada. Oligúria.

Fatores de risco para doença isquêmica do coração

Idade
Sexo masculino
Hipertensão arterial
Tabagismo Diabetes
Mellitus
Dislipidemia
História Familiar positiva



e. Conduta

Administrar oxigênio sob máscara com fluxo de 10 litros por minuto.

Monitorar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Administrar AAS 200 mg VO, exceto se: hipersensibilidade, distúrbios de coagulação, doença hepática grave ou doença péptica ativa.

Administrar dinitrato de isossorbitol 5 mg SL, que pode ser repetido por até três vezes a cada 5 minutos dependendo da resposta apresentada pelo paciente. Não deve ser empregado se a PA sistólica for menor que 90 mmHg ou se a frequência cardíaca for menor que 60/minuto.

Obter acesso IV periférico utilizando cateter curto e calibroso. Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia,

Creatinina, uréia, troponina, TAP e PTT.

Iniciar nitroglicerina venosa na dose inicial de 5 µg/min devendo-se aumentar esta dose em 5 µg a cada cinco minutos até atingir 50-100 µg/min ou a pressão arterial sistólica de 100 mmHg.

Utilizar morfina de 2 a 4 mg por via IV até 10 mg quando os nitratos não forem eficazes no controle da dor ou o paciente apresentar edema agudo de pulmão e pressão arterial sistólica acima de 100 mmHg.

Corrigir hipotensão arterial seguindo o protocolo.

Controlar taquiarritmias e bradiarritmias com potencial de reduzir o débito cardíaco ou aumentar o consumo de oxigênio pelo miocárdio.

Realizar eletrocardiograma de 12 derivações.

Efetuar o “screening” para terapêutica trombolítica. A decisão deve ser baseada na avaliação da dor torácica e do eletrocardiograma. **Não há necessidade de aguardar o resultado de marcadores de necrose miocárdica para iniciar o tratamento com trombolítico.**

Avaliar a presença de supradesnível do segmento ST de pelo menos um milímetro em pelo menos duas derivações de superfície contínuas e sintomas que surgiram a menos de 12 horas.

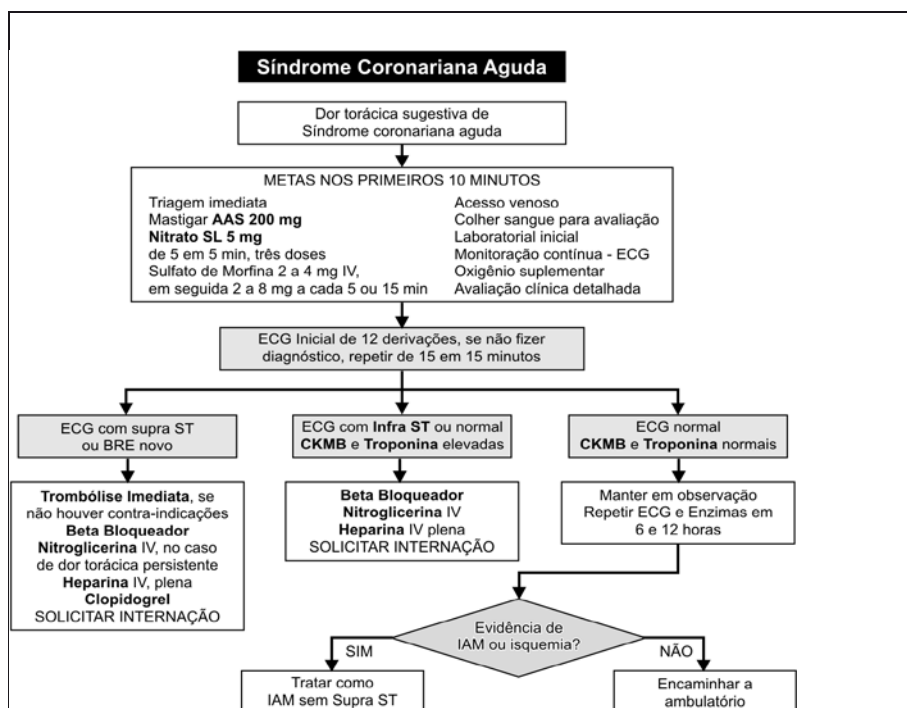
Utilizar caso indicado a estreptoquinase na dose de 750.000 unidades IV infundida em 20 minutos, seguida por mais 750.000 unidades infundidas em 40 minutos. Caso haja tenecteplase, a mesma deve ser utilizada em pacientes com menos de 80 kg. A reteplase (rtpa) pode ser aplicado em pacientes com peso acima de 80 kg.

Considerar o uso de metoprolol ou esmolol caso o paciente ainda apresente taquicardia sinusal após o controle da dor.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o enfermo para unidade de cuidados intensivos em ambulância UTI.

f. ALGORITMO de síndrome coronariana aguda



Algoritmo de atendimento aos pacientes com dor torácica.

g. **Atendimento À dor torácica** Passo 1 – Avaliar o quadro de dor torácica
Caracterizar a dor torácica

Determinar o tempo de duração da dor torácica

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA

LOCALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> PRECORDIAL <input type="checkbox"/> RETROESTERNAL <input type="checkbox"/> MANDIBULAR <input type="checkbox"/> EPIGÁSTRICA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> OMBRO <input type="checkbox"/> OUTRAS	QUALIDADE: <input type="checkbox"/> OPRESSIVA <input type="checkbox"/> CONSTRICTIVA <input type="checkbox"/> PESO/APERTO <input type="checkbox"/> RASGANTE <input type="checkbox"/> PONTADA <input type="checkbox"/> QUEIMAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRAS	IRRADIAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> DORSO <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> MANDÍBULA <input type="checkbox"/> OMBROS <input type="checkbox"/> AUSENTE	PROVOCADA POR: <input type="checkbox"/> ATIV. HABITUAL <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO FÍSICO <input type="checkbox"/> ATIVIDADE SEXUAL <input type="checkbox"/> ESTRESSE <input type="checkbox"/> REPOUSO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	MELHORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	PIORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE
--	--	---	---	---	---

Início da dor: ____/____/____ Horário: ____h ____min Delta t do Início da dor: ____horas ____min

Passo 2 – No caso de dor torácica com início de mais de 20 minutos e com alta probabilidade de Síndrome Coronariana Aguda, iniciar o atendimento com Oxigenioterapia, Nitrato, AAS e Morfina (MONA).

Passo 3 – Realizar o eletrocardiograma imediatamente!

Passo 4 – Avaliar a presença dos fatores de risco para doença coronariana, dos diagnósticos e dos procedimentos prévios através dos dados da História Patológica Progressa.

HISTÓRIA PATOLÓGICA PROGRESSA:

HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INFARTO PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ANGIOPLASTIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DISLIPIDEMIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CIR. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DIABETES: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. RENAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HEMODIÁLISE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
HIST. FAMILIAR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AVE PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DPOC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	VASC PERIFÉRICA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Passo 5 – Avaliar a condição clínica do paciente através do exame físico e classificar o paciente de acordo com a escala de Killip Kimball.



Passo 6 - Estabelecer o diagnóstico simplificado do eletrocardiograma, o mais rápido possível.

EXAME FÍSICO: Peso: _____ kg Altura: _____ m PA = _____ / _____ mmHg FC = _____ bpm FR = _____ irpm	CONFUSÃO MENTAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não DIAFORESE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não PERFUSÃO CAPILAR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lentificada AV. PULMONAR: Normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Estertores: <input type="checkbox"/> em bases <input type="checkbox"/> > 50% HT AV. CARDÍACA: B3 presente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Turgência Jugular Patológica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ECG: <input type="checkbox"/> Supra ST <input type="checkbox"/> BRE <input type="checkbox"/> Infra ST/T <input type="checkbox"/> Normal Horário: _____ h _____ min	KILLIP: <input type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III <input type="checkbox"/> Classe IV
---	--	--	--

Passo 7 – Definir o diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda: Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível ST (SCACSST) Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível ST (SCASSST)

<input type="checkbox"/> Síndrome Coronariana Aguda com Supra ST (SCACSST) Dor Torácica Isquêmica (> 20 minutos e < 12 horas) + ECG c/ Supra ST
<input type="checkbox"/> Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCASSST) Colher Marcadores de Necrose Miocárdica (CK, CK-MB e Troponina) e ECG seriados

Passo 8 – Preencher os critérios de inclusão e de exclusão para o uso de Trombolítico nos casos de Síndrome Coronariana Aguda com Supradesnível ST.

Administrar o trombolítico nos casos indicados.

Colher marcadores de necrose miocárdica antes e três, seis e nove hora após a trombólise para avaliação da perfusão.

CRITÉRIOS PARA USO DE TROMBOLÍTICO: (Após O₂, AAS, Nitrato e Morfina) Iniciar trombolítico se todas as respostas SIM (inclusão) e NÃO (exclusão) forem confirmadas.			
SIM	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA ISQUÊMICA: dor precordial, retroesternal, mandibular, epigástrica, opressiva, em ardência ou queimação irradiada ou não, sem modificar-se com posição, compressão local ou respiração), com duração maior que 20 minutos <input type="checkbox"/> Tempo de início da dor persistente menor que 12 horas <input type="checkbox"/> ECG com Supra de ST \geq 2 mm em derivações precordiais (V1 a V6) ou \geq 1 mm em periféricas (I, aVL ou II, III, a VF)		
NÃO	<table border="0"><tr><td>Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem</td><td>Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)</td></tr></table>	Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem	Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)
Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem	Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)		

Passo 9 – Seguir o protocolo de atendimento a pacientes com Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST:

Colher marcadores de necrose miocárdica na chegada, em seis e em doze horas.

Realizar eletrocardiogramas seriados (chegada, em seis e em doze horas).

Passo 10 – Definir o diagnóstico da Síndrome Coronariana Aguda sem Supradesnível ST:

Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível ST (IAMSSST)

Angina Instável – considerar os critérios de PROGNÓSTICO de Baixo Risco e Não Baixo Risco.



Iniciar nitroglicerina venosa, antiplaquetários (AAS e clopidogrel), betabloqueador (atenolol ou propranolol) e antitrombóticos (Clexane ou heparina venosa) para os casos de IAMSSST e Angina instável (Não Baixo Risco).

<input type="checkbox"/> Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCASSST) Colher Marcadores de Necrose Miocárdica (CK, CK-MB e Troponina) e ECG seriados			
Marcadores:	Início	6 horas	12 horas
CK			
CK-MB			
Troponina			
<input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores elevados – IAMSSST Solicitar internação em Unidade Coronariana!		<input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores normais – Angina Instável Considerar PROGNÓSTICO	
PROGNÓSTICO:		<input type="checkbox"/> NÃO-BAIXO RISCO	
<input type="checkbox"/> EVOLUÇÃO: <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA. QUAL HOSPITAL? _____		<input type="checkbox"/> ÓBITO	
Dor somente aos esforços.		Idade > 65 anos. Alterações dinâmicas do ECG (ST ou T).	
Angina há mais de duas semanas.		Disfunção aguda de VE (B3, hipotensão, congestão pulmonar).	
Angina progressiva. ECG normal.		Disfunção de músculo papilar.	
Encaminhar para Avaliação não Invasiva!		Solicitar internação em Unidade Coronariana.	

Passo 11 – Estabelecer contato com a Central de Regulação de Leitos para solicitar transferência dos pacientes com indicação de internação hospitalar. Registrar a evolução do caso:

h. Prescrição de rotina PARA atendimento otimizado AOS pacientes com infarto agudo do miocárdio

1. Soro glicosado ou Ringer Lactato para manter acesso venoso.
2. Sinais vitais a cada 90 minutos até estabilizar o quadro, em seguida, a cada quatro horas. Notificar ao médico se FC < 60 ou > 100 bpm, se PAS < 100 ou PAS > 150 mmhg e se FR < 8 ou > 22 irpm.
3. Monitorização cardíaca contínua.
4. Dieta zero ou pequenas quantidades de água (50 ml) até paciente estabilizar o quadro de dor torácica. Após estabilização, iniciar dieta com 2 g de sódio por dia, hipolípídica (< 7% do total de calorias por dia) e baixo colesterol (< 200 mg por dia).
5. Monitorização contínua da oximetria. Cânula nasal de oxigênio a 2 litros por minuto quando estável, durante seis horas. Reavaliar a necessidade de oxigênio (se saturação < 90% em ar ambiente) e considerar a suspensão da oxigenioterapia.
6. Medicações:
 - a. Analgesia com Sulfato de Morfina, via venosa, de 2 a 4 mg, com incrementos de 2 a 8 mg, em intervalos de 5 a 15 minutos.
 - b. Nitroglicerina Venosa nos casos de insuficiência cardíaca, hipertensão ou isquemia persistente.
 - c. Ácido acetil salicílico (AAS) 200 mg de preferência mastigado, seguido de dose de manutenção de 100 mg por dia.
 - d. Beta bloqueador, atenolol 25 mg duas vezes ao dia ou metoprolol 50 a 100 mg duas vezes ao dia; se não houver contra-indicação, como **bradicardia** e **hipotensão**. Administrar na dose adequada através da FC e PA.



- e. Inibidor da enzima conversora (IECA) – captopril 6,25 mg a 50 mg três vezes ao dia.

I. Iniciar IECA nos pacientes com **congestão pulmonar** ou FEVE < 40 % se as seguintes condições não estiverem presentes: **hipotensão** (PAS < 100 mmhg ou 30 mmhg abaixo do nível basal do paciente) ou contra-indicação conhecida ao medicamento.

- f. Bloqueador do receptor da angiotensina (BRA)

- i. Iniciar BRA nos pacientes com intolerância ao IECA, sinais radiológicos de **congestão pulmonar** e FEVE < 40 %.

- g. Heparinização plena – Administração de heparina em bomba infusora: diluir 5 ml de heparina (25.000 UI) em 245 ml de soro glicosado a 5% (solução de 100 UI por ml). Dose inicial de 4.000 UI em bolo com infusão de 800 UI por hora (8 ml/h) em pacientes até 67 kg; acima de 67 kg utilizar bolo de

5.000 UI com infusão de 1.000 UI por hora (10 ml/h). Manter ptt com relação entre 1,5 e 2,5 (50 a 75 s) durante 48 a 72 horas. A heparina está indicada após o uso de rtpa (alteplase) e tenecteplase, ou nos casos de IAM sem supradesnível ST. Após o uso de estreptoquinase não é necessário o uso de heparina.

- h. Ansiolíticos durante as primeiras 24 a 48 horas do início do quadro, de preferência com benzodiazepínicos com meia vida curta.

- i. Laxantes

Não é recomendado o uso de bloqueadores de canais de cálcio nesta fase do IAM!

FC = frequência cardíaca; PAS = pressão arterial sistólica; FR

= frequência respiratória; FEVE = fração de ejeção do ventrículo esquerdo.

Delírio pode ser provocado por medicações usadas na UCC incluindo anti-arrítmicos, bloqueadores H2, opiáceos e betabloqueadores. Haloperidol pode ser iniciado na dose de 2 mg em pacientes com discreta agitação e

De 5 a 10 mg em pacientes mais agitados

i. Indicações para internação hospitalar

Todos os pacientes com diagnóstico de IAM, com ou sem supradesnível de ST, estão indicados para internação hospitalar para avaliação funcional através de ecocardiograma.

Os pacientes com maior risco de mortalidade e que apresentam prioridade para a internação hospitalar incluem a presença de:

Insuficiência cardíaca (taquicardia sinusal persistente por mais de dois dias e estertores crepitantes > 1/3 campos pulmonares);

Taquicardia ventricular recorrente e fibrilação ventricular; Flutter ou fibrilação atrial;

Bloqueios atrioventriculares; IAM de parede anterior; e,



Episódios recorrentes de angina com alterações do segmento ST em atividades com baixa carga.

Pacientes submetidos a uma estratégia de reperfusão miocárdica, precoce e bem sucedida, apresentam um bom prognóstico com relação a complicações tardias; principalmente, na ausência de taquiarritmias ventriculares, hipotensão ou insuficiência cardíaca, cursando com boa fração de ejeção. São bons candidatos a alta do ambiente hospitalar em 5 dias após o início dos sintomas.

j. Indicações para estudo hemodinâmico

Cerca de 80% dos pacientes que apresentam Infarto Agudo do Miocárdio evoluem com estabilidade hemodinâmica, sem sinais de congestão pulmonar e sem angina pós-IAM. Em cerca de 20% dos casos, o estudo hemodinâmico é essencial para a realização de uma terapia de reperfusão mais invasiva (como a cirurgia cardíaca ou a angioplastia). Os pacientes que apresentam contra-indicação à realização de terapia trombolítica também devem ser incluídos neste grupo.

Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Com Supradesnível ST (IAMCSST):

Contra-indicações absolutas à realização de terapia com trombolítico

AVE hemorrágico em qualquer tempo AVE isquêmico há menos de três meses
Neoplasia intracraniana conhecida

Sangramento interno em atividade (exceto menstruação)

Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite Trauma recente ou grande cirurgia < 6 semanas Complicado com Congestão Pulmonar (Killip III)

Complicado com Instabilidade Hemodinâmica (Killip IV) Dor persistente após terapia com trombolítico

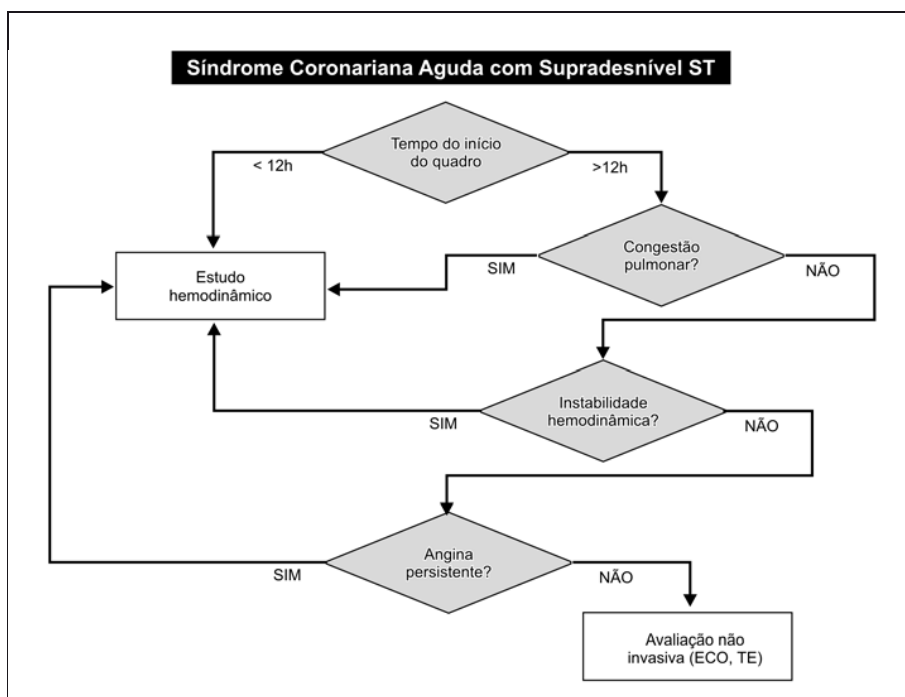
Dor persistente após 12 horas do início do quadro (na ausência de terapia com trombolítico)

Pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio Sem Supradesnível ST (IAMSSST):

Complicado com Congestão Pulmonar (Killip III) nas primeiras 18 horas

Complicado com Instabilidade Hemodinâmica (Killip IV) nas primeiras 18 horas

Dor persistente após 12 horas de terapia otimizada



Algoritmo de indicação de estudo hemodinâmico e de avaliação não invasiva de pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda com supradesnível ST.



I. Anexo – ficha de atendimento À dor torácica



Ficha de atendimento de Dor torácica

ADMISSÃO na UPA: ____/____/____ Hora: ____h ____min	UPA: _____
Nome do Paciente: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Natural: _____
Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____	CNS: _____
Residência: _____	Bairro: _____
Município: _____ UF: _____ CEP: _____	Tel: (____) _____

CARACTERÍSTICAS DA DOR TORÁCICA

LOCALIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> PRECORDIAL <input type="checkbox"/> RETROESTERNAL <input type="checkbox"/> MANDIBULAR <input type="checkbox"/> EPIGÁSTRICA <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> OMBRO <input type="checkbox"/> OUTRAS	QUALIDADE: <input type="checkbox"/> OPRESSIVA <input type="checkbox"/> CONSTRICTIVA <input type="checkbox"/> PESO/APERTO <input type="checkbox"/> RASGANTE <input type="checkbox"/> PONTADA <input type="checkbox"/> QUEIMAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRAS	IRRADIAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> DORSO <input type="checkbox"/> PESCOÇO <input type="checkbox"/> MANDÍBULA <input type="checkbox"/> OMBROS <input type="checkbox"/> AUSENTE	PROVOCADA POR: <input type="checkbox"/> ATIV. HABITUAL <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO FÍSICO <input type="checkbox"/> ATIVIDADE SEXUAL <input type="checkbox"/> ESTRESSE <input type="checkbox"/> REPOUSO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	MELHORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE	PIORA COM: <input type="checkbox"/> ESFORÇO <input type="checkbox"/> POSIÇÃO <input type="checkbox"/> RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> NITRATO <input type="checkbox"/> PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> AUSENTE
--	--	---	---	---	---

Início da dor: ____/____/____ Horário: ____h ____min Delta t do Início da dor: ____horas ____min

HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:

HIPERTENSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INFARTO PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ANGIOPLASTIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DISLIPIDEMIA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	CIR. CARDÍACA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
DIABETES: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	INSUF. RENAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	HEMODIÁLISE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
HIST. FAMILIAR: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	AVE PRÉVIO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	DPOC: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
TABAGISMO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	VASC PERIFÉRICA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

EXAME FÍSICO:

Peso: ____ kg	CONFUSÃO MENTAL: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	ECG: <input type="checkbox"/> Supra ST <input type="checkbox"/> Classe I
Altura: ____ m	DIAFORESE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> BRE <input type="checkbox"/> Classe II
PA = ____/____ mmHg	PERFUSÃO CAPILAR: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Lentificada	<input type="checkbox"/> Infra ST/T <input type="checkbox"/> Classe III
FC = ____ bpm	AV. PULMONAR: Normal: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Classe IV
FR = ____ irpm	Estertores: <input type="checkbox"/> em bases <input type="checkbox"/> > 50% HT	
	AV. CARDÍACA: B3 presente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Horário: ____h ____min
	Turgência Jugular Patológica: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

DIAGNÓSTICO:

☐ Síndrome Coronariana Aguda com Supra ST (SCACSST)
Dor Torácica Isquêmica (> 20 minutos e < 12 horas) + ECG c/ Supra ST

CRITÉRIOS PARA USO DE TROMBOLÍTICO: (Após O₂, AAS, Nitrato e Morfina)

Iniciar trombolítico se todas as respostas SIM (inclusão) e NÃO (exclusão) forem confirmadas.

SIM	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA ISQUÊMICA: dor precordial, retroesternal, mandibular, epigástrica, opressiva, em ardência ou queimação irradiada ou não, sem modificar-se com posição, compressão local ou respiração, com duração maior que 20 minutos <input type="checkbox"/> Tempo de início da dor persistente menor que 12 horas <input type="checkbox"/> ECG com Supra de ST ≥ 2 mm em derivações precordiais (V1 a V6) ou ≥ 1 mm em periféricas (I, aVL ou II, III, aVF)	
NÃO	Absolutas <input type="checkbox"/> AVE hemorrágico em qualquer tempo ou AVE isquêmico < 3 meses <input type="checkbox"/> Neoplasia intracraniana conhecida <input type="checkbox"/> Sangramento interno em atividade (exceto menstruação) <input type="checkbox"/> Suspeita de dissecação aórtica ou pericardite <input type="checkbox"/> Trauma recente ou grande cirurgia < 6 sem	Relativas <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca prolongada (>10 min) <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes orais ou doenças da coagulação <input type="checkbox"/> Gravidez suspeita ou confirmada <input type="checkbox"/> Úlcera péptica em atividade confirmada <input type="checkbox"/> Pressão arterial: PAS > 180 ou PAD > 110 mmHg (após tentativa de tratamento)

Trombólise: ☐ Sim ☐ Não INÍCIO: ____h ____min TÉRMINO: ____h ____min Tipo: ☐ STK ☐ rTPa ☐ TNK
DOR: ☐ Cessou ☐ Melhorou ☐ Persistiu SUPRA ST: ☐ Redução de $\geq 50\%$ ☐ Inalterado
INTERCORRÊNCIAS: ☐ Arritmia ☐ Hipotensão Outros: _____

☐ Síndrome Coronariana Aguda sem Supra ST (SCASSST)

Colher Marcadores de Necrose Miocárdica (CK, CK-MB e Troponina) e ECG seriados

Marcadores: Início 6 horas 12 horas	<input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores elevados – IAMSSST
CK	Solicitar internação em Unidade Coronariana!
CK-MB	<input type="checkbox"/> ECG s/ Supra ST e Marcadores normais – Angina Instável
Troponina	Considerar PROGNÓSTICO

PROGNÓSTICO:

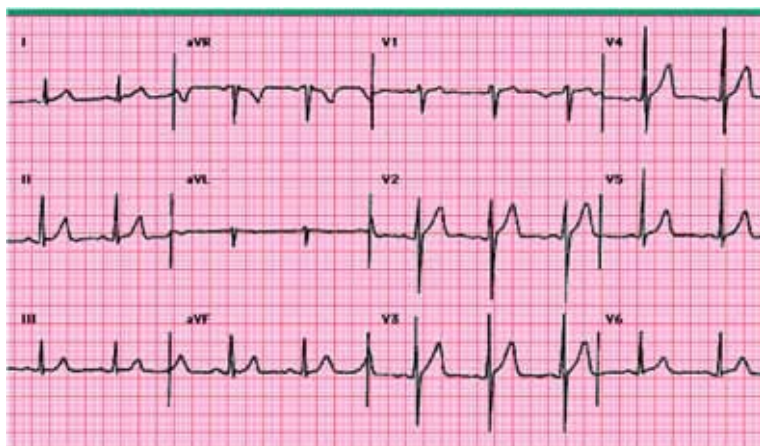
<input type="checkbox"/> BAIXO RISCO Dor somente aos esforços. Angina há mais de duas semanas. Angina progressiva. ECG normal. Encaminhar para Avaliação não Invasiva!	<input type="checkbox"/> NÃO-BAIXO RISCO Dor prolongada (> 20 min) em repouso. Angina de início recente (< duas semanas). Idade > 65 anos. Alterações dinâmicas do ECG (ST ou T). Disfunção aguda de VE (B3, hipotensão, congestão pulmonar). Disfunção de músculo papilar. Solicitar internação em Unidade Coronariana.
--	--

EVOLUÇÃO: ☐ ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA. QUAL HOSPITAL? _____ ☐ ÓBITO

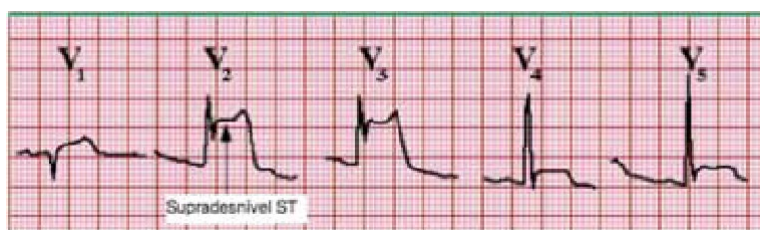
Ficha de atendimento a pacientes com quadro de dor torácica.



a. Traçados de eletrocardiograma com infarto agudo do miocárdio



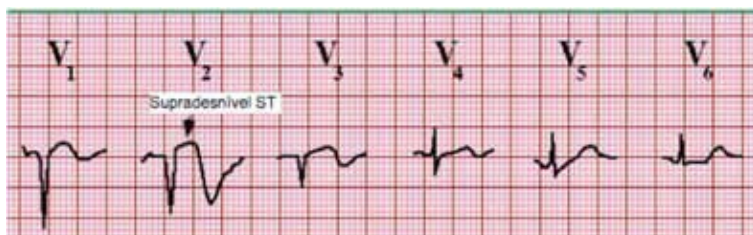
Traçado de eletrocardiograma normal.



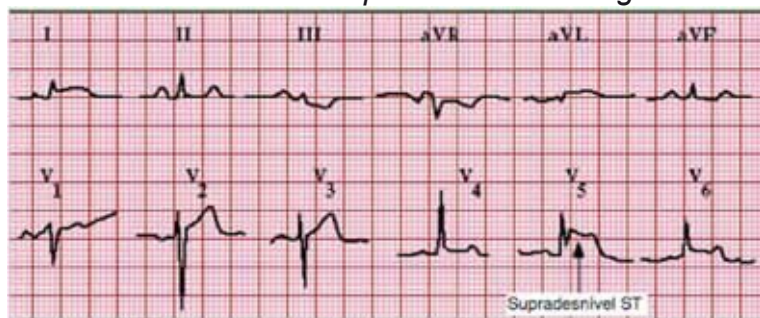
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede anterior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de V2 a V5.



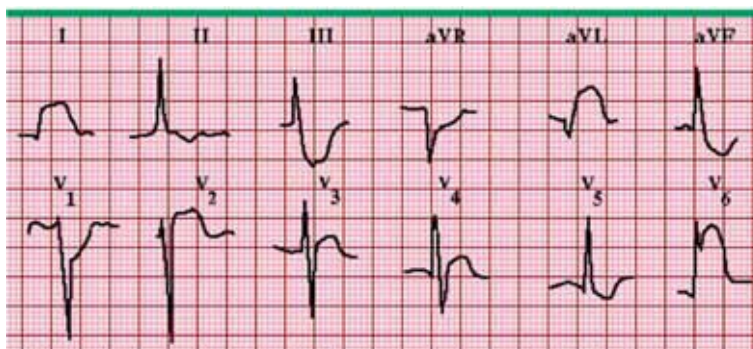
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede anterior na fase subaguda. Pode ser observada a presença de onda Q de V2 a V5. Nesta fase já não há benefício com a utilização de trombolítico, exceto se houver sintoma de isquemia persistente.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede antero septal na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de V2 e V3.



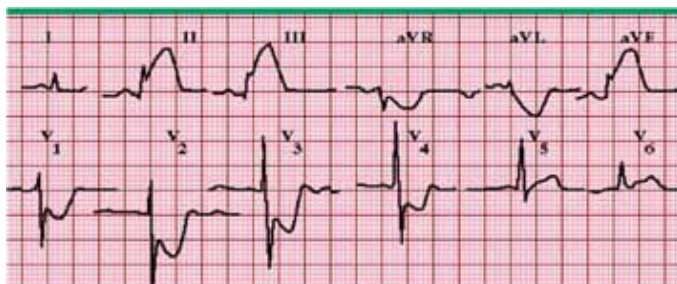
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede Antero lateral na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D1, avl, V5 e V6.



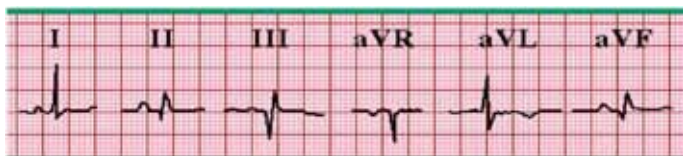
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede lateral na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D1, avl e V6.



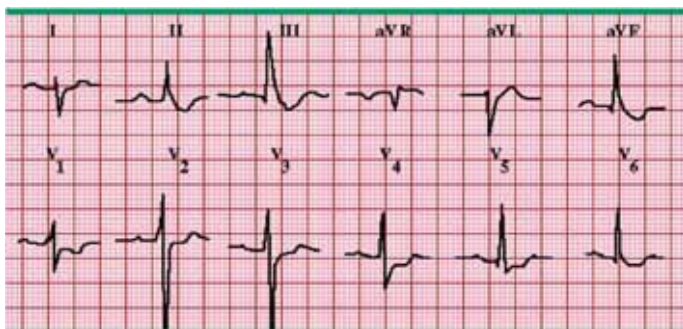
Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede lateral na fase crônica. Pode ser observada a onda Q em D1 e avl.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D2, D3 e avf associado ao infradesnível ST de V1 a V4 e avl (imagem em espelho).



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase crônica. Pode ser observada a onda Q patológica em D2, D3 e avf.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede posterior na fase crônica. Pode ser observada a relação $R/S > 1,0$ em V1.

36. Arritmias cardíacas

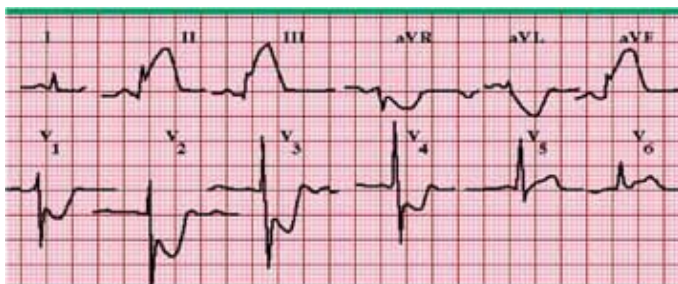
k. Considerações GERAIS

Podem representar ou não situações de emergência.

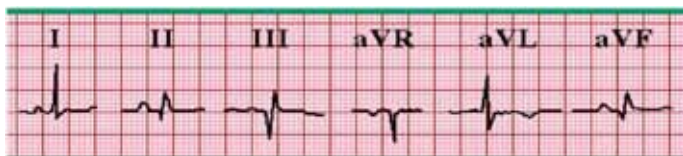
É sempre necessário avaliar o paciente e não só as alterações observadas no ECG.

As arritmias podem reduzir o débito cardíaco quando a frequência cardíaca está elevada ou baixa, produzir instabilidade elétrica do coração e mesmo causarem parada cardíaca.

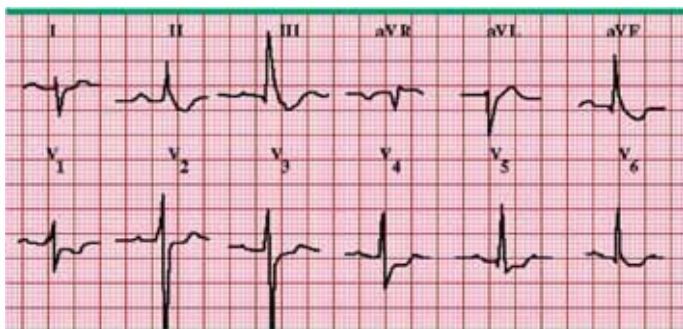
As taquiarritmias podem causar aumento do trabalho cardíaco aumentando o consumo de oxigênio e causando a isquemia miocárdica.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase aguda. Pode ser observado o supradesnível do segmento ST de D2, D3 e avf associado ao infradesnível ST de V1 a V4 e avl (imagem em espelho).



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede inferior na fase crônica. Pode ser observada a onda Q patológica em D2, D3 e avf.



Traçado de eletrocardiograma com infarto de parede posterior na fase crônica. Pode ser observada a relação R/S > 1,0 em V1.

O tratamento de emergência deve ser adequado ao paciente e não a arritmia.

A monitorização cardíaca não fornece informação sobre a atividade contrátil do coração. O paciente pode estar em estado de choque ou mesmo em parada cardíaca com ritmo cardíaco normal.

A instabilidade clínica é evidenciada por um ou mais dos seguintes achados: hipotensão arterial, dor torácica tipo isquêmica, dispnéia, edema agudo de pulmão e sensório alterado.

Causas das arritmias cardíacas

1. Doença Isquêmica do Coração (Infarto Agudo do Miocárdio, Angina Instável, Angina Pectoris)
2. Doença Cardíaca Estrutural (Doença Orovalvar, Miocardiopatias, Cardiopatia Congênita, etc.)



3. Hipoxemia (DPOC descompensado, Embolia Pulmonar, Hemorragia com Choque, Sepsis, etc.)
4. Distúrbio do Sistema Nervoso Autônomo (aumento do tônus vagal ou simpático)
5. Distúrbios Eletrolíticos (especialmente de Potássio, Cálcio e Magnésio)
6. Toxicidade por Drogas ou Medicamentos (Cocaína, Anfetaminas, Anti-arrítmicos, Aminofilina, Agonistas Beta Adrenérgicos, Beta Bloqueadores, Digital e Anti-Depressivos)
7. Envenenamentos
8. Hipotermia

a. Classificação simplificada das ARRITMIAS

Ritmos letais:

Fibrilação ventricular. Taquicardia ventricular. Assistolia.

Atividade elétrica sem pulso.

Ritmos não letais:

Lentos: frequência cardíaca < 60 bpm. Rápidos: frequência cardíaca > 120 bpm.

Sinais e sintomas de instabilidade hemodinâmica

Hipotensão Arterial (PAS < 90 mmHg)
Dor torácica típica (para isquemia)
Desconforto respiratório (Edema Agudo do Pulmão)
Alterações do Nível de Consciência (Agitação psicomotora, Torpor, Coma)

b. Causas das ARRITMIAS cardíacas

Causas associadas a arritmias cardíacas

ARRITMIA	CARACTERÍSTICAS
Bradicardia sinusal (FC < 60 bpm)	Comum em indivíduos normais ou em boas condições físicas (atletas). Pode ser secundária a patologias extracardíacas (meningite, hipertensão intracraniana, hipotireoidismo, etc.), intoxicação medicamentosa (beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio ou parassimpaticomiméticos) ou doença do nódulo sinusal.
Taquicardia sinusal (FC < 100 bpm)	Pode ser secundária a febre, exercícios físicos, emoções, hipoxemia, dor, anemia, choque, hipertireoidismo e resposta a medicamentos.
Fibrilação atrial	Arritmia crônica mais comum. Pode ocorrer em pacientes idosos sem doença cardíaca. Pode ser desencadeada por uso de álcool, hipertireoidismo, doença mitral, embolia pulmonar, cocaína, uso de simpaticomiméticos e doença coronariana (<i>critério de gravidade do infarto agudo do miocárdio</i>).
Flutter atrial	Menos comum que a fibrilação atrial. Ocorre geralmente em associação a doença reumática, insuficiência cardíaca, DPOC ou doença coronariana.
Bloqueio AV de 1º grau e de 2º grau Mobitz I	Ocorre em indivíduos normais. Geralmente está associado ao uso simultâneo de medicamentos que levam a bradicardia (<i>digital, beta bloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio</i>). Pode ser induzido por isquemia miocárdica nos casos de doença coronariana.
Bloqueio AV de 2º grau Mobitz II	Doença orgânica envolvendo o sistema de condução infranodal.
Bloqueio AV de 3º grau Intranodal	Desencadeado pelo uso de digital, bloqueadores dos canais de cálcio, beta bloqueadores ou antidepressivos tricíclicos. Pode



(BAVT)	ocorrer nos casos de IAM da parede inferior (<i>indicado o implante de MP provisório</i>).
Bloqueio AV de 3º grau Infranodal (BAVT)	Presente nos casos de IAM anterior extenso (<i>indicado o implante de MP provisório</i>).
Ritmo juncional	Presente na intoxicação digitalica.
Taquicardia supraventricular paroxística	Frequente em pacientes jovens, geralmente do sexo feminino, sem relato de doença cardíaca estrutural.
Taquicardia ventricular	Geralmente associado a doença cardíaca estrutural (miocardite, doença coronariana, cardiopatia hipertrófica, etc.) Ou elétrica (síndrome do QT longo).

37. Bradiarritmias

c. Considerações GERAIS

São definidas como ritmos apresentando frequência ventricular inferior a 60 bpm.

As anormalidades da condução cardíaca podem ocorrer entre o nódulo sinusal e o átrio, dentro do nódulo AV e intraventriculares.

A doença cardíaca isquêmica envolvendo a coronária direita pode apresentar-se com bradicardia e hipotensão.

A bradicardia sinusal pode ocorrer em atletas em boas condições físicas, não sendo patológica.

C. Causas das ARRITMIAS cardíacas

Causas associadas a arritmias cardíacas

ARRITMIA	CARACTERÍSTICAS
Bradicardia sinusal (FC < 60 bpm)	Comum em indivíduos normais ou em boas condições físicas (atletas). Pode ser secundária a patologias extracardíacas (meningite, hipertensão intracraniana, hipotireoidismo, etc.), intoxicação medicamentosa (beta bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio ou parassimpaticomiméticos) ou doença do nódulo sinusal.
Taquicardia sinusal (FC < 100 bpm)	Pode ser secundária a febre, exercícios físicos, emoções, hipoxemia, dor, anemia, choque, hipertireoidismo e resposta a medicamentos.
Fibrilação atrial	Arritmia crônica mais comum. Pode ocorrer em pacientes idosos sem doença cardíaca. Pode ser desencadeada por uso de álcool, hipertireoidismo, doença mitral, embolia pulmonar, cocaína, uso de simpaticomiméticos e doença coronariana (<i>critério de gravidade do infarto agudo do miocárdio</i>).
Flutter atrial	Menos comum que a fibrilação atrial. Ocorre geralmente em associação a doença reumática, insuficiência cardíaca, DPOC ou doença coronariana.
Bloqueio AV de 1º grau e de 2º grau Mobitz I	Ocorre em indivíduos normais. Geralmente está associado ao uso simultâneo de medicamentos que levam a bradicardia (<i>digital, beta bloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio</i>). Pode ser induzido por isquemia miocárdica nos casos de doença coronariana.
Bloqueio AV de 2º grau Mobitz II	Doença orgânica envolvendo o sistema de condução infranodal.
Bloqueio AV de 3º grau Intranodal (BAVT)	Desencadeado pelo uso de digital, bloqueadores dos canais de cálcio, beta bloqueadores ou antidepressivos tricíclicos. Pode ocorrer nos casos de IAM da parede inferior (<i>indicado o implante de MP provisório</i>).



Bloqueio AV de 3º grau Infranodal (BAVT)	Presente nos casos de IAM anterior extenso (<i>indicado o implante de MP provisório</i>).
Ritmo juncional	Presente na intoxicação digitalica.
Taquicardia supraventricular paroxística	Frequente em pacientes jovens, geralmente do sexo feminino, sem relato de doença cardíaca estrutural.
Taquicardia ventricular	Geralmente associado a doença cardíaca estrutural (miocardite, doença coronariana, cardiopatia hipertrófica, etc.) Ou elétrica (síndrome do QT longo).

a. Quadro clínico

Existe um amplo espectro de sintomas que pode ser atribuído as bradicardias.

Pacientes capazes de aumentar o volume sistólico podem ser assintomáticos.

A presença de hipertensão arterial sistólica isolada não deve ser considerada como emergência hipertensiva e sim como um mecanismo de adaptação à bradicardia, portanto, não deve ser tratada, em especial nos casos de bloqueio átrio ventricular total (BAVT).

A bradicardia pode manifestar-se com fadiga, fraqueza, intolerância ao exercício ou síncope.

Obter história de episódios anteriores de arritmia ou alternância de taquiarritmias ou bradicardia.

Pesquisar doença cardíaca estrutural, hipotireoidismo e cirurgia cardíaca prévia.

Informar-se sobre medicações que afetam o nódulo sinusal ou AV, com ênfase em beta bloqueadores, bloqueadores de canais de cálcio e digitálicos.

Obter ECG de 12 derivações, e verificar as derivações que mostram melhor a atividade atrial (II, III, avf e V1) e procurar evidências de doença coronariana.

Às vezes o episódio de bradicardia é transitório e episódico e o paciente tem que ser monitorizado e observado.

Obter dosagem de eletrólitos e função renal em todos os casos.

b. Conduta na bradicardia com sinais de instabilidade

Determinar se o paciente apresenta sinais de instabilidade. **Não confundir bradicardia por BAV com PCR em assistolia.** Geralmente, os casos de BAV não apresentam instabilidade em repouso e apresentam um bom prognóstico, não sendo necessário o uso de medidas mais invasivas (MP transcutâneo, drogas vasopressoras, ventilação mecânica, etc.).

Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes.

Ventilar com máscara, caso a vítima esteja em apnéia ou apresentando respiração ineficaz.

Suplementar oxigênio 10 a 15 litros por minuto.

Monitorar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Imprimir o traçado da monitorização cardíaca. Adaptar eletrodos do marcapasso externo.



Obter dois acessos venosos periféricos em extremidade superior.

Observar pacientes estáveis mantendo o marcapasso em modo de espera.

Colher sangue para dosagem de eletrólitos no laboratório portátil.

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.

Posicionar os eletrodos auto-adesivos, o anterior sobre o ápex e o posterior diretamente atrás do anterior à esquerda da coluna vertebral.

Intervir imediatamente com o marcapasso externo ou medicamentos em pacientes instáveis:

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes utilizando fentanil 100 µg IV e midazolam 5 mg IV.

Ligar o aparelho e regular a frequência de disparo desejada (geralmente entre 60 e 80/min). Vagarosamente aumentar a corrente até a captura, que é caracterizada por alargamento do complexo QRS, que segue o impulso do marcapasso.

Administrar atropina 1 mg IV em bolus até a dose máxima de 3 mg, caso não haja disponibilidade de marcapasso transcutâneo.

A infusão contínua de dopamina ou adrenalina pode induzir a presença de taquiarritmias ventriculares, portanto, **deve ser evitada por causar mais dano que benefício.**

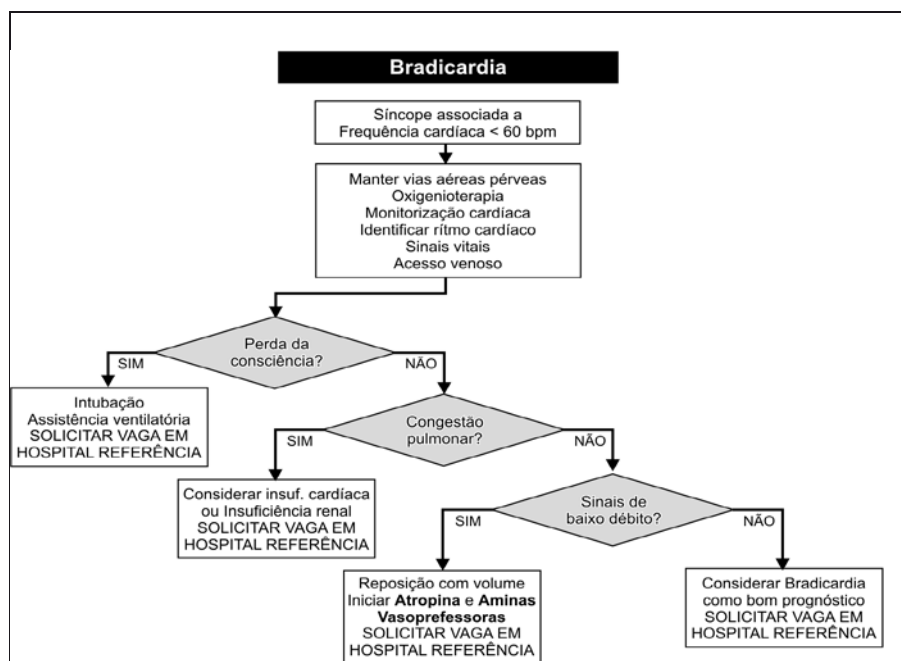
Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

Transferir o enfermo para hospital onde possa ser introduzido MP transvenoso. **A introdução de MP provisório, com eletrodo venoso, deve ser realizado em ambiente hospitalar** devido ao **risco de complicações tais como perfuração miocárdica, tamponamento cardíaco, pneumotórax, hemotórax**, que necessitam de intervenção imediata.

Indicações para implante de marcapasso definitivo

Bradicardia sinusal ou Bloqueio AV sintomático
Bradicardia como resultado de medicação essencial ao paciente
Bloqueio AV avançado com: Assistolia > 3 segundos Ritmo de escape < 40 bpm BAV pós-operatório Doença neuromuscular
BAV completo intermitente
BAV de 2º grau intermitente
Bloqueio de ramo alternante
Síncope recorrente por massagem de seio carotídeo

c. ALGORITMO de bradicardia



Algoritmo de atendimento a pacientes com bradicardia.

38. Taquiarritmias

d. Considerações GERAIS

Frequentemente encontradas nas emergências.

São definidas como ritmos apresentando frequência ventricular superior a 100 bpm.

Podem ser classificadas com base nos complexos QRS, em taquicardia de complexos estreitos (QRS < 120 ms) e de complexos alargados (QRS

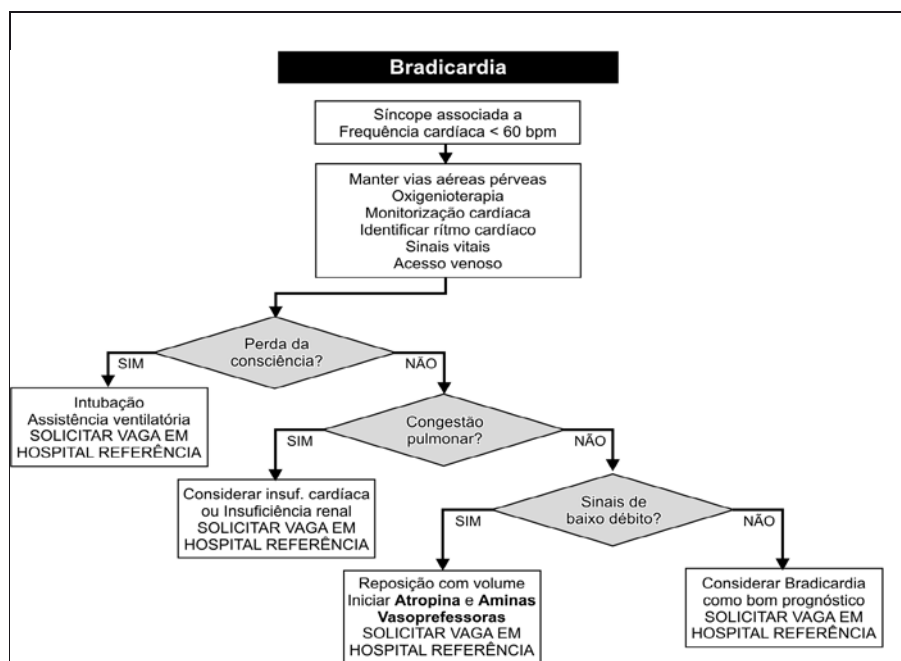
> 120 ms).

A grande maioria é causada por mecanismo de reentrada, outras causas são por aumento da automaticidade.

A forma mais comum de taquicardia paroxística é a supraventricular, que costuma ocorrer em indivíduos sem doença cardíaca estrutural. Começa e termina abruptamente e pode durar de segundos a horas. É causada geralmente por mecanismo de reentrada.

A fibrilação atrial é a arritmia crônica mais comum, afeta cerca de 10% dos indivíduos com mais de 80 anos. Pode ocorrer em pacientes com doença valvular, cardiomiopatia dilatada, hipertensão arterial e doença coronariana e em indivíduos normais.

D. algoritmo de bradicardia



Algoritmo de atendimento a pacientes com bradicardia.

α. Conduta na taquiarritmia instável

Determinar se o paciente apresenta sinais de instabilidade decorrentes da arritmia. Geralmente nestes casos a frequência cardíaca é superior a 150 batimentos por minuto.

Preparar o cardioversor para uso imediato. Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros /min.

Ventilar com máscara, caso a vítima esteja em apnéia ou apresentando respiração ineficaz.

Monitorar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Imprimir o traçado obtido da monitorização cardíaca.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior se possível. Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes utilizando fentanil

100 µg IV e midazolam 5 mg IV.

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas e as medicações de reanimação.

Efetuar imediatamente a cardioversão em pacientes instáveis com 40 J / 80 J / 120 e 150 J (aparelhos bifásicos).

Efetuar a cardioversão em pacientes instáveis mesmo que a arritmia seja a FA com mais de 48 horas de duração, pois neste caso o risco da arritmia ultrapassa o risco da embolização.

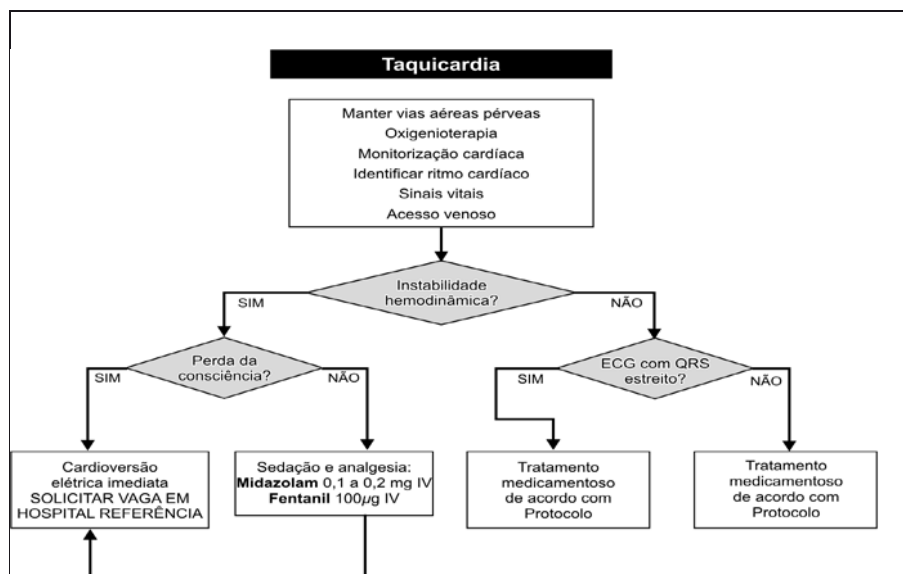


Estar preparado para efetuar reanimação cardiopulmonar. Imprimir o traçado eletrocardiográfico após a cardioversão.

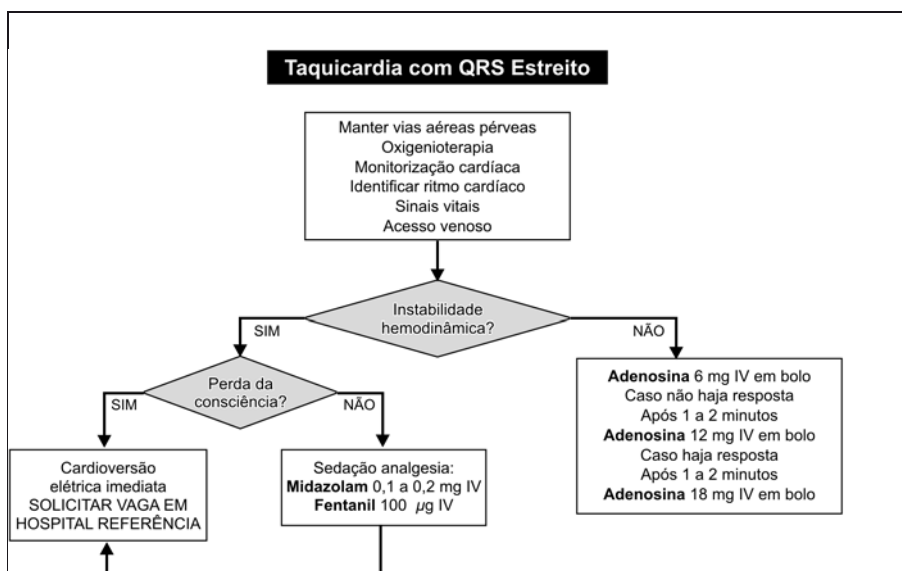
Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir o enfermo para unidade de cuidados intensivos em ambulância UTI.

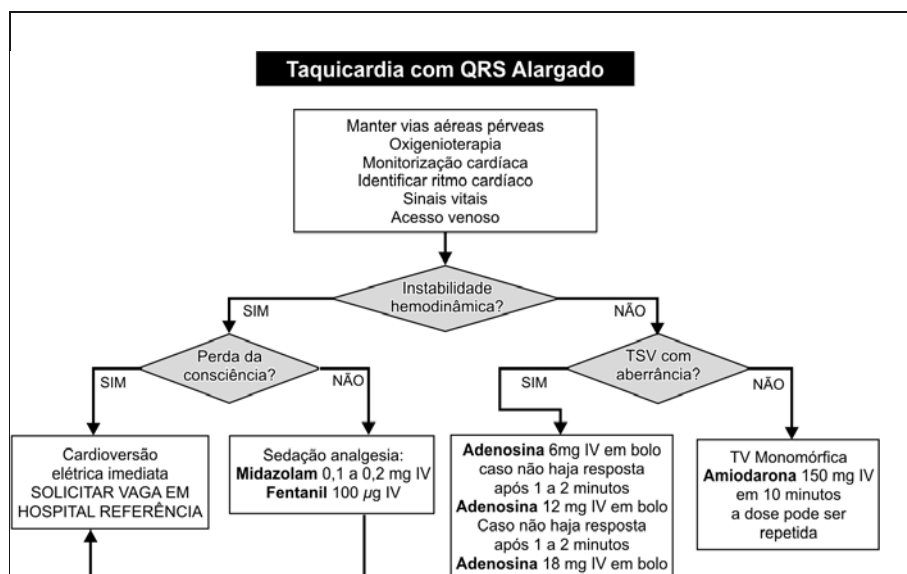
b. ALGORITMOS de taquicardia



Algoritmo de atendimento a taquicardias.



Algoritmo de atendimento a taquicardia com QRS estreito.



Algoritmo de atendimento a taquicardias com QRS alargado.

c. **Conduta na taquiarritmia estável sintomática** Suplementar ox g nio sob máscara em altas concentrações. Manter saturação acima de 92%.

Monitorar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Efetuar eletrocardiograma de 16 derivações.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Estar preparado para efetuar reanimação cardiopulmonar, com desfibrilador, marcapasso externo, material de assistência respiratória e medicamentos de parada.

Avaliar o ritmo presente para definir a conduta.

Administrar adenosina IV nas doses de 6 mg, 12 mg e 18 mg em pacientes sintomáticos com taquicardia paroxística supraventricular.

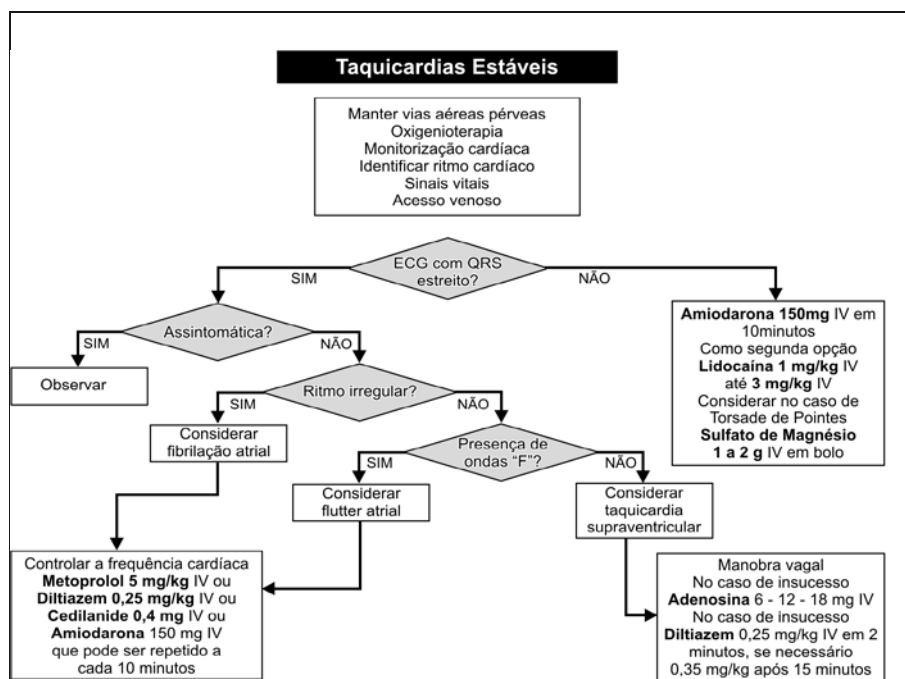
Utilizar amiodarona 300 mg IV em pacientes com taquicardia ventricular. Empregar na fibrilação atrial aguda a amiodarona 5 mg/kg IV.

Controlar a frequência cardíaca na fibrilação atrial sintomática com mais de 24 horas de duração utilizando diltiazem ou digital. No caso de dúvida, estabelecer contato com a Central de Teleconsultoria para definir a necessidade e a possibilidade de anticoagulação para os portadores de fibrilação atrial crônica persistente.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão PNI continuamente monitorizados.

Transferir o enfermo para unidade cardiologia intensiva em ambulância UTI.

d. **ALGORITMO taquicardia estável**



Algoritmo de atendimento a taquicardias estáveis.

Medicamentos com ação anti-arrítmica



MEDICAMENTO	AÇÕES	INDICAÇÕES	DOSE	CONTRA-INDICAÇÕES	EFEITOS DELETÉRIOS
Adenosina Adenocard (2 MI = 6 mg)	Inibe a Automaticidade Do nóculo Sinusal, Deprime a Condução e Prolonga a Refratariedade Do nóculo AV. Início da Ação de 5 a 20 segundos, Com duração Do efeito de 40 segundos.	Taquicardias Supraventriculares por Reentrada. Usada no Diagnóstico diferencial De taquicardias com Complexo QRS Alargado. Possui Eficácia comparável à Do verapamil, porém Com muito mais Segurança. Não atua Em flutter, fibrilação Atrial ou arritmias Ventriculares.	Administrar 6 mg IV em bolo. Caso Não ocorra reversão Da arritmia em 2 Minutos, administrar 12 mg IV, e após 2 minutos mais 18 Mg. Se não houver Resposta após a 3ª dose reavaliar o Diagnóstico. Caso Seja administrada Em veia profunda a Dose inicial deve ser Reduzida para 3 mg.	Cuidado: O Dipiridamol Potencializa os Seus efeitos.	Efeitos colaterais: Geralmente Resolvem de forma Espontânea. Ocorrem em 30% Dos pacientes e Não representam Risco de vida. Os Mais comuns são Dispnéia, rubor Facial, desconforto Torácico, náuseas, Cefaléia, vertigem e Hipotensão arterial.
Amiodarona Ancoron (3 MI = 150 mg)	Prolongamento Do potencial De ação do Miocárdio.	Taquicardias Supraventriculares, Taquicardia	Dose de ataque De 5 mg/kg, em Bolo na PCR ou		Hipotensão arterial Quando administrada Se em bolo.



		Ventricular e fibrilação Ventricular. Eficiente No prolongamento Do período refratário Das vias acessórias Da síndrome de Wolf- Parkinson- White (WPW). Droga de escolha na Fibrilação ventricular e Taquicardia ventricular Refratárias. Não Deve ser usado no Tratamento da fibrilação Atrial com mais de 48 horas de duração Devido ao risco de Reversão da arritmia	Lentament e em Outras arritmias. A Dose de manutençã o Deve ser realizada Através de infusão Contínua de 600 mg A 1 g por 24 horas, De preferênci a em Ambiente hospitalar, Com bomba infusora E em veia profunda. A amiodaron a Produz flebite em Veia periférica.	Pode causar o Prolongament o dos Intervalos PR e QT. Raramente causa Náuseas e vômitos. O uso prolongado Pode produzir Fibrose pulmonar, Depósitos na Córnea, alterações Das enzimas Hepáticas, hipo e Hipertireoidism o e Fotossensibilid ade. Possui efeito Inotrópico Negativo leve.
--	--	---	---	---



		Para ritmo sinusal e Embolia sistêmica.			
Esmolol Brevibloc	Inibição Seletiva dos Receptores Beta1, Reduzido a Condução do Nódulo AV. Possui ação Ultra- curta.	Taquicardias Supraventriculares Para controle da Frequência cardíaca.	Dose de ataque de 500 µg/kg em dois Minutos, seguido De manutenção em Infusão contínua de 25 a 200 µg/kg/min.	Asma brônquica, Choque Cardiogênico E distúrbios de Condução.	Broncoespasmo, Insuficiência Ventricular e Bradicardia.
Lidocaína 2% (10 ml = 200 mg)	Encurtamento Da Repolarização.	Segunda escolha Nos casos de Taquicardia ventricular, Fibrilação ventricular E batimentos Ventriculares Prematuros Sintomáticos.	Dose de ataque de 1 a 2 mg/kg, por Via intravenosa, Administração Lenta. Dose de Manutenção de 1 a 4 mg/kg/min.	A dose deve ser Reduzida nos Casos de choque Cardiogênico E insuficiência Hepática. A droga Não produz efeito Hemodinâmico Relevante.	Desorientação, Euforia, contrações Musculares e Convulsões focais Ou generalizadas.



Metoprolol		Controle da	Dose de	Asma	Asma
Seloken (5		Frequência	ataque de	brônquica,	brônquica,
MI = 5 mg)		cardíaca	5	Choque	Insuficiência
		Nas	Mg IV, com	Cardiogêni	Cardíaca,
		taquicardias	infusão	co	choque
		Supraventricul	Lenta,	E distúrbios	Cardiogênico
		ares.	durante 5	de	E distúrbios de
			Minutos,	Condução.	Condução.
			que pode		
			Ser		
			repetida		
			três		
			Veze, em		
			intervalos		
			De 10		
			minutos.		

MEDICAMEN TO	AÇÕES	INDICAÇÕES	DOSE	CONTRA- INDICAÇÕ S	EFEITOS DELETÉRI OS
Sulfato de	Essencial no	Fibrilação	1 a 2 g de	Hipermagnes	Rubor facial,
Magnésio	Funcioname	ventricular	solução	e-	Sudorese,
A 10% (10	nto	Refratária e	A 50%	Mia	
	Da bomba	taquicardia	em bolo		Bradicardia
		Ventricular , e	na		e
		em	Fibrilaçã		
			o		
			ventricula		
			r		
MI = 1 g)	De sódio e	Especial a	Ou		Hipotensão
		“Torsades	taquicard		arterial.
	Potássio.	Des Pointes”	ia		
	Age		Ventricul		Doses
	Como um		ar		elevadas
	Bloqueador		Sem		Podem
	Dos canais		pulso.		causar
	De cálcio.				Paralisia
					flácida,
					Choque e
					apnéia.
Diltiazem	Bloqueio	Reversão da	Ataque	Hipotensão	Evitar nos
			de 0,25		casos
Balcor (5 ml	Dos canais	Taquicardia	mg/	Arterial e	De
			Kg, em		



= 25 mg)	De cálcio	paroxística Supraventricul ar e Controle da frequencia Ventricular na fibrilação E flutter atrial.	dois minutos E se não houver Resposta após 15 Minutos administr ar Novo bolo de 0,35 Mg/kg. Manter Infusão contínua de 5 a 15 mg/hora.	Depressão Miocárdica.	insuficiência Cardíaca, Hipotensão arterial E na síndrome de Wolf- Parkinson- White associada a Fibrilação ou flutter Atrial. Não utilizar Em taquicardia Ventricular ou Taquicardia s Com complexos Alargados.
----------	-----------	---	--	------------------------------	---

39. Síncope

e. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

A síncope é definida como perda súbita e breve da consciência e do tônus postural, seguida por recuperação completa e rápida, devido a hipoperfusão cerebral transitória.

É condição comum, cerca de 40% da população apresenta pelo menos um evento durante sua vida.

Pode ser a manifestação de uma condição potencialmente grave e letal.

Pode ser dividida em 2 grupos de acordo com a causa:

Cardíaca: mecanismo de interrupção do débito cardíaco, arritmia com repercussão hemodinâmica, estenose valvular, cardiomiopatia hipertrófica, embolia pulmonar e mixomas. Representa mais ou menos 10% das síncopes diagnosticadas.

Não cardíaca: é a forma mais comum sendo chamada de síncope neuro cardiogênica. É causada pela combinação de bradicardia por aumento do tônus vagal e vasodilatação periférica. Alguns estímulos específicos podem desencadear a síncope (micção, defecação, tosse e deglutição). Geralmente tem bom prognóstico.



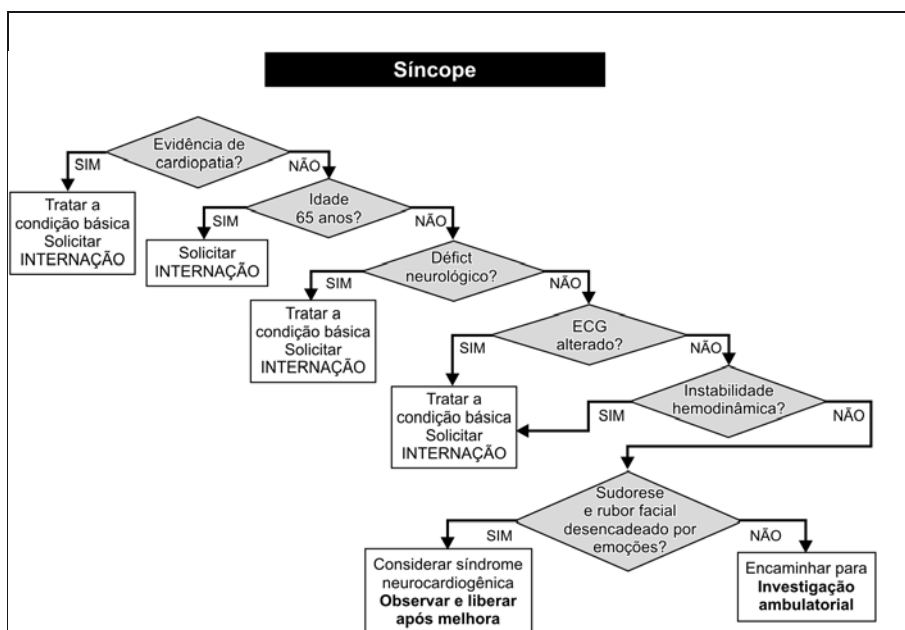
Outras causas de síncope não cardíaca são: hipotensão ortostática, condições neurológicas (TIA ou convulsões) e hipoglicemia.

MEDICAMENTO	AÇÕES	INDICAÇÕES	DOSE	CONTRA-INDICAÇÕES	EFEITOS DELETÉRIOS
Sulfato de Magnésio A 10% (10 ml = 1 g)	Essencial no Funcionamento Da bomba De sódio e Potássio. Age Como um Bloqueador Dos canais De cálcio.	Fibrilação ventricular Refratária e taquicardia Ventricular , e em Especial a “Torsades Des Pointes”	1 a 2 g de solução A 50% em bolo na Fibrilação o ventricula r Ou taquicard ia Ventricul ar Sem pulso.	Hipermagnes e- Mia	Rubor facial, Sudorese, Bradicardia e Hipotensão arterial. Doses elevadas Podem causar Paralisia flácida, Choque e apnéia.
Diltiazem Balcor (5 ml = 25 mg)	Bloqueio Dos canais De cálcio	Reversão da Taquicardia paroxística Supraventricul ar e Controle da frequencia Ventricular na fibrilação E flutter atrial.	Ataque de 0,25 mg/ Kg, em dois minutos E se não houver Resposta após 15 Minutos administr ar Novo	Hipotensão Arterial e Depressão Miocárdica.	Evitar nos casos De insuficiência Cardíaca, Hipotensão arterial E na síndrome de Wolf-



			bolo de 0,35 Mg/kg. Manter Infusão contínua de 5 a 15 mg/hora.	Parkinson- White associada a Fibrilação ou flutter Atrial. Não utilizar Em taquicardia Ventricular ou Taquicardia s Com complexos Alargados.
--	--	--	--	---

α. ALGORITMO de síncope



Algoritmo de atendimento a pacientes com síncope.

b. Quadro clínico

A história e exame físico são as principais ferramentas para identificar as causas da síncope.

Sugerem síncope neuro cardiogênica: sudorese, náusea, rubor facial e emoções ou situação particular agindo como fatores desencadeantes.

Pródromo sensorial, incontinência ou redução do nível de consciência com melhora gradual, sugerem crise convulsiva como causa do quadro.

Os exames de laboratório são geralmente de pouca ajuda, exceto pela glicemia.

c. Conduta

Realizar medidas de suporte básico de vida caso necessário. Manter o paciente em observação.

Avaliar a vítima através de exame físico cuidadoso, aferição ortostática dos sinais vitais e de manobras como Valsalva e “squatting”.

Efetuar ECG de 12 derivações (anormal em 50% dos casos), mas dá o diagnóstico em cerca de 5% dos casos.

Solicitar internação de pacientes apresentando: doença cardíaca conhecida, idade superior a 65 anos, achados neurológicos focais, ECG anormal (insuficiência coronariana aguda, distúrbios do ritmo) e sinais vitais instáveis.

40. Ataque vascular cerebral

d. Considerações Especiais de avaliação

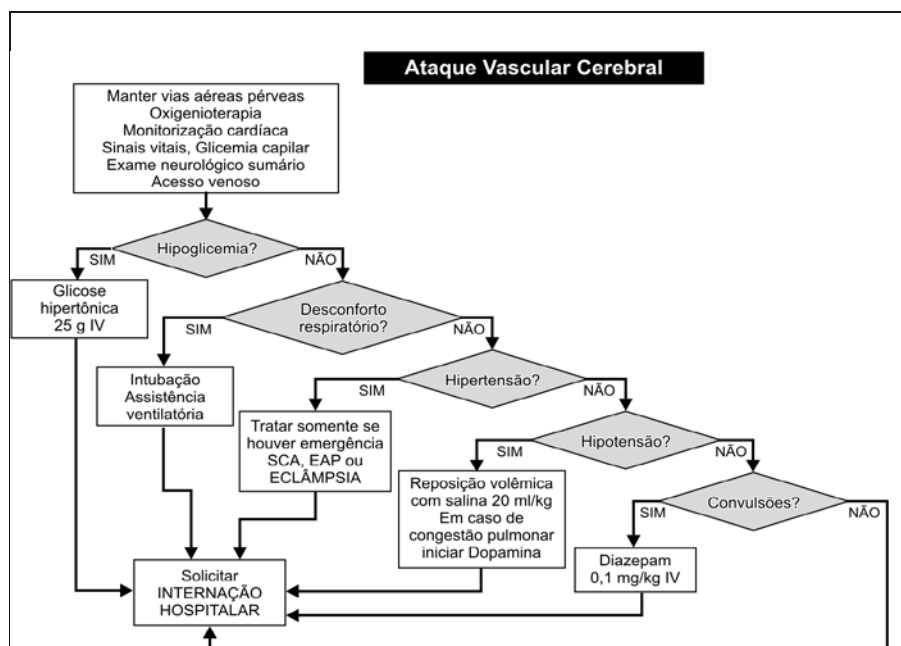
Em 75% dos casos deve-se a trombose ou embolia cerebral.

Estão relacionados a doença aterosclerótica e a problemas cardíacos.



É a 3ª causa de óbito em países desenvolvidos e a principal causa de déficit neurológico crônico. No Estado do Rio de Janeiro, é a principal causa de mortalidade, segundo o DATASUS.

e. algoritmo de ataque cerebral



Algoritmo de atendimento a pacientes com ataque cerebral.

f. Quadro clínico

Considerar em déficit neurológico agudo (focal ou global) ou alteração de nível de consciência.

Nenhum achado clínico pode diferenciar o AVE isquêmico do hemorrágico no ambiente pré-hospitalar.

A presença de cefaléia, náusea, vômitos e alteração do nível de consciência sugerem causa hemorrágica.

São comuns sozinhos ou em combinação: início súbito de hemiparesia, monoparesia ou quadriparesia, disartria, ataxia, perda visual mono ou binocular e diplopia.

g. Conduta

Verificar nível de consciência.

Abrir as vias aéreas com manobra manual caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Verificar a respiração.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros / min a todos os pacientes apresentando respiração espontânea adequada, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir ventilação com BVM e oxigênio caso indicado. Verificar circulação.

Intubar pacientes inconscientes ou que apresentem distúrbios respiratórios graves.



Lembrar que a mortalidade precoce nestes pacientes está associada a distúrbios respiratórios.

Manter a cabeceira elevada a 30° e a cabeça do paciente centralizada. Monitorar o paciente com oxímetro de pulso e cardioscópio.

Radiografar o paciente no leito após a intubação.

Iniciar hiperventilação caso o paciente apresente evidências de herniação cerebral (piora do nível de consciência, midríase unilateral).

Evitar a hiperventilação aplicada de forma rotineira devido ao risco de agravar a isquemia cerebral.

Controlar-se possíveis níveis de paco₂ dos pacientes intubados submetidos à ventilação artificial através do capnógrafo e da gasometria arterial.

Manter os níveis de paco₂ em torno de 40 mmHg ou entre 30 e 35 mmHg caso haja indicação de hiperventilação.

Obter acesso venoso em veia periférica calibrosa de membro superior.

Determinar a glicemia capilar em todos os casos.

Administrar glicose caso a glicemia capilar seja menor que 60 mg%.

Infundir solução salina isotônica, caso a glicemia esteja normal ou elevada, pois soluções hipotônicas ou contendo glicose podem agravar a lesão neurológica.

Reverter imediatamente o estado de choque seguindo os protocolos de hipotensão arterial.

Lembrar que estados de baixo débito cardíaco podem ser a causa de isquemia cerebral e que pacientes com doenças vasculares oclusivas tem o quadro neurológico agravado devido a hipotensão arterial.

Evitar anti-hipertensivos no ambiente pré-hospitalar em pacientes com ataques vasculares cerebrais, pois a hipertensão arterial geralmente é uma resposta compensatória do organismo. A redução excessiva da hipertensão arterial geralmente só agrava o dano isquêmico.

Reduzir a PA agudamente somente se houver outra emergência médica associada como o edema agudo de pulmão ou a isquemia miocárdica.

Controlar convulsões de acordo com o protocolo do serviço.

Efetuar cateterismo vesical de pacientes inconscientes caso o transporte tenha duração prevista maior que quarenta e cinco minutos.

Transportar o paciente rapidamente a hospital de referência equipado com TC e equipe especializada.

Remover rapidamente para o hospital ("load and go") mesmo que aparentemente o quadro não seja crítico, pois o tratamento com trombolítico só é eficaz até três horas do início do quadro.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

41. Emergências hipertensivas

h. Considerações Especiais de avaliação

São condições clínicas nas quais o aumento dos níveis tensionais coloca

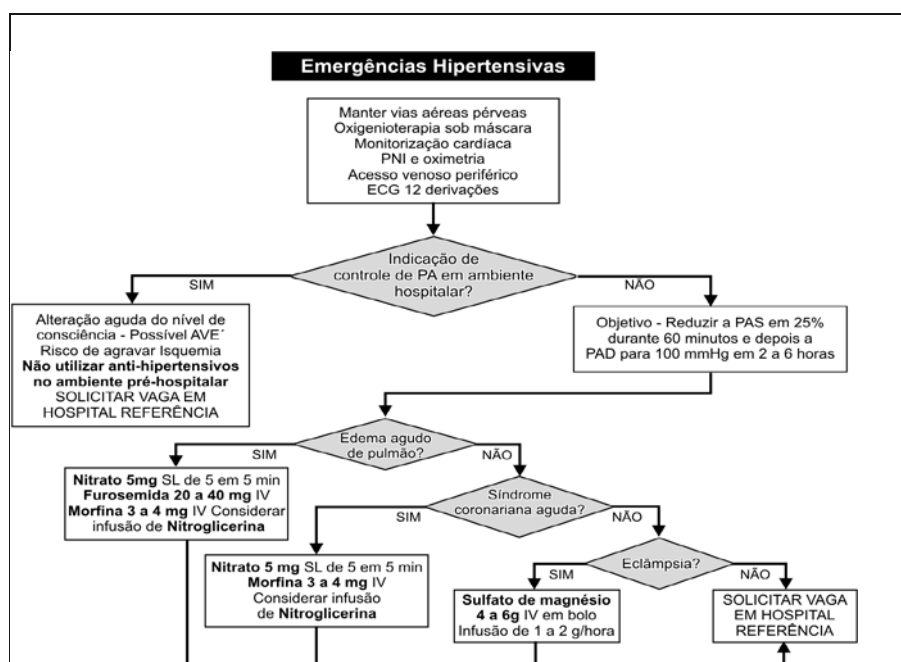
O paciente em risco de vida iminente e/ou o expõe a lesões irreversíveis de órgãos alvo.

Determinam a necessidade de terapêutica agressiva visando a redução dos níveis tensionais no menor tempo possível.

Geralmente nestes casos a pressão arterial diastólica supera 130 mmHg e a sistólica 200 mmHg. Porém, existem situações como a doença hipertensiva específica da gestação em que os níveis tensionais são bem menores.

As emergências são hipertensão arterial associada a: encefalopatia, insuficiência coronariana aguda, hemorragia intracraniana, edema agudo de pulmão, dissecação aórtica e a doença hipertensiva específica da gestação.

i. algoritmo de Emergências hipertensivas



Algoritmo para atendimento aos pacientes com emergências hipertensivas.

Transportar o paciente rapidamente a hospital de referência equipado com TC e equipe especializada.

Remover rapidamente para o hospital ("load and go") mesmo que aparentemente o quadro não seja crítico, pois o tratamento com trombolítico só é eficaz até três horas do início do quadro.

Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

Medicamentos com ação anti-hipertensiva

MEDICAMENTO	AÇÕES	INDICAÇÕES	DOSE	PREPARAÇÃO	EFEITOS DELETÉRIOS
					Hipotensão arterial, náusea e vômitos. Em



Furosemida (2 ml = 20 mg)	Diurético de ação rápida.	Edema Agudo de Pulmão.	40 mg por via intravenosa.		transportes prolongados podem ocorrer desidratação o E hipocalemia com arritmias cardíacas associadas.
Nitratos	Vasodilatador arteriolar e dos vasos de capacitância. Reduz o consumo miocárdico de oxigênio e Aumenta o fluxo sanguíneo para o coração.	Dor torácica típica ou atípica em presença de tensão arterial normal ou elevada; presença de edema agudo de pulmão (de etiologia hipertensiva).	5 mg por via sublingual que pode ser repetido, caso necessário em intervalos de 5 minutos.		Cefaléia e hipotensão arterial, por vezes Acompanha da de bradicardia.
Nitroglicerina (5 ml = 25 mg)	Vasodilatador arteriolar e dos vasos de capacitância. Reduz o consumo miocárdico de oxigênio e Aumenta o fluxo sanguíneo para o coração.	Raramente empregado em atendimento pré-hospitalar primário. Medicamento de escolha no transporte interhospitalar da Dor torácica típica em presença de hipertensão arterial. Observações: não é tão eficaz quanto o	Dose inicial de 5 a 10 µg/Min em infusão venosa contínua, titulando até O máximo de 200 µg/min. Se necessário Aumentar a dose em 10 µg a cada 15 minutos.	Diluyente: 250 ml de solução glicosada Ou isotônica. Frasco de nitroglicerina contém 50 mg. Concentração 50 mg/250 ml = 200 µg/ml (10 µg/min = 3 ml/h).	Cefaléia e hipotensão arterial, por vezes Acompanha da de bradicardia.



		Nitroprussiato de sódio em pacientes com hipertensão arterial grave. Monitorar A tensão arterial continuamente.			
Nitroprussiato de sódio (Frasco = 50 mg)	Atua dilatando diretamente os vasos sanguíneos arteriais e Venosos. Reduz rapidamente a tensão arterial. Fácil de titular, seu efeito desaparece e poucos minutos após a suspensão da infusão.	Transportes Inter-hospitalares de pacientes apresentando dissecção aórtica (associado a beta bloqueador), encefalopatia Hipertensiva, acidente vascular encefálico E insuficiência ventricular esquerda. Observações: raramente empregado no ambiente pré-hospitalar, devido A necessidade de infusão contínua e de ser preparado imediatamente antes da utilização. Depende de bomba	Dose inicial de 0,5 µg/kg/ min que pode Ser aumentada até o máximo de 10 µg/kg/ min. O aumento de dose deve ser efetuado gradualmente A cada 5 minutos com monitorização contínua da tensão arterial, que deve Ser efetuada preferencialmente por método invasivo.	Diluyente: 250 ml de solução glicosada a 5%. O frasco de nitroprussiato contém 50 mg. Concentração: 50 mg/250 ml = 200 µg/ml.	Hipotensão arterial principalmente. Não costumam ocorrer problemas relacionados a toxicidade nas primeiras horas do tratamento.



		infusora E de aparelhage m para monitorar a pressão arterial.			
--	--	---	--	--	--

a. Conduta

Indicar a intervenção pré-hospitalar imediata em emergências hipertensivas associadas à insuficiência ventricular esquerda, insuficiência coronariana aguda, eclâmpsia e suspeita de dissecação aórtica.

Empregar nas emergências sempre um agente titulável e de ação curta como o nitroprussiato de sódio ou a nitroglicerina venosa, mantendo sempre a pressão arterial monitorizada.

Manter a PAM entre 100 e 110 mmHg, pois em níveis pressóricos considerados “normais” alguns pacientes podem apresentar isquemia miocárdica ou do sistema nervoso central.

54. Edema agudo de pulmão hipertensivo

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Apresentação da insuficiência cardíaca Pode ser precipitada por:

- (a) Taquiarritmias
- (b) IAM ou isquemia miocárdica
- (c) Sobrecarga de sódio
- (d) Crise hipertensiva
- (e) Exercício físico extenuante
- (f) Substâncias com ação inotrópica negativa

b. Quadro clínico

Dispnéia severa, escarro espumoso esbranquiçado ou róseo. Taquipnéia, taquicardia, estertores pulmonares, 3ª bulha ou 4ª bulha. Associação com arritmias cardíacas, especialmente fibrilação atrial. Hipertensão arterial é frequente.

História de dispnéia aos esforços e ortopnéia.

c. Conduta

Elevar a cabeceira a quarenta e cinco graus.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com fluxo de dez a quinze litros por minuto.

Abrir vias aéreas de paciente inconsciente com manobra manual. Assistir ventilação de pacientes inconscientes com bolsa e máscara,

Utilizando oxigênio suplementar.



Intubar pacientes com nível de consciência deprimido e assistir a ventilação.

C. Conduta

Indicar a intervenção pré-hospitalar imediata em emergências hipertensivas associadas à insuficiência ventricular esquerda, insuficiência coronariana aguda, eclâmpsia e suspeita de dissecação aórtica.

Empregar nas emergências sempre um agente titulável e de ação curta como o nitroprussiato de sódio ou a nitroglicerina venosa, mantendo sempre a pressão arterial monitorizada.

Manter a PAM entre 100 e 110 mmHg, pois em níveis pressóricos considerados “normais” alguns pacientes podem apresentar isquemia miocárdica ou do sistema nervoso central.

54. Edema agudo de PULMÃO hipertensivo

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Apresentação da insuficiência cardíaca Pode ser precipitada por:

- (a) Taquiarritmias
- (b) IAM ou isquemia miocárdica
- (c) Sobrecarga de sódio
- (d) Crise hipertensiva
- (e) Exercício físico extenuante
- (f) Substâncias com ação inotrópica negativa

b. Quadro clínico

Dispnéia severa, escarro espumoso esbranquiçado ou róseo. Taquipnéia, taquicardia, estertores pulmonares, 3ª bulha ou 4ª bulha. Associação com arritmias cardíacas, especialmente fibrilação atrial. Hipertensão arterial é frequente.

História de dispnéia aos esforços e ortopnéia.

c. Conduta

Elevar a cabeceira a quarenta e cinco graus.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com fluxo de dez a quinze litros por minuto.

Abrir vias aéreas de paciente inconsciente com manobra manual. Assistir ventilação de pacientes inconscientes com bolsa e máscara,

Utilizando oxigênio suplementar.

Intubar pacientes com nível de consciência deprimido e assistir a ventilação.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior com cateter calibroso.

Administrar os seguintes medicamentos:



Sulfato de morfina 2 a 5 mg por via intravenosa, repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg.

Furosemida 40 mg por via intravenosa. Repetir caso necessário após vinte minutos.

Dinitrato de isosorbitol 5 mg SL podendo ser repetido se necessário até o máximo de três vezes a cada cinco minutos.

Iniciar infusão de nitroglicerina IV 10 a 20 µg/min.

Iniciar a ventilação mecânica invasiva em pacientes que não respondem ao tratamento convencional evoluindo com saturação inferior a 90% e/ ou apresentam depressão do sensorio.

Considerar nos pacientes colaborativos a ventilação não invasiva com CPAP.

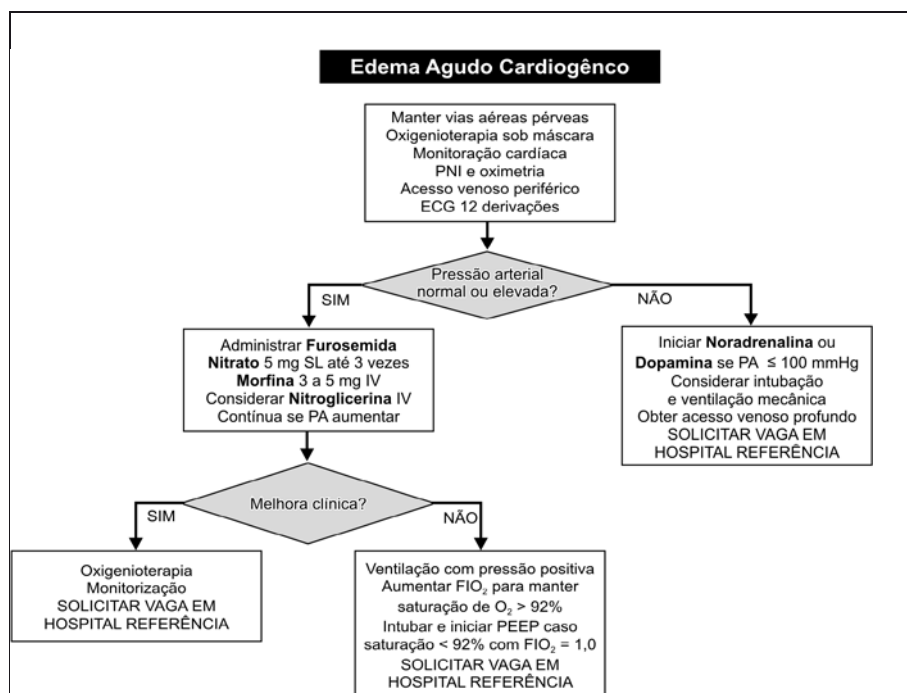
Fazer radiografia de tórax no leito.

Fazer ECG de 12 derivações e dosagem de troponina sérica caso indicado.

Monitorar eletrocardiograma, oximetria de pulso e PNI.

Transferir assim que estabilizado para unidade de cuidados intensivos.

d. ALGORITMO edema agudo de PULMÃO



Algoritmo de atendimento a pacientes com edema agudo de pulmão cardiogênico.

42. Síndrome coronariana aguda associada à hipertensão arterial

a. Conduta

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com fluxo de 10 a 15 litros por minuto.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior com cateter calibroso.

Monitorar eletrocardiograma e oximetria de pulso.



Fazer ECG de 12 derivações e dosagem de troponina sérica.

Adaptar o monitor de pressão arterial não invasiva programando-o para verificar a tensão arterial a cada cinco minutos.

Administrar:

AAS 200 mg por via oral caso não haja contra-indicação.

Dinitrato de isosorbitol 5 mg por via sublingual, repetindo se necessário a cada cinco minutos até três vezes.

Sulfato de morfina 3 a 5 mg por via intravenosa, repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg em casos refratários ao nitrato.

Considerar o uso de metoprolol na dose de 5 mg IV a cada cinco minutos até o máximo de 15 mg caso a frequência cardíaca seja superior a 100 bpm, e não exista contra-indicação.

Iniciar infusão contínua de nitroglicerina IV 10 a 20 µg/min.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Transferir assim que possível para unidade de cuidados intensivos.

43. Doença hipertensiva específica da gestação

b. Quadro clínico

Pré-eclâmpsia: pressão arterial acima de 140/90 mmHg ou elevação da pressão sistólica de 30 mmHg ou da diastólica 15 mmHg acima dos níveis basais. A paciente apresenta edema mais pronunciado na face e nas mãos, acompanhado por queixas de cefaléia, embaçar visual, vômitos e dor epigástrica.

Eclâmpsia: ocorre quando convulsões tônico-clônicas generalizadas associam-se ao quadro descrito.

c. Conduta

Acalmar pacientes lúcidas.

Manter o ambiente tranquilo, pois ruídos e movimentação podem precipitar uma convulsão.

Posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo. Administrar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Adotar inicialmente medidas básicas de permeabilização seguida da intubação orotraqueal, caso a paciente esteja inconsciente (Glasgow ≤ 8) ou com depressão dos reflexos de proteção de vias aéreas.

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e tensão arterial por método não invasivo.

Obter acesso venoso periférico.



Administrar diazepam 0,1 a 0,2 mg/kg por via intravenosa em paciente apresentando convulsões.

Considerar a utilização do sulfato de magnésio na dose de 4 g não excedendo 1 g / minuto.

Utilizar cuidadosamente medicamentos anti-hipertensivos no pré- hospitalar.

44. Dissecção aórtica

a. Considerações GERAIS

A laceração da aorta permite que o sangue alcance a camada média dessa artéria e a separe de sua adventícia.

Não é uma condição incomum.

A mortalidade é elevada nas primeiras horas de evolução.

As dissecções envolvendo a aorta torácica constituem indicação cirúrgica de emergência.

b. Quadro clínico

Apresentação súbita de dor muito intensa localizada geralmente no tórax anterior podendo se irradiar para o pescoço e região interescapular ou abdome.

Dependendo do local de dissecção podem ocorrer: AVE, infarto agudo do miocárdio, síncope, tamponamento cardíaco, paralisias ou paraplegias, insuficiência aórtica aguda, hemotórax, isquemia visceral e de extremidades.

Pesquisar no exame físico: assimetria de pulsos, diferença de pressão arterial nos membros superiores, turgência de jugulares e atrito pericárdico, sopro de regurgitação aórtica, sinais de derrame pleural e déficit neurológico.

Diagnóstico diferencial com IAM, angina instável, AVE e abdome agudo. Geralmente é impossível no ambiente pré-hospitalar.

O diagnóstico de certeza é hospitalar através de TC e ecocardiograma bidimensional.

c. Conduta

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Obter dois acessos venosos periféricos calibrosos.

Efetuar analgesia com sulfato de morfina 2 a 4 mg por via intravenosa, repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg.

Evitar a administração de nitratos e outros medicamentos vasodilatadores que produzam taquicardia.

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e PNI.



Ficar atento ao desenvolvimento de hipotensão arterial durante o atendimento. A rotura do aneurisma pode causar hemorragia interna para cavidade pleural, pericárdica ou retroperitônio.

Fazer radiografia de tórax no leito.

Transportar rapidamente a hospital de referência com cirurgia cardíaca e/ou vascular.

Administrar nitroprussiato de sódio IV em infusão contínua 0,5 a 10 µg/ kg/min associado a beta bloqueador venoso (esmolol é o medicamento de escolha).

Manter a PAM em 70 a 80 mmhg.

45. Insuficiência cardíaca descompensada

d. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

É o resultado final de várias doenças: hipertensão arterial, insuficiência coronariana e outras.

Dependendo do local de dissecação podem ocorrer: AVE, infarto agudo do miocárdio, síncope, tamponamento cardíaco, paralisias ou paraplegias, insuficiência aórtica aguda, hemotórax, isquemia visceral e de extremidades.

Pesquisar no exame físico: assimetria de pulsos, diferença de pressão arterial nos membros superiores, turgência de jugulares e atrito pericárdico, sopro de regurgitação aórtica, sinais de derrame pleural e déficit neurológico.

Diagnóstico diferencial com IAM, angina instável, AVE e abdome agudo. Geralmente é impossível no ambiente pré-hospitalar.

O diagnóstico de certeza é hospitalar através de TC e ecocardiograma bidimensional.

C. Conduta

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros por minuto.

Obter dois acessos venosos periféricos calibrosos.

Efetuar analgesia com sulfato de morfina 2 a 4 mg por via intravenosa, repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg.

Evitar a administração de nitratos e outros medicamentos vasodilatadores que produzam taquicardia.

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e PNI.

Ficar atento ao desenvolvimento de hipotensão arterial durante o atendimento. A rotura do aneurisma pode causar hemorragia interna para cavidade pleural, pericárdica ou retroperitônio.

Fazer radiografia de tórax no leito.

Transportar rapidamente a hospital de referência com cirurgia cardíaca e/ou vascular.

Administrar nitroprussiato de sódio IV em infusão contínua 0,5 a 10 µg/ kg/min associado a beta bloqueador venoso (esmolol é o medicamento de escolha).

Manter a PAM em 70 a 80 mmHg.

46. Embolia pulmonar

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Decorrente do deslocamento de um trombo formado no sistema venoso, geralmente nos leitos íleo-femoral ou pélvico.

A embolização oriunda de trombos do sistema venoso distal de extremidades inferiores é mais rara.

As consequências dependem do tamanho do êmbolo e do estado prévio da vítima.

Êmbolos pequenos obstruem só uma pequena parte da árvore vascular pulmonar causando atelectasia e desequilíbrio V/Q com hipoxemia.

Pode haver ou não infarto pulmonar associado a embolia.

A embolização maciça de 60% da árvore pulmonar causa hipertensão pulmonar aguda, sobrecarga de VD, hipotensão sistêmica e choque.

b. Quadro clínico

Início súbito de: tosse, dispnéia, ansiedade e dor torácica em várias combinações.

Hemoptise e síncope podem ocorrer.

A taquicardia e a taquipnéia são achados comuns.

A radiografia de tórax é anormal na maioria dos casos de infarto pulmonar, mas os achados são inespecíficos. Podem surgir: atelectasias, derrames pleurais e infiltrados pulmonares.

O ECG é geralmente anormal mostrando taquicardia ou alterações difusas de ST-T. O padrão de sobrecarga de VD é mais específico, mas é incomum, a presença de S1/Q3/T3.

Gasometria arterial mostra na maior parte dos casos hipoxemia com $pO_2 < 80$ mmHg.

Os níveis séricos de D Dímero, que é um produto de degradação da fibrina dosado pelo método ELISA tem 95% de sensibilidade para formação de trombo. Se o teste for negativo evita a realização de exames mais invasivos (angiografia).

Os exames mais específicos são disponíveis apenas no hospital, a cintilografia ventilação perfusão, tomografia helicoidal com contraste, ultra-som com doppler e angiografia pulmonar.

Variáveis clínicas para avaliação da probabilidade de embolia pulmonar

VARIÁVEL CLÍNICA	PONTUAÇÃO
Sintomas e sinais de Trombose Venosa Profunda	3,0
Diagnóstico diferencial com menor probabilidade que Embolia	3,0

Pulmonar	
Frequência Cardíaca > 100 bpm	1,5
Imobilização (acamado) > 3 dias ou cirurgia < 4 semanas	1,5
Embolia pulmonar ou Trombose Venosa Profunda prévia	1,5
Hemoptise	1,0
Câncer	1,0

§ A pontuação maior que 4 pontos sugere uma elevada probabilidade de embolia pulmonar.

c. Conduta

Administrar oxigênio suplementar 10 a 15 litros por minuto sob máscara.

Monitorar ECG e oximetria de pulso.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso. Identificar se existe alta probabilidade de embolia pulmonar.

Colher sangue para gasometria arterial, dosagem de D Dímero, hemograma, TAP, PTT, função renal, eletrólitos e glicemia.

Intubar caso haja hipoxemia refratária, hipercapnia com queda do nível de consciência (Glasgow ≤ 8).

Estabilizar hemodinâmica com volume ou infusão contínua de amins caso a hipotensão seja refratária a volume.

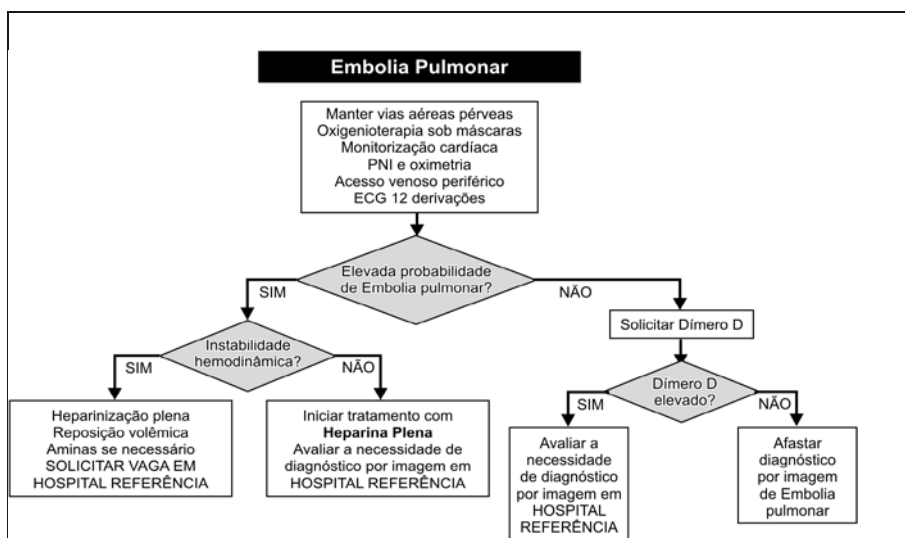
Efetuar radiografia de tórax e ECG de 12 derivações.

Encaminhar pacientes apresentando hipotensão ou choque pós-embolia pulmonar para trombólise.

Iniciar terapêutica anticoagulante com heparina não fracionada na dose inicial de 80 UI/kg IV seguida por infusão de 18 UI/kg/h, ajustando pelo PTT.

Transferir o paciente para hospital de referência com UTI.

d. ALGORITMO de EMBOLIA pulmonar



Algoritmo para avaliação diagnóstica de embolia pulmonar utilizando Dímero D.

47. Aneurisma de aorta abdominal

e. Considerações GERAIS

A maioria dos aneurismas é assintomática e é detectada em exames de rotina.

Cerca de 90% dos aneurismas de aorta são infra-renais.

É uma condição comum que pode estar presente em 5% dos homens acima dos 65 anos de idade.

A ruptura do aneurisma é um quadro muito grave associada a 90% de óbito, antes da chegada ao hospital.

A ruptura do aneurisma pode causar hemorragia interna para cavidade abdominal ou retroperitônio.

f. Quadro clínico

A ruptura do aneurisma é sugerida por quadro de dor súbita muito intensa no dorso, abdome ou flanco e hipotensão.

Dor abdominal ou no dorso na presença de pulsação aórtica proeminente pode indicar expansão rápida do aneurisma.

Embolias periféricas podem ser causadas por aneurismas de aorta. A radiografia de abdome pode indicar a presença do aneurisma.

g. Conduta

Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros por minuto. Obter dois acessos venosos periféricos calibrosos.

Efetuar reposição com cristalóide IV em bolo de modo a manter a perfusão.



Obter hemograma, função renal, eletrólitos e ECG de 12 derivações. Efetuar analgesia com sulfato de morfina 2 a 4 mg por via intravenosa,

Repetindo se necessário até a dose máxima de 10 mg.

Monitorar oximetria de pulso, eletrocardiograma e PNI.

Ficar atento ao desenvolvimento de hipotensão arterial durante o atendimento.

Manter a PAM em 70 a 80 mmHg.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

Fazer radiografia de abdome no leito.

Na suspeita de ruptura ou instabilidade hemodinâmica, o paciente deve ser removido para o hospital para realização de ultra-sonografia abdominal e TC.

Transportar rapidamente a hospital de referência com cirurgia vascular.

48. Pericardite

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

A inflamação aguda do pericárdio (< 2 semanas) pode ser ocasionada por: processo infeccioso, doenças autoimunes (lúpus, artrite reumatóide), neoplasia, pós-irradiação, uremia, pós-IAM ou cirurgia cardíaca.

O tipo mais comum é a pericardite viral, podendo ser causada por: Coxsackie e Echovírus, Epstein Barr, varicela, hepatite, caxumba e HIV. Afeta principalmente homens abaixo de 50 anos.

A pericardite pós-IAM ocorre 5 dias após o IAM e é uma manifestação da necrose transmural.

A síndrome de Dressler ocorre semanas ou meses pós IAM ou cirurgia cardíaca e provavelmente é de origem auto-imune.

A pericardite tuberculosa resulta da disseminação da bactéria por via hematogênica ou linfática.

A pericardite urêmica é uma complicação comum da insuficiência renal e é resolvida com a instituição da diálise.

Raramente pode ocorrer a pericardite bacteriana que é extensão de processo infeccioso pulmonar.

A principal complicação é o tamponamento pericárdico.

b. Quadro clínico

Dor torácica pleurítica e postural, que é aliviada quando o paciente se senta.

A dor é subesternal podendo irradiar-se para pescoço, epigástrio, dorso ou ombros.

Pode haver um atrito pericárdico.

Febre e leucocitose podem estar presentes.

O ECG mostra alterações difusas de ST e T, que apresentam uma

Progressão característica que começam com elevação do ST, seguida por retorno a linha de base e inversão de T. Pode haver evidência de injúria atrial com depressão de PR.

A radiografia de tórax é normal, mas pode mostrar aumento da área cardíaca se houver derrame pericárdico.

A apresentação da pericardite tuberculosa tende a ser subaguda, com sintomas não específicos como febre, perda de peso e fadiga.

A pericardite urêmica pode ter ou não sintomas e o paciente não apresenta febre.

Os pacientes com pericardite neoplásica geralmente apresentam sinais e sintomas decorrentes do comprometimento hemodinâmico (tamponamento) ou da doença de base.

c. Conduta

Avaliar a hemodinâmica procedendo com medidas de estabilização caso necessário.

Solicitar ECG de 12 derivações, hemograma, função renal, troponina e coagulação.

Utilizar medicações analgésicas caso necessário.

Encaminhar o paciente para atendimento em unidade hospitalar de referência.

Diagnóstico diferencial de dor torácica

CAUSA	ATAQUES PRÉVIOS	LOCAL	CARACTERÍSTICA	INÍCIO	DURAÇÃO	ACHADOS ASSOCIADOS	SINAIS	OUTROS
Angina estável	Sim	Retroesternal, irradiando para os braços, dorso, pescoço ou epigástrico	Constritiva Dor surda	Estresse Exercício	2 a 10 minutos	Dispneia, vertigem	Geralmente nenhum. B4 algumas vezes	ECG normal entre ataques Alívio com Nitroglicerina
Infarto Agudo do Miocárdio	Às vezes	Retroesternal, irradiando para os braços, dorso, pescoço ou	Constritiva, piora com o tempo	Não há necessidade de fator precipitante	>30 minutos	Náuseas, vômitos, diaforese, dispnéia	ECG pode ser diagnóstico ou normal	CK, troponina elevados - Necessita de curva



		epigástrico						
Prolapso mitral	Sim	Variável	Variável	Variável	Horas	Dispneia As vezes síncope	Clique ou sopro meso-sistólico	Comum em mulheres jovens ECO é diagnóstico
Estenose aórtica	Sim	Igual a angina	Igual a angina	Variável	Pode ser prolongada	Dispneia Síncope	Sopro sistólico com irradiação para carótidas	Comum em homens ECG mostra HVE ECO é diagnóstico
Pericardite	Sim	Retroesternal	Tipo pleurítico Alivia ao sentar-se	Variável	Horas a dias	Variável	Atrito pericárdico	História de Infecção Respiratória ECG pode ser diagnóstico inespecífico normal ou ECO pode mostrar líquido
Dissecção aórtica	Não	Retroesternal e dorso	Máxima no início	Variável	Horas a dias	IAM, AVE, Isquemia de extremidade e síncope	Diferença de pulsos	Radiografia mostra alargamento de mediastino ou pode ser normal ECG pode mostrar IAM História de Hipertensão ou doença do tecido Conjuntivo
Pleurisia	Algumas vezes	Variável Tórax lateral	Tipo pleurítico piora com a inspiração e tosse	Início súbito	Variável	Dispneia	Tosse e dispneia As vezes atrito pleural	Radiografia mostra derrame pleural



Pneumotórax	É possível	Variável	Tipo pleurítica	Súbito	Variável	Dispneia e tosse Choque se for hipertensivo	Taquicardia Abolição do MV, Hipertimpanismo	Radiografia mostra colapso pulmonar, às vezes desvio de mediastino
Pneumonia	É possível	Sobre o lobo afetado	Tipo pleurítica	Súbito	Variável	Dispneia, febre e tosse	Febre, estertores, atrito pleural	Radiografia mostra infiltrado pulmonar
Esofagite Espasmo esofágico	Geralmente	Retroesternal ou epigástrica	Varia com a alimentação	Gradual	Variável	Sintomas gastrointestinais	Nenhum	Endoscopia mostra alterações Alivia com antiácidos e beta bloqueadores
Embolia pulmonar	Possível	Tórax lateral	Tipo pleurítica	Súbito	Minutos a horas	Dispneia, tosse, taquipnéia E às vezes hemoptise	Hipoxemia e hipocapnia Radiografia Alterada, mas inespecífica ECG mostra taquicardia sinusal Às vezes sobrecarga de VD D-dímero elevado	Diagnóstico com Tomografia Computadorizada, cintigrafia ou ressonância
Músculo esquelética (Síndrome De Tietze, estiramento, fratura de Arco costal)	Às vezes	Junção costocostal, retroesternal e lateral	Tipo pleurítica	Gradual	Variável Piora com movimentação	Posição antálgica	Piora com a palpação dos locais afetados	Sem alterações na radiografia ou ECG

PROTOCOLOS DE DOENÇAS INFECCIOSAS

1. Faringite

a. Considerações gerais de avaliação

É uma inflamação da faringe que pode ser causada por vírus ou bactérias.

As viroses são as causas mais comuns.

É importante tratar as faringites estreptocócicas devido a possibilidade de complicações.

Causas: viroses (Adenovírus, Rinovírus, Epstein Barr Vírus e Citomegalovírus), bacterianas (*Corynebacterium diphtheriae*, *Streptococcus* do Grupo A, C e G, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*) e infecções mistas causadas por bactérias aeróbias/anaeróbias (Angina de Paul Vincent).

Crianças abaixo de dois anos de idade são acometidas em sua totalidade por vírus, mesmo que haja presença de exsudato.

b. Quadro clínico

Odinofagia e febre.

Linfadenopatia cervical dolorosa ou não. Eritema de faringe com ou sem exsudato.

Quadro clínico das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	QUADRO CLÍNICO
Adenovírus, Rinovírus	Febre < 38 graus Presença de tosse e coriza Pode haver exsudato
<i>Streptococcus</i> do Grupo A	Febre > 38,9 graus Linfonodos cervicais anteriores dolorosos Exsudato tonsilar Algumas vezes rash escarlatiniforme
Mononucleose – Epstein Barr Vírus	Febre Mal estar Faringite exsudativa Adenomegalia posterior Esplenomegalia
Difteria <i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Considerar em casos de faringite exsudativa em pacientes sem imunização adequada Exsudato acinzentado firmemente aderido à mucosa da faringe ou a tonsila Toxemia e taquicardia, muito maiores que o esperado para o grau de febre presente (dissociação clínico-temperatura)
Angina de Paul Vincent	Halitose Febre baixa Linfadenopatia cervical Faringite membranosa com membrana acinzentada

<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Tende a ter uma apresentação mais benigna que a estreptocócica História epidemiológica
------------------------------	---

c. Conduta EM casos não complicados

Iniciar tratamento empírico em crianças e adultos jovens com quadro clínico sugestivo de faringite por *Streptococos* do Grupo A, C e G.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos ou AINE), caso indicado.

Pesquisar história de febre reumática ou doença valvular.

Efetuar Gram e cultura se houver suspeita de faringite gonocócica e iniciar tratamento específico.

Colher sangue para hemograma em pacientes com febre alta ou quando houver suspeita de mononucleose infecciosa.

Internar os pacientes com suspeita clínica de difteria, Angina de Paul Vincent ou abscesso.

Tratamento das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
Adenovírus, Rinovírus	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal.
<i>Streptococos</i> do Grupo A, C e G	Penicilina V 500 mg 12 em 12 horas, durante 10 dias ou azitromicina 500 mg VO durante cinco dias. A penicilina é a droga de escolha, não havendo relato em literatura de resistência antimicrobiana.
Mononucleose	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal. NUNCA FAZER AMPICILINA OU AMOXICILINA!
Difteria	Internar, instalar precaução de contato e por gotícula e iniciar penicilina cristalina 100.000 UI/kg/dia (dividido em quatro tomadas) e iniciar/ administrar SAD (soro antidiftérico).
Angina de Vincent	Internar e iniciar penicilina cristalina 4 milhões UI de 4 em 4 horas ou clindamicina 600 mg IV de 8 em 8 horas.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxone 125 mg IM dose única associado a azitromicina 1g dose única.

2. Sinusite

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Os seios paranasais (maxilar, frontal etmoidal e esfenóide), normalmente possuem ar em seu interior e tem comunicação com as narinas.

As sinusites ocorrem devido à obstrução destas comunicações. Os seios se enchem de secreção purulenta.

Causas: Pneumococo, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*
E Gram positivos.

A sinusite maxilar é a mais comum.

A sinusite crônica é definida com infecções que persistem por 3 meses ou mais.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos ou AINE), caso indicado.

Pesquisar história de febre reumática ou doença valvular.

Efetuar Gram e cultura se houver suspeita de faringite gonocócica e iniciar tratamento específico.

Colher sangue para hemograma em pacientes com febre alta ou quando houver suspeita de mononucleose infecciosa.

Internar os pacientes com suspeita clínica de difteria, Angina de Paul Vincent ou abscesso.

Tratamento das faringites de acordo com o agente etiológico

AGENTE ETIOLÓGICO	TRATAMENTO
Adenovírus, Rinovírus	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal.
<i>Streptococcus</i> do Grupo A, C e G	Penicilina V 500 mg 12 em 12 horas, durante 10 dias ou azitromicina 500 mg VO durante cinco dias. A penicilina é a droga de escolha, não havendo relato em literatura de resistência antimicrobiana.
Mononucleose	Sintomático. Gargarejo com água morna e sal. NUNCA FAZER AMPICILINA OU AMOXICILINA!
Difteria	Internar, instalar precaução de contato e por gotícula e iniciar penicilina cristalina 100.000 UI/kg/dia (dividido em quatro tomadas) e iniciar/ administrar SAD (soro antidiftérico).
Angina de Vincent	Internar e iniciar penicilina cristalina 4 milhões UI de 4 em 4 horas ou clindamicina 600 mg IV de 8 em 8 horas.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>	Ceftriaxone 125 mg IM dose única associado a azitromicina 1g dose única.

3. Bronquite aguda

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Inflamação dos brônquios.

Geralmente é causada por infecções virais como rinovírus, influenza ou parainfluenza e vírus sincicial respiratório.

Causas menos frequentes são: *Mycoplasma pneumoniae* e *Bordetella pertussis* (agente etiológico da coqueluche).

Na presença de sibilos suspeitar de asma (cerca de 33% dos pacientes com sintomas de bronquite tem asma).

b. Quadro clínico

Início agudo de tosse, produção de escarro e sintomas de infecção de trato respiratório superior, menos de 10% dos pacientes apresenta febre.

A tosse geralmente é produtiva, podendo durar várias semanas.

O aspecto do escarro não é importante no diagnóstico diferencial com pneumonia.

Sugere pneumonia: febre > 38° C, FC > 100/min e FR > 24/min.

c. Conduta

Efetuar tratamento sintomático.

Em adultos considerar uso de agentes supressores da tosse.

Indicar radiografia de tórax se o paciente apresentar sinais de pneumonia.

Afastar pneumonia clinicamente ou através de radiografia.

Iniciar antibióticos apenas se houver pneumonia ou suspeita de coqueluche.

Monitorizar paciente com oxímetro se ele apresentar dispnéia ou taquipnéia.

Administrar broncodilatadores em pacientes com evidência de broncoespasmo.

4. Pneumonia comunitária no paciente imunocompetente

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Pneumonia que ocorre fora do hospital ou menos de 48 horas após a internação.

Mortalidade varia de 1% (pacientes que não requerem hospitalização) a 14% (pacientes que necessitam de hospitalização).

Fatores de risco para mortalidade são: idade avançada, alcoolismo, comorbidades, alteração do nível de consciência, taquipnéia (maior que 30 irpm em adultos) e hipotensão arterial (< 90 mmhg).

A história, radiografias de tórax e exame físico; não são suficientes para permitir a identificação do agente etiológico da pneumonia.

As bactérias são as principais causas identificadas de pneumonia comunitária. O pneumococo responde por dois terços dos casos. Outras causas comuns são o *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae* e outros Gram negativos.

Indivíduos com ICC, diabetes mellitus, SIDA, DPOC, portadores de câncer, esplenectomizados e tabagistas são doenças associadas ao aumento da gravidade.



e. Quadro clínico no paciente imunocompetente

Febre e tosse que pode ou não ser produtiva. Taquicardia e graus variáveis de dispnéia.

Outros sintomas e sinais podem estar presentes: calafrios, dor pleurítica, mialgias, anorexia, queda na saturação de oxigênio.

Radiografia de tórax mostra um infiltrado pulmonar novo e em alguns casos derrame pleural parapneumônico.

Pneumonias lobares apresentam sinais de consolidação: sopro tubário, frêmito vocal e egofonia (voz anasalada).

Broncopneumonias cursam geralmente com estertores pulmonares e roncos, mas sem sinais de consolidação.

Pneumonias intersticiais podem apresentar estertores pulmonares ou ausculta pulmonar normal.

Empiemas são mais frequentes em infecções por *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e por germes anaeróbios.

São sinais de gravidade em crianças:

Taquipnéia

Menores de 2 meses FR > 60 irpm de 2 a 12 meses FR > 50 irpm de 12 meses a 5 anos FR > 40 irpm de 5 a 16 anos FR > 28 irpm

Cianose, desconforto respiratório com batimento de asa de nariz, gemência, retrações inter ou subcostais.

Alteração do sensorio com agitação ou sonolência. Convulsões.

Desidratação ou não aceitação de líquidos. Toxemia.

Febre > 38,5°C ou hipotermia em jovens e lactentes.

f. Conduta

Classificar o risco do paciente. Avaliar o paciente clinicamente.

Solicitar radiografias de tórax em PA e perfil, quando possível (pacientes instáveis tem necessidade de fazer a radiografia no leito em AP).

Verificar a presença de sinais de alerta da gravidade da doença que indiquem a necessidade de internação hospitalar.

Monitorizar a oximetria de pulso.

Obter sangue arterial para gasometria de pacientes apresentando um ou mais dos seguintes achados: dispnéia intensa, hipotensão arterial, alteração do nível de consciência e queda na saturação da hemoglobina.

Enviar amostra de sangue para hemograma. Determinar a necessidade de internação hospitalar.

Colher secreção traqueal (quando possível) para Gram do escarro.

Solicitar cultura do escarro em pacientes com indicação de internação hospitalar. A amostra deve ser obtida antes do início dos antibióticos.

Efetuar duas hemoculturas em pacientes que necessitam de hospitalização.

Aplicar oxigênio sob máscara em pacientes apresentando hipotensão arterial, dispnéia ou queda na saturação.

Adotar o protocolo de insuficiência respiratória caso necessário.

Obter acesso venoso em pacientes que necessitarão de internação hospitalar.

Iniciar antibióticos por ***via intravenosa*** em pacientes que serão hospitalizados: **amoxicilina/clavulanato** 1g IV de 8 em 8 horas, associado a **azitromicina** 500 mg uma vez por dia, ou monoterapia com uma quinolona respiratória **levofloxacina** 750 mg por dia.

Iniciar antibióticos por ***via oral*** em pacientes que serão tratados ambulatorialmente, **azitromicina** na ausência de comorbidades ou **amoxicilina-clavulanato** associados a **azitromicina** ou monoterapia com **levofloxacina** 500 mg/dia.

Nos pacientes < 28 dias internar sempre em UTI com: **ampicilina** – 200 mg/kg por dia IV, de 8 em 8 horas (< 7 dias) ou de 6 em 6 horas (> 7 dias) + **gentamicina** – 7,5 mg/kg por dose de 24 em 24 horas ou **cefotaxima** - 150 mg/kg por dia IV de 12 em 12 horas (< 7 dias) ou 8 em 8 horas (> 7 dias).

Entre 28 dias e 3 meses – Internar sempre. Em CTI, apenas os graves. Usar **ampicilina e gentamicina**, em posologia descrita no item anterior.

Para maiores de 3 meses iniciar: **ampicilina** 200 mg/kg por dia, dividido de 6 em 6 horas ou **amoxicilina + clavulanato** 90 mg/kg por dia IV de 8 em 8 horas.

Indicação de internação em crianças:

Idade menor que 3 meses, independente do comprometimento geral;

Recusa alimentar, vômitos frequentes;

Resposta inadequada à terapêutica inicial e/ou evolução arrastada ou recorrente na mesma localização;

Desconforto respiratório com taquidispnéia, gemência, batimento de asa de nariz (com ou sem cianose);

Necessidade de oxigenioterapia suplementar;

Alterações de sensório com letargia, irritabilidade e sinais de toxemia.

5. Cistite

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Cistite é um tipo de infecção urinária não complicada restrita a bexiga.

Afeta as mulheres mais frequentemente que aos homens.

A maior parte dos casos deve-se a infecção bacteriana por Gram negativos (Enterobactérias) como *Escherichia coli* (80%), *Proteus mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae*.

b. Quadro clínico

Disúria e polaciúria.

Alguns pacientes reportam turvamento e escurecimento da urina. Desconforto suprapúbico é comum.

Presença de febre > 38° C e toxemia sugerem a ocorrência de pielonefrite.

c. Conduta

Colher urina para realização de EAS.

Indicar a realização de urinoculturas APENAS nos seguintes casos: suspeita de pielonefrite aguda, gestantes, necessidade de hospitalização, crianças e adultos do sexo masculino.

Iniciar antibioticoterapia seguindo as indicações da tabela abaixo.

Tratamento das cistites de acordo com o agente etiológico

PACIENTE	TRATAMENTO
Mulheres não Gestantes	Sintomático. SMX-TMP – 1 comprimido VO 12 em 12 horas, durante 3 dias. Ciprofloxacina – 250 mg VO de 12 em 12 horas, durante 3 dias.
Gestantes	Amoxicilina 500 mg VO de 8 em 8 horas por 7 dias. Ou cefalexina 500 mg VO 6 em 6 horas por 7 dias.

6. Pielonefrite

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Infecção urinária afetando o rim, provocada por bactérias. Afeta as mulheres mais frequentemente que aos homens. As gestantes são particularmente predispostas.

É causada pelas mesmas bactérias responsáveis pela cistite, pois a infecção vai da bexiga para o rim através do ureter.

A maior parte dos casos deve-se a infecção bacteriana por Gram negativos como *Escherichia coli* (80%), *Proteus mirabilis* e *Klebsiella pneumoniae*.

e. Quadro clínico Disúria e polaciúria. Dor no flanco.

7. Doença inflamatória pélvica

f. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Infecção do trato genital superior feminino, que é precedida geralmente por cervicite.

É polimicrobiana e associa-se com os organismos transmitidos sexualmente *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* e outros organismos endógenos como anaeróbios, estreptococos e gram negativos.

É mais frequente na mulher jovem, nulípara e com múltiplos parceiros sexuais.

Pode complicar-se com peritonite, abscesso tubo-ovariano e infertilidade.

g. Quadro clínico

Início gradual de dor pélvica e abdominal baixa que aumenta em intensidade, distúrbios menstruais e corrimento vaginal purulento.

Algumas pacientes apresentam febre alta, náuseas e vômitos.

A paciente apresenta dor ao exame vaginal e particularmente com a movimentação do colo do útero.

Pode haver massa palpável (abscesso tubo-ovariano). Diagnósticos diferenciais: apendicite e prenhez ectópica.

h. Conduta

Encaminhar pacientes para diagnóstico em hospital de referência.

Indicar a internação das pacientes com: náuseas e vômitos intensos, gravemente doentes, abscesso tubo-ovariano, HIV positivas, adolescentes, incerteza diagnóstica e nas gestantes.

Administrar em pacientes com indicação de internação antibióticos parenterais durante pelo menos 48h.

Considerar cirurgia se a condição da paciente continuar deteriorando apesar do tratamento hospitalar.

Esquema antibiótico para tratamento de doença inflamatória pélvica

ESQUEMA	ANTIBIÓTICO	DOSE
Tratamento Ambulatorial (1ª opção)	Ceftriaxone + Doxicilina + Metronidazol	250 mg IM dose única 100 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias
Tratamento Ambulatorial (2ª opção)	Levofloxacina + Metronidazol	500 mg VO de 24 em 24 horas por 14 dias 500 mg VO de 12 em 12 horas por 14 dias
Tratamento Hospitalar	Clindamicina + Gentamicina	900 mg IV de 8 em 8 horas Dose de ataque de 2 mg/kg, seguido de 1,5 mg/kg de 8 em 8 horas

8. Meningite

A Quadro clínico

Febre.

Rigidez de nuca ou abaulamento de fontanela em lactentes jovens. Cefaléia.



Alterações do sensório. Vômitos.

Líquor alterado (a punção lombar deverá ser efetuada em ambiente hospitalar sendo a única forma de confirmação diagnóstica e sua etiologia).

NÃO REALIZAR PUNÇÃO LOMBAR NAS UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.

g. Conduta

Observando cuidados de isolamento por gotículas (uso de máscara cirúrgica nos profissionais de saúde)

Avaliar a respiração.

Administrar O₂ através de máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração adequada.

Assistir a ventilação com bolsa e máscara, caso necessário, sempre utilizando oxigênio suplementar.

Avaliar a circulação.

Obter acesso venoso periférico.

Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior. Obter amostra de sangue para: hemograma, glicemia, natremia,

Calemia, gasometria, creatinina e uréia, TAP e PTT e hemocultura.

Verificar sinais vitais, inclusive temperatura corporal e PA. Atenção aos sinais de HIC – Hipertensão Intracraniana.

EXPANSÃO VOLUMÉTRICA DE 20 a 40 ml/kg EM 1 HORA, OBSERVANDO DÉBITO URINÁRIO.

Infundir solução cristalóide, para repor volemia em bolus.

Evitar soluções glicosadas ou hipotônicas, exceto, se indicado pelos exames de laboratório.

Procurar por sinais de localização, como estado de consciência, pupilas alteradas e crises convulsivas no exame neurológico.

Obter duas hemoculturas.

Iniciar antibiótico IV nos primeiros 30 minutos é fundamental. O início da antibioticoterapia não deve ser postergado NUNCA. Mesmo sem a realização de punção lombar prévia. Providenciar sempre dois acessos venosos antes do transporte.

Transferir o paciente para hospital de referência visando a realização de TC e posteriormente de punção lombar, após introdução de antibioticoterapia, quando indicada.

Tratamento das meningites de acordo com o agente etiológico e faixa etária

IDADE	AGENTE	ANTIBIÓTICO	OPÇÃO
-------	--------	-------------	-------



	ETIOLÓGICO		
Pré termo a 1 mês	Estreptococo grupo B. Listeria. Gram negativo e positivo	Ampicilina + Cefotaxime	Ampicilina + Gentamicina
1 mês a 50 anos	Meningococo, Pneumococo e <i>Hemophilus Influenzae</i>	Ceftriaxone + Dexametasona 0,15 mg/kg 6/6 h durante 2 dias	Meropenem + Vancomicina
> 50 anos	Pneumococo, Listeria e Bacilos gram negativos	Ampicilina + Ceftriaxone	Meropenem + Vancomicina

9. Endocardite infecciosa

a. Considerações gerais de avaliação

Divide-se em endocardite de válvula nativa e de válvula protética.

A endocardite de válvula nativa representa 70% dos casos e os pacientes geralmente tem doenças predisponentes como: febre reumática, patologias congênitas, uso de drogas IV ou doença periodontica.

Usuários de drogas venosas apresentam risco de doença na válvula tricúspide e 50% dos casos são causados por *Staphylococcus aureus*.

b. Quadro clínico

A doença pode apresentar-se de forma aguda ou subaguda.

A forma aguda geralmente associa-se com infecções por bactérias agressivas como o *Staphylococcus aureus*.

Na forma aguda o paciente apresenta febre alta, deterioração hemodinâmica.

A forma subaguda associa-se com organismos menos virulentos como o *Streptococcus viridans*, com as complicações desenvolvendo-se ao longo de semanas ou meses.

A bacteremia causa febre > 38° C (em 90% dos casos), calafrios e fadiga.

Sopros cardíacos ocorrem em 85% dos pacientes e sinais de ICC (70% dos casos), e representam a destruição da válvula sendo a principal causa de óbito.

A embolização arterial é a segunda complicação mais comum e pode afetar: o cérebro (AVE embólico), pulmões (infarto pulmonar e pneumonia), baço e os rins.

Diagnóstico baseia-se em resultados de hemoculturas e do ecocardiograma.

A realização do ecocardiograma não deve retardar o início do tratamento.

Achados laboratoriais inespecíficos que suportam o diagnóstico são: leucocitose, proteína C elevada, anemia, hematúria (dismorfismo eritrocitário) e piúria.

c. Conduta

Classificar o risco do paciente. Avaliar o paciente clinicamente.

Verificar a presença de sinais de alerta da gravidade da doença que indiquem a necessidade de internação hospitalar.

Indicar internação seguintes casos: usuários de drogas IV, paciente com prótese valvular apresentando febre, sopro cardíaco novo ou alterado e em pacientes com sinais de descompensação cardíaca e fenômeno embólico.

Estabilizar sintomas cardíacos e respiratórios é a prioridade.

Colher três hemoculturas de sítios diferentes antes de iniciar antibioticoterapia.

Obter sangue arterial para gasometria de pacientes apresentando um ou mais dos seguintes achados: dispnéia intensa, hipotensão arterial, alteração do nível de consciência e queda na saturação da hemoglobina.

Enviar amostra de sangue para hemograma e bioquímica.

Aplicar oxigênio sob máscara em pacientes apresentando hipotensão arterial, dispnéia ou queda na saturação.

Adotar o protocolo de insuficiência respiratória caso necessário.

Obter acesso venoso em pacientes que necessitarão de internação hospitalar.

O tratamento específico deve ser direcionado pelos dados epidemiológicos.

Tratamento das endocardites com comprometimento de valva nativa de acordo com a epidemiologia e o agente etiológico

EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	ESQUEMA	ALTERNATIVO
Sem uso de drogas ilícitas	<i>Streptococcus viridans</i> 30 a 40% Outros <i>Streptococcus Sp</i> 15 a 25% <i>Enterococcus sp</i> 5 a 18% <i>Staphylococcus Sp</i> 20 a 35%	Penicilina G cristalina 20 milhões UI/ 24 horas ou Ampicilina 12g/ 24 h IV + Oxacilina 2g De 4 em 4 horas + Gentamicina 1 mg/ Kg de 8 em 8 horas	Vancomicina 1g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/ Kg de 8 em 8 horas Ou Daptomicina 6 mg/kg IV 24 h
Com uso de drogas ilícitas	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas	Vancomicina 1g de 12 em 12 horas Ou Daptomicina 6 Mg/kg IV 24 h

Tratamento das endocardites com comprometimento de valva protética de acordo com a epidemiologia e o agente etiológico

EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	ESQUEMA	ALTERNATIVO
Precoce (menos de 2 meses de cirurgia)	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>epidermidis</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/ Kg de 8 em 8 horas + Rifampicina 600	Não há



		mg uma vez por dia	
Tardia (mais de 2 meses de cirurgia)	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>epidermidis</i> <i>Streptococcus Viridans</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/Kg de 8 em 8 horas + Rifampicina 600 mg uma vez por dia	Não há

Indicações de cirurgia de urgência: ICC grave, abscesso valvar, infecção por *S. Aureus*, deiscência da prótese, organismo resistente, com necessidade de remoção imediata para hospital de referência.

10. Erisipela

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

É uma celulite superficial com envolvimento linfático. Causada quase sempre pelo *Estreptococos* do Grupo A. Está associada a uma porta de entrada pela pele.

e. Quadro clínico

Início agudo com febre alta, mal estar geral e náuseas.

O tratamento específico deve ser direcionado pelos dados epidemiológicos.

Tratamento das endocardites com comprometimento de valva nativa de acordo com a epidemiologia e o agente etiológico

EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	ESQUEMA	ALTERNATIVO
Sem uso de drogas ilícitas	<i>Streptococcus viridans</i> 30 a 40% Outros <i>Streptococcus Sp</i> 15 a 25% <i>Enterococcus sp</i> 5 a 18% <i>Staphylococcus Sp</i> 20 a 35%	Penicilina G cristalina 20 milhões UI/ 24 horas ou Ampicilina 12g/ 24 h IV + Oxacilina 2g De 4 em 4 horas + Gentamicina 1 mg/Kg de 8 em 8 horas	Vancomicina 1g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/Kg de 8 em 8 horas Ou Daptomicina 6 mg/kg IV 24 h
Com uso de drogas ilícitas	<i>Staphylococcus aureus</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas	Vancomicina 1g de 12 em 12 horas Ou Daptomicina 6 Mg/kg IV 24 h

Tratamento das endocardites com comprometimento de valva protética de acordo com a epidemiologia e o agente etiológico

EPIDEMIOLOGIA	ETIOLOGIA	ESQUEMA	ALTERNATIVO
---------------	-----------	---------	-------------



Precoce (menos de 2 meses de cirurgia)	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>epidermidis</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/Kg de 8 em 8 horas + Rifampicina 600 mg uma vez por dia	Não há
Tardia (mais de 2 meses de cirurgia)	<i>Staphylococcus aureus</i> e <i>epidermidis</i> e <i>Streptococcus Viridans</i>	Vancomicina 1 g de 12 em 12 horas + Gentamicina 1 mg/Kg de 8 em 8 horas + Rifampicina 600 mg uma vez por dia	Não há

Indicações de cirurgia de urgência: ICC grave, abscesso valvar, infecção por *S. Aureus*, deiscência da prótese, organismo resistente, com necessidade de remoção imediata para hospital de referência.

a. Conduta EM casos não complicados

Iniciar tratamento antibiótico por 10 dias em pacientes não complicados com amoxicilina/clavulanato 875/125 mg de 12 em 12 horas ou cefalexina 500 mg de 6 em 6 horas ou azitromicina 500 mg uma vez ao dia.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos) caso esteja indicado.

Indicar internação em pacientes com diabetes mellitus, evidência de bacteremia e doenças com imunodepressão, devido à necessidade de antibióticos IV.

Iniciar nos casos acima descritos oxacilina 2 g 4 em 4 horas ou cefazolina 1g 8 em 8 horas IV.

10. Osteomielite

a. Considerações gerais de avaliação

Infecção piogênica do osso.

O osso pode ser infectado por via hematogênica ou foco de infecção contíguo.

A forma hematogênica é mais comum em crianças, nos adultos atinge principalmente os corpos vertebrais. Em 90% dos casos é causada pelo *Staphylococcus aureus*.

A disseminação da infecção de um foco contíguo é a forma mais comum em adultos. Os diabéticos e pacientes com insuficiência vascular periférica são propensos a osteomielite.

Os ossos longos são os mais afetados especialmente das extremidades inferiores.

b. Quadro clínico

A infecção hematogênica em crianças manifesta-se por início súbito de febre alta, toxicidade, sinais de supuração ao redor do osso afetado (dor e inchaço).

Nos adultos a infecção hematogênica tem um curso mais indolente.

A osteomielite vertebral caracteriza-se por febre baixa intermitente, dor lombar que pode ser de intensidade variável.



A infecção por contiguidade ocorre no pós-operatório ou extensão de infecções de partes moles (dedos, dentes, seios da face). A maioria dos pacientes tem mais de 50 anos de idade.

Pacientes com hemoglobinopatias como talassemia, tem um risco maior de desenvolverem infecções ósseas por *Salmonella sp* e outros bacilos gram negativos.

Geralmente os leucócitos estão elevados, mas podem estar normais nas infecções crônicas.

O VHS está elevado.

As alterações radiológicas mais precoces são o edema do tecido adjacente e a reação periosteal. Lesões líticas ocorrem posteriormente.

Os achados radiológicos podem demorar até 14 dias para surgir.

Se a radiografia não mostrar alterações o paciente deve ser removido para o hospital e investigado com TC ou cintilografia com tecnécio. A ressonância é importante no diagnóstico da doença vertebral.

c. Conduta

Iniciar tratamento de suporte com reposição volêmica e sintomáticos (analgésicos e antitérmicos).

Administrar antibióticos IV em pacientes com sinais de toxicidade sistêmica, conforme tabela abaixo:

< 4 meses - Vancomicina + ceftazidima
> 4 meses - adultos - Oxacilina

Indicar a internação hospitalar.

Para pacientes com hemoglobinopatias, iniciar ciprofloxacina 400 mg IV de 12 em 12 horas.

11. Abscessos cutâneos

a. Considerações gerais

Resultam de uma quebra na barreira cutânea com contaminação da flora bacteriana residente.

b. Quadro clínico

Área de eritema, inchaço e dor. Pode haver flutuação.

Geralmente não causam toxicidade sistêmica em pacientes imunocompetentes.

Algumas vezes estão associados com corpos estranhos, introduzidos através da pele.

c. Conduta em casos não complicados

Drenar o abscesso é geralmente a única conduta indicada, exceto se houver infecção secundária.

Administrar sintomáticos (antipiréticos e analgésicos), caso indicado.

Indicar antibióticos em pacientes com: diabetes mellitus, evidência de bacteremia ou sintomas sistêmicos (febre e queda do estado geral), presença de celulite secundária, abscessos em mãos e face e doenças estruturais do coração.

Iniciar nos casos acima descritos cefalexina 500 mg VO 6 em 6 horas ou amoxicilina/clavulanato 875/125 mg VO 12 em 12 horas.

Definição, localização e tratamento dos abscessos cutâneos

TIPO DE ABSCESSO	DEFINIÇÃO	LOCAL	AGENTE ETIOLÓGICO	CONDUTA
Hidradenite supurativa	Infecção crônica das glândulas sudoríparas.	Axilas e virilha	<i>Staphylococcus aureus</i>	Incisão e drenagem. Antibióticos para celulite associada.
Cisto pilonidal	Abscessos múltiplos em estágios diferentes de progressão.	Massa flutuante ao longo da prega glútea superior		Incisão e drenagem. Antibióticos para celulite associada.
Foliculite	Inflamação do folículo piloso. Quando há extensão da infecção ao tecido perifolicular forma-se um furúnculo. Se vários furúnculos coalescem forma-se um carbúnculo.			Nos casos mais leves de foliculite ou furunculose somente estão indicadas compressas mornas. Ocorre drenagem espontânea. Os carbúnculos necessitam de consulta com um cirurgião.

12. Tuberculose pulmonar

d. Considerações gerais de avaliação

Infecção causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*.

O tratamento é iniciado com mínimo três drogas, geralmente incluindo isoniazida, rifampicina e pirazinamida.

A tuberculose por germe multirresistente está se tornando um problema especialmente em pacientes com HIV.

Aproximadamente 15% dos casos de tuberculose, apresentam envolvimento extrapulmonar. Os locais mais afetados são: linfonodos, pleura, pericárdio e meninges.

Doença extrapulmonar (especialmente meníngea e pericárdica) e indivíduos não confiáveis para dar seguimento ao tratamento (moradores de rua, alcoólicos e doentes psiquiátricos).

Encaminhar indivíduos que não estejam na definição acima e seus contactantes para tratamento no posto de saúde.



13. Leptospirose

e. Considerações gerais de avaliação

Incubação de 2 a 20 dias.

Infecção causada pela *Leptospira interrogans*, cujos grupos sorológicos mais associados a infecção é a *Leptospira icterohaemorrhagiae* (transmitida por ratos), existem outros tipos de *Leptospira* cujo reservatório é em outros animais.

A infecção afeta o fígado e outros órgãos.

A transmissão é feita para o homem através de: ingestão de alimentos ou água contaminados pela urina do animal ou penetração de pequenas lesões na pele ou pelas conjuntivas.

Complicações são: miocardite, insuficiência renal, meningite asséptica e pneumonite com hemorragia.

A doença aparece em casos esporádicos ou em surtos após inundações.

f. Quadro clínico

A forma anictérica é a forma mais comum e moderada da doença. A doença costuma ser bifásica.

A fase inicial (**fase septicêmica**) começa com febre alta (39 a 40° C), calafrios, cefaléia, mialgias especialmente dos músculos das panturrilhas. Pode haver sufusão hemorrágica das conjuntivas.

Após um a três dias o paciente quando apresenta melhora do quadro clínico, inicia-se a segunda fase da doença (**fase imune**), o paciente apresenta recorrência dos sintomas e surgimento de meningite. Pode aparecer rash cutâneo, linfadenopatia e uveíte.

A forma ictérica da doença (**síndrome de Weil**) é a forma mais grave da doença com insuficiência renal e hepática, pneumonite hemorrágica, hipotensão e alteração do nível de consciência, com mortalidade de 5 a 30%.

Geralmente ocorre leucocitose com neutrofilia.

A urina contém bile, proteína hemácias e cilindros.

Ocorre elevação de CK que não é comum em pacientes com hepatite. Oligúria é comum e pode ocorrer uremia.

Precocemente o organismo pode ser identificado no sangue do paciente (campo escuro), contudo, há muitos exames falsos negativos. Posteriormente, após sete a dez dias de doença o diagnóstico é sorológico pelos testes de aglutinação. A cultura leva até seis semanas para apresentar resultado positivo.

O diagnóstico diferencial é com hepatite, febre amarela e dengue.

g. Conduta



Suporte básico de vida. Administrar oxigênio.

Suporte ventilatório caso indicado.

Corrigir hipotensão arterial com reposição de cristalóide.

Iniciar antibioticoterapia IV por sete dias com: penicilina cristalina na dose de 1,5 milhões de unidades a cada 6 horas ou ceftriaxone 1 g ao dia ou doxicilina 500 mg a cada 6 horas.

Avaliar necessidade de hemodiálise. Transferir o paciente para hospital.

14. Dengue

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

É uma doença infecciosa causada por um arbovírus (existem quatro tipos diferentes de vírus do dengue DEN1, DEN 2, DEN 3 e DEN 4), que ocorre principalmente em áreas tropicais e subtropicais do mundo, inclusive no Brasil.

As epidemias geralmente ocorrem no verão, durante ou imediatamente após períodos chuvosos.

Pode ser transmitido por duas espécies de mosquitos (*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*), que picam durante o dia, ao contrário do mosquito comum (*Culex*), que tem atividade durante a noite.

No Brasil, estão circulando os vírus DEN1, DEN2 e DEN3.

Os transmissores de dengue, proliferam-se dentro ou nas proximidades de habitações (casas, apartamentos, hotéis etc.) Em qualquer coleção de água relativamente limpa (caixas d'água, cisternas, latas, pneus, cacos de vidro, vasos de plantas). As bromélias, que acumulam água na parte central (aquário), também podem servir como criadouros.

O único modo possível de evitar ocorrência de epidemias é através do controle dos transmissores (*Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*).

A transmissão do dengue é mais frequente em cidades, mas também pode ocorrer em áreas rurais.

A transmissão da doença é incomum em locais com altitudes superiores a 1.200 metros.

Uma pessoa não transmite dengue diretamente para outra. Para que isto ocorra, é necessário que o mosquito se alimente com o sangue de uma pessoa infectada e, após um período de incubação de 8 a 10 dias, pique um outro indivíduo que ainda não teve a doença.

Ainda não existem vacinas disponíveis contra o dengue. Uma vacina contra o dengue deve, necessariamente, proteger contra os quatro tipos de vírus, uma vez que se não fosse eficaz contra todos os tipos poderia aumentar o risco de formas graves.

Devem ser adotadas medidas de proteção contra infecções transmitidas por insetos, embora a transmissão dessas doenças possa ocorrer ao ar livre, o risco maior é no interior de habitações.

A utilização de calças e camisas de manga comprida, e repelentes contra insetos à base de dietiltoluamida (DEET) ou picaridina nas áreas expostas do corpo, sempre observando a concentração entre 30 a 35% (máximo 50%) e 20% para a picaridina, ajuda a reduzir o risco de adquirir a doença.

Em hipótese alguma devem ser aplicados inseticidas na pele.

Não existe comprovação da eficácia do uso de vitaminas do complexo B ou de pílulas de alho, citronela na profilaxia do dengue (ou de qualquer outra doença transmitida por vetores).

O controle do dengue deve ser feito, principalmente, através da eliminação dos criadouros de larvas.

As medidas eficazes em residências, escolas e locais de trabalho são: substituir a água dos vasos de plantas por terra e manter seco o prato coletor de água, desobstruir as calhas do telhado, para não haver acúmulo

De água, não deixar pneus ou recipientes que possam acumular água, expostos à chuva, manter sempre tampadas as caixas d'água, cisternas, barris e filtros, acondicionar o lixo em sacos plásticos fechados ou latões com tampa e a utilização, duas vezes por semana, de água tratada com cloro (40 gotas de água sanitária a 2,5% para cada litro) para regar bromélias, é recomendada para evitar a proliferação do *Aedes aegypti*.

b. Quadro clínico

A infecção causada por qualquer um dos quatro tipos (DEN1, DEN2, DEN3 e DEN4) do vírus do dengue produz as mesmas manifestações.

A determinação do tipo do vírus do dengue que causou a infecção é irrelevante para o tratamento da pessoa doente.

O dengue na grande maioria dos casos (mais de 95%), causa desconforto e transtornos, mas não coloca em risco a vida.

As manifestações iniciais são febre alta, dor de cabeça, muita dor no corpo e, às vezes, vômitos. É frequente que 3 a 4 dias após o início da febre, ocorra exantema, semelhante ao sarampo ou rubéola associado a prurido.

A maioria das pessoas, após quatro ou cinco dias, começa a melhorar e recupera-se por completo, gradativamente, em cerca de dez dias.

Em alguns casos (a minoria), nos três primeiros dias depois que a febre começa a ceder, pode ocorrer diminuição acentuada da pressão sanguínea. Esta queda da pressão caracteriza a forma mais grave da doença, chamada de dengue "hemorrágico". O controle pressórico e do enchimento capilar periférico são parâmetros fundamentais nesta fase da doença.

No dengue hemorrágico nem sempre ocorrem sangramentos, a gravidade está relacionada, principalmente, à diminuição da pressão sanguínea.

O dengue grave pode ocorrer mesmo em quem tem a doença pela primeira vez.



O doente se recupera, geralmente sem nenhum tipo de problema e fica imunizado contra o tipo de vírus (DEN1, DEN2, DEN3 ou DEN4) que causou a doença, podendo adoecer novamente com os outros tipos de vírus do dengue.

Em uma segunda infecção, o risco da forma grave é maior, mas não é obrigatório que aconteça.

As manifestações iniciais do dengue são as mesmas de diversas outras doenças (febre amarela, malária, doença meningocócica e leptospirose).

A meningite meningocócica pode ser muito parecida com o dengue grave, mas o paciente piora muito mais rápido (logo no 1º ou 2º dia de doença). O dengue pode se tornar mais grave apenas quando a pessoa começa a melhorar, e o período mais perigoso vai até três dias depois que a febre desaparece.

O diagnóstico inicial de dengue é clínico (história e exame físico) feito essencialmente por exclusão de outras doenças.

É muito importante, por exemplo, saber se a pessoa não está com doença meningocócica ou leptospirose.

A comprovação sorológica do diagnóstico de dengue poderá ser útil para outras finalidades (vigilância epidemiológica, estatísticas) e é um direito do doente, mas o resultado do exame comumente estará disponível apenas após a pessoa ter melhorado, o que o torna inútil para a condução do tratamento.

O hematócrito, e a contagem de plaquetas podem trazer informações úteis, mas não comprovam o diagnóstico, uma vez que também podem estar alterados em várias outras infecções.

A comprovação do diagnóstico pode ser feita através de sorologia, a partir do 5º dia de doença.

A prova do laço pode estar positiva em diversas outras doenças (meningococo, leptospirose, rubéola, etc.) E até em pessoas saudáveis. Também pode estar negativa nos casos de dengue, inclusive nos mais graves. Não ajuda, portanto, a concluir se a pessoa está ou não com a doença ou se o dengue é mais grave.

c. Conduta

Lembrar que o dengue não tem tratamento específico, são empregados antitérmicos e reidratação (oral ou venosa), que deve ser iniciada o mais rapidamente possível.

Optar pela hidratação venosa em pacientes com critérios de gravidade (hipotensão arterial, desidratação grave e hemorragias) ou intolerância a ingestão de líquidos.

Obter neste caso acesso IV periférico.

Colher sangue para hemograma e contagem de plaquetas.

Colher história pesquisando o uso de AAS (ácido acetil salicílico) e anticoagulantes que podem aumentar o risco de sangramentos.

Proibir o uso de alguns medicamentos que podem aumentar o risco de sangramento, como: ácido acetil salicílico e antiinflamatórios.

Utilizar o paracetamol nas doses e intervalos prescritos normalmente, uma vez que em doses muito altas podem causar lesão hepática.

Orientar o paciente a ingerir maior quantidade possível de líquido (60 a 80 ml/kg), não é necessário nenhuma dieta.

Estar atento as manifestações que podem indicar gravidade, o que pode acontecer, geralmente, a partir do momento em que a febre começa a ceder.

Transportar o paciente imediatamente ao serviço de referência mais próximo caso: dor no hipocôndrio direito, hipotensão arterial, sangramentos que não cedem e/ou sangramento digestivo.

15. Hepatite A

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO É o tipo mais comum de hepatite viral. Causada por um RNA vírus.

Transmissão pela via FECAL ORAL, a transmissão sexual e parenteral é possível durante o período de viremia.

Podem ocorrer epidemias em situações de contaminação do suprimento de água (por exemplo: enchentes).

A transmissão ocorre nas duas semanas que antecedem os sintomas e perdura durante mais duas a três semanas.

A maioria dos casos resolve-se em quatro a seis semanas.

A insuficiência hepática pode ocorrer em até 1% dos casos. Não existe hepatite A crônica.

A doença pode ser prevenida com a vacinação (2 doses).

e. Quadro clínico

Pode ser assintomática em crianças e adultos jovens.

Quando sintomática pode causar desde sintomas leves até doença fulminante.

Os sintomas mais comuns são: mal estar, fadiga, prurido, dor abdominal, mialgias, artralgias, náuseas, vômitos e febre, acolia fecal e colúria.

O exame físico pode revelar os seguintes sinais: icterícia, hepatomegalia e raramente adenomegalias e rash cutâneo.

Utilizar o paracetamol nas doses e intervalos prescritos normalmente, uma vez que em doses muito altas podem causar lesão hepática.

Orientar o paciente a ingerir maior quantidade possível de líquido (60 a 80 ml/kg), não é necessário nenhuma dieta.

Estar atento as manifestações que podem indicar gravidade, o que pode acontecer, geralmente, a partir do momento em que a febre começa a ceder.



Transportar o paciente imediatamente ao serviço de referência mais próximo caso: dor no hipocôndrio direito, hipotensão arterial, sangramentos que não cedem e/ou sangramento digestivo.

a. Conduta

Encaminhar pacientes com sintomas discretos para acompanhamento ambulatorial.

Recomendar repouso, dieta palatável e abstinência alcoólica.

Indicar a internação de pacientes com sintomas intensos de náuseas e vômitos ou sinais de insuficiência hepática aguda (encefalopatia e distúrbio de coagulação)

16. Hepatite B

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO Doença endêmica em várias partes do mundo. Causada por um DNA vírus.

A transmissão pode ocorrer pela via parenteral, sexual e vertical (mãe para filho).

Pode tornar-se crônica em 5 a 10% dos casos em adultos e em crianças menores de 5 anos em até 90% dos casos.

Cerca de 30% dos casos crônicos progridem para cirrose hepática.

É o principal fator predisponente ao carcinoma hepatocelular (está associada a 60% dos casos) e cerca de 5% dos pacientes portadores crônicos desenvolve o tumor.

A insuficiência hepática pode ocorrer em até 1% dos casos. A incubação varia de 30 a 160 dias.

A doença é pode ser prevenida com a vacinação.

Os grupos de risco são: indivíduos com história de múltiplas hemotransfusões, profissionais de saúde, usuários de drogas injetáveis, indivíduos com múltiplos parceiros sexuais e pacientes em hemodiálise.

b. Quadro clínico

Pode ser assintomática em crianças e adultos jovens.

Quando sintomática pode causar desde sintomas leves até doença fulminante.

Os sintomas mais comuns são: mal estar, fadiga, prurido, dor abdominal, mialgias, artralgias, náuseas, vômitos e febre, acolia fecal e colúria.

O exame físico pode revelar icterícia.

A hepatite crônica tem curso indolente por vários anos e os sintomas podem surgir apenas quando o paciente torna-se cirrótico.

Exames laboratoriais mostram elevação de AST e ALT, pode haver elevação da bilirrubina e da fosfatase alcalina.

Avaliar a coagulação através do INR.

Marcadores sorológicos da hepatite e a sua utilização nas diversas fases da doença

MARCADORES SOROLÓGICOS DA HEPATITE B				
FASE	AGUDA	CRÔNICA	RECUPERAÇÃO	PÓS-VACINAÇÃO
MARCADORES	Igm anti hbc + hbeag + hbsag +	Igg anti hbc + hbsag + hbeag + ou – Anti hbe + ou -	Igg anti hbc + hbsag – Anti hbs +	Anti hbs +

c. Conduta

Encaminhar pacientes com sintomas discretos para acompanhamento ambulatorial em serviço especializado.

Recomendar repouso, dieta palatável e abstinência alcoólica.

Indicar a internação de pacientes com sintomas intensos de náuseas e vômitos ou sinais de insuficiência hepática aguda (encefalopatia e distúrbio de coagulação).

Orientar profissionais de saúde e outros indivíduos pertencentes a grupos de risco a vacinarem-se (3 doses: momento zero, 1 mês e 6 meses).

Observar os cuidados pós-exposição nos pacientes susceptíveis, administrando imunoglobulina preferivelmente nas primeiras 48 horas após o evento.

Principais indicações:

Profissionais não vacinados que sofreram algum tipo de exposição ocupacional em fonte HBV positiva.

Exposição sexual.

Bebês de mães HBV positivas.

HIV+ (de acordo com o CD4), hepatopatas, cardiopatas, DPOC, nefropatas.

17. Hepatite C

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Existem aproximadamente 200 milhões de portadores no mundo. Causada por um RNA vírus.

A transmissão ocorre principalmente pela via parenteral, transfusões de sangue, compartilhar seringas e agulhas e acidentes com agulhas em profissionais de saúde.

As transmissões sexual e vertical podem ocorrer, mas são bem menos frequentes que o vírus B.

Pode tornar-se crônica em até 85% dos casos.

Cerca de 25% dos casos crônicos progridem para cirrose hepática.

O carcinoma hepatocelular ocorre em 1 a 2% dos pacientes que desenvolvem cirrose.

A incubação varia de 15 a 150 dias.

Os grupos de risco são: indivíduos com história de múltiplas hemotransfusões, profissionais de saúde, usuários de drogas injetáveis, indivíduos com múltiplos parceiros sexuais e pacientes em hemodiálise.

e. Quadro clínico

Pode ser assintomática em crianças e adultos jovens.

Quando sintomática pode causar desde sintomas leves até doença fulminante.

Os sintomas mais comuns são: mal estar, fadiga, prurido, dor abdominal, mialgias, artralgias, náuseas, vômitos e febre, acolia fecal e colúria.

O exame físico pode revelar icterícia.

A hepatite crônica tem curso indolente por décadas e os sintomas podem surgir apenas quando o paciente torna-se cirrótico.

Podem surgir manifestações extra-hepáticas como: crioglobulinemia, glomerulonefrite, porfíria cutânea tarda, vasculite, líquen plano.

Exames laboratoriais mostram elevação de AST e ALT, pode haver elevação da bilirrubina e da fosfatase alcalina.

Avaliar a coagulação através do INR.

O diagnóstico é feito através da detecção do anti-HCV, após a 8ª semana de doença. Este Ac não confere imunidade.

f. Conduta

Encaminhar pacientes com sintomas discretos para acompanhamento ambulatorial em serviço especializado.

Recomendar repouso, dieta palatável e abstinência alcoólica.

Indicar a internação de pacientes com sintomas intensos de náuseas e vômitos ou sinais de insuficiência hepática aguda (encefalopatia e distúrbio de coagulação).

Orientar profissionais de saúde e outros indivíduos pertencentes a grupos de risco a observarem cuidados universais. Não há profilaxia pré ou pró exposição.

Diferenciação entre os tipos de hepatite viral com relação ao tempo de incubação, transmissão, grupo de risco, mortalidade e prognóstico

	HEPATITE A	HEPATITE B	HEPATITE C
Incubação	15 a 45 dias	30 a 180 dias	15 a 150 dias
Transmissão	Fecal Oral	Sangue	Sangue
		Uso de drogas venosas Parceiros sexuais múltiplos	Uso de drogas venosas



Grupo de risco	Residente ou Viajante de áreas endêmicas	Bebês nascidos de mães portadoras Profissionais de saúde Receptores de transfusões	Profissionais de saúde Receptores de transfusões
Mortalidade	1%	1%	
Portador crônico	Não	Sim	Sim
Hepatite crônica	Não	Sim	Sim
Evolução para cirrose	Não	Sim	Sim

18. Rubéola

g. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Incubação de 14 a 21 dias.

Doença sistêmica causada por um Togavirus. A infecção confere imunidade permanente.

A importância principal desta infecção é o **efeito teratogênico no**

O diagnóstico é feito através da detecção do anti-HCV, após a 8ª semana de doença. Este Ac não confere imunidade.

C. Conduta

Encaminhar pacientes com sintomas discretos para acompanhamento ambulatorial em serviço especializado.

Recomendar repouso, dieta palatável e abstinência alcoólica.

Indicar a internação de pacientes com sintomas intensos de náuseas e vômitos ou sinais de insuficiência hepática aguda (encefalopatia e distúrbio de coagulação).

Orientar profissionais de saúde e outros indivíduos pertencentes a grupos de risco a observarem cuidados universais. Não há profilaxia pré ou pós exposição.

Diferenciação entre os tipos de hepatite viral com relação ao tempo de incubação, transmissão, grupo de risco, mortalidade e prognóstico

	HEPATITE A	HEPATITE B	HEPATITE C
Incubação	15 a 45 dias	30 a 180 dias	15 a 150 dias
Transmissão	Fecal Oral	Sangue	Sangue
		Uso de drogas venosas Parceiros sexuais múltiplos	Uso de drogas venosas



Grupo de risco	Residente ou Viajante de áreas endêmicas	Bebes nascidos de mães portadoras Profissionais de saúde Receptores de transfusões	Profissionais de saúde Receptores de transfusões
Mortalidade	1%	1%	
Portador crônico	Não	Sim	Sim
Hepatite crônica	Não	Sim	Sim
Evolução para cirrose	Não	Sim	Sim

a. Conduta

Encaminhar gestantes expostas para dosar os títulos de Ac contra o vírus e acompanhamento sorológico, pois a exposição é perigosa para o feto.

Iniciar tratamento sintomático com acetaminofen.

Recomendar a imunização de todas as crianças e de meninas antes da menarca.

19. Sarampo

b. Considerações gerais de avaliação

É altamente contagiosa sendo geralmente uma doença da infância, podendo acometer adultos.

Causada por um Paramyxovirus.

Contágio através de inalação de gotículas.

Causa um milhão de mortes anualmente no mundo. Incubação de 10 a 14 dias.

A vacina pode prevenir a doença em pessoas susceptíveis desde que seja administrada nos primeiros cinco dias após a exposição.

Profissionais de saúde devem ser vacinados caso não sejam imunes a doença.

O sarampo pode causar abortamento precoce em gestantes, mas não está associado a malformações fetais.

Complicações da doença: encefalomielite pós-infecciosa, pneumonia, infecção bacteriana secundária (pneumonia, otite e sinusite) e conjuntivite.

Raramente o sarampo pode causar a panencefalite esclerosante subaguda, este quadro causa alterações degenerativas do SNC anos depois do quadro de sarampo.

A vacinação é recomendada aos 12 a 15 meses e depois aos quatro a seis anos.

Gestantes não devem receber a vacina.

c. Quadro clínico



A febre alta de 40° C, que persiste durante os pródromos e o rash precoce.

Mal estar marcante, coriza, obstrução nasal, odinofagia, tosse persistente e não produtiva.

Conjuntivite com edema e fotofobia e secreção ocular.

As manchas de Koplik são patognomônicas do sarampo e surgem dois dias antes do rash, na mucosa bucal ou vaginal.

Podem surgir linfadenopatia generalizada e em alguns casos esplenomegalia.

O rash surge na face e atrás das orelhas em média quatro dias após o início dos sintomas. As lesões iniciais são pápulas que coalescem formando um eritema contínuo em algumas áreas. Em seguida o rash aparece no tronco, indo em seguida para as extremidades, incluindo região palmar e plantar. O rash dura de três a sete dias.

Pacientes imunodeprimidos podem ter a forma disseminada da doença. Exames laboratoriais mostram leucopenia e proteinúria.

Pacientes com HIV podem ter forma atípica e grave da doença.

d. Conduta

Recomendar repouso e sintomáticos em casos não complicados.

Manter o paciente em cuidados respiratórios durante uma semana após o início do rash.

Tratar adequadamente infecções secundárias.

Isolamento respiratório com uso de máscara N95 nos profissionais e manter o paciente em ambiente fechado.

20. Varicela

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

É altamente contagiosa sendo geralmente uma doença da infância. Contágio através de inalação de gotículas ou contato com as lesões. Incubação de 10 a 20 dias (média de 14 dias).

O vírus pode causar também o quadro de herpes zoster.

A vacina pode prevenir a doença em pessoas susceptíveis. Se administrada nos primeiros quatro dias do contato, funciona como vacinação de bloqueio.

A vacinação não deve ser efetuada em gestantes nas primeiras 13 semanas.

b. Quadro clínico

A febre e mal estar são mais marcantes em adultos, geralmente as crianças apresentam uma evolução mais benigna.

As vesículas formam pequenas úlceras iniciando na orofaringe.



O rash pruriginoso surge na face, couro cabeludo e tronco, indo em seguida para as extremidades.

As máculas e pápulas evoluem em algumas horas para vesículas que tornam-se pustulares e formam crostas.

Lesões cutâneas em vários estágios de evolução estão presentes simultaneamente.

As crostas desprendem-se em 7 a 14 dias.

Pacientes imunodeprimidos podem ter a forma disseminada da doença. Exames laboratoriais mostram leucopenia.

O diagnóstico é feito clinicamente.

Complicações da doença: pneumonia intersticial principalmente em adultos fumantes, hepatite em um pequeno número de casos, encefalite (rara).

Risco pequeno de ocasionar malformações fetais quando ocorre na infância.

Pode causar complicações oculares (necrose da retina) e síndrome de Reye.

c. Conduta

Isolar pacientes com varicela, até o desaparecimento das crostas de pacientes não imunes(até que todas as lesões estejam sobre a forma de crosta, quando deixa de ser infectantes).

Usar luvas e máscaras N95 para o contato com o paciente.

Utilizar sintomáticos: acetaminofen como antipirético, anti-histamínicos para o prurido e loção de calamina. O uso de AAS está contraindicado.

Efetuar cuidados locais, mantendo as lesões cutâneas limpas. Recomendar repouso até que o paciente esteja afebril.

Iniciar aciclovir 800 mg 5 vezes ao dia ou 10 mg/Kg IV de 8 em 8 horas assim que o diagnóstico for considerado em: imunocomprometidos, gestantes no terceiro trimestre, paciente com doença extracutânea (encefalite ou pneumonite). Em crianças, o uso de aciclovir não interfere na história natural da doença.

Comprometimento pulmonar em vigência de varicela é considerado um critério de gravidade, assim como a manutenção da febre após três dias de evolução de doença. Indicar internação, rastrear e iniciar antibioticoterapia visando bacteremia oculta por *Streptococcus*. Escolha: Penicilina Cristalina

150.000 UI/kg por dia IV de 4 em 4 horas associado a Clindamicina. Indicar a internação de pacientes com lesões extracutâneas.

Orientar profissionais de saúde e outros indivíduos pertencentes a grupos de risco a vacinarem-se.

Observar os cuidados pós-exposição nos pacientes susceptíveis, administrando imunoglobulina preferivelmente nas primeiras 48 horas após o evento.

Recomendar a admissão de pacientes com doença extra-cutânea ou complicações.

21. Herpes Zoster

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

É mais comum em adultos, principalmente em condições que reduzam a imunidade.

Lesões localizadas podem ocorrer em pessoas com a imunidade normal.

O quadro generalizado deve fazer o médico suspeitar de imunodepressão.

Complicações cicatrizes, neuralgia pós-herpética, paralisias (especialmente facial), disfunção da bexiga e oftalmite (pode levar a cegueira).

Causada pelo vírus *Varicella zoster*.

e. Quadro clínico

O principal sintoma é a dor ao longo do trajeto de um dermatomo.

Após cerca de 48 horas surgem vesículas agrupadas, distribuídas universalmente.

Os locais mais afetados são o tronco e face.

Os linfonodos regionais podem estar aumentados e dolorosos.

Diagnóstico diferencial com dermatite de contato (pruriginosa ao invés de dolorosa), o zoster pode simular erisipela inicialmente.

Antes do surgimento das vesículas o zoster pode ser confundido com enxaqueca, IAM e abdome agudo.

f. Conduta

Tratar pacientes imunocompetentes durante sete dias, com aciclovir 800 mg VO, cinco vezes ao dia ou valaciclovir 1 g de 8 em 8 horas durante cinco dias.

Orientar profissionais de saúde e outros indivíduos pertencentes a grupos de risco a vacinarem-se.

Observar os cuidados pós-exposição nos pacientes susceptíveis, administrando imunoglobulina preferivelmente nas primeiras 48 horas após o evento.

Recomendar a admissão de pacientes com doença extra-cutânea ou complicações.

Prednisona em pacientes com mais de 50 anos para redução da dor na fase aguda: 30 mg de 12 em 12 horas nos dias 1 a 7, 15 mg de 12 em

12 horas nos dias 8 a 14 e 7,5 mg de 12 em 12 horas nos dias 15 a 21.

Zoster oftálmico ou acometimento de mais de 1 dermatomo ou disseminado: aciclovir 10 mg/kg IV de 8 em 8 horas (infundir em período superior a 1 hora). Para idosos, reduzir a dose para 5 mg/kg de 8 em 8 horas. Obter consulta oftalmológica.

Encaminhar para acompanhamento ambulatorial os pacientes imunocompetentes.



Para controle da dor: opiáceos.

Isolamento de contato e por aerossol (máscara N95, se zoster disseminado).

Em crianças, tal acometimento é incomum e deve ser afastado outras causas de imunossupressão como AIDS e neoplasias.

22. Herpes genital

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Classicamente é causada pela infecção com o vírus *Herpes simplex*.

Cerca de 25% da população tem evidência sorológica de infecção por este vírus.

Transmissão por via sexual.

Atualmente devido a mudança no comportamento sexual até 40% das infecções genitais é causada pelo HSV tipo I.

b. Quadro clínico

O principal sintoma é a dor em queimação.

Surgimento de pequenas vesículas agrupadas que podem ocorrer em qualquer lugar, mas são mais comuns no corpo do pênis, lábios vaginais, região perianal e glútea.

Os linfonodos regionais podem estar aumentados e dolorosos. A lesão geralmente desaparece em sete dias.

Pode complicar-se com infecção bacteriana, infecção neonatal, ceratite e encefalite.

Diagnóstico diferencial com cancróide, sífilis e trauma.

c. Conduta

Tratar os primeiros episódios de pacientes imunocompetentes durante 7 a 10 dias com aciclovir 200 mg VO cinco vezes ao dia ou valaciclovir 1 g de 12 em 12 horas. O tratamento tópico tem pouca eficácia.

Avaliar a necessidade de tratar episódios de recorrência. Encaminhar os pacientes para acompanhamento ambulatorial,

Especialmente aqueles com imunodepressão ou com episódios frequentes de recorrência (avaliação de tratamento supressivo).

Orientar o paciente quanto ao uso de preservativos para inibir a transmissão.

Na suspeita de encefalite, iniciar aciclovir 10 mg/kg de 8 em 8 horas, durante 14 a 21 dias. O TRATAMENTO PRECOCE É IMPERATIVO.

23. Profilaxia após violência sexual

A profilaxia deve ser aplicada preferencialmente nas primeiras 72 horas após a violência. É fundamental definir se houve penetração para indicarmos tal uso. O exame normal não é critério para excluir a possibilidade de abuso sexual. A presença de doenças sexualmente transmissíveis em crianças pré-púberes é um achado específico de abuso sexual até que seja provado o contrário.

CONTRACEPÇÃO:

Anticoncepcional oral com 50 µg de etinil-estradiol (2 comprimidos) e repetir após 12 horas; ou

Anticoncepcional oral com 30 µg de etinil-estradiol (4 comprimidos) e repetir após 12 horas.

Realizar o β HCG antes do início da medicação.

SÍFILIS

Penicilina Benzatina – Em crianças 50.000 UI/kg IM dose única. Em adultos 2.400.000 UI IM.

Diagnóstico diferencial com cancróide, sífilis e trauma.

α. Conduta

Tratar os primeiros episódios de pacientes imunocompetentes durante 7 a 10 dias com aciclovir 200 mg VO cinco vezes ao dia ou valaciclovir 1 g de 12 em 12 horas. O tratamento tópico tem pouca eficácia.

Avaliar a necessidade de tratar episódios de recorrência. Encaminhar os pacientes para acompanhamento ambulatorial,

Especialmente aqueles com imunodepressão ou com episódios frequentes de recorrência (avaliação de tratamento supressivo).

Orientar o paciente quanto ao uso de preservativos para inibir a transmissão.

Na suspeita de encefalite, iniciar aciclovir 10 mg/kg de 8 em 8 horas, durante 14 a 21 dias. O TRATAMENTO PRECOCE É IMPERATIVO.

GONORRÉIA

Ceftriaxona – 125 mg IM dose única.

Doxiciclina – 100 mg VO de 12 em 12 horas durante 7 dias.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

Azitromicina 20 mg/kg (máximo 1 g) VO, dose única. Eritromicina 50 mg/kg/dia de 6 em 6 horas VO, por 10 a 14 dias.

TRICONOMÍASE OU VAGINOSE BACTERIANA

Metronidazol 15 mg/kg/dia de 8 em 8 horas VO por 7 dias. Em maiores de 45 kg: 2 g VO, dose única.

HEPATITE B

Checar esquema vacinal. Se completo: conduta encerrada.

Iniciar ou completar o esquema inicial com as doses necessárias (zero, 30 e 180 dias).

Indicar a Imunoglobulina hiperimune para hepatite B, dose única IM, administrada nos Centros de Referência para imunobiológicos especiais (CRIE), no Rio de Janeiro, localizado no Hospital Municipal Jesus, funcionando em tempo integral para a liberação de imunoglobulina.

HIV / AIDS

Iniciar preferencialmente até 1 hora após a violência ou até, no máximo, 72 horas.

Usar por 28 dias.

O esquema: Zidovudina (AZT) + Lamivudina (3TC) + Kaletra.

24. Doenças oportunistas

DOENÇA OPORTUNISTA	PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS	TRATAMENTO
Pneumocistose <i>Pneumocystis jiroveci</i>	<p>Curso insidioso. Evolução para dispnéia progressiva (hipoxemia severa), tosse seca, febre com calafrios, sudorese (diagnóstico diferencial com tuberculose).</p> <p>RX infiltrado intersticial bilateral difuso, podendo ser encontrado pneumatoceles.</p> <p>A presença de derrame pleural fala a favor de um outro tipo de diagnóstico.</p> <p>LDH elevado fala a favor de pior prognóstico.</p>	<p>Sulfametoxazol – trimetoprim 75 a 100 mg/ kg/d (SMX) e 15 a 20mg/ Kg/ d (TMP) a cada 6 ou 8 horas IV.</p> <p>Se $pao_2 < 70\text{mmhg}$, iniciar OBRIGATORIAMENTE prednisona 80 mg/d – 5 dias, reduzir para 40 mg/d – 5 dias e reduzir para 20 mg/d – até o final do tratamento.</p> <p>Tempo total de tratamento são de 21 dias. Alternativa: Clindamicina + Primaquina.</p>



Neurotoxoplasmose <i>Toxoplasma gondii</i>	<p>Principal causa de lesão causadora de efeito de massa na AIDS.</p> <p>As alterações variam entre letargia e coma, incoordenação motora, cefaléia, convulsões, hemiparesia, alteração (paralisia) dos nervos cranianos. Febre e irritação meníngea são raros.</p> <p>Diagnósticos diferenciais: linfoma primário do SNC (principal), neoplasias metastáticas, LMP, tuberculose.</p> <p>Nunca realizar punção lombar. Mandatória a realização de TC de crânio com contraste.</p> <p>O diagnóstico é presuntivo.</p>	<p>Sulfadiazina 100mg /Kg /d dividido em 4 tomadas VO.</p> <p>+</p> <p>Pirimetamina 50 a 200mg/d – 1º dia e 25 a 75 mg/d – nos dias subsequentes VO.</p> <p>+</p> <p>Ácido folínico 15mg/ d VO.</p> <p>Alternativa: Clindamicina + Pirimetamina</p>
Meningite criptocócica <i>Cryptococcus</i> <i>Neoformans</i>	<p>Evolução subaguda.</p> <p>Cefaléia que piora progressivamente, febre sendo que a ausência</p> <p>Não afasta, há a presença ou não de rigidez de nuca.</p> <p>Os sinais focais são raros. Pode ocorrer acometimento de pares cranianos.</p> <p>Lembrar que na UPA será um diagnóstico presuntivo!</p>	<p>Se <i>status</i> mental normal – Fluconazol 400 mg/d IV. Se <i>status</i> mental alterado – Anfotericina B deoxicolato 0,7 a 1 mg/Kg/ d (max. 50 mg/d).</p> <p>Avaliar a associação com outros antimicrobianos por ser um Diagnóstico presuntivo!</p> <p>Transferir o paciente para hospital de referência.</p>
Candidíase esofageana <i>Candida albicans</i>	<p>O diagnóstico é feito através da resposta clínica do paciente ao tratamento.</p> <p>Presença de placas esbranquiçadas ou eritematosas, removíveis em cavidade oral que se estendem para face lateral e central da língua. O paciente pode se queixar de alteração do paladar e dor ao deglutir.</p>	<p>Se o paciente tiver condições de deglutir – cetoconazol 400 mg/d VO – 2 semanas.</p> <p>Se muito extenso - Fluconazol 400 mg/d IV OU Anfotericina B deoxicolato 0,5 mg/Kg/d (max. 50 mg/d) IV – 2 semanas.</p> <p>Iniciar profilaxia primária para</p>



	A ausência de candidíase oral não afasta o diagnóstico de acometimento esofageano. Lembrar que é uma doença definidora de AIDS (CD4 \leq 200cels/mm³).	pneumocistose.
--	--	-----------------------

LMP – leucoencefalopatia multifocal progressiva

Contrair a infecção rábica. Por exemplo, animais que vivem dentro do domicílio (exclusivamente); não tenham contato com outros animais desconhecidos; que somente saem à rua acompanhados dos seus donos e que não circulem em área com presença de morcegos. Em caso de dúvida, iniciar o esquema de profilaxia indicado. Se o animal for procedente de área de raiva controlada não é necessário iniciar o esquema profilático. Manter o animal sob observação e só iniciar o esquema profilático indicado (soro + vacina) se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso.

3. O soro deve ser infiltrado na(s) porta(s) de entrada. Quando não for possível infiltrar toda a dose, aplicar o máximo possível, e a quantidade restante, a menor possível, aplicar pela via intramuscular, podendo ser utilizada a região glútea. Sempre aplicar em local anatômico diferente do que aplicou a vacina. Quando as lesões forem muito extensas ou múltiplas a dose do soro a ser infiltrada pode ser diluída, o menos possível, em soro fisiológico para que todas as lesões sejam infiltradas.
4. Nos casos em que se conhecer só tardiamente a necessidade do uso do soro antirrábico ou quando o mesmo não se encontra disponível no momento, aplicar a dose de soro recomendada antes da aplicação da 3ª dose da vacina de cultivo celular. **Após esse prazo o soro não é mais necessário.**
5. Nas agressões por morcegos deve-se indicar a soro-vacinação independentemente da gravidade da lesão, ou indicar conduta de reexposição.

25. Escabiose

a. Considerações gerais de avaliação

Dermatite causada pela infestação pelo *Sarcoptes scabiei*.

Causa frequente de epidemias em escolas, quartéis, asilos, casa de detenção e outras comunidades fechadas.

O tratamento deve ser estendido a toda a família e em contatos diretos do paciente.

As medidas preventivas são muito importantes. Instituir precaução de contato (luvas e capotes).

O período de incubação é de 5 a 15 dias.

A forma crostosa é altamente infectante e ocorre em imunodeprimidos.



A forma nodular é altamente pruriginosa podendo ocorrer na região inguinal, genitália masculina e axilas.

A infecção secundária é a principal complicação.

b. Quadro clínico

O principal sintoma é o prurido intenso especialmente à noite.

As lesões são escoriações com pequenas vesículas pruriginosas, pústulas ou túneis na face lateral dos dedos e das mãos, cotovelos ou ao redor das axilas.

Poupa geralmente a cabeça e o pescoço.

Podem aparecer pápulas pruriginosas no tórax, abdome, vulva, escroto ou pênis.

Deve ser diferenciada da dermatite atópica, dermatite de contato e urticária papular.

c. Conduta

Tratar todos os contatos domiciliares e sexuais.

Desinfestar lençóis e roupas, lavando-os e escaldando-os a 55° C.

O benzoato de benzila pode ser aplicado por 3 noites consecutivas, trocando a roupa de cama e a de dormir diariamente.

Avaliar a necessidade de antibioticoterapia nas lesões infectadas. Prescrever anti-histamínicos para o prurido.

Considerar a ivermectina oral 200 µg/kg VO uma vez ao dia e depois repetir a dose em 14 dias, na sarna crostosa, exceto em gestantes, crianças com menos de 5 anos, mulheres amamentando e pacientes com doenças neurológicas.

26. Miíase

a. Considerações gerais de avaliação

Zoodermatose caracterizada pela invasão por larvas de moscas de várias espécies na pele, mucosas e/ou de orifícios naturais.

As larvas de mosca podem alimentar-se de tecido humano vivo ou necrosado (dependendo do tipo de mosca).

São classificadas em primárias e secundárias.

Miíase primária ou furunculóide (berne) a larva da mosca *Dermatobia hominis*, alimenta-se de tecido vivo.

Miíase secundária (bicheira) a larva da mosca varejeira invade tecidos necrosados da pele ou da mucosa para alimentar-se.

b. Quadro clínico



BERNE

Na miíase furunculóide (berne) ocorre uma ou mais lesões nodulares com 1 a 3 cm que apresenta um orifício central de onde flui secreção serosa. Parece um furúnculo com menos reação inflamatória.

A lesão é dolorosa devido aos movimentos da larva. Após 50 dias a larva cai da ferida que pode infectar-se.

BICHEIRA

A miíase secundária (bicheira) pode ser cutânea ou cavitária. Na forma cutânea são vistas larvas movimentando-se na superfície de ulceração da pele em meio à secreção purulenta.

Na forma cavitária as larvas estão em cavidades e orifícios naturais infectados. Pode haver invasão do SNC, ocular ou nasal.

O diagnóstico baseia-se na visualização das larvas, na fase inicial do berne a larva pode ficar oculta sob a pele.

Deve ser feita a diferenciação com: furúnculos, abscessos de glândulas sudoríparas, otites, rinites, impetigo, corpo estranho e inflamação de cavidades.

c. Conduta

Obstruir o orifício central da lesão, na miíase furunculóide com vaselina pastosa ou geléia, forçando a larva a sair.

Remover em seguida a larva com uma pinça. Aplicar anti-sépticos no local após a remoção.

Avaliar a necessidade de antibioticoterapia nas lesões infectadas.

Remover as larvas na miíase cutânea após imobilizá-las com éter. Não aplicar éter ou álcool no interior das feridas pois dificultará a sua retirada.

Efetuar a limpeza adequada da lesão.

27. Pediculose

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Infestação parasítica por piolhos.

As seguintes áreas do corpo podem ser afetadas: Pele pelo *Pediculus humanus var corporis*.

Escalpo pelo *Pediculus humanus var capitis*. Região pubiana (chato) pelo *Pthirus pubis*. Os piolhos são semelhantes, medindo entre 3 a 4 mm de comprimento.

Aqueles que causam a pediculose na pele são geralmente encontrados nas roupas dos pacientes, sendo raramente vistos sobre o corpo.

A infestação corporal ocorre em pessoas que vivem em baixíssimas condições de higiene, a pubiana tem transmissão sexual, no couro cabeludo

Ocorre pelo uso compartilhado de pentes, bonés e pode ser epidêmica entre crianças na escola elementar de todas as faixas sócio-econômicas.

Adultos que tem contato com crianças infestadas podem adquirir a pediculose de couro cabeludo.

b. Quadro clínico

O principal sintoma é o prurido, o resultado pode ser escoriações nas áreas afetadas.

A infecção secundária das lesões é comum.

Os piolhos podem ser encontrados no couro cabeludo e na região pubiana.

Diagnóstico diferencial com dermatite seborreica e escabiose.

c. Conduta

Orientar pacientes com infestação de pele para que se desfaçam de suas roupas.

Aplicar permetrina 1% por 10 minutos para tratar pediculose pubiana, seguido por aplicação do creme de permetrina a 5% durante 8 horas.

Lembrar de tratar todos os contatos sexuais de pacientes apresentando pediculose pubiana.

Empregar a permetrina 1% durante 30 minutos a 8 h para tratar a pediculose de couro cabeludo e como alternativa: ivermectina 200 a 400

µg/Kg VO dose única. Repetir 1 semana após o tratamento.

Orientar os pacientes a cuidar de roupas e roupas de cama. Tratar a infecção secundária caso necessário.

Usar pente fino.

28. Acidentes ofídicos

a. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Ofidismo é o acidente causado por picada de cobra venenosa.

Em nosso país cerca de 90% dos acidentes são causados pela jararaca, serpente do gênero *Bothrops*.

A jararaca apresenta a cor parda, possuindo fosseta loreal e escamas da cauda lisas. É geralmente encontrada em locais úmidos, sendo a jararaca bastante agressiva. Seu veneno é coagulante e proteolítico, causando dor e necrose no local da picada e coagulação intravascular disseminada (CID) com sangramentos difusos.

As cascavéis (*Crotalus*), respondem por 9% dos acidentes ofídicos no Brasil. Estas serpentes possuem fosseta loreal, a extremidade da cauda possui um guizo característico e coloração amarelada. O veneno é neurotóxico e produz mionecrose levando a Insuficiência Renal Aguda. As alterações no local da picada são discretas.

O restante dos acidentes (1%) é causado pelas cobras corais verdadeiras (*Micrurus*) e surucucus (*Laquesia*).

As cobras corais apesar de extremamente venenosas **não possuem fosseta loreal**. Seu veneno é de ação neurotóxica causando paralisia respiratória. Os sintomas no local da picada geralmente são de dormência.

B. Diferenciação entre cobras venenosas E não venenosas

Características morfológicas para diferenciação entre cobras venenosas e não venenosas

CARACTERÍSTICA	VENENOSA	NÃO VENENOSA
CABEÇA	Triangular	Arredondada
OLHOS	Pequenos	Grandes
FOSSETA LOREAL	Possui	Não possui
ESCAMAS	Pequenas	Em placa
CAUDA	Curta, afina bruscamente	Longa e afina gradativamente
DENTES	Presas	Dentes pequenos e iguais
PICADA	Um ou mais orifícios profundos	Marcas pequenas, mais ou menos iguais

C. Conduta

Administrar soro antiofídico é a prioridade. Encaminhar para hospital de referência.

Manter a vítima deitada e em repouso.

Imobilizar a extremidade picada mantendo-a abaixo do nível do coração.

Limpar o local.

Afrouxar a roupa, remover anéis e braceletes que podem interromper a circulação da extremidade após desenvolvimento de edema.

Levar a serpente caso ela tenha sido morta, para identificação. Não assumir riscos desnecessários para efetuar este procedimento.

Estar atento para o desenvolvimento de choque ou parada respiratória, secundária ao efeito do veneno.

Manter o ABC.

Proibir a execução de procedimentos como aplicação de torniquete, gelo e incisão da ferida para sugar o veneno.

Aplicar o soro quando disponível sempre por via IV. Nunca aplicar soro SC ou no local da picada. A dose de 1 U de soro neutraliza 1 mg de veneno e independe do peso do paciente. O soro polivalente **não** é eficaz em acidentes por corais.

Ter a mão equipamento para reanimação em caso de reação anafilática pela administração do soro.

Características clínicas e dose de soro antiofídico necessária para tratamento dos acidentes botrópicos

ACIDENTES BOTRÓPICOS			
PARÂMETROS	LEVE	MODERADO	GRAVE

HEMORRAGIAS	NÃO	DISCRETA	EVIDENTES
CHOQUE	NÃO	NÃO	SIM
LOCAL DA PICADA	DISCRETAS	EDEMA E DOR MODERADOS	EDEMA E DOR INTENSOS
DOSE DE SORO IV	100 U	150 A 200 U	300 U

Características clínicas e dose de soro antiofídico necessária para tratamento dos acidentes crotálicos

ACIDENTES CROTÁLICOS		
PARÂMETROS (NUNCA SÃO LEVES)	MODERADO	GRAVE
NEUROTOXICIDADE	DISCRETA	EVIDENTE
CHOQUE	NÃO	SIM
HEMOGLOBINÚRIA	PRESENTE	PRESENTE
DOSE DE SORO IV	150 A 200 U	300 U

Dose de soro antiofídico necessária para tratamento dos acidentes elapídicos

ACIDENTES ELAPÍDICOS	
PARÂMETROS (SÃO SEMPRE CONSIDERADOS GRAVES)	GRAVE
DOSE DE SORO IV	100 A 150 U

Protocolos de Trauma

29. Atendimento ao politraumatizado

b. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

As vítimas de trauma não recebem tratamento definitivo no ambiente pré-hospitalar.

A maioria das mortes evitáveis decorre do retardo no início do tratamento cirúrgico.

O tratamento dos politraumatizados requer economia de tempo no pré-hospitalar e no transporte do paciente.

A “Hora de Ouro” começa no momento em que a vítima se fere e não quando inicia o seu atendimento.

Os minutos perdidos antes da chegada do socorro são tão importantes quanto os perdidos por ações desorganizadas durante o atendimento.

c. avaliação da vítima

Para otimização do tempo a avaliação pré-hospitalar da vítima é dividida em **três fases**: exame primário, exame secundário e reavaliação.



O líder da equipe faz o exame da vítima e os procedimentos devem ser divididos entre os integrantes da equipe, levando em consideração suas capacidades técnicas e profissionais (por exemplo: só o médico pode intubar ou descomprimir tórax).

QUEDAS > 2 A 3 VEZES A ALTURA DA PESSOA
COLISÕES A MAIS DE 32 km/h
EXPULSÃO DO PACIENTE PARA FORA DO VEÍCULO MORTE
DE UM PASSAGEIRO DO VEÍCULO
DANOS GRAVES AO VEÍCULO

Eventos associados a traumatismo grave

EXAME PRIMÁRIO: (AVALIAÇÃO RÁPIDA)

Avaliação rápida (menos que 2 minutos) empregada para diagnosticar e corrigir condições que ameacem a vida e para decidir se um paciente é crítico ou não. Deve ser completada em dois minutos ou menos e é tão importante que só pode ser interrompida por obstrução de vias aéreas ou parada cardíaca. Distúrbios respiratórios (que não a obstrução

De vias aéreas) não são indicação para interromper o exame primário pois a causa do problema respiratório é frequentemente encontrada durante o exame do tórax. Grandes sangramentos também devem ser controlados neste momento, porém sem que seja interrompido o exame primário.

As prioridades de avaliação do exame primário são:

Avaliação das vias aéreas, controle da coluna cervical e nível inicial de consciência;

Avaliação da respiração;

Avaliação da circulação;

Exame breve do abdome, pelve e extremidades.

INTERVENÇÕES CRÍTICAS – Ao completar o exame primário, informação suficiente estará disponível para decidir a presença ou não de uma situação crítica está presente. Quando alguma situação crítica é detectada, a remoção para o **hospital de referência** deverá ser realizada o mais breve possível. A maioria dos tratamentos não essenciais deverá ser feita posteriormente.

As seguintes intervenções são consideradas críticas e devem ser feitas no primeiro atendimento:

Desobstrução de vias aéreas; Hemostasia de grandes sangramentos; Acesso venoso periférico;

Selamento de ferimentos de tórax aspirativos; Hiperventilação;

Descompressão de pneumotórax hipertensivo.

EXAME SECUNDÁRIO:

Avaliação mais detalhada do paciente que visa detectar todas as lesões não detectadas durante o exame primário. Mesmo em pacientes estáveis, o exame secundário deve ser realizado em menos de 5 minutos.

A ordem de procedimentos durante o exame secundário é: Sinais vitais;

História do paciente e evento traumático; Exame da cabeça aos pés;

Colocação de bandagens e imobilização;

Monitorização contínua com cardioscópio e oxímetro de pulso;

Radiografia de tórax em PA e lateral de coluna cervical caso indicada;

Realização de exames laboratoriais: hematócrito, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos, creatinina, uréia, EAS, tipagem sanguínea e fator Rh.

CUIDADOS CRÍTICOS E REAVALIAÇÃO – O exame de reavaliação é um exame abreviado para avaliar alterações na condição do paciente. Suas prioridades são:

Nível de consciência Exame da via aérea Respiração

Pulso, pressão arterial, cor e temperatura da pele Exame do abdome

Avaliação focalizada das lesões Verificar as intervenções

d. Conduta

Desobstruir as vias aéreas mantendo o controle da coluna cervical.

Indicar estabilização da coluna cervical em todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa, associado ao estabilizador lateral de cabeça (head block) em todos os politraumatizados com suspeita de traumatismo raquimedular.

Suplementar oxigênio sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.

Assistir a ventilação com BMV e oxigênio sempre que o paciente apresentar dificuldade respiratória ou Glasgow ≤ 8 .

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 por via orotraqueal mantendo durante o procedimento o alinhamento manual da coluna cervical.

Sedar pacientes reativos durante a intubação com midazolam 0,1 a 0,2 mg/kg IV e caso necessário utilize bloqueadores neuromusculares.

Optar pela cricotireoidotomia, caso a intubação seja tecnicamente impossível.

Descomprimir tórax nos casos de suspeita de pneumotórax hipertensivo.

Controlar sangramentos externos graves através de compressão, ou emprego do esfigmomanômetro como torniquete.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior com cateter curto e calibroso.

Colher sangue venoso para hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia.



Colher urina para EAS.

Obter radiografia de tórax em AP e coluna cervical.

Infundir solução de Ringer lactato na velocidade de 30 ml/h para manter veia em pacientes com quadro hemodinâmico estável.

Controlar o choque efetuando a reposição controlada de volume com Ringer Lactato na dose de 20 ml/kg em bolus.

Remover imediatamente pacientes que persistam hipotensos com evidências de hemorragia interna não controlada (indicação imediata de cirurgia em **hospital de referência**).

Imobilizar fraturas isoladas de extremidades somente em pacientes estáveis.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados e caso o paciente esteja intubado a petco2.

Manter o paciente imobilizado até que a presença de fraturas seja afastada.

Fazer imunização contra tétano, no hospital de referência. Transferir os pacientes críticos para **hospital de referência**.

e. Indicações de remoção

Indicações para remoção imediata do politraumatizado para o hospital de referência

ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
DISTÚRPIO RESPIRATÓRIO GRAVE
CHOQUE
LESÕES GRAVES:
FERIMENTO PENETRANTES DE CABEÇA, PESCOÇO, TÓRAX E ABDOME
QUEDAS > 2 a 3 VEZES A ALTURA DA PESSOA
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM MORTE DE UM DOS PASSAGEIROS
FRATURA DE Pelve
FRATURA BILATERAL DE FÊMUR

30. Traumatismo de coluna vertebral

f. Considerações Especiais de avaliação

Lesões de coluna vertebral podem ocasionar a morte ou incapacidade permanente.

Aproximadamente 10% das lesões medulares ocorrem por manipulação incorreta das vítimas de trauma por socorristas ou pessoal hospitalar.

A proteção da coluna cervical é uma das prioridades do tratamento pré-hospitalar, a não ser que outra situação esteja produzindo risco de vida iminente.

Causas: acidentes automobilísticos, quedas, acidentes esportivos, acidentes de trabalho e ferimentos por armas de fogo.

As lesões medulares podem ser classificadas do ponto de vista clínico em completas e incompletas. As completas resultam em perda total de função, ao exame o paciente não



tem movimentação ou sensações abaixo do nível de lesão, nas incompletas há preservação de algumas funções.

Mesmo algumas lesões que parecem completas podem melhorar, deste modo todos os pacientes devem ser tratados com o máximo de cuidado para evitar o “*Segundo Trauma*” e danos secundários a medula espinhal.

Eventos associados a traumatismo raquimedular

Mecanismo de lesão sugestivo.

Inconsciência OU NÍVEL CONSCIÊNCIA ALTERADO POR ÁLCOOL OU DROGAS.

Dor no pescoço ou dorso. Traumatismo facial grave. Traumatismo craniano fechado.

Perda sensitiva ou motora no tronco e membros. Choque neurogênico.

Fraturas de pernas ou bacia por desaceleração.

A capacidade de deambular não indica que a coluna não foi lesada. Priapismo.

g. Conduta

Indicar estabilização da coluna cervical em todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas. A imobilização pode ser liberada em pacientes lúcidos e assintomáticos.

Abrir as vias aéreas com a manobra de elevação da mandíbula modificada.

Imobilizar manualmente a cabeça e pescoço até a vítima estar fixada em dispositivo imobilizador.

Estar preparado para lateralizar a prancha e efetuar a aspiração da via aérea em caso de necessidade.

Ventilar com BMV e oxigênio vítimas apresentando insuficiência respiratória e depressão do sensorio.

Iniciar a ventilação sob pressão positiva, com bolsa e máscara utilizando oxigênio suplementar caso necessário.

Intubar pacientes que necessitem de assistência respiratória por via orotraqueal associada a estabilização manual da cabeça e pescoço.

Colocar pacientes encontrados deitados sobre a prancha longa com estabilizador lateral de cabeça e colar cervical.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.

Suspeitar sempre de hemorragias internas como causa da instabilidade, antes de atribuir a causa do choque a lesão medular.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso curto.

Iniciar a infusão de solução de Ringer lactato em pacientes hipotensos.

Caso o paciente apresente hipotensão arterial, tratar inicialmente a bradicardia e iniciar a infusão rápida de 20 ml/kg de salina de acordo com o protocolo.



Evitar a hipotermia, através do aquecimento externo passivo protegendo o paciente da exposição ao frio.

Efetuar o cateterismo vesical com sistema fechado, em pacientes com depressão do nível de consciência, instabilidade hemodinâmica.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Manter a imobilização durante o transporte.

31. Traumatismo da cabeça

a. Considerações GERAIS de avaliação

Os traumatismos da cabeça são causas importantes de óbito pós-trauma, aproximadamente 40% dos politraumatizados apresentam lesões do SNC.

Os traumatismos da cabeça são a segunda causa de morte por lesão do sistema nervoso central após os acidentes vasculares cerebrais.

Aproximadamente 25% dos óbitos em vítimas de trauma são causados diretamente por estes traumatismos. Cerca de 75% das mortes causadas por acidentes automobilísticos apresentam lesão intracraniana.

A maioria dos casos graves (75%) é secundária a acidentes automobilísticos, associados em até 40% dos casos a ingestão alcoólica.

A segunda causa mais frequente de traumatismo de cabeça é a agressão.

Em 5 a 10% dos casos existe associação do traumatismo da cabeça com o traumatismo da coluna cervical.

O couro cabeludo é a cobertura de proteção do crânio, sendo muito vascularizado. Quando lesionado pode causar hemorragia significativa, mas é insuficiente para causar choque em adultos.

As fraturas de crânio devem alertar o socorrista da aplicação de uma quantidade elevada de energia cinética. Não implicam necessariamente na presença de lesão encefálica.

As fraturas de base de crânio são o resultado da extensão de fraturas lineares para o assoalho do crânio. O diagnóstico no APH é difícil e pode ser suscitado na presença de rinorrágia ou otorrágia. A equimose periorbitária surge algumas horas após o trauma e este sinal também pode ser visto com trauma direto a órbita. A equimose de mastóide é um sinal tardio, (mais de 24 horas após a lesão), seu surgimento precoce sugere trauma direto.

A lesão cerebral decorrente da força causadora da lesão é chamada **primária**. Sua incidência só pode ser reduzida através de prevenção, educação de trânsito e aperfeiçoamento dos equipamentos de segurança dos veículos.

A lesão cerebral **secundária** é causada pela hipóxia do tecido cerebral que pode ser decorrente de hipotensão, hipoxemia, hipoventilação, edema cerebral e formação de hematomas. Esta forma de lesão pode ser prevenida com tratamento pré-hospitalar adequado.

Qualquer que seja o mecanismo de lesão, o cérebro responde desenvolvendo edema. O problema especial com o encéfalo é que ele está contido em um espaço confinado, juntamente com outros dois elementos,

O líquido e o leito vascular. O aumento de volume de um dos componentes causa elevação da pressão intracraniana (PIC), a não ser que os outros componentes diminuam proporcionalmente de volume.

Uma vez que a pressão de perfusão cerebral é igual a pressão arterial média menos a PIC, os aumentos da PIC produzem redução na perfusão cerebral e consequentemente isquemia cerebral. Outra consequência do aumento da PIC é a herniação de tecido cerebral de um dos compartimentos formados no interior do crânio pela duramáter, para outro devido a existência de um gradiente de pressão.

Etiologia e mecanismo do aumento da pressão intracraniana pós trauma crânio encefálico

CAUSAS DO AUMENTO DA PRESSÃO INTRA-CRANIANA PÓS-TCE		
CAUSA		MECANISMO
LESÕES COM EFEITO DE MASSA		Expansão LOCAL
SWELLING		CONGESTÃO VASCULAR
	Citotóxico	EDEMA CELULAR POR hipóxia
EDEMA CEREBRAL	Vasogênico	DISFUNÇÃO DA BARREIRA HEMATO-ENCEFÁLICA
VASODILATAÇÃO	HIPERCARBIA	ACÚMULO DE H⁺
SECUNDÁRIA	Hipóxia	ACÚMULO LOCAL DE NAD
	HIPERTENSÃO	PERDA DA AUTO-REGULAÇÃO

b. Quadro clínico

Redução do nível de consciência.

Obstrução de vias aéreas associada a queda da língua.

Em vítimas inconscientes ocorre redução dos reflexos de proteção da via aérea. Para testar estes reflexos o socorrista efetua manobra de elevação da mandíbula e tenta introduzir cânula orofaríngea. Os pacientes que não reagem quando da introdução da cânula, geralmente necessitam de intubação.

Na hérnia de úncus, comprime o III par craniano, causando midríase. O trato piramidal também é comprimido o que causa fraqueza contra-lateral. Se este quadro não for interrompido o paciente evolui para o óbito. Geralmente a hérnia de úncus é causada por hematomas epidurais.

Distúrbios do padrão respiratório podem associar-se ao quadro de TCE.

A presença de hipotensão arterial deve sugerir sangramento abdominal ou torácico, o TCE não é causa de hipotensão.

A hipertensão arterial associada a bradicardia é um sinal importante de hipertensão intracraniana produzida por hematoma intracraniano em expansão rápida.

Pesquisar no exame da vítima:

- Presença de lesões no couro cabeludo.



- Hemorragia ou drenagem de líquido pelo conduto auditivo.
- Equimoses periorbitárias e em mastóide.
- Diâmetro pupilar e fotorreação.
- A pesquisa do reflexo óculo-cefálico é contra-indicada no meio pré-hospitalar, devido ao risco de agravar traumatismos de coluna cervical.
- Exame da coluna cervical.
- Exame de outros segmentos corporais.
- Pesquisa de motricidade e sensibilidade no tronco e membros.
- Utilização da Escala de Coma de Glasgow para acompanhamento da vítima.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

É utilizada para avaliação do nível de consciência em intervalos frequentes e sua comparação aos achados prévios. São atribuídos valores numéricos as seguintes respostas da vítima: abertura ocular, resposta motora e verbal. A pontuação obtida é somada e reflete o estado neurológico do paciente. Quanto mais baixa a pontuação mais grave a lesão, a pontuação mínima é 3 e a máxima 15. O coma é definido com pontuações menores que 8 ou iguais a 8 em alguns casos.

Apresenta no entanto algumas falhas, não analisa reflexos do tronco cerebral, não diferencia os dimídios na resposta motora, a intubação traqueal e o trauma facial restringem a avaliação da vítima.

Não pode ser usado em pacientes sedados. Nesses casos usar a escala de Ramsay.

Escala de Glasgow

ABERTURA OCULAR	
Não	1
A dor	2
Aos estímulos verbais	3
Espontânea	4
MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Sem resposta	1
Extensão	2
Flexão anormal	3
Retirada em flexão	4
Localiza a dor	5
Obedece	6
MELHOR RESPOSTA VERBAL	
Sem resposta	1
Sons incompreensíveis	2
Palavras desconexas	3
Desorientado	4
Conversa com orientação	5



c. Conduta

Manter o alinhamento manual da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa com o estabilizador lateral (head block).

Efetuar a intubação orotraqueal em pacientes com Escala de Coma de Glasgow ≤ 8 .

Preferir a via orotraqueal com a manutenção do alinhamento da coluna cervical.

Sedar com midazolam 0,1 a 0,2 mg/kg.

Considerar que a utilização de bloqueadores neuromusculares pode ser necessária em pacientes reativos durante a intubação para evitar aumentos da PIC.

Optar pela cricotireoidotomia quando a intubação é tecnicamente impossível.

Prover oxigênio suplementar sob máscara facial, se respiração for adequada e os reflexos de proteção a via aérea estiverem preservados.

Monitorizar a vítima pela oximetria de pulso, procurando manter a saturação da hemoglobina superior a 92%.

Assistir a ventilação com BMV e oxigênio sempre que apresentar dificuldade respiratória ou nível de consciência deprimido com Glasgow

≤ 8 .

Monitorizar com o capnógrafo e gasometria arterial se possível. Manter a petco2 entre 35 e 45 mmhg.

Indicar a hiperventilação caso ocorram sinais de herniação, neste caso

Manter a petco2 entre 30 e 35 mmhg.

Procurar sangramento interno (tórax, abdome ou pelve) em pacientes com traumatismo de cabeça e hipotensão arterial.

Lembrar que o choque nunca é causado pela lesão do SNC. Controlar sangramentos externos.

Obter acesso venoso periférico.

Colher sangue para hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia.

Infundir para manter a veia soluções cristalóides isotônicas.

Iniciar sempre que possível a reposição com soluções cristalóides, a

Rotina consiste em infundir 20 ml/kg em bolus de solução de Ringer e reavaliar o paciente em seguida.

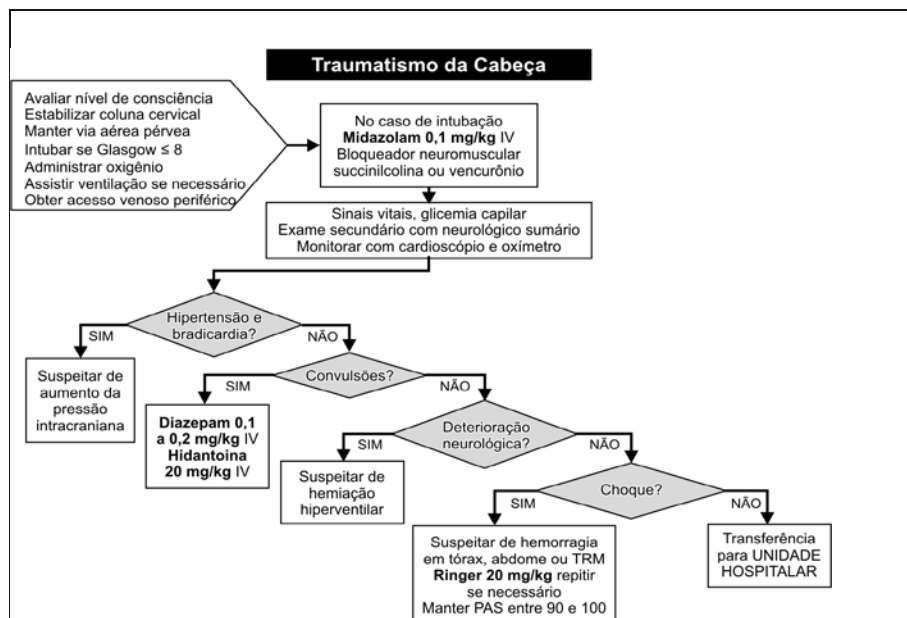
Manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmhg.

Transportar se possível a vítima com a cabeceira elevada a 30°. Obter radiografia de tórax em PA.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva monitorizados.



d. ALGORITMO de TRAUMATISMO da cabeça



Algoritmo para atendimento a pacientes com traumatismo de cabeça.

32. Lesões músculo-esqueléticas

e. Condições Especiais de AVALIAÇÃO

A maioria das lesões de extremidades não causa risco imediato de vida, sendo avaliadas durante o exame detalhado do traumatizado.

Frequentemente são as lesões mais evidentes no politraumatizado, possuindo o potencial de desviar a atenção do socorrista de lesões mais graves.

O exame e tratamento da vítima devem priorizar as condições que causem instabilidade: obstrução de vias aéreas, respiração ineficaz e instabilidade circulatória.

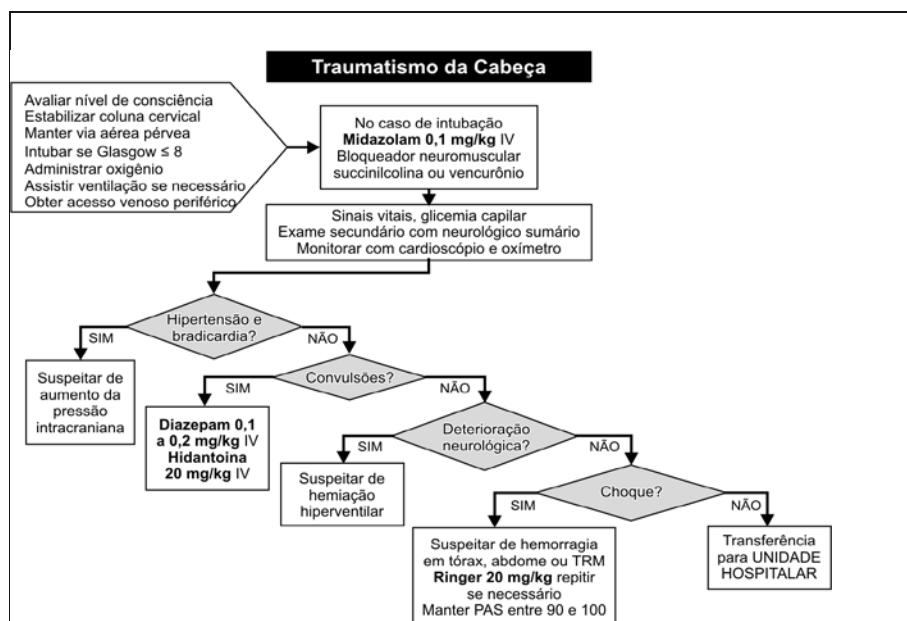
Rotina consiste em infundir 20 ml/kg em bolus de solução de Ringer e reavaliar o paciente em seguida.

Manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmhg.

Transportar se possível a vítima com a cabeceira elevada a 30°. Obter radiografia de tórax em PA.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva monitorizados.

D. ALGORITMO de TRAUMATISMO da cabeça



Algoritmo para atendimento a pacientes com traumatismo de cabeça.

a. Quadro clínico

Os pacientes lúcidos podem relatar que ouviram o ruído típico da fratura e se queixam de dor intensa e constante.

Incapacidade funcional.

Deformidade do membro, com encurtamento e aumento de volume. Sempre comparar uma extremidade com a outra para avaliar estas características.

Em fraturas expostas o osso fraturado pode ser visualizado.

A presença de palidez ou cianose no lado lesado sugere comprometimento vascular.

A crepitação pode ser detectada pelo socorrista ao palpar a extremidade ou sentida pela vítima ao tentar movimentar o membro. Nunca permitir que a vítima se movimente para testar este sinal.

b. Conduta

Priorizar a desobstrução das vias aéreas, oxigenação e manutenção circulatória.

Adotar medidas de estabilização da coluna cervical caso indicado.

Aplicar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto em pacientes ventilando espontaneamente.

Abrir vias aéreas em pacientes inconscientes e assistir a ventilação se necessário com BMV.

Analisar na avaliação rápida do traumatizado se a vítima apresenta condições “Load and Go”.

Indicar o transporte rápido na presença de fraturas bilaterais de fêmur e da pelve.



Conter hemorragias externas com a compressão de ferimentos abertos.

Procurar obter na cena pelo menos um acesso venoso periférico em extremidade superior não lesada, exceto em pacientes apresentando lesões isoladas.

Imobilizar pacientes estáveis antes da remoção. Efetuar analgesia antes da imobilização.

Imobilizar pacientes que apresentam critérios de instabilidade em imobilizador de corpo inteiro (prancha longa). Não perder tempo imobilizando uma fratura quando a vida da vítima está em risco.

Remover as roupas, anéis e pulseiras, que podem comprometer a vascularização da extremidade.

Cortar com instrumento apropriado anéis em extremidades lesadas. Cobrir lesões abertas com bandagens estéreis.

Alinhar a extremidade.

Verificar antes e depois da imobilização: pulsos distais, enchimento capilar, sensibilidade e motilidade.

Imobilizar a extremidade na posição em que foi encontrada no caso de uma luxação ou fratura de articulação. Obter radiografia em duas incidências nos pacientes estáveis.

Manter o paciente imobilizado no hospital de referência, só remover o imobilizador após concordância do ortopedista ou médico recebedor.

Trocar o imobilizador no hospital de referência.

Princípios de imobilização

EXPOR A LESÃO.

REMOVER ANÉIS E BRACELETES QUE PODEM COMPROMETER A CIRCULAÇÃO. COBRIR LESÕES ABERTAS COM BANDAGENS ESTÉREIS.

ALINHAR AS EXTREMIDADES UM SOCORRISTA DEVE SUPORTAR A EXTREMIDADE ENQUANTO O OUTRO APLICA O DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO.

IMOBILIZAR NA POSIÇÃO ENCONTRADA SE HOVER RESISTÊNCIA.

ACOLCHOAR IMOBILIZADORES RÍGIDOS PARA EVITAR FERIMENTOS EM PONTOS DE PRESSÃO.

NÃO REDUZIR FRATURAS OU LUXAÇÕES!

VERIFICAR PULSOS DISTAIS, ENCHIMENTO CAPILAR, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE ANTES E DEPOIS DA IMOBILIZAÇÃO.



RETIRAR O IMOBILIZADOR, REALINHAR E REIMOBILIZAR SE OS PULSOS DESAPARECEREM DEPOIS DA IMOBILIZAÇÃO.

IMOBILIZAR A ARTICULAÇÃO DISTAL E PROXIMAL.

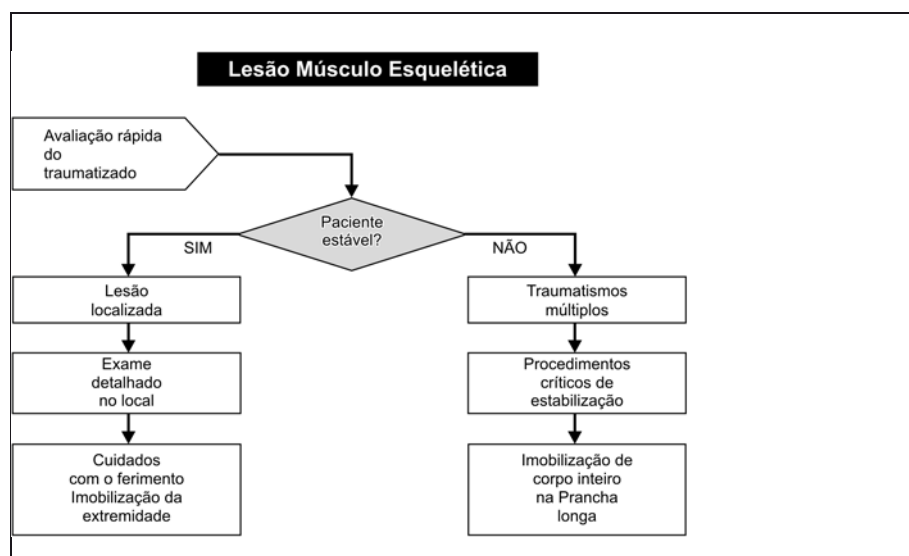
Comparação entre os diversos dispositivos de imobilização

DISPOSITIVO DE IMOBILIZAÇÃO	INDICAÇÕES	VANTAGENS	CARACTERÍSTICAS
BANDAGENS	Fraturas de clavícula, cabeça do úmero e escápula	Baixo custo	Imobilizam a extremidade contra a parede torácica. Devem ser associados a travesseiros para imobilizar em situações em que não é possível aproximar a extremidade da parede torácica.
IMOBILIZADORES RÍGIDOS	São úteis especialmente em lesões de mãos, pés, punhos, tornozelos, antebraços e pernas. Não imobilizam lesões proximais ao joelho e cotovelo com eficácia.	Boa qualidade de imobilização. Podem ser adaptados para uso em fraturas anguladas.	Podem ser de madeira, papelão ortopédico, alumínio ou imobilizadores à vácuo. Os imobilizadores à vácuo podem ser adaptados facilmente a fraturas anguladas. Devem ser acolchoados para evitar lesões da extremidade.



TALAS INFLÁVEIS	Empregadas em imobilização de perna e de antebraço	Transparentes. Tem ação hemostática por Compressão. Podem ser reutilizados.	Podem causar isquemia do membro. Variação da pressão com a altitude. <i>Cuidado em transportes aéreos!</i> Frágeis – furam com facilidade. Não podem ser usadas em fraturas anguladas. Necessitam de avaliação Constante da pressão.
COLETE FLEXÍVEL “KENDRICK EXTRICATION DEVICE”	Coluna vertebral. Fraturas de pelve e de fêmur proximal.	Imobilização eficiente	Colocação fácil
DISPOSITIVOS DE TRAÇÃO	Fraturas de Fêmur	Imobilização eficiente	Contra-indicar em fraturas de fêmur associadas a lesões de joelho, luxação coxo-femural e fraturas de pelve. Aplicação demorada.
ALMOFADAS OU TRAVESSEIROS	Fraturas de Tornozelo e de Pé	Baixo custo. Imobilização eficiente	Utilizado em transporte de pacientes com luxação do quadril.

c. ALGORITMO – LESÃO músculo-esquelética



Algoritmo de atendimento a pacientes com lesão músculo esquelética.



Abordagem de lesões específicas

COLUNA VERTEBRAL	Uso de imobilizador de corpo inteiro como a prancha longa associada a colar cervical com dimensões apropriadas e estabilizador lateral da cabeça ou um imobilizador a vácuo. Importante: o colar cervical isoladamente não é um bom dispositivo imobilizador.
PELVE	Geralmente são causadas por acidentes automobilísticos ou atropelamentos. São identificadas no ambiente pré-hospitalar por dor e instabilidade com a palpação da pelve. Tem o potencial de causar o choque hipovolêmico devido ao intenso sangramento que provocam. O paciente é considerado instável mesmo com aparência de estável. Pacientes com sinais evidentes de choque pode ser utilizada apenas a prancha longa. Pacientes estáveis podem ser imobilizados com o KED invertido associado a prancha longa ou um imobilizador a vácuo de corpo inteiro. A “scoop stretcher” oferece vantagem pois o paciente pode ser colocado Na prancha com menor manipulação e menor risco de agravamento Da lesão. As manobras de rolamento podem agravar a lesão.
FÊMUR	Podem ser complicadas com hemorragias graves. Pacientes com fraturas bilaterais são considerados como graves, mesmo com aparência de estáveis. Caso a lesão seja unilateral e isolada o socorrista pode aplicar a tala de tração desde que não existam contra-indicações a sua utilização. Em fraturas bilaterais o único imobilizador aplicado é a prancha Longa, se a vítima estiver estável pode ser usado o KED invertido.
QUADRIL	As luxações posteriores do quadril são consideradas emergências devido ao alto risco de interrupção do fluxo sanguíneo na cabeça do fêmur e por lesão do nervo ciático. O paciente apresenta flexão do quadril e rotação interna da coxa. A extremidade deve ser imobilizada na posição encontrada, Da maneira mais confortável, suportada por travesseiros.
ESMAGAMENTOS	Obter acesso venoso periférico e iniciar a reposição com solução salina, o objetivo deste tratamento é evitar a lesão renal causada por mioglobínúria. A hipercalemia deve ser monitorada devido ao risco de arritmias.
JOELHO	Emergência médica devido ao elevado risco de lesão vascular e de amputação da extremidade. Imobilizar na posição encontrada, colocando um suporte sob a articulação.



AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS	<p>São lesões em que ocorre separação de um membro ou de uma estrutura protuberante do corpo. São causadas por acidentes industriais e automobilísticos.</p> <p>Mais comuns em jovens.</p> <p>Devido às características elásticas dos vasos sanguíneos há uma tendência natural à retração dos mesmos. Portanto, as amputações completas sangram menos que as parciais.</p> <p>A exposição das artérias laceradas leva a sangramento profuso. O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão, que pode causar a morte por hemorragia e, pela possibilidade de implante do membro amputado.</p> <p>O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, porém a maior prioridade é a manutenção da vida.</p>
---------------------------	---

33. Esmagamentos

d. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Existe o risco da “*Síndrome pós-liberação*”, compreendida por: choque por perda para 3º espaço pelo edema muscular, acidose e hipercalemia de reperfusão e insuficiência renal aguda por mioglobínúria.

Estes pacientes podem apresentar morte súbita pela hipercalemia. Caso o eletrocardiograma mostre alterações típicas de hipercalemia, Iniciar tratamento com sais de cálcio e bicarbonato de sódio.

e. Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara.

Administrar oxigênio sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Desobstruir as vias aéreas com controle da coluna cervical.

Indicar estabilização da coluna cervical de todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas, exceto se a lesão de coluna já tiver sido afastada por método de imagem.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 . Conter hemorragias externas.

Iniciar reposição volêmica na extricação para prevenir a “*Síndrome pós-liberação*”.

Utilizar salina a 0,9%, evitando o Ringer-Lactato por seu conteúdo de potássio, manter débito urinário maior que 100 ml/h.

Monitorizar continuamente o ECG procurando alterações da hipercalemia.



Colher sangue para dosar hematócrito, hemoglobina, natremia, calemia, calcemia, CPK total e gasometria arterial.

Administrar em caso de hipercalemia, gluconato de cálcio e bicarbonato de sódio (se paciente apresentar acidose).

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transportar para o hospital de referência.

34. Amputações Traumáticas

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

São vistas em acidentes industriais e automobilísticos, com maior incidência em homens jovens.

O tratamento inicial deve ser rápido pela gravidade da lesão e pela possibilidade de implante do membro amputado.

São lesões incapacitantes e mutilantes e algumas vezes podem ameaçar a vida da vítima.

O **controle da hemorragia** é fundamental na primeira fase do tratamento. O membro amputado deve ser preservado sempre que possível, visando o implante.

Existe uma tendência natural, ao espasmo e retração que explicam o menor sangramento nas amputações completas.

Nas amputações parciais e nos desenlívamentos o sangramento é profuso.

b. Quadro clínico

Na amputação completa ou total, o segmento é totalmente separado do corpo. Na parcial o segmento está separado do corpo 50% ou mais e no desenlívamento a pele e tecido adiposo são descolados do tecido subjacente.

c. Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Administrar oxigênio por máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial.

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 por via orotraqueal mantendo manualmente o alinhamento da coluna cervical.

Controlar a hemorragia externa.



Utilizar o manguito do esfigmomanômetro como garrote se necessário. Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com 20 ml/kg de Ringer Lactato IV em bolus, repetindo se necessário.

Manter a pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg. Administrar analgésico opiáceo por via IV.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir o paciente para o hospital de referência.

Cuidados com o segmento amputado

LIMPAR O SEGMENTO AMPUTADO DA SUJEIRA GROSSEIRA SEM IMERGI-LO EM LÍQUIDO.

ENVOLVER A EXTREMIDADE EM GAZE SECA OU COMPRESSA LIMPA. COLOCAR O MEMBRO AMPUTADO DENTRO DE UM SACO PLÁSTICO. COLOCAR O SACO PLÁSTICO CONTENDO O SEGMENTO EM RECIPIENTE COM GELO OU ÁGUA GELADA.

NÃO PERMITIR QUE A EXTREMIDADE FIQUE EM CONTATO DIRETO COM GELO. LEVAR O SEGMENTO AMPUTADO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA. PRESERVAR SEMPRE QUE POSSÍVEL A EXTREMIDADE AMPUTADA, PORÉM A MAIOR PRIORIDADE É A MANUTENÇÃO DA VIDA.

35. Traumatismos de tórax

d. Considerações Especiais de avaliação

Representam a causa direta do óbito em 25% das vítimas de trauma.

Os acidentes automobilísticos são as causas mais comuns de trauma de tórax.

Apenas 15% dos pacientes necessitarão de toracotomia de urgência, 85% podem ser tratados com: reanimação volêmica, intubação orotraqueal, ventilação mecânica e drenagem de tórax ao alcance de qualquer serviço de emergência.

A consequência dos traumatismos torácicos graves é a hipóxia tecidual que pode resultar dos seguintes fatores isoladamente ou em qualquer

Intubar pacientes com Glasgow ≤ 8 por via orotraqueal mantendo manualmente o alinhamento da coluna cervical.

Controlar a hemorragia externa.

Utilizar o manguito do esfigmomanômetro como garrote se necessário. Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com 20 ml/kg de Ringer Lactato IV em bolus, repetindo se necessário.



Manter a pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg. Administrar analgésico opiáceo por via IV.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir o paciente para o hospital de referência.

Cuidados com o segmento amputado

LIMPAR O SEGMENTO AMPUTADO DA SUJEIRA GROSSEIRA SEM IMERGI-LO EM LÍQUIDO.

ENVOLVER A EXTREMIDADE EM GAZE SECA OU COMPRESSA LIMPA. COLOCAR O MEMBRO AMPUTADO DENTRO DE UM SACO PLÁSTICO. COLOCAR O SACO PLÁSTICO CONTENDO O SEGMENTO EM RECIPIENTE COM GELO OU ÁGUA GELADA.

NÃO PERMITIR QUE A EXTREMIDADE FIQUE EM CONTATO DIRETO COM GELO. LEVAR O SEGMENTO AMPUTADO AO HOSPITAL DE REFERÊNCIA.

PRESERVAR SEMPRE QUE POSSÍVEL A EXTREMIDADE AMPUTADA, PORÉM A MAIOR PRIORIDADE É A MANUTENÇÃO DA VIDA.

a. avaliação do paciente

Mecanismo de lesão: avaliação da cena. Em caso de acidente automobilístico verificar: tipo de veículo envolvido, posição da vítima, local do impacto, danos ocasionados ao veículo e uso de cinto de segurança ou capacete por parte da vítima. A presença de deformidades na barra de direção e painel sugere traumatismo torácico significativo.

Queixas: a presença de dor torácica e dispnéia são os principais sintomas de traumatismos torácicos.

Prioridades do exame clínico:

As lesões torácicas que podem causar a morte do paciente ainda no ambiente pré-hospitalar e que devem ser detectadas na avaliação rápida do traumatizado são:

Obstrução de vias aéreas Pneumotórax aberto Tórax instável Pneumotórax hipertensivo Tamponamento cardíaco Hemotórax maciço

Avaliação Inicial do Traumatizado

A – Avaliar permeabilidade das vias aéreas ao mesmo tempo em que se mantém a estabilização da coluna cervical. Intervir imediatamente caso seja detectada obstrução.

B – Verificar a presença de respiração espontânea adequada e de ruídos respiratórios anormais. Observar coloração da pele, padrão respiratório e presença de feridas aspirativas de tórax (pneumotórax aberto).

C – Observar coloração da pele e mucosas. Verificar intensidade do pulso radial e sua intensidade assim como o enchimento capilar.



Exame do pescoço e tórax

A distensão das veias jugulares pode ocorrer no pneumotórax hipertensivo e no tamponamento cardíaco. O colapso das jugulares quando associado a sinais de choque sugere hipovolemia.

A traquéia pode estar centralizada ou desviada, o pneumotórax hipertensivo pode causar desvio contra-lateral da traquéia.

A ausência de ventilação em um dos pulmões sugere pneumotórax ou hemotórax na vítima de trauma. Em caso de alteração na ausculta torácica percutir bilateralmente, a hipersonoridade sugere pneumotórax hipertensivo e a macicez o hemotórax maciço.

Ausculta cardíaca rápida para determinar se as bulhas estão com a tonalidade normal ou se estão abafadas. O abafamento de bulhas cardíacas associado a hipotensão arterial e turgência jugular sugere tamponamento cardíaco.

Causas de hipotensão arterial nos traumatismos de tórax

HEMORRAGIA INTERNA OU EXTERNA
PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO
TAMPONAMENTO CARDÍACO
CONTUSÃO MIOCÁRDICA

36. Fratura de arcos costais

b. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

São as lesões torácicas mais frequentes nos traumatismos fechados. Os arcos costais mais lesados vão do 4º ao 10º.

O 1º, 2º e 3º arcos costais são bem protegidos e o 11º e o 12º são curtos e pouco expostos.

As complicações das fraturas de arcos costais são: Restrição a ventilação causada pela dor.

Associação a contusão pulmonar na presença de três ou mais arcos costais fraturados. Lesões hepáticas ou esplênicas nas fraturas de arcos costais baixos.

c. Quadro clínico

Dor e crepitação a palpação do tórax.

Dor provocada pelos movimentos respiratórios. Visualização das fraturas à radiografia de tórax.

Dificuldade respiratória quando os arcos costais fraturados estão associados a pneumotórax.



A traquéia pode estar centralizada ou desviada, o pneumotórax hipertensivo pode causar desvio contra-lateral da traquéia.

A ausência de ventilação em um dos pulmões sugere pneumotórax ou hemotórax na vítima de trauma. Em caso de alteração na ausculta torácica percutir bilateralmente, a hipersonoridade sugere pneumotórax hipertensivo e a macicez o hemotórax maciço.

Ausculta cardíaca rápida para determinar se as bulhas estão com a tonalidade normal ou se estão abafadas. O abafamento de bulhas cardíacas associado a hipotensão arterial e turgência jugular sugere tamponamento cardíaco.

Causas de hipotensão arterial nos traumatismos de tórax

HEMORRAGIA INTERNA OU EXTERNA
PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO
TAMPONAMENTO CARDÍACO
CONTUSÃO MIOCÁRDICA

a. Conduta

Afastar complicações da fratura como lesão pulmonar ou de vísceras abdominais.

Transferir casos complicados ou com suspeita de complicações para o hospital de referência.

Efetuar analgesia com anti-inflamatórios ou analgésicos por via oral.

Encaminhar os casos não complicados para acompanhamento ambulatorial.

37. Pneumotórax aberto

b. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

É produzido por uma ferida penetrante do tórax.

A gravidade do quadro geralmente é proporcional a gravidade do defeito da parede torácica.

A livre comunicação através do orifício do espaço pleural com a atmosfera faz com que durante a inspiração o ar siga o caminho de menor resistência, passando pela ferida torácica para o espaço pleural e não pelas vias aéreas.

O ar no espaço pleural não participa do processo de troca gasosa e leva rapidamente o paciente a um quadro de insuficiência respiratória aguda.

c. Quadro clínico

O paciente apresenta dispnéia e dor torácica.

Na inspeção pode ser observada ferida aspirativa no tórax.

d. Conduta



Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara. Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto.

Cobrir o ferimento com curativo de material impermeável (plástico)

Sinais de choque quando há hemotórax ou lesão de vísceras abdominais.

C. Conduta

Afastar complicações da fratura como lesão pulmonar ou de vísceras abdominais.

Transferir casos complicados ou com suspeita de complicações para o hospital de referência.

Efetuar analgesia com anti-inflamatórios ou analgésicos por via oral.

Encaminhar os casos não complicados para acompanhamento ambulatorial.

38. Pneumotórax hipertensivo

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Ocorre quando é criada em decorrência de lesão torácica um mecanismo de válvula unidirecional, que permite que o ar entre no espaço pleural na inspiração, mas impede sua saída na expiração.

A pressão intra-pleural se eleva rapidamente acima da atmosférica, produzindo um grave distúrbio respiratório e comprometimento circulatório, com hipotensão e choque devido ao impedimento do retorno venoso.

b. Quadro clínico

O paciente apresenta dispnéia, diminuição do murmúrio vesicular no lado acometido e hipertimpanismo.

São comuns também sinais de choque com hipotensão e turgência jugular.

O desvio de traquéia é um achado tardio e frequentemente não é observado no pré-hospitalar.

A redução da complacência pulmonar de um paciente em assistência ventilatória deve sugerir o desenvolvimento de pneumotórax e torna obrigatório um exame de reavaliação para excluir esta possibilidade.

O diagnóstico da condição é clínico e não radiológico.

Possuindo três pontos de fixação, que funciona como válvula unidirecional.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e PNI.



Proceder a intubação orotraqueal caso estas medidas não sejam suficientes para manter a saturação da vítima maior que 92%.

Iniciar ventilação sob pressão positiva e neste caso não há mais necessidade de manter o curativo em três pontos.

Obter acesso venoso periférico.

Monitorizar atentamente o paciente, devido ao risco de desenvolvimento de pneumotórax hipertensivo.

Administrar analgésico opiáceo por via IV caso indicado.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir o paciente para hospital de referência, o mais breve possível.

a. conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Administrar oxigênio por máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Introduzir a agulha no hemitórax afetado na altura do 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular.

Acoplar o catéter utilizado a uma válvula de Heimlich.

Indicar a descompressão de tórax com agulha somente na presença de descompensação (distúrbio respiratório grave e choque). A realização de radiografia de tórax não deve atrasar a descompressão do tórax.

Caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva.

Introduzir dreno de tórax tubular nos pacientes assim que possível. Avaliar o paciente durante o transporte para deterioração respiratória,

Elevação da pressão inspiratória, deterioração hemodinâmica.

Observar escape aéreo e caso haja hemotórax associado avaliar a necessidade de adaptar dois frascos de drenagem e sistema de aspiração contínua.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir para hospital de referência assim que possível.

39. Hemotórax maciço

b. Considerações especiais de avaliação

É o acúmulo de sangue no espaço pleural.



Pode ser causado por traumatismos torácicos fechados ou penetrantes. O sangramento pode originar-se de laceração das artérias intercostais, Mamárias internas, parênquima pulmonar ou lesões ao coração e grandes vasos.

C. Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Assistir ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Administrar oxigênio por máscara com reservatório 10 a 15 litros por minuto.

Introduzir a agulha no hemitórax afetado na altura do 2º espaço intercostal na linha hemiclavicular.

Acoplar o catéter utilizado a uma válvula de Heimlich.

Indicar a descompressão de tórax com agulha somente na presença de descompensação (distúrbio respiratório grave e choque). A realização de radiografia de tórax não deve atrasar a descompressão do tórax.

Caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva.

Introduzir dreno de tórax tubular nos pacientes assim que possível. Avaliar o paciente durante o transporte para deterioração respiratória,

Elevação da pressão inspiratória, deterioração hemodinâmica.

Observar escape aéreo e caso haja hemotórax associado avaliar a necessidade de adaptar dois frascos de drenagem e sistema de aspiração contínua.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir para hospital de referência assim que possível.

a. Quadro clínico

Dispnéia associada a diminuição do murmúrio vesicular no lado acometido e macicez a percussão.

Evidência de traumatismo de tórax fechado ou penetrante.

São comuns também sinais de choque e colapso das jugulares, não ocorre desvio de traquéia.

A radiografia de tórax mostra velamento do hemitórax comprometido.

b. Conduta

Abrir via aérea.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.



Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima.

Obter 2 acessos venosos periféricos com cateteres curtos e calibrosos. Colher sangue para realização de hematócrito e gasometria arterial,

Estudo de coagulação, eletrólitos e função renal.

Iniciar a reposição volêmica com Ringer em bolus de 20 ml/kg, em volume suficiente para manter pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg.

Avaliar a necessidade de introduzir dreno tubular. Anotar volume drenado e drenagem horária.

Transferir o paciente para hospital de referência o mais rápido possível.

40. Contusão miocárdica

c. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

O traumatismo fechado de tórax pode produzir lesão cardíaca de intensidade variável. As consequências podem ser: distúrbios no sistema de condução, arritmias, redução do débito cardíaco, tamponamento cardíaco, ruptura de miocárdio ou válvulas. Suspeitar quando a vítima apresenta contusão ou fratura esternal ou mecanismo de lesão compatível.

d. Quadro clínico

Dispnéia associada a diminuição do murmúrio vesicular no lado acometido e macicez a percussão.

Evidência de traumatismo de tórax fechado ou penetrante.

São comuns também sinais de choque e colapamento das jugulares, não ocorre desvio de traquéia.

A radiografia de tórax mostra velamento do hemitórax comprometido.

e. Conduta

Abrir via aérea.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.

Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima.

Obter 2 acessos venosos periféricos com cateteres curtos e calibrosos. Colher sangue para realização de hematócrito e gasometria arterial,



Estudo de coagulação, eletrólitos e função renal.

Iniciar a reposição volêmica com Ringer em bolus de 20 ml/kg, em volume suficiente para manter pressão arterial sistólica entre 90 e 100 mmHg.

Avaliar a necessidade de introduzir dreno tubular. Anotar volume drenado e drenagem horária.

Transferir o paciente para hospital de referência o mais rápido possível.

41. Tórax instável

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Ocorre quando três costelas adjacentes estão fraturadas no mínimo em dois pontos. O resultado é a perda da continuidade da parede torácica com a separação de um segmento.

Geralmente ocorre na parede anterior ou lateral do tórax, sendo rara na posterior pois a musculatura estabiliza o segmento.

Complicações: hipoxemia causada contusão pulmonar. O paciente também tem risco levado de desenvolver pneumotórax ou hemotórax.

b. Quadro clínico

O paciente apresenta dispnéia e dor torácica, associada a crepitação da parede torácica.

Em alguns casos pode ser observada a respiração paradoxal, isto é o segmento instável se move na direção contrária a parede torácica, acompanhando as variações da pressão intratorácica.

Este sinal pode não ser observado no ambiente pré-hospitalar pois a dor e o espasmo muscular, limitam a expansibilidade da parede torácica. Pacientes psicóticos podem estar totalmente orientados.

A radiografia de tórax mostra as fraturas de arcos costais.

c. Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara. Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto.

B. Conduta

Abrir vias aéreas.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara. Estabelecer acesso venoso.



Transporte rápido para o hospital. Monitorização cardíaca.

Tratar arritmias instáveis segundo o protocolo do serviço.

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara. Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima (saturação > 90% ou presença de choque).

Reavaliar o paciente após este procedimento pois o tórax instável se associa com frequência ao pneumotórax e ao hemotórax.

Radiografar o tórax no leito. Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com 20 ml/kg de Ringer Lactato IV em bolus, repetindo se necessário. Manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 mmHg. Administrar analgésico opiáceo por via IV caso indicado.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Remover o paciente para unidade de terapia intensiva.

42. Tamponamento cardíaco

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Geralmente ocorre após trauma penetrante de tórax, mas pode ocorrer no trauma fechado.

Devido ao pericárdio ser uma estrutura não elástica, a hemorragia intrapericárdica restringe o enchimento diastólico de ambos os ventrículos.

b. Quadro clínico

O diagnóstico deve ser suspeitado em vítimas de trauma penetrante com turgência jugular, abafamento de bulhas (sinal de difícil avaliação no pré-hospitalar), hipotensão arterial e pulso paradoxal.

O desaparecimento do pulso radial durante a inspiração sugere a presença do pulso paradoxal.

c. Conduta

Abrir as vias aéreas.

Garantir ventilação adequada com oxigênio suplementar sob máscara.



Caso estas medidas não sejam suficientes proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva.

Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima (saturação > 90% ou presença de choque).

Reavaliar o paciente após este procedimento pois o tórax instável se associa com frequência ao pneumotórax e ao hemotórax.

Radiografar o tórax no leito. Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com 20 ml/kg de Ringer Lactato IV em bolus, repetindo se necessário.

Manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 mmhg. Administrar analgésico opiáceo por via IV caso indicado.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Remover o paciente para unidade de terapia intensiva.

Administrar volume em quantidade suficiente para manter a pressão sistólica entre 90 e 100 mmhg. A reposição volêmica rápida é imperativa, pois o aumento da pressão venosa central pode manter temporariamente o enchimento ventricular, até a chegada ao hospital.

Efetuar a pericardiocentese nas vítimas que apresentam quadro clínico consistente com tamponamento cardíaco e estão agônicas ou em PCR. Esta é uma medida provisória, antes da realização da toracotomia. O procedimento é mal sucedido em mais de 60% dos casos, pois geralmente o sangue no interior do saco pericárdico está parcialmente coagulado, o que impossibilita sua aspiração por agulha. As complicações da pericardiocentese são: **pneumotórax, laceração cardíaca ou de coronárias e arritmias**.

Remover o paciente imediatamente para hospital que possua cirurgia de emergência.

43. Intermação

a. Conduta

Remover o paciente para ambiente climatizado.

Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes com manobra manual. Assistir a ventilação caso necessário com BMV e oxigênio.

Manter a permeabilização com cânula orofaríngea ou intubação orotraqueal.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Administrar oxigênio em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Prevenir o dano renal causado por mioglobínúria, administrando solução salina isotônica IV, na velocidade de 250 a 500 ml/h.

Seguir o protocolo de choque caso o paciente apresente hipotensão arterial.

Despir o paciente e borrifá-lo com água fria. Direcionar um ventilador para seu corpo.

Aplicar bolsas de gelo em áreas de grande fluxo sanguíneo como as axilas e a região inguinal.

Colocar os eletrodos do monitor cardíaco nas costas do paciente caso se opte por iniciar o resfriamento com água.

Interromper os procedimentos quando a temperatura central chegar a 40°C.

Controlar convulsões tônico-clônicas com diazepam 5 a 10 mg por via venosa.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Obter vaga em unidade de terapia intensiva.

44. Hipotermia

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

É a redução da temperatura corporal, que ocorre geralmente após exposição a baixas temperaturas.

É mais comum em idosos, crianças, desnutridos, pacientes com traumatismos de medula espinhal, grandes queimados, indivíduos inconscientes e alcoolizados.

Pode ser classificada em leve, moderada e grave, de acordo com a temperatura corporal.

A imersão em líquidos com temperatura baixa acelera muito a perda de calor.

b. Quadro clínico

HISTÓRIA

O paciente deve ser questionado quanto ao uso de medicamentos que alteram o mecanismo termorregulatório e predispõe a hipotermia. Distúrbios da tireóide podem estar associados. Determinar último horário de alimentação do paciente é importante devido ao risco de broncoaspiração.

PULSO

A bradicardia é comum. Abaixo de 30° C a fibrilação atrial é frequente e temperaturas centrais inferiores a 28° C pode ocorrer a fibrilação ventricular. O surgimento da assistolia ocorre em temperaturas inferiores a 21° C.

PRESSÃO ARTERIAL

A hipotensão pode resultar de desidratação intensa, causada por poliúria. Em temperaturas abaixo de vinte e cinco graus a hipotensão arterial é comum.

TEMPERATURA CORPORAL



Os termômetros clínicos não são acurados em temperaturas inferiores a 35° C e a temperatura cutânea não se correlaciona com a temperatura central. Um termômetro timpânico que detecta infravermelho é o método mais prático de aferir a temperatura no pré-hospitalar.

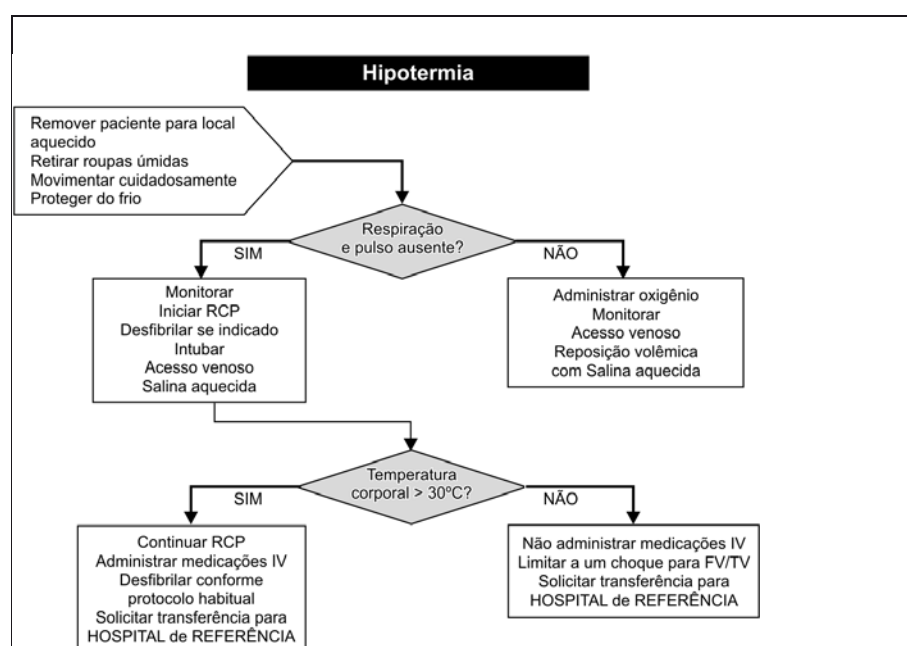
ELETCARDIOGRAMA

A bradicardia é um achado frequente, mas inespecífico. O achado da onda "J" de Osborne é um achado sugestivo de hipotermia.

Classificação de hipotermia

GRAU	TEMPERATURA CENTRAL	APRESENTAÇÃO CLÍNICA
LEVE	32 a 35°c	PALIDEZ, PELE FRIA, TREMORES (CALAFRIOS), SENSÇÃO DE FRIO. MOVIMENTAÇÃO COM PROPÓSITO DE SE AQUECER, FALTA DE COORDENAÇÃO E CONFUSÃO À MEDIDA QUE A TEMPERATURA SE REDUZ.
MODERADA	28 a 32°c	CESSAM TREMORES, SONOLÊNCIA, HIPOTENSÃO ARTERIAL, REDUÇÃO DA FREQUÊNCIA CARDÍACA E RESPIRATÓRIA. DILATAÇÃO PUPILAR. FIBRILAÇÃO ATRIAL É COMUM ABAIXO DE 32 GRAUS.
GRAVE	< 28°c	INCONSCIÊNCIA, HIPOTENSÃO ARTERIAL, BRADIPNÉIA E INSTABILIDADE ELÉTRICA COM FIBRILAÇÃO VENTRICULAR E ASSISTOLIA.

c. ALGORITMO de HIPOTERMIA



Algoritmo de atendimento a pacientes com hipotermia.



d. Conduta

Remover o paciente para um ambiente aquecido, para minimizar a perda de calor.

Mobilizar cuidadosamente pacientes gravemente hipotérmicos devido ao risco de precipitar fibrilação ventricular.

Remover roupas úmidas ou molhadas e agasalhar o paciente com cobertores.

Nunca mergulhar o paciente em líquido aquecido, massagear o paciente ou aplicar bolsas de água quente, devido ao risco de causar vasodilatação e queda da temperatura central.

Abrir as vias aéreas caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Manter a permeabilização com cânula orofaríngea ou intubação orotraqueal.

Efetuar cuidadosamente procedimentos invasivos devido ao risco de desencadear a fibrilação ventricular.

Verificar a temperatura timpânica.

Administrar oxigênio sob máscara em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir a ventilação caso necessário sem hiperventilar o paciente. Determinar imediatamente a glicemia capilar.

Corrigir hipoglicemia com glicose hipertônica. Iniciar a reanimação em caso de parada cardíaca.

Limitar as tentativas de desfibrilação ao 1º primeiro choque em pacientes gravemente hipotérmicos.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue para os seguintes exames hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia e gasometria arterial.

Obter radiografia de tórax em todos os pacientes. Infundir solução salina aquecida.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

45. Afogamento

e. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

É definido como a sufocação após imersão em meio líquido.

Complicações: hipoxemia causada por asfixia ou pela lesão pulmonar aguda, hipotermia, arritmias cardíacas decorrentes de hipoxemia e aspiração pulmonar de água poluída ou contaminada.

D. Conduta

Remover o paciente para um ambiente aquecido, para minimizar a perda de calor.

Mobilizar cuidadosamente pacientes gravemente hipotérmicos devido ao risco de precipitar fibrilação ventricular.

Remover roupas úmidas ou molhadas e agasalhar o paciente com cobertores.

Nunca mergulhar o paciente em líquido aquecido, massagear o paciente ou aplicar bolsas de água quente, devido ao risco de causar vasodilatação e queda da temperatura central.

Abrir as vias aéreas caso o paciente esteja inconsciente ou sonolento.

Manter a permeabilização com cânula orofaríngea ou intubação orotraqueal.

Efetuar cuidadosamente procedimentos invasivos devido ao risco de desencadear a fibrilação ventricular.

Verificar a temperatura timpânica.

Administrar oxigênio sob máscara em todos os pacientes, procurando manter a saturação acima de 92%.

Assistir a ventilação caso necessário sem hiperventilar o paciente. Determinar imediatamente a glicemia capilar.

Corrigir hipoglicemia com glicose hipertônica. Iniciar a reanimação em caso de parada cardíaca.

Limitar as tentativas de desfibrilação ao 1º primeiro choque em pacientes gravemente hipotérmicos.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Colher sangue para os seguintes exames hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia e gasometria arterial.

Obter radiografia de tórax em todos os pacientes. Infundir solução salina aquecida.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.

a. Quadro clínico

Classificação do afogado

	Consciência	RESPIRAÇÃO	AUSCULTA PULMONAR	HEMODINÂMICA
RESGATE	Lúcido	Normal	Normal	Estável
GRAU I	Lúcido	Tosse	Normal	Estável
GRAU II	Ansioso	Taquipnéia Tosse	Estertores em bases	Estável
GRAU III	Agitação ou Confusão Mental	Desconforto respiratório Tosse com espuma	Estertores bolhosos difusos	Estável
GRAU IV	Confusão e/ou Inconsciência	Desconforto respiratório Tosse com espuma	Estertores bolhosos difusos	Choque
GRAU V	Inconsciência	Apnéia ou <i>Gasps</i>	—	Variável
GRAU VI	Inconsciência	Apnéia ou <i>Gasps</i>	—	Parada Cardíaca



b. Conduta

Abrir as vias aéreas através das manobras manuais, caso indicado. Verificar a respiração.

Assistir a ventilação pulmonar com BMV se indicado utilizando oxigênio suplementar.

Observar cuidados com a coluna cervical se houver suspeita de trauma (mergulho em águas rasas, trauma esportivo, etc.).

Administrar oxigênio sob máscara em pacientes ventilando espontaneamente com fluxo de dez a quinze litros por minuto.

Evitar a utilização da Manobra de Heimlich para esvaziar o estômago distendido, só aumenta o risco de aspiração pulmonar. Não tentar retirar a água dos pulmões ou do estômago.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e PNI. Prevenir a aspiração pulmonar em vítimas com respiração espontânea,

Colocando o paciente em decúbito lateral esquerdo (posição de segurança) caso ocorram vômitos.

Iniciar a reanimação na ausência de pulso carotídeo mesmo em indivíduos que ficaram submersos por até quinze minutos.

Realizar a intubação orotraqueal de pacientes em Grau III ou superior.

Iniciar ventilação controlada com fio2 de 1,0.

Aquecer passivamente com cobertor térmico de alumínio. Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.

Colher sangue para os seguintes exames: hematócrito, hemoglobina, creatinina, uréia, natremia e calemia e gasometria arterial.

Obter radiografia de tórax em todos os pacientes.

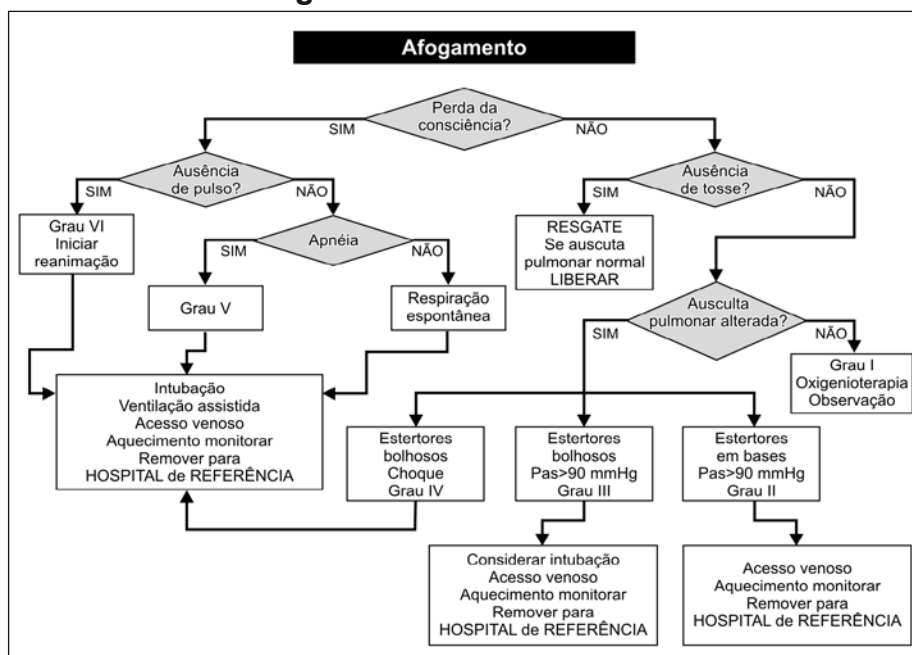
Iniciar reposição com solução de Ringer no volume de 20 ml/kg caso hipotensão arterial.

Transportar pacientes em Grau I ou superior para hospital de referência.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.



c. ALGORITMO - afogamento



Algoritmo de atendimento ao paciente afogado.

46. Atendimento ao grande queimado

d. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

As queimaduras podem ser classificadas quanto a etiologia em: térmicas, elétricas, químicas e por radiação.

A classificação da gravidade da queimadura é essencial para determinar a indicação de admissão em centro de queimados, guiar a ressuscitação inicial e estabelecer o prognóstico.

A gravidade da queimadura depende de uma série de fatores: etiologia, profundidade, extensão, localização, idade da vítima e comorbidades.

É importante que o socorrista saiba que a queimadura não é uniforme e que existem vários graus de profundidade em uma mesma lesão.

Classificação das queimaduras térmicas de acordo com a profundidade

CLASSIFICAÇÃO DAS QUEIMADURAS TÉRMICAS PELA PROFUNDIDADE				
GRAUS	PROFUNDIDADE	COR	ENCHIMENTO CAPILAR	DOR
1º Grau	Epiderme Superficial	Eritema	Presente	Presente
2º Grau Superficial	Epiderme e Derme Superficial	Eritema Bolhas	Presente	Presente
2º Grau Profunda	Epiderme e Derme Profunda	Rósea ou Esbranquiçada	Variável	Variável
3º Grau	Epiderme e Derme Totais	Branca, Preta ou Marrom	Ausente	Ausente



Estimativa da Superfície Corporal Queimada: pela regra dos nove, com esta técnica estima-se que a cabeça e cada membro superior representam 9% da superfície corporal (SC) cada membro inferior representa 18% da SC e o tronco 36% da SC.

As queimaduras nas seguintes áreas são consideradas graves: mãos, pés, face, períneo e circunferenciais.

A inalação de fumaça ou gases é a principal causa de mortalidade precoce em vítimas de incêndio devido a intoxicação por monóxido de carbono que é a complicação mais comum. Podem ocorrer a lesão da via aérea pelo calor (térmica) com edema e obstrução alta e a lesão química acompanhada as vezes pela intoxicação sistêmica: a combustão de determinados materiais produz substâncias químicas tóxicas, que atuam nas vias aéreas e/ou de modo sistêmico após serem absorvidas.

A lesão elétrica: pode produzir danos extensos apesar de apresentar poucas evidências visíveis de lesão. Pode causar arritmias cardíacas e apnéia. Os pacientes devem ser monitorizados no APH pois a principal causa de óbito precoce são arritmias cardíacas.

A mortalidade aumenta abaixo dos cinco anos de idade e acima dos 55 anos.

Suspeitar quando a vítima for resgatada de incêndios em locais fechados, apresentar pelos nasais queimados, escarro enegrecido (carbonáceo), rouquidão e estridor.

e. Conduta

Descontaminar com água corrente as lesões causadas por produtos químicos líquidos, observando sempre os cuidados com sua auto- proteção.

Escovar a pele de pacientes vítimas de exposição a substâncias químicas sólidas em pó antes de descontaminá-las com água corrente.

Procurar por sinais de lesão por inalação de fumaça.

Estabilizar a coluna de pacientes inconscientes ou com mecanismo de trauma sugestivo.

Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório 10 a 15l/min.

Considerar a intubação orotraqueal em caso de depressão do nível de consciência, sofrimento respiratório, evidências de obstrução de vias aéreas (estridor, rouquidão).

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor de PNI.

Lembrar que a oximetria de pulso e a gasometria arterial podem ser falseadas pela intoxicação com monóxido de carbono.

Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.

Evitar a punção venosa em áreas queimadas, mas se não houver outra opção ela pode ser utilizada.

Iniciar a reposição volêmica baseada na fórmula de Parkland (4 ml/ kg de salina para cada 1% de superfície corporal queimada), infundindo 50% deste volume nas primeiras 8 horas.

Administrar solução salina IV em pacientes com lesões elétricas devido a possibilidade de rabdomiólise com hemoglobinúria.

Efetuar o cateterismo vesical de grandes queimados ou pacientes com lesões por eletricidade.

Monitorizar o débito urinário mantendo-o superior a 100 ml/h em caso de queimaduras elétricas.



Seguir o protocolo de arritmias cardíacas em pacientes com lesões por eletricidade.

Efetuar a analgesia em pacientes com dor intensa, com sulfato de morfina 2 a 10 mg IV.

Expor a área queimada.

Evitar romper bolhas e desbridar lesões e aplicar creme de sulfadiazina prata pomada ou medicamento sobre a lesão.

Envolver a vítima com lençóis secos para reduzir a perda de calor e a contaminação bacteriana.

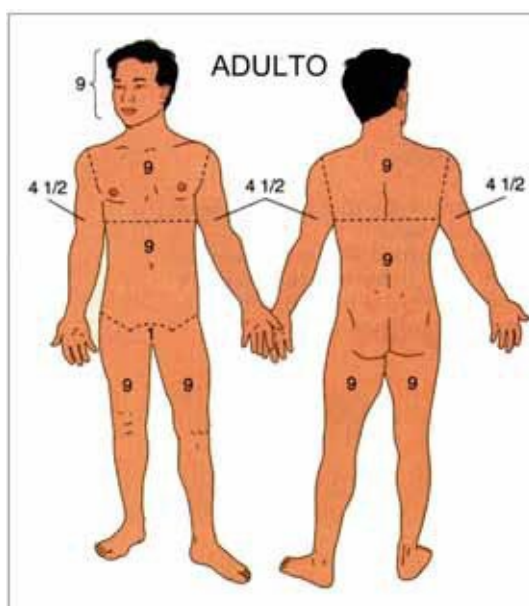
Secar os pacientes pois os mecanismos de regulação da temperatura corporal estão prejudicados no grande queimado e o desenvolvimento de hipotermia é comum.

Remover anéis, braceletes e outras jóias devido ao risco de interrupção da circulação pelo edema.

Tratar traumatismos associados.

Avaliar o paciente decidindo se o mesmo se trata ou não de um grande queimado.

Remover para centro especializado caso indicado.

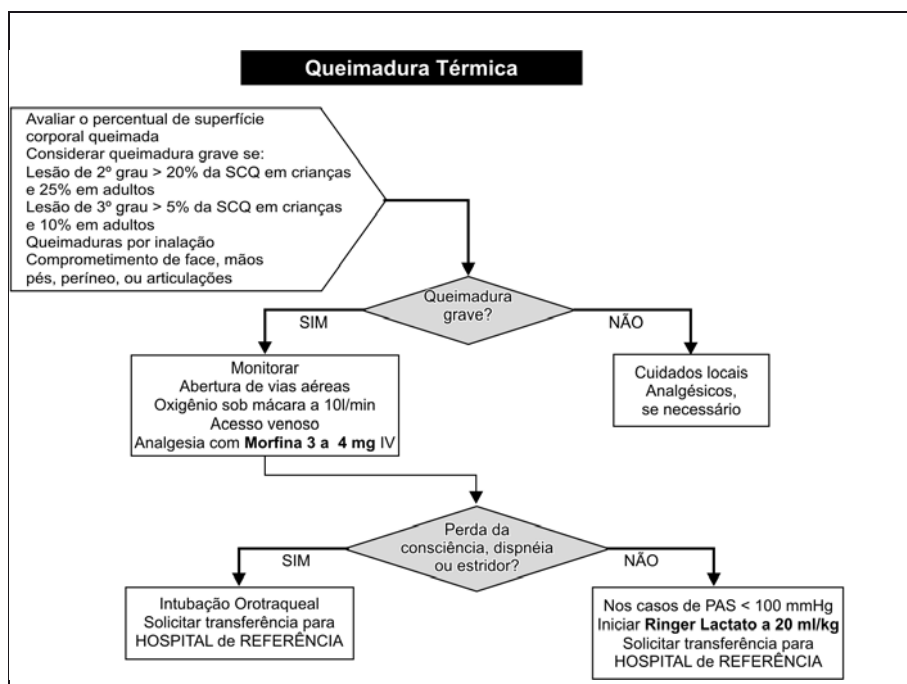


Percentual de superfície corporal queimada de acordo com a fórmula de Parkland.

Gravidade das queimaduras térmicas

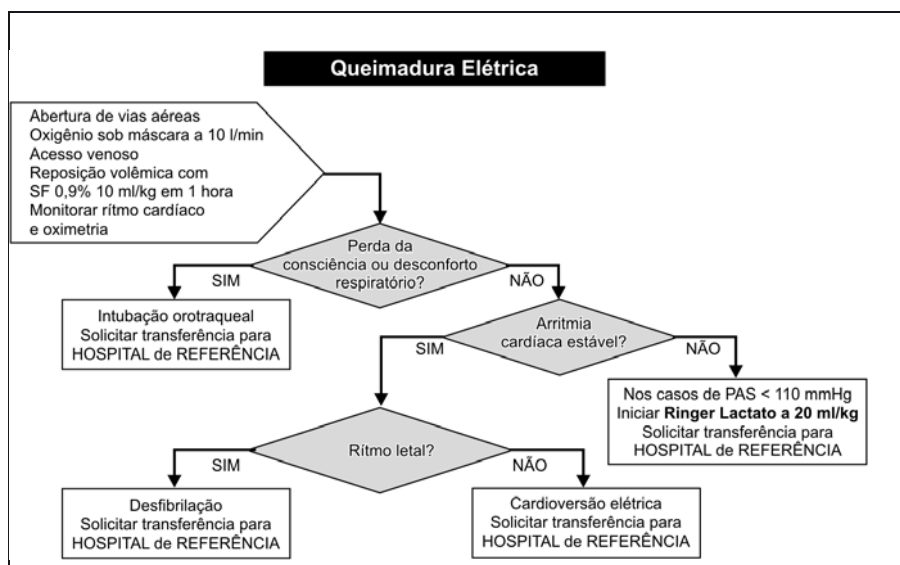
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 25% DA SC EM ADULTOS
QUEIMADURAS DE SEGUNDO GRAU > 20% DA SC EM CRIANÇAS
QUEIMADURAS DE TERCEIRO GRAU > 10% DA SC
TRAUMATISMOS ASSOCIADOS GRAVES
MUITOS PACIENTES COM: QUEIMADURAS ELÉTRICAS, LESÃO POR INALAÇÃO. LESÕES EM MÃOS, PÉS, FACE, OLHO E PERÍNEO.
QUEIMADOS COM LESÕES MODERADAS MAS DE ALTO RISCO CLÍNICO.

f. ALGORITMO – queimadura térmica



Algoritmo de atendimento ao paciente com queimadura térmica.

g. ALGORITMO – queimadura elétrica



Algoritmo de atendimento ao paciente com queimadura elétrica.

47. Traumatismo de abdome

h. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Causa 50% das mortes evitáveis por trauma.

Dependendo da integridade da parede abdominal é classificado em fechado e penetrante.

Os traumatismos abdominais fechados são cinco vezes mais frequentes que os penetrantes.

A principal complicação no ambiente pré-hospitalar é a lesão de vísceras maciças e estruturas vasculares, causando o choque hipovolêmico. A lesão de vísceras ocas leva a peritonite, mas as manifestações clínicas são tardias ocorrendo geralmente no hospital.

Incidência de lesões viscerais no trauma de abdome

FECHADO		PENETRANTE	
Baço	25	Fígado	37
Intestino	15	Delgado	26
Fígado	15	Estômago	19
Retroperitônio	13	Cólon	16,5
Rim	12	Grandes Vasos	11
Bexiga	6	Mesentério e Omento	9,5
Mesentério	5	Baço	7
Pâncreas	3	Diafragma	5,5
Diafragma	3	Rim	5
Vascular	2	Pâncreas	3,5
Uretra	2	Duodeno	2,5

		Vias Biliares	1
		Outros	1

i. Quadro clínico

É muito importante que o socorrista defina sua conduta a nível pré- hospitalar. O exame primário é fundamental para diagnosticar condições que ocasionem risco de vida imediato e iniciar o tratamento.

O surgimento de taquicardia e palidez em vítima de trauma de abdome sem evidências de hemorragia externa deve fazer o socorrista suspeitar de sangramento interno. A presença de lesões penetrantes, dor

Ou distensão abdominal após trauma indicam a possibilidade de lesão visceral.

No exame abdominal a inspeção é muito importante, para determinar se o traumatismo é fechado ou penetrante. A distensão abdominal sugere lesão de víscera maciça.

A palpação deve ser feita nos quatro quadrantes, visando determinar: sensibilidade, descompressão dolorosa e defesa.

j. Conduta

Executar a avaliação rápida do traumatizado. Abrir vias aéreas com manobra manual.

Assistir ventilação caso necessário com bolsa e máscara. Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto.

Proceder a intubação orotraqueal e iniciar ventilação sob pressão positiva caso estas medidas não sejam suficientes para manter a oxigenação da vítima (saturação > 90% ou presença de choque).

Radiografar o tórax e coluna cervical no leito. Estabilizar objetos extrusos.

Proteger vísceras expostas com compressas úmidas sem tentar recoloca- las no interior da cavidade.

Tratar o estado de choque.

Iniciar a reposição com cristalóide na presença de sinais de choque, mas essa conduta não deve retardar o transporte.

Monitorizar a PA após a infusão de 20 ml/kg de Ringer, pois a reposição excessiva de volume pode agravar a hemorragia interna.

Manter a pressão arterial sistólica em torno de 90 mmhg.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados. Transferir para hospital de referência.



48. Trauma na gravidez

k. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

A incidência de traumatismos durante o período gestacional vem aumentando nos últimos anos.

Ou distensão abdominal após trauma indicam a possibilidade de lesão visceral.

No exame abdominal a inspeção é muito importante, para determinar se o traumatismo é fechado ou penetrante. A distensão abdominal sugere lesão de víscera maciça.

A palpação deve ser feita nos quatro quadrantes, visando determinar: sensibilidade, descompressão dolorosa e defesa.

a. Quadro clínico

As gestantes sadias devido ao aumento de seu volume circulante podem perder de 30 a 35% de sua volemia antes de exibirem sinais de choque, como: hipotensão arterial, diminuição da pressão de pulso, taquipnéia,

Diminuição da diurese ou alterações do SNC, tais como ansiedade, confusão e/ou letargia.

Os sinais de sofrimento fetal antecedem os sinais e sintomas de choque da gestante. Se o volume sanguíneo materno diminui devido ao trauma, o fluxo sanguíneo placentário é diminuído seletivamente.

A frequência cardíaca aumenta durante a gravidez alcançando no 3º trimestre, 15 a 20/min a mais que na mulher não grávida, fator a ser considerado na interpretação da taquicardia em gestantes.

A pressão arterial diminui de 10 a 15 mmHg durante o 2º trimestre e retorna aos seus níveis normais próximos ao termo.

b. Conduta

Avaliar as vias aéreas com controle da coluna cervical.

Utilizar a manobra manual de elevação modificada da mandíbula com concomitante estabilização manual da cabeça e pescoço.

Lembrar que pela compressão do estômago pelo útero e pelo tempo de esvaziamento gástrico aumentado, que o estômago da grávida deve ser considerado como cheio.

Observar medidas para evitar a aspiração do conteúdo gástrico para as vias aéreas, ou seja, a rotação lateral do corpo em bloco e aspiração apropriada das vias aéreas superiores.

Administrar O2 suplementar sob máscara com reservatório.

Ventilar a vítima caso a ventilação esteja inadequada na frequência de 12 a 16/min.

Posicionar a paciente imobilizada sobre prancha longa inclinada para a esquerda, ou alternativamente o útero pode ser deslocado manualmente para a esquerda enquanto a paciente não estiver sobre a prancha.

Avaliar a possibilidade de cesárea de emergência em caso de PCR. Obter acesso venoso a duas veias periféricas de extremidade superior,

Com cateteres de calibre mínimo de **16**, e a reposição de um volume líquido inicial de **1 a 2 litros** de Ringer Lactato ou soro fisiológico administrados tão rapidamente quanto possível.

Obter Ht, gasometria arterial, glicemia, eletrólitos e função renal.

Reavaliar a paciente após a infusão de líquido e a infusão suspensa se a PA chegar a 90 mmHg de sistólica.

Efetuar o transporte da paciente para o hospital em todos os casos.

Incluir no exame a avaliação da irritabilidade uterina (presença de contrações e seu ritmo) e a altura do fundo de útero.

Prestar atenção a saída de líquido amniótico ou sangramentos vaginal.

Anotar todos os dados observados e comunicá-los ao médico do hospital de referência.

49. Trauma pediátrico

α. Considerações GERAIS de AVALIAÇÃO

Durante o atendimento a criança ferida uma das principais dificuldades é lidar com os responsáveis, que geralmente estão ansiosos e preocupados.

A melhor maneira de ganhar a confiança dos pais é demonstrar competência durante o atendimento. Envolvê-los no socorro.

Sempre que possível mantenha os pais em contato físico e verbal com o paciente. Pedir por exemplo que eles confortem a criança e ajudem segurando algum equipamento. Explicar tudo o que está sendo feito para os responsáveis, demonstre preocupação pela criança mantendo o profissionalismo.

O traumatismo da cabeça é a causa mais comum de óbito após trauma em pacientes pediátrico. As lesões da cabeça são mais frequentes na criança devido ao tamanho e peso desta em relação ao corpo. As crianças costumam apresentar um prognóstico melhor do que adultos com o mesmo grau de lesão e a recuperação pode ser completa mesmo em pacientes com lesões graves.

O traumatismo de abdome representa a segunda causa de óbito após trauma em pacientes pediátricos. Sua principal manifestação é o choque hemorrágico causado pela rotura do fígado e do baço. Estes órgãos são menos protegidos pelas costelas e são relativamente maiores em crianças.

A parede torácica é mais elástica em crianças do que em adultos diminuindo a chance de lesões como tórax instável e tamponamento cardíaco, após o traumatismo de tórax.



Traumatismos de coluna vertebral são pouco frequentes antes da adolescência apesar do tamanho da cabeça da criança. Mas mesmo assim imobilizar toda a criança com mecanismo de lesão sugestivo.

Os pacientes socorridos em assentos infantis, apresentam menor chance de sofrer lesões graves em acidentes automobilísticos.

b. Quadro clínico

A avaliação do nível de consciência é um excelente indicador de traumatismo de crânio. Utilizar como parâmetro a variação da pontuação na escala de Glasgow adaptada para pediatria.

Crianças pequenas podem se beneficiar de um brinquedo e caso algum esteja disponível permitir que ele fique com o paciente. Uma criança que pode ser consolada ou distraída com algum brinquedo tem o cérebro adequadamente perfundido e oxigenado.

Particularidades: as contusões abdominais, equimoses provocadas por cintos de segurança, dor abdominal em pacientes pediátricos representam indicações de transporte rápido. Mesmo vítimas com sinais mínimos de trauma podem apresentar lesões graves.

Os principais sinais do traumatismo de tórax são: dificuldade respiratória que pode ser causada por pneumotórax, hemotórax e contusão pulmonar.

A taquipnéia é um importante sinal de comprometimento respiratório, uma criança respirando com frequência maior que quarenta por minuto ou um lactente com mais de sessenta por minuto tem indicação de transporte rápido; batimentos de asa de nariz; retrações supra-esternais, intercostais e subcostais.

A ausculta pulmonar pode ser enganosa em caso de pneumotórax pode haver transmissão de ruídos de um lado do tórax para outro devido ao pequeno tamanho da caixa torácica.

O diagnóstico de choque é mais difícil em crianças do que em adultos e quanto mais jovem o paciente mais difícil é a avaliação. Os sinais de choque podem ser simulados por outras condições como exposição ao frio, medo e estresse. A frequência de pulso **maior que 130 bpm** deve sugerir choque.

A palpação de pulsos pode ser difícil em crianças pequenas e lactentes, mesmo que eles não estejam em choque. No lactente o pulso braquial é o mais fácil de palpar.

A redução da temperatura das extremidades pode ser secundária a exposição ao frio, medo e estresse.

Hipotensão arterial: é um sinal tardio de choque. A aferição da pressão arterial é difícil e pode ser demorada em crianças pequenas. Como regra a

Pressão arterial sistólica menor que 80 mmHg em crianças e que setenta mmHg em lactentes são sinais indicativos de hipotensão.

O tamanho do manguito do esfigmomanômetro deve ser adequado ao do paciente para evitar erros na aferição.

O enchimento capilar também é difícil de avaliar, quando superior a 2 segundos sugere a presença de problema circulatório.

Devido a mecanismos compensatórios as crianças em estágio inicial de choque podem parecer bem. A piora é súbita.

Escala de Glasgow pediátrica

ABERTURA OCULAR			
	> 1ANO	< 1 ANO	
1	NÃO ABRE	NÃO ABRE	
2	A DOR	A DOR	
3	AOS ESTÍMULOS VERBAIS	AO GRITO	
4	ESPONTÂNEA	ESPONTÂNEA	
MELHOR RESPOSTA MOTORA			
	> 1ANO	< 1 ANO	
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	
2	EXTENSÃO	EXTENSÃO	
3	FLEXÃO ANORMAL	FLEXÃO ANORMAL	
4	RETIRADA EM FLEXÃO	RETIRADA EM FLEXÃO	
5	LOCALIZA A DOR	LOCALIZA A DOR	
6	OBEDECE		
MELHOR RESPOSTA VERBAL			
	> 5 ANOS	> 2 - 5 ANOS	0 - 2 ANOS
1	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA	SEM RESPOSTA
2	SONS INCOMPREENSÍVEIS	GRUNHIDOS	GRUNHIDOS
3	PALAVRAS DESCONEXAS	CHORO E GRITOS	CHORO INAPROPRIADO
4	DESORIENTADO	PALAVRAS INAPROPRIADAS	CHORO
5	CONVERSA COM ORIENTAÇÃO	FRASES E PALAVRAS APROPRIADAS	SORRI, BALBUCIA E CHORA APROPRIADAMENTE

Sinais vitais de acordo com a faixa etária

IDADE	PESO kg	RESPIRAÇÕES/ MINUTO	PULSO (bpm)	PA SISTÓLICA (mmhg)
Recém nato	3 - 4	30 - 50	120 - 160	> 60
6 meses A 1 ano	8 - 10	30 - 40	120 - 140	70 - 80
2 a 4 anos	12 - 16	20 - 30	100 - 110	80 - 95
5 a 8 anos	18 - 26	14 - 20	80 - 100	90 - 100
8 a 12 anos	26 - 50	12 - 20	80 - 100	100 - 110
> 12 anos	> 50	12 - 16	80 - 100	100 - 120



c. Conduta

Adotar medidas de auto-proteção.

Manter as vias aéreas abertas com manobras manuais e estabilização manual da cabeça e pescoço.

Determinar após a abertura da via aérea, se a vítima apresenta respiração adequada.

Iniciar a assistência ventilatória com a respiração artificial sob máscara, caso a respiração esteja ausente ou inapropriada.

Utilizar a máscara invertida caso a disponível seja grande para o paciente.

Estabilizar a cabeça e pescoço manualmente, o colar cervical só é aplicado no final da avaliação rápida.

A manobra manual de desobstrução indicada no trauma é a elevação modificada da mandíbula.

Colocar um coxim sob os ombros para manter a cabeça em posição neutra geralmente é necessário. Em crianças pequenas devido ao maior tamanho da cabeça em proporção ao corpo o occipital pode manter a cabeça flexionada obstruindo a via aérea quando ela está em decúbito dorsal.

Lembrar que a hiperextensão da cabeça pode causar obstrução de vias aéreas e a cânula orofaríngea deve ser utilizada somente em crianças não reativas. A cânula nasofaríngea está contra-indicada.

Ventilar crianças que não apresentam respiração adequada com oxigênio suplementar.

Administrar oxigênio sob máscara em crianças ventilando adequadamente.

Efetuar as ventilações pulmonares lentamente para evitar a distensão gástrica e na frequência apropriada para a idade da vítima.

Empregar as frequências recomendadas para ventilação pediátrica que são: 20/min para pacientes menores que um ano de idade e 15 a 20/min para crianças maiores e adolescentes.

Proceder a intubação orotraqueal em caso de inconsciência e/ou necessidade de assistência respiratória.

Conter hemorragias externas. Os locais de sangramento óbvios devem ser controlados para manter a circulação. Como o volume sanguíneo da criança é de 80 a 90 ml/kg sangramentos com perdas que seriam bem toleradas em um adulto podem causar o choque. As técnicas de controle de hemorragias são as mesmas utilizadas em adultos.

Obter acesso a circulação, como no adulto não é uma prioridade em transportes de curta duração. Em situações especiais como transportes prolongados, hemorragias controladas, esmagamentos, tempo longo de desencarceramento o acesso a circulação no ambiente pré-hospitalar o procedimento é necessário. São opções a veias periféricas de extremidades superiores, a safena anteriormente ao maléolo medial da tíbia e a infusão intra-óssea.



Colher sangue para hematócrito, gasometria arterial, eletrólitos e função renal.

Monitorizar ECG, oximetria de pulso. Obter radiografia de tórax.

Efetuar a reposição de volume em bolus de 20 ml/kg seguidos por reavaliação dos parâmetros clínicos do paciente. Caso necessário o bolus deve ser repetido.

Transportar rápido ao hospital para avaliação caso indicado.

Parte V

Avaliação Simplificada de Radiografias

50. Avaliação sistemática de radiografias do tórax

d. Considerações técnicas Exposição

A aquisição adequada da radiografia de tórax é mais difícil que a de outras partes do corpo devido ao contraste produzido pela diversidade de tecidos existente no tórax, que varia do espaço aéreo dos alvéolos até as estruturas ósseas. A exposição correta deve permitir a visualização de vasos periféricos de pelo menos um terço dos campos pulmonares e ao mesmo tempo as margens para-espinais e hemidiafragma esquerdo atrás do coração.

A superexposição aos raios-x produz uma imagem mais penetrada que favorece a visualização da coluna dorsal, estruturas do mediastino, área retrocardíaca e tubos nasogástricos ou endotraqueais, contudo, pequenos nódulos ou estruturas vasculares pulmonares não são visualizados (figura 112.1A).

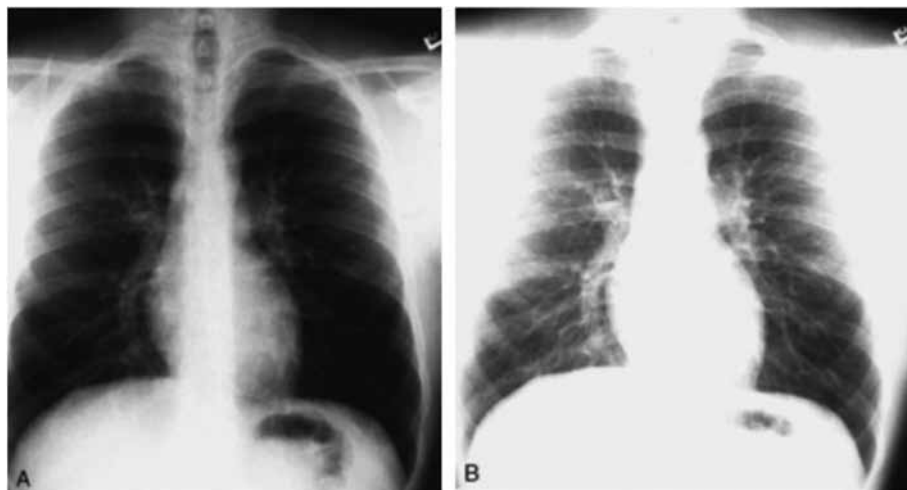


Figura 112.1 – Radiografia de tórax hiperpenetrada (A) e com pouca penetração (B).

Quando há uma exposição reduzida aos raios-x a imagem torna-se mais clara e dificulta a interpretação. A vascularização pulmonar fica mais proeminente e pode induzir a uma percepção de infiltrados generalizados quando em realidade não estão presentes. Além



disso, os detalhes no mediastino, no espaço retrocardíaco ou na coluna dorsal ficam prejudicados (figura 112.1B).

Sexo masculino *versus* feminino

A principal diferença nas radiografias é a quantidade de tecido mamário, que pode interferir na interpretação da projeção em PA ou AP. O tecido mamário absorve boa parte da radiação resultando em um aspecto mais esbranquiçado da imagem atrás das mamas e um padrão vascular pulmonar mais proeminente.

Um problema comum de interpretação radiológica é a ocorrência de mastectomia unilateral. Nessa circunstância a densidade pulmonar será assimétrica. O campo pulmonar atrás da mastectomia estará mais escuro que o contralateral, o qual poderá ser interpretado erroneamente como um infiltrado pulmonar (figura 112.2).

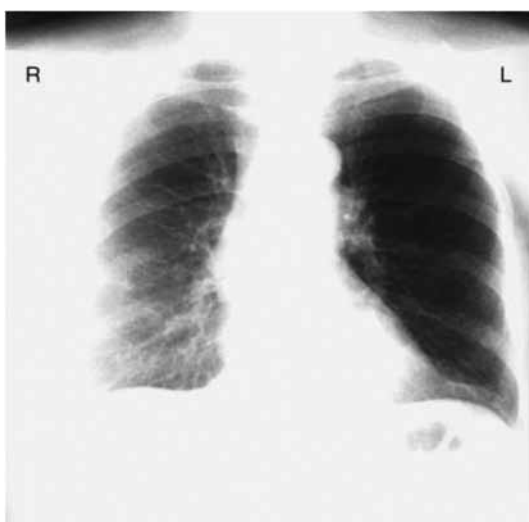


Figura 112.2 – Paciente mastectomizada à esquerda, a presença de mama à direita pode induzir a uma falsa interpretação de infiltrado pulmonar quando na realidade não há anormalidade.

Os mamilos podem apresentar uma imagem semelhante a um nódulo bem definido nas bases pulmonares na exposição radiográfica em PA ou AP (figura 91.3); contudo essas imagens não apresentarão correspondência quando for observada a radiografia em projeção lateral.



Figura 112.3 – Mamilos com aparência de nódulos nas bases pulmonares.

Radiografia em Projeção Pósterio-Anterior (PA) versus Antero- Posterior (AP)

A projeção Pósterio-Anterior (PA) é adquirida quando o feixe de raios-x entra pelo dorso e sai pela região anterior impressionando o filme radiográfico. A projeção Antero-Posterior (AP) é adquirida quando o paciente está deitado sobre o filme radiográfico e o feixe de raios-x entra pela região anterior do tórax.

Na projeção AP a sombra cardíaca apresenta um aumento em relação à projeção PA devido à difusão do feixe de raios-x (figura 112.4).

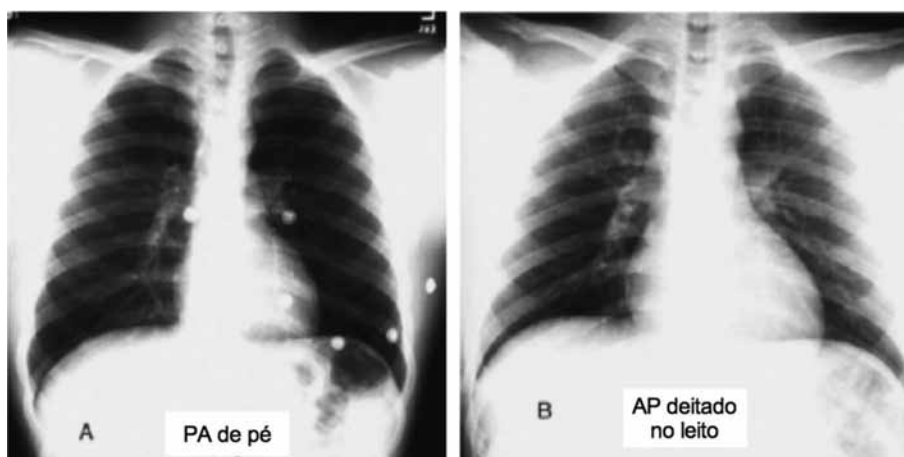


Figura 112.4 – Comparação entre radiografias em projeção PA e AP. Observe o aumento da sombra cardíaca em um mesmo paciente.

Radiografias de tórax em Inspiração e Expiração

A avaliação do grau de expansão dos campos pulmonares é essencial para determinar a qualidade técnica da radiografia. A maioria dos adultos são capazes de expandir adequadamente os campos pulmonares para manter o diafragma entre os oitavos e décimos arcos costais, na posição de pé (figura 112.5A). Quando a expansão atinge somente os sétimos arcos costais os campos pulmonares estão hipoinflados, que



pode acarretar em um errôneo diagnóstico de uma pneumonia nas bases ou cardiomegalia (figura 112.5B).

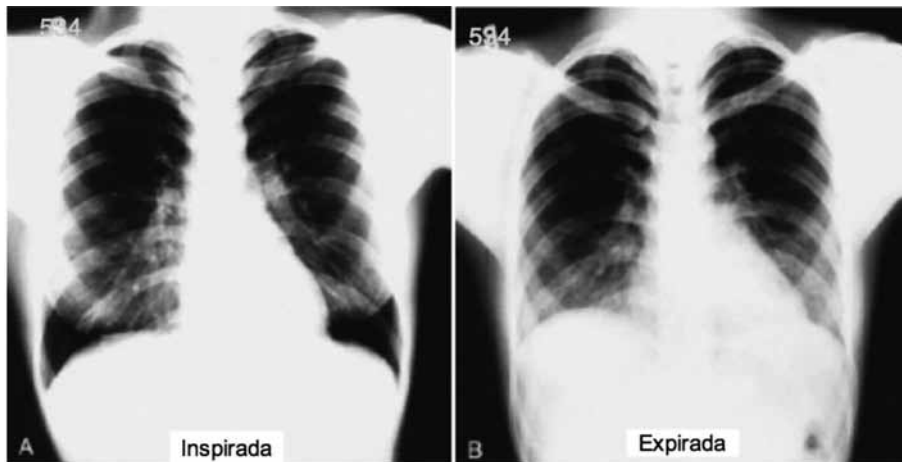


Figura 112.5 – Radiografia de tórax normalmente expandida (A). Exame da mesma paciente, com expansão incorreta dos campos pulmonares, que pode induzir um erro diagnóstico de cardiomegalia (B).

e. Análise sistemática da radiografia do TÓRAX

Determinar a idade, sexo e história do paciente. Identificar a projeção utilizada: AP, PA ou perfil.

Identificar a posição do paciente: de pé, deitado, decúbito lateral ou lordótica.

Observar a expansão torácica: adequada, hipoinsuflada ou hiperinsuflada.

Observar os contornos e tamanho das estruturas do coração e do mediastino.

Avaliar as vias aéreas: desvio da traquéia? Avaliar a simetria dos campos pulmonares. Há desvio do mediastino?

A posição dos hilos está adequada?

Há infiltrado, massa ou nódulos nos campos pulmonares?

Avaliar o padrão vascular dos pulmões:

Normal, aumentada ou diminuída? Inferior maior que nos ápices?

Há derrame pleural preenchendo os seios costofrênicos? Há fratura de clavícula, arcos costais ou de vértebras?

O paciente apresenta tubo orotraqueal? Pesquisar a presença de pneumotórax.

Observar a parede torácica: as partes moles apresentam enfisema subcutâneo?



Comparar os achados recentes com imagens antigas, se possível. Correlacionar os achados radiológicos com os dados clínicos.



Figura 112.6 – Radiografia de tórax em PA, de um paciente do sexo feminino, sem patologias prévias. Observa-se a identificação das estruturas do tórax (coração, mediastino e vias aéreas) em relação ao abdome superior.

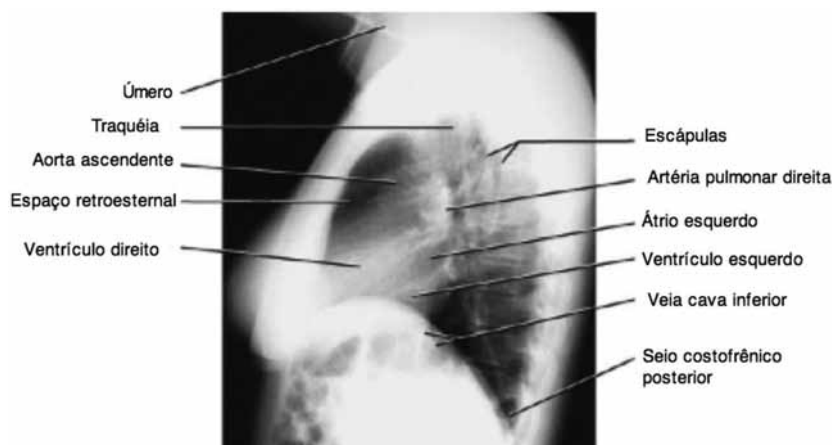


Figura 112.7 – Radiografia de tórax em perfil, de um paciente do sexo feminino, sem patologias prévias. Observa-se a identificação das estruturas do tórax (coração, mediastino e vias aéreas).

f. EXEMPLOS de EXAMES com PATOLOGIAS do TÓRAX

Figura 112.8 – Paciente do sexo masculino, apresentando derrame pleural à esquerda. Observa-se a presença de escoliose na coluna vertebral.

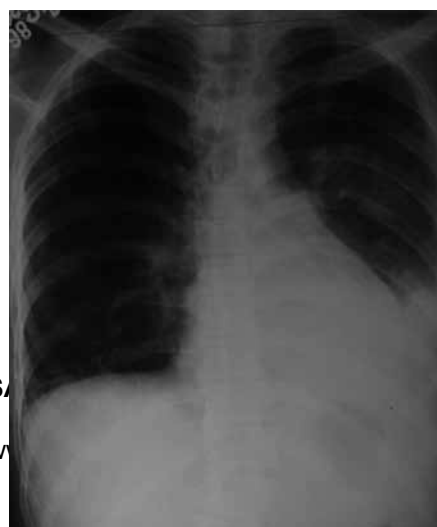
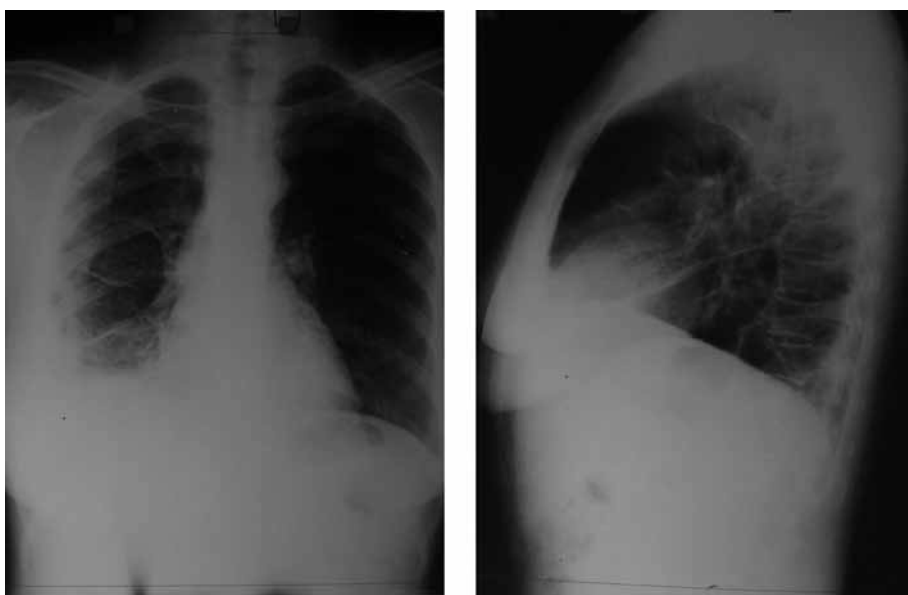


Figura 112.9 – Paciente do sexo feminino, apresentando derrame pleural à direita.



Observa-se a presença de derrame cisural na radiografia de perfil.



Figura 112.10 – Paciente do sexo masculino, com 2 anos de idade, apresentando pneumotórax grave em hemitórax esquerdo associado a importante desvio do mediastino

*Para a direita. O paciente apresentava desconforto respiratório que melhorou após a descompressão do pneumotórax
Por drenagem.*



Figura 112.11 – Paciente do sexo masculino, apresentando pneumotórax associado a derrame pleural em hemitórax esquerdo. Além disso, observa-se infiltrado pulmonar em terço médio do hemitórax direito.

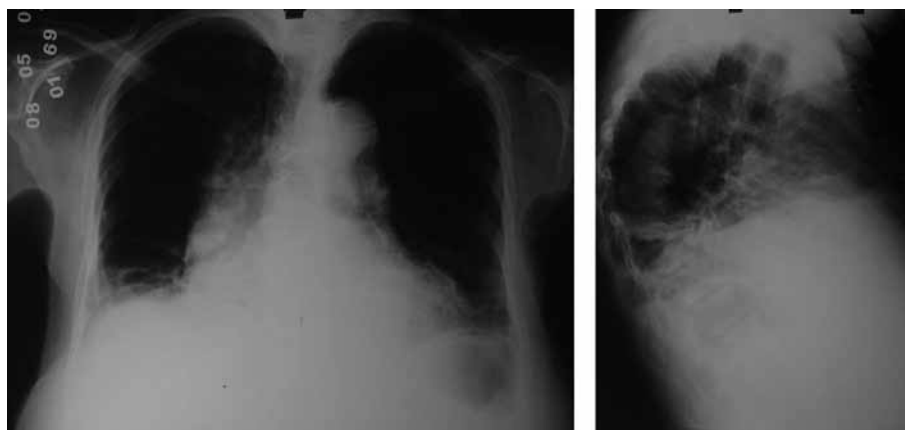


Figura 112.12 – Paciente do sexo masculino, apresentando radiografia de tórax de perfil com atelectasia laminar em terço inferior, que não pode ser detectada na incidência PA. Observa-se fios metálicos na região do esterno (radiografia lateral), compatíveis com toracotomia por provável cirurgia cardíaca.

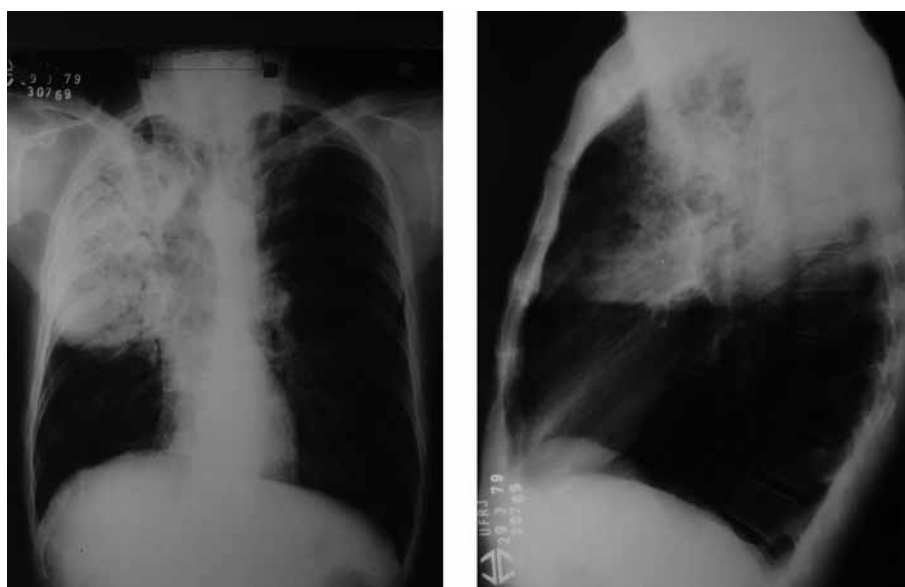


Figura 112.13 – Paciente do sexo masculino, apresentando infiltrado pulmonar em lobo superior do pulmão direito, devido a pneumonia. Na radiografia de perfil observa-se o comprometimento pulmonar limitado pela cisura do lobo médio.



Figura 112.14 – Paciente do sexo masculino, com quadro de abscesso pulmonar localizado em terço médio de hemitórax esquerdo, com a presença de nível hidroaéreo na massa pulmonar. Observa-se também um infiltrado pulmonar em terço inferior do pulmão Direito.

g. EXEMPLOS de EXAMES com PATOLOGIAS do abdome



Figura 112.15 – Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando níveis hidroaéreos em intestino grosso, com quadro clínico de obstrução intestinal.

Figura 112.16 – Radiografia de abdome em posição deitada, evidenciando hipotransparência acentuada associado a quadro clínico de ascite.





Figura 112.17 – Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando níveis hidroaéreos em intestino grosso, distensão de alças de intestino delgado (sinal de moedas empilhadas), compatível com quadro clínico de distensão abdominal por distúrbio metabólico.





Figura 112.18 – Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando imagem de hipertransparência acentuada em flancos, compatível com pneumoperitônio devido a quadro clínico de perfuração intestinal.



Figura 112.19 – Radiografia de tórax em PA, evidenciando imagem de hipertransparência destacando a cúpula diafragmática esquerda, compatível com pneumoperitônio em paciente com quadro clínico de úlcera péptica perfurada.



Figura 112.20 – Radiografia de abdome em posição de pé, evidenciando imagem de hipertransparência destacando imagem dos rins e baço compatível com retropneumoperitônio em paciente com quadro clínico de perfuração de duodeno.

Parte VI

Protocolos de Procedimentos

51. Analgesia

h. Considerações GERAIS

Analgesia é o alívio na percepção da dor sem que haja produção intencional de sedação.

Nunca utilizar doses insuficientes de analgésicos devido ao medo de complicações.

A dor não tratada pode aumentar a morbidade produzindo arritmias cardíacas ou isquemia miocárdica, pela liberação de catecolaminas.

i. Conduta

Avaliar a gravidade da dor e a resposta do paciente ao tratamento, através de uma escala numérica de zero a dez (sendo zero a ausência de dor e dez a pior dor possível). Um escore inferior a três após a medicação demonstra a eficácia do tratamento.

Monitorizar o paciente no mínimo com oxímetro de pulso antes da administração do analgésico.

Obter acesso venoso periférico.

Disponer sempre de material para assistência ventilatória. Empregar somente a via intravenosa no pré-hospitalar.

Medicamentos com ação analgésica

MEDICAMENTO	EFEITOS	DURAÇÃO DOS EFEITOS	INDICAÇÕES	DOSE IV	VANTAGENS	EFEITOS COLATERAIS
TENOXICAM Ampola de 20 mg	Analgesia	4 horas	Dor leve a moderada Necessidade de efeito anti-Inflamatório Febre. Associação com outros	20 g a 40 mg/dia	Eficaz Baixo custo Fácil Disponibilidade	Reações alérgicas Alteração Da função Plaquetária Insuficiência renal Náusea, Pirose



			analgésicos na dor aguda			
DIPIRONA Ampola de 1 g	Analgesia	4 horas	Dor leve a moderada Febre. Associação com outros analgésicos na dor aguda	1g de 4 em 4 horas	Eficaz Baixo custo Fácil Disponibilidade	Reações alérgicas Hipotensão Arterial
SULFATO DE MORFINA	Narcótico Analgesia, sedação e Vasodilatação	4 a 5 horas	Isquemia miocárdica Edema pulmonar cardiogênico Lesões músculo-esqueléticas	De 2 a 10 mg	Eficaz Baixo custo Fácil Disponibilidade	Hipotensão arterial Bradicardia Depressão respiratória Broncoespasmo Espasmo do esfíncter de Oddi
MEPERIDINA	Narcótico Analgesia e sedação	4 a 5 horas	Dor abdominal com suspeita de pancreatite IAM com bradicardia	De 25 a 100 mg (pouco empregada no pré-hospitalar)	Eficaz Baixo custo Fácil Disponibilidade	Taquicardia Hipotensão arterial Depressão respiratória Convulsões
CLORIDRATO DE CETAMINA Ampola de 50 mg/ml	Analgesia e sedação	7 a 11 min	Pré-procedimentos invasivos, desbridamentos, imobilizações	Dose de 0,5 a 2 mg/kg IV O uso de narcótico aumenta a duração dos efeitos Associar com benzodiazepínico	Não deprime a respiração, Não causa Hipotensão, Não deprime a respiração Broncodilatação	Eleva a PA, taquicardia, delírio, ilusões visuais



TRAMADO L AMPOLA DE 50 mg/ml	Analgesia	4 a 6 horas	Dor moderada a intensa	50 a 100 mg de 6 em 6 horas	Poucos efeitos colaterais graves	Enjôo, náuseas e vômitos. Taquicardi a e sudorese passageira s Não deprime a respiração nem o sistema cardiovasc ular
FENTANIL Ampola de 50 µg/ml	Analgesia e sedação	1 hora	Realização de procedimen tos (intubação, cardioversã o)	De 50 a 250 µg	Início rápido de ação causa menos hipotensão	Depressão respiratória Rigidez da Músculatur a Do tronco e mandíbula

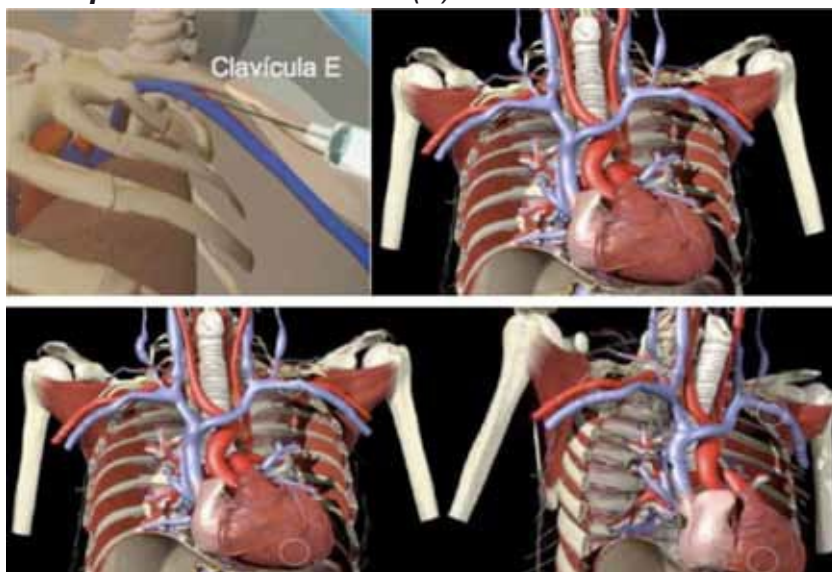
52. Implante de marcapasso transvenoso

Considerar instalação do marcapasso transvenoso antes do transporte prolongado (noventa minutos) de pacientes com bradiarritmias instáveis ou quando o MP transcutâneo não esteja capturando o ventrículo. O procedimento apresenta risco de complicações, o ideal é que seja realizado **em ambiente hospitalar**.

Escolher acesso venoso, o preferido deverá ser a veia jugular interna direita ou a subclávia esquerda, a femoral pode ser considerada em caso de coagulopatias.



Implante de marcapasso transvenoso. (A) Acesso à veia subclávia esquerda. (B)



Modelo 3D evidenciando o ponto de punção da veia jugular interna direita (JID) e o local de posicionamento do eletrodo do marcapasso no ventrículo direito (VD), Em projeção anterior. (C) Modelo 3D evidenciando o ponto de punção de subclávia esquerda (sce) e VD, em projeção anterior. (D) Modelo 3D evidenciando os pontos de punção de JID, sce e VD, em projeção oblíqua anterior direita. A punção jugular interna direita é a mais recomendada pelo trajeto com menor tortuosidade.

Empregar em situações **urgentes** a técnica de introdução guiada pelo ECG.

Conectar o eletrodo distal a derivação unipolar de aparelho de ECG. Introduzir a bainha.

Inflar o balão do cateter assim que ele estiver além da bainha.

Registrar no ECG a posição do cateter a medida que ele for sendo introduzido.

Analisar o traçado registrado para determinar a localização do cateter. No átrio a onda P é maior que a onda R, caso o cateter migre para a veia cava inferior a onda P se torna negativa. Quando a ponta do cateter encosta no ventrículo direito surge uma elevação de ST, devido a corrente de lesão.

Iniciar a estimulação após o posicionamento do cateter no VD. Regular o aparelho em modo síncrono.

Medir o limiar de captura.

Regular a frequência de disparo do MP para 10 bpm acima da intrínseca do paciente e a corrente para 5 ma.

Reduzir progressivamente a corrente até perda da captura. A menor corrente capaz de capturar o ventrículo é o limiar. Deve ser menor que 2 ma.

Programar a corrente de saída para um valor 3 vezes superior ao limiar, para ter margem de segurança.

Determinar o limiar de sensibilidade (exceto em ritmos com muita instabilidade).



Regular a frequência de disparo do MP para 10 bpm abaixo da intrínseca do paciente e aumentar a sensibilidade para 1 mv.

Observar cessação de disparo do MP e a luz indicadora do sensor deve começar a piscar junto com o QRS.

Reduzir a sensibilidade até a luz do sensor apagar e o MP começar a disparar. Idealmente o valor do limiar de sensibilidade deve ser > 5 mv.

Programar a sensibilidade a 25% do limiar para evitar que o aparelho detecta onda T e miopotenciais.

Introduzir o marcapasso às cegas no modo assíncrono em situações **emergenciais** (choque ou PCR), com a corrente no máximo, documentando a captura. Preferir neste caso a veia jugular interna direita.

Regular frequência de disparo desejada. Empregar sempre que possível o modo síncrono. Fixar a bainha com uma sutura.

Cobrir a área com curativo.

53. Utilização de marcapasso transcutâneo

Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes.

Ventilar com máscara, caso a vítima esteja em apnéia ou apresentando respiração ineficaz.

Suplementar oxigênio em altas concentrações.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Imprimir o traçado da monitorização cardíaca.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Observar pacientes estáveis mantendo o marcapasso em “stand by”.

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.

Posicionar os eletrodos auto-adesivos, o anterior sobre o ápex e o posterior diretamente atrás do anterior à esquerda da coluna vertebral.

Intervir imediatamente com o marcapasso externo ou medicamentos em pacientes instáveis.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes utilizando fentanil 100 μ g IV e midazolam 5 mg IV.

Ligar o aparelho e regular a frequência de disparo desejada (geralmente 80 por min). Vagarosamente aumentar a corrente até a captura, que é caracterizada por alargamento do complexo QRS, que segue o impulso do marcapasso.

Regular amperagem máxima e frequência de 60 por minuto em pacientes em parada cardíaca.

Imprimir o traçado da monitorização cardíaca.



Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

54. Transporte de paciente com marcapasso transvenoso

Fixar bem o cateter e a fonte do marcapasso no paciente. Observar todo o cuidado na manipulação do cabo e gerador.

55. Utilização de marcapasso transcutâneo

Abrir vias aéreas de pacientes inconscientes.

Ventilar com máscara, caso a vítima esteja em apnéia ou apresentando respiração ineficaz.

Suplementar oxigênio em altas concentrações.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Imprimir o traçado da monitorização cardíaca.

Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.

Observar pacientes estáveis mantendo o marcapasso em “*stand by*”.

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.

Posicionar os eletrodos auto-adesivos, o anterior sobre o ápex e o posterior diretamente atrás do anterior à esquerda da coluna vertebral.

Intervir imediatamente com o marcapasso externo ou medicamentos em pacientes instáveis.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes utilizando fentanil 100 µg IV e midazolam 5 mg IV.

Ligar o aparelho e regular a frequência de disparo desejada (geralmente 80 por min). Vagarosamente aumentar a corrente até a captura, que é caracterizada por alargamento do complexo QRS, que segue o impulso do marcapasso.

Regular amperagem máxima e frequência de 60 por minuto em pacientes em parada cardíaca.

Imprimir o traçado da monitorização cardíaca.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

56. Transporte de paciente com marcapasso transvenoso

Fixar bem o cateter e a fonte do marcapasso no paciente. Observar todo o cuidado na manipulação do cabo e gerador.



Avaliar a última radiografia de tórax e ECG com o cateter de marcapasso.

Determinar se o marcapasso está em modo de demanda ou disparando com frequência fixa.

Verificar se o marcapasso está capturando o ventrículo, pela presença de espícula seguida por QRS.

Observar caso o aparelho esteja em modo de demanda se o aparelho está sendo inibido pelo QRS do paciente (luz do sensor pisca junto com o QRS do paciente).

Verificar se o gerador do marcapasso está com bateria e se a conexão do cabo é compatível com o gerador antes de realizar a troca.

Observar os parâmetros da fonte e mantê-los na troca, que deverá ser realizada com rapidez.

Evitar conectores tipo jacaré, devido ao risco dos mesmos se soltarem.

Manter sempre próximo o marcapasso transtorácico.

57. Ventilação mecânica

a. Indicações

Distúrbio respiratório grave que não melhora com medidas conservadoras.

Distúrbio respiratório associado a choque. Parada cardíaca.

Saturação da hemoglobina inferior a 92% mesmo com oxigênio suplementar em pacientes agudos.

Frequência respiratória inferior a dez ou superior a quarenta incursões por minuto com volume minuto inadequado.

Necessidade de hiperventilar paciente com traumatismo craniano e Glasgow ≤ 8 .

b. Técnica

Manter assistência ventilatória com suplementação de oxigênio.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso.

Avaliar a última radiografia de tórax e ECG com o cateter de marcapasso.

Determinar se o marcapasso está em modo de demanda ou disparando com frequência fixa.

Verificar se o marcapasso está capturando o ventrículo, pela presença de espícula seguida por QRS.

Observar caso o aparelho esteja em modo de demanda se o aparelho está sendo inibido pelo QRS do paciente (luz do sensor pisca junto com o QRS do paciente).

Verificar se o gerador do marcapasso está com bateria e se a conexão do cabo é compatível com o gerador antes de realizar a troca.

Observar os parâmetros da fonte e mantê-los na troca, que deverá ser realizada com rapidez.

Evitar conectores tipo jacaré, devido ao risco dos mesmos se soltarem.

Manter sempre próximo o marcapasso transtorácico.

a. Indicações

Distúrbio respiratório grave que não melhora com medidas conservadoras.

Distúrbio respiratório associado a choque. Parada cardíaca.

Saturação da hemoglobina inferior a 92% mesmo com oxigênio suplementar em pacientes agudos.

Frequência respiratória inferior a dez ou superior a quarenta incursões por minuto com volume minuto inadequado.

Necessidade de hiperventilar paciente com traumatismo craniano e Glasgow ≤ 8 .

b. Técnica

Manter assistência ventilatória com suplementação de oxigênio.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso.

Avaliar o tipo de ventilação que vai ser empregado: invasiva ou não invasiva.

Optar por ventilação invasiva em pacientes apresentando depressão do nível de consciência, não colaborativos, hipotensos ou com drive respiratório inadequado.

Colher gasometria arterial se possível. Preparar o ventilador.

Regular parâmetros:

Verificar se o tubo orotraqueal está na posição correta.

Anotar distância da extremidade distal do tubo a comissura labial. Fixar o tubo em posição.

Verificar condições hemodinâmicas após a intubação. Monitorizar o paciente com o capnógrafo.

Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial.

Escolher o modo assisto-controlado em pacientes sedados. Ajustar ventilação de acordo com saturação e capnografia. Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.

Manter junto à maca em todos os momentos os seguintes equipamentos: monitor multiparâmetro, bolsa de ventilação com máscara, cilindro de oxigênio com fluxômetro,

material de intubação, desfibrilador, medicamentos de parada, sedativos, aspirador elétrico e cateteres de aspiração.

Ajustes do ventilador mecânico

MODO	CONTROLADO	COMENTÁRIOS
Fio2	1,0	Se possível reduzir a fio2 após alguns minutos mantendo a saturação > 92%
VOLUME CORRENTE (VC)	6 a 8 ml/kg	Utilizar volumes mais baixos para pacientes com DPOC ou asma
SENSIBILIDADE	Máxima	Disparo com um mínimo de esforço para não aumentar o trabalho respiratório
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (FR)	8 a 15 irpm para adultos	Pacientes com DPOC necessitam de frequências mais baixas
PEEP	5 cm H2O, aumentar de 3 em 3 cm	Pode ser utilizado em pacientes vítimas de afogamento em insuficiência respiratória E edema pulmonar cardiogênico apresentando hipoxemia refratária.

Monitorização da ventilação mecânica

VARIÁVEL	MONITOR	IMPORTÂNCIA
Frequência e ritmo cardíaco	Monitor cardíaco	Adequação da oxigenação
Saturação da Hemoglobina	Oxímetro de pulso	Oxigenação
Volume expirado	Ventilômetro	Aferir o volume expirado
Pico de pressão	Manômetro do ventilador	Cálculo da Complacência, Resistência das vias aéreas
Fio2	Controle do ventilador	Combinada com a Saturação permite avaliar a eficácia Da oxigenação
Pressão	Manômetro do ventilador	Calcular a Complacência
Posição do tubo em relação aos lábios	Numeração na lateral do tubo	Risco de intubação seletiva ou extubação
PEEP	Manômetro do ventilador	Manutenção dos níveis de PEEP necessários
Pet CO2	Capnógrafo	Avaliação da ventilação Monitorar a frequência respiratória Detecção de desconexão De circuitos, extubação e Obstrução de vias aéreas

Gasometria arterial	Aparelho de gasometria	Avaliação da ventilação e oxigenação. Permite ajustes finos dos parâmetros, quando necessária deve ser feita com intervalos mínimos de 15 minutos, manter se possível, ph sanguíneo normal e a pao2 acima de 70 mmhg
---------------------	------------------------	---

58. Transporte de paciente em ventilação mecânica

Verificar o modo ventilatório, fio2, frequência respiratória, volume corrente e valores de PEEP.

Examinar paciente.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva, capnógrafo e oxímetro de pulso.

Verificar condições hemodinâmicas.

Analisar gasometrias arteriais e radiografias de tórax, verificando a posição do tubo e presença de pneumotórax.

Verificar permeabilidade de acessos venosos.

Monitorização da ventilação mecânica

VARIÁVEL	MONITOR	IMPORTÂNCIA
Frequência e ritmo cardíaco	Monitor cardíaco	Adequação da oxigenação
Saturação da Hemoglobina	Oxímetro de pulso	Oxigenação
Volume expirado	Ventilômetro	Aferir o volume expirado
Pico de pressão	Manômetro do ventilador	Cálculo da Complacência, Resistência das vias aéreas
Fio2	Controle do ventilador	Combinada com a Saturação permite avaliar a eficácia Da oxigenação
Pressão	Manômetro do ventilador	Calcular a Complacência
Posição do tubo em relação aos lábios	Numeração na lateral do tubo	Risco de intubação seletiva ou extubação
PEEP	Manômetro do ventilador	Manutenção dos níveis de PEEP necessários
Pet CO2	Capnógrafo	Avaliação da ventilação Monitorar a frequência respiratória Detecção de desconexão



		De circuitos, extubação e Obstrução de vias aéreas
Gasometria arterial	Aparelho de gasometria	Avaliação da ventilação e oxigenação. Permite ajustes finos dos parâmetros, quando necessária deve ser feita com intervalos mínimos de 15 minutos, manter se possível, ph sanguíneo normal e a pao2 acima de 70 mmhg

Verificar o modo ventilatório, fio2, frequência respiratória, volume corrente e valores de PEEP.

Examinar paciente.

Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva, capnógrafo e oxímetro de pulso.

Verificar condições hemodinâmicas.

Analisar gasometrias arteriais e radiografias de tórax, verificando a posição do tubo e presença de pneumotórax.

Verificar permeabilidade de acessos venosos.

Fixar bem tubos e cateteres.

Abrir cateter gástrico, mantendo-o em sifonagem.

Verificar o ventilador de transporte, circuitos e pressão do cilindro de oxigênio.

Transportar sempre oxigênio de reserva.

Calcular uma reserva de oxigênio que permita pelo menos a ventilação durante três vezes o tempo previsto para o transporte.

Retirar o circuito do ventilador da embalagem estéril apenas no momento da troca.

Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.

Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial antes da remoção.

Utilizar filtros no circuito do ventilador.

Utilizar o sistema de aspiração fechado (trach care) em paciente muito secretivo, necessitando de PEEP em valores elevados (> 10 cm H2O) e/ ou fio2 alta.

Verificar as condições do filtro umidificador, trocar se estiver com secreção ou molhado.

Conectar o ventilador de transporte durante a fase de teste ao oxigênio de parede.

Ajustar o ventilador de acordo com os resultados da gasometria arterial.

Transferir o paciente para a maca de transporte da ambulância.



Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

59. Intubação orotraqueal

α. Indicações

Proteção das vias aéreas (pacientes com Glasgow ≤ 8). Hipoxemia refratária.

Parada cardiorespiratória.

Necessidade de assistência ventilatória prolongada ou controle da ventilação pulmonar.

Condição que pode cursar com obstrução de vias aéreas (anafilaxia, infecções e queimadura de vias aéreas).

Fixar bem tubos e cateteres.

Abrir cateter gástrico, mantendo-o em sifonagem.

Verificar o ventilador de transporte, circuitos e pressão do cilindro de oxigênio.

Transportar sempre oxigênio de reserva.

Calcular uma reserva de oxigênio que permita pelo menos a ventilação durante três vezes o tempo previsto para o transporte.

Retirar o circuito do ventilador da embalagem estéril apenas no momento da troca.

Avaliar a necessidade de sedação e analgesia adicionais.

Adaptar paciente ao ventilador de transporte e se possível obter nova gasometria arterial antes da remoção.

Utilizar filtros no circuito do ventilador.

Utilizar o sistema de aspiração fechado (trach care) em paciente muito secretivo, necessitando de PEEP em valores elevados (> 10 cm H₂O) e/ ou fio₂ alta.

Verificar as condições do filtro umidificador, trocar se estiver com secreção ou molhado.

Conectar o ventilador de transporte durante a fase de teste ao oxigênio de parede.

Ajustar o ventilador de acordo com os resultados da gasometria arterial.

Transferir o paciente para a maca de transporte da ambulância.

Manter o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva continuamente monitorizados.

α. Equipamento

Bolsa e máscara de ventilação Fixador de tubo

Estetoscópio Fonte de oxigênio

Aspirador, cateteres de aspiração Conjunto de laringoscópio



Tubos orotraqueais, dispor sempre de tubos com números maiores e menores do que o esperado

Estilete guia Seringa de 10 ml Lidocaína geléia Lidocaína spray Midazolam Fentanil

Bloqueador neuromuscular Cardioversor

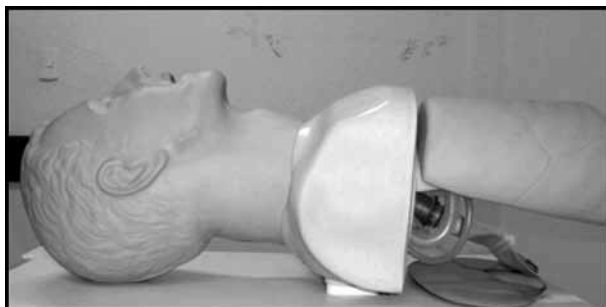
Oxímetro

Equipamento para acesso alternativo a via aérea: ventilação translaríngea, cricotireoidotomia, máscara laríngea, combitubo.



Equipamento para intubação orotraqueal.

b. Técnica



Posicionamento do paciente.

Posicionar se possível o paciente em decúbito dorsal.

Posicionar-se atrás da cabeça da vítima.



Solicitar a auxiliar que estabilize a cabeça e pescoço do paciente nos casos com suspeita de trauma cervical.



Posição do farejador.

Manter o paciente na posição do farejador nos casos sem suspeita de trauma de cervical.



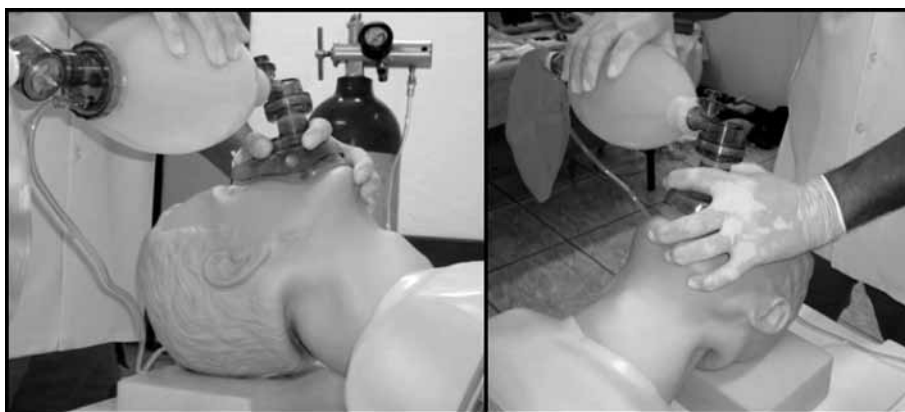
Pré-oxigenação do paciente consciente.

Pré-oxigenar espontaneamente (com bolsa e máscara) os pacientes conscientes.

Efetuar a monitorização com oxímetro de pulso, cardioscópio e pressão não invasiva.

Obter se possível acesso venoso periférico antes do procedimento. Sedar o paciente com midazolam 5 a 15 mg por via intravenosa associado se necessário a fentanil na dose de 50 a 150 µg. Avaliar necessidade de bloqueador neuromuscular de ação rápida.

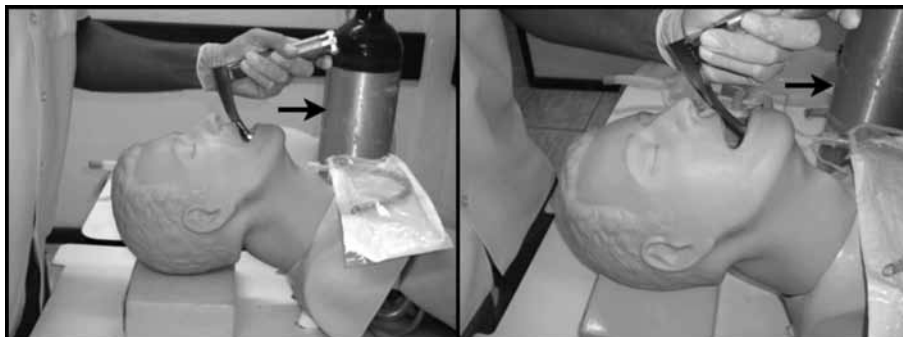
Testar o equipamento a ser utilizado.



Pré-oxigenação do paciente inconsciente

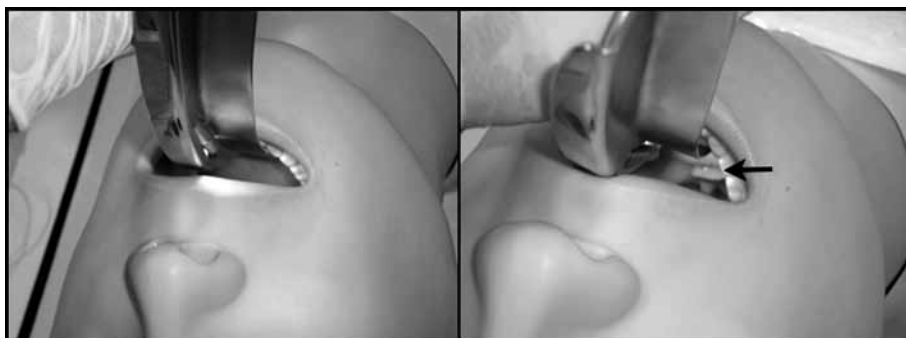


Pré-oxigenar artificialmente (com ambu e reservatório) nos casos de inconsciência ou sedação.



Laringoscopia.

Realizar a laringoscopia de forma tranquila, de preferência na posição do farejador, deslocando a lâmina do laringoscópio em direção caudal com relação ao paciente (seta). Evitar o movimento de bascula com a lâmina pois há o risco de trauma em dentes incisivos superiores.



Técnica de introdução da lâmina do laringoscópio.

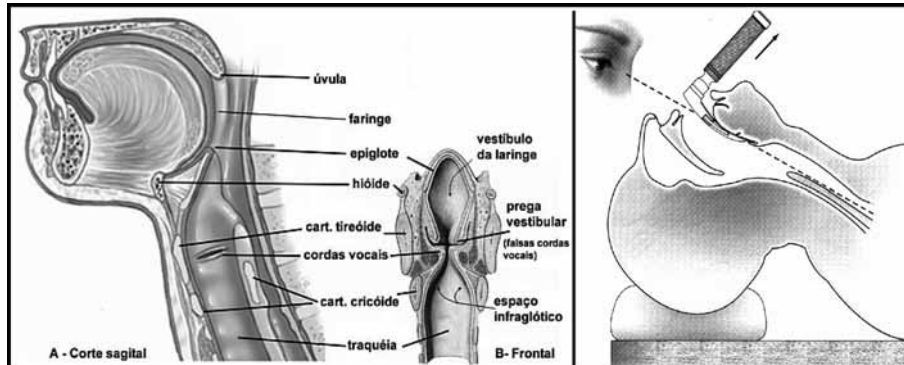
Introduzir a lâmina do laringoscópio acima do lábio inferior, afastando a língua lateralmente para visualizar a epiglote (seta).



Visualização das cordas vocais.



Avançar com a lâmina do laringoscópio em direção caudal, deslocar a epiglote para visualizar as cordas vocais.

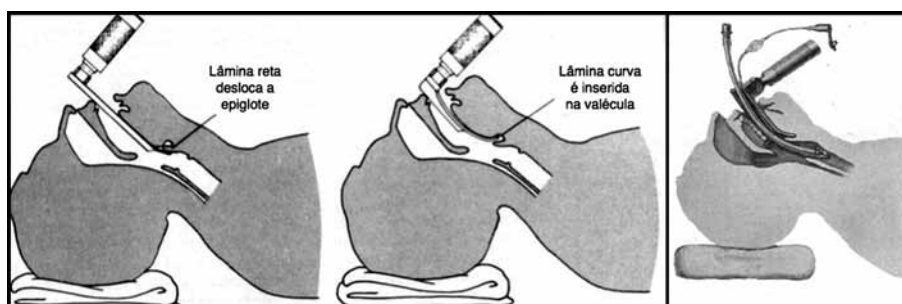


A epiglote deve ser deslocada para que as cordas vocais sejam bem visualizadas. O movimento do laringoscópio deve ser realizado em direção superior e caudal.



Introdução do tubo orotraqueal.

Introduzir o estilete guia (mandril) no tubo. Posicionar o tubo orotraqueal para introdução.



Escolher entre as lâminas curva ou reta de acordo com sua experiência.

Visualizar as estruturas e introduzir o tubo dois centímetros entre as cordas vocais.

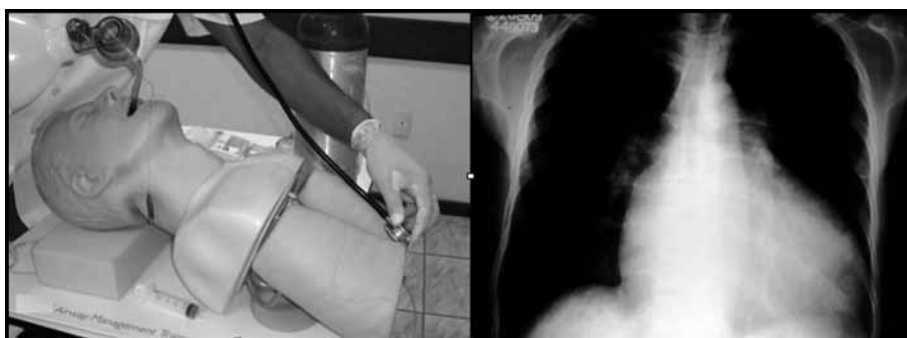


Posicionamento do tubo orotraqueal.

Avançar o tubo orotraqueal até 22 cm (ponto de inserção do balonete).



Retirada do mandril.



Avaliação do posicionamento do tubo orotraqueal.

Verificar a posição do tubo, através de ausculta bilateral do tórax, do epigástrio e da capnografia. Insuflar o balonete com cinco a dez mililitros de ar. Fixar o tubo em posição.

Radiografar para verificar se a posição do tubo encontra-se a mais de 2 cm da carina.

c. LEMBRETES

Observar que a luz da lâmpada do laringoscópio deve estar de cor branca, a luz amarela indica bateria fraca.

Ao introduzir o laringoscópio escolher a lâmina com as dimensões adequadas ao paciente. Lembrar que é possível utilizar uma lâmina grande para intubar um paciente pequeno, mas o inverso não é verdadeiro.

A manobra não deve durar mais do que trinta segundos.

Ventilar o paciente por trinta segundos antes da próxima tentativa no caso de insucesso.

Sequência rápida de intubação (SRI)

d. Indicação:

Pacientes que necessitam de acesso as vias aéreas, porém estão combativos ou apresentam risco de elevação da pressão intracraniana.

e. Contra-indicações:

Alternativa disponível.

Trauma facial severo que impeça a realização da intubação. Alergias ou impossibilidade de administrar os medicamentos da SRI.

Falta de operador experiente, pois a maior complicação desta técnica é a incapacidade de introduzir o tubo.

f. Técnica

Preparar o material de intubação.

Ventilar e oxigenar o paciente com bolsa e máscara por três minutos. Obter acesso venoso periférico.

Monitorizar com oxímetro.

Administrar midazolam 0,05 mg/kg por via intravenosa, cerca de três minutos antes do bloqueador neuromuscular.

Administrar atropina 0,01 mg/kg em pacientes pediátricos, cerca de um minuto antes do bloqueador neuromuscular.

Administrar succinilcolina 1,5 mg/kg ou vecurônio 0,10 mg/kg por via intravenosa.

Realizar a manobra de intubação. Confirmar o posicionamento do tubo.

Bloqueadores neuromusculares

	AÇÕES	DOSE	INDICAÇÃO	EFEITOS COLATERAIS	CONTRA-INDICAÇÕES
SUCCINILCOLINA 5 ml = 100 mg	Agente despolarizante de ação rápida e curta Paralisia em 30 segundos	1,5 mg/kg IV	Paralisia para permitir a realização da intubação	Fasciculações musculares, elevação da pressão intra-abdominal, intraocular e intracranian	Impossibilidade de intubar. Hipercalemia (grandes queimados, esmagamentos). Lesões de



	com duração de 4 a 6 minutos			a, regurgitação, taquicardia ou bradicardia, dores musculares e hipercalemia.	globo ocular. Hipertermia maligna.
VECURÔNIO 4 mg liofilizado	É um agente não despolarizante de ação rápida. É curta. Produz paralisia em 1 a 2 minutos, com duração de 25 a 35 minutos	0,10 mg/kg por via intravenosa	Paralisia para permitir a realização da intubação. Caso haja impossibilidade de utilizar a succinilcolina		Impossibilidade de intubar.

60. Intubação nasotraqueal cega

g. Indicações

Impossibilidade de posicionar o paciente em decúbito dorsal. Paciente consciente.

Impossibilidade de visualização de estruturas anatômicas durante a laringoscopia.

Trismo.

h. Técnica

Verificar todo equipamento antes do uso, não esquecendo de testar o balonete do tubo.

Escolher tubo um número menor que o empregado para intubação orotraqueal.

Administrar oxigênio a 100% durante um a três minutos.

Utilizar máscara com reservatório em pacientes apresentando respiração espontânea ou bolsa e máscara em vítimas com ventilação inadequada.

Dar forma circular ao tubo.

Lubrificar o tubo e a narina escolhida com geléia de lidocaína. Introduzir o tubo pela narina.

Efetuar gentilmente movimentos de rotação do tubo, caso haja resistência durante a passagem da ponta do tubo pela nasofaringe.

Continuar a introdução do tubo enquanto ouve os ruídos respiratórios através da extremidade proximal do tubo.



Introduzir o tubo até o momento em que os ruídos respiratórios estiverem mais altos, indicando posicionamento do tubo na abertura glótica.

Aguardar o momento de uma inspiração profunda e introduzir o tubo rapidamente.

Lembrar que após a intubação bem sucedida o paciente geralmente apresenta tosse.

Insuflar o balonete com 5 a 10 ml de ar.

Verificar a posição do tubo com ausculta torácica bilateral, epigástrica e capnografia.

Fixar o tubo em posição.

Contra-indicar o procedimento em caso de apnéia, fratura de base de crânio e traumatismo grave de face.

61. Cricotireoidotomia

i. Indicações:

Impossibilidade técnica ou contra-indicação a realização dos outros métodos de acesso à via aérea.

j. Contra-indicação

Pacientes com menos de seis anos de idade.

k. Complicações

Hemorragia, falso trajeto e enfisema subcutâneo.

l. Equipamento:

Cateter sobre agulha número 14.

Kit de cricotireoidotomia (agulha, fio guia, dilatadores e cânula). Lâmina de bisturi.

Dilatador.

Pinça hemostática curva. Oxigênio suplementar.

Equipamentos de proteção individual. Oxímetro de pulso.

Monitor de ECG.

Acesso venoso.

Povidine.

Anestésico local.

m. Técnica de cricotireoidotomia com AGULHA

Preparar a área do procedimento com povidine e infiltrar lidocaína a 2%, caso as condições clínicas do paciente permitam.



Abrir o kit de cricotireoidotomia.

Efetuar incisão com bisturi na pele, no sentido horizontal de aproximadamente dois centímetros sobre a membrana cricotireoídea.

Adaptar a agulha de punção a seringa.

Puncionar a membrana cricotireoídea através do local da incisão até aspiração de ar.

Dirigir a agulha no sentido caudal enquanto mantém aspiração contínua. A entrada na laringe é confirmada pela aspiração de ar.

Introduzir o fio guia através da agulha. Remover a agulha.

Introduzir o conjunto dilatador e cânula.

Remover o fio guia e o dilatador deixando a cânula. Verificar o posicionamento.

Fixar a cânula.

α. Técnica de cricotireoidotomia cirúrgica

Posicionar o paciente em decúbito dorsal. Obter acesso IV periférico.

Aplicar oxigênio suplementar.

Monitorizar com oxímetro, pressão arterial não invasiva e ECG. Utilizar equipamentos de proteção individual.

Criar campo estéril.

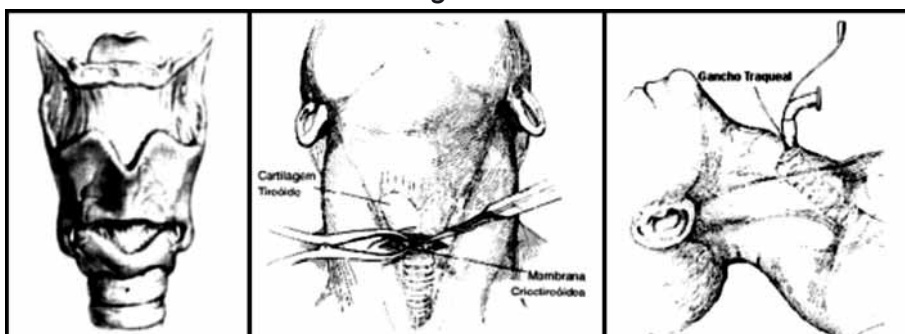
Localizar a membrana cricotireoídea. Infiltrar anestésico local.

Efetuar incisão horizontal sobre a membrana. Estender a incisão através da membrana.

Alargar a incisão com a pinça hemostática curva. Inserir cânula 5 a 7 mm.

Verificar posição da cânula. Fixar a cânula em posição.

Técnica de cricotireoidotomia cirúrgica.



62. Transporte interhospitalar

Efetuar contato com o médico no hospital de destino e transmitir todas as informações sobre o quadro clínico do paciente.

Obter consentimento de familiar ou responsável legal pelo paciente, para a transferência.



Selecionar o equipamento adequado ao transporte de acordo com a avaliação do paciente, realizada no momento da solicitação.

Solicitar ambulância super avançada para o transporte de pacientes críticos, se necessário.

Confirmar a vaga no hospital de destino antes de disparar a ambulância.

Enviar ao hospital de destino a avaliação clínica atualizada do paciente, assim como radiografias de tórax e exames laboratoriais obtidos antes do transporte.

Ter disponível para pacientes com história de politraumatismo: colar cervical, prancha longa, estabilizadores laterais de cabeça, imobilizadores adequados, monitorização cardíaca, tensão arterial não invasiva e oxímetro.

Indicar estabilização da coluna cervical em todos os pacientes com história de trauma acima das clavículas exceto se a lesão de coluna já tiver sido afastada por método de imagem.

Manter manualmente o alinhamento da coluna cervical até que a vítima esteja imobilizada por colar cervical rígido de extricação e fixado sobre a prancha longa.

Monitorizar o pacientes graves com cardioscópio, oxímetro de pulso e monitor não invasivo da tensão arterial. Pacientes estáveis devem ser monitorizados no mínimo com oxímetro de pulso.

Considerar a intubação em caso de depressão do nível de consciência, sofrimento respiratório, evidências de obstrução de vias aéreas (estridor, rouquidão).

Transportar junto a qualquer paciente no mínimo: desfibrilador, oxigênio com fluxômetro, bolsa e máscara de ventilação.

Obter acesso venoso periférico antes de qualquer transferência. Efetuar analgesia e sedação caso indicado.

Evitar o clampeamento de drenos de tórax que apresentem escape aéreo durante o transporte. Pacientes com pneumotórax podem ser adaptados a válvula de Heimlich.

Manter o frasco de drenagem em nível abaixo do corpo do paciente.

Adaptar sucção contínua (máximo de – 4 cm de H₂O) ao frasco de drenagem de tórax caso o paciente apresente hemopneumotórax e necessite de transporte de helicóptero.

Considerar em pacientes críticos a necessidade de obter acesso venoso profundo antes da transferência. Neste caso efetuar o procedimento antes da remoção.

Avaliar a necessidade de cateterismo vesical em pacientes inconscientes, com lesão medular ou distúrbio hemodinâmico.

Cateterizar o estômago de pacientes inconscientes, com hemorragia digestiva, íleo ou intoxicação exógena antes de transferência, especialmente aérea.

63. Cardioversão elétrica

Indicada nas taquiarritmias com estabilidade hemodinâmica ou no tratamento eletivo de algumas taquiarritmias.

Aplicar oxigênio suplementar sob máscara.



Obter se possível acesso venoso periférico (não deve retardar a cardioversão de emergência).

Preparar material de ventilação, acesso as vias aéreas e medicações de reanimação.

Monitorizar o paciente com eletrodos auto-adesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Ligar o cardioversor.

Acionar o modo de choque sincronizado.

Observar o surgimento das marcações no traçado e ajustar se necessário o ganho do eletrocardiograma.

Regular a energia desejada para o choque.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.

Aplicar pasta condutora nas pás.

Posicionar as pás sobre o tórax do paciente. Uma no hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior lateral ao mamilo esquerdo.

Certificar-se que ninguém toca o paciente.

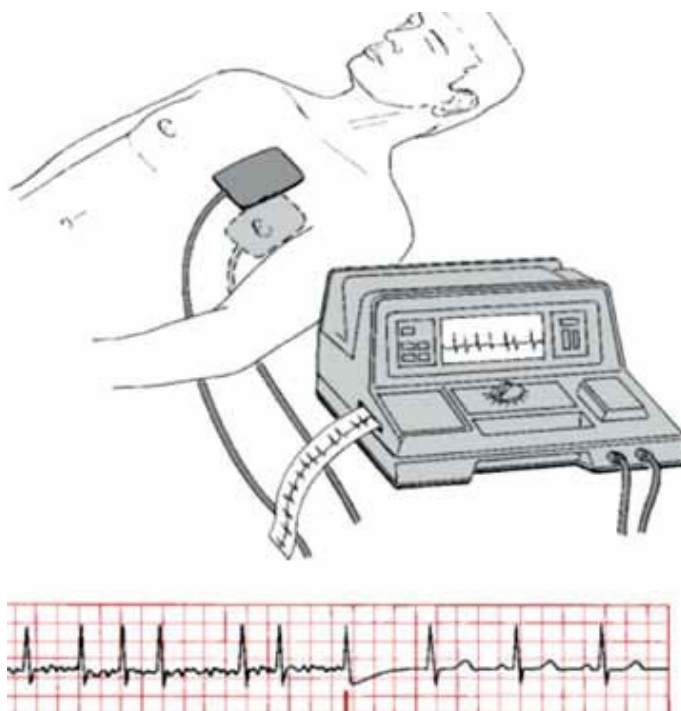
Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.

Adaptar sucção contínua (máximo de – 4 cm de H₂O) ao frasco de drenagem de tórax caso o paciente apresente hemopneumotórax e necessite de transporte de helicóptero.

Considerar em pacientes críticos a necessidade de obter acesso venoso profundo antes da transferência. Neste caso efetuar o procedimento antes da remoção.

Avaliar a necessidade de cateterismo vesical em pacientes inconscientes, com lesão medular ou distúrbio hemodinâmico.

Cateterizar o estômago de pacientes inconscientes, com hemorragia digestiva, íleo ou intoxicação exógena antes de transferência, especialmente aérea.



64. Monitorização com O oxímetro de pulso

a. Indicações

Deve ser utilizado em todos os casos, pois é comum o desenvolvimento de hipoxemia não detectada clinicamente.

A precisão nas leituras é de aproximadamente 4% em valores de saturação situados entre 95 e 70%.

b. Vantagens

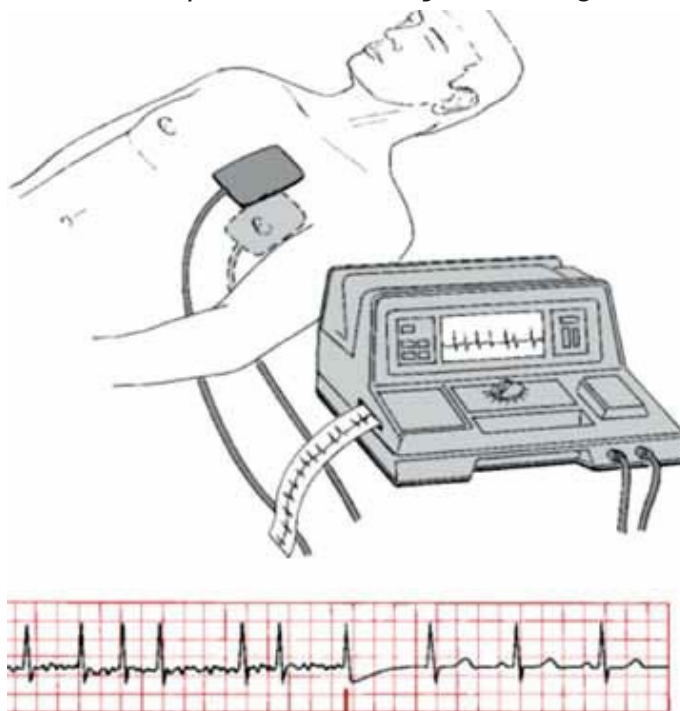
Identificação precoce da hipoxemia. Monitorização não invasiva contínua. Tempo de resposta rápida a alterações. Portabilidade.

Simplicidade.

Maior segurança se houver indicação de curva pletismográfica e alarmes para baixa saturação, taquisfigmia, bradisfigmia, deslocamento do sensor e desaparecimento da captação do pulso.

Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assíncrono.

Cardioversão elétrica em episódio de fibrilação atrial aguda.



α. LIMITAÇÕES

Leitura incorreta dos níveis de saturação de oxigênio pode ser causada por: vibração, movimentação excessiva do paciente e excesso de luz.

A hipotermia com temperaturas corporais menores que 30°C e a vasoconstrição com ou sem hipotensão, produzem um sinal de baixa qualidade. Os oxímetros convencionais não diferenciam a hemoglobina ligada ao monóxido de carbono (carboxihemoglobina) da hemoglobina oxigenada. Em pacientes gravemente anêmicos ($Hb < 5 \text{ mg/dl}$) os valores obtidos são menos confiáveis.

65. Desfibrilação

A desfibrilação imediata é o tratamento de escolha nos casos de fibrilação ou taquicardia ventricular (FV/TV) de curta duração, associado a evento de morte súbita assistida em até 3 minutos.

Após 4 minutos de parada cardíaca, a desfibrilação será mais eficaz se as manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP) forem iniciadas precocemente. Deverão ser realizados 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2), com duração de cerca de 2 minutos; e, em seguida, deve ser avaliado o ritmo cardíaco.

Aplicar pasta condutora nas pás. Na ausência da pasta pode ser utilizada gaze umedecida em solução fisiológica. Monitorar os pacientes com as pás do aparelho.

No caso de FV/TV selecionar o nível de energia desejado para adultos, com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Posicionar a pás sobre o tórax do paciente. Uma sobre o hemitórax direito ao lado da porção superior do esterno logo abaixo da clavícula direita e a outra sobre o hemitórax esquerdo na linha axilar anterior lateral ao mamilo.



Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância. Evitar o contato com o corpo do paciente.

Contar em voz alta avisando aos auxiliares o momento do choque. Pressionar os botões de choque.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Obter acesso venoso periférico.

c. limitações

Leitura incorreta dos níveis de saturação de oxigênio pode ser causada por: vibração, movimentação excessiva do paciente e excesso de luz.

A hipotermia com temperaturas corporais menores que 30°C e a vasoconstrição com ou sem hipotensão, produzem um sinal de baixa qualidade. Os oxímetros convencionais não diferenciam a hemoglobina ligada ao monóxido de carbono (carboxihemoglobina) da hemoglobina oxigenada. Em pacientes gravemente anêmicos ($Hb < 5 \text{ mg/dl}$) os valores obtidos são menos confiáveis.

66. Massagem do seio carotídeo para reversão da taquicardia supraventricular paroxística

Evitar a realização do procedimento na presença de sopro carotídeo e história de isquemia cerebral.

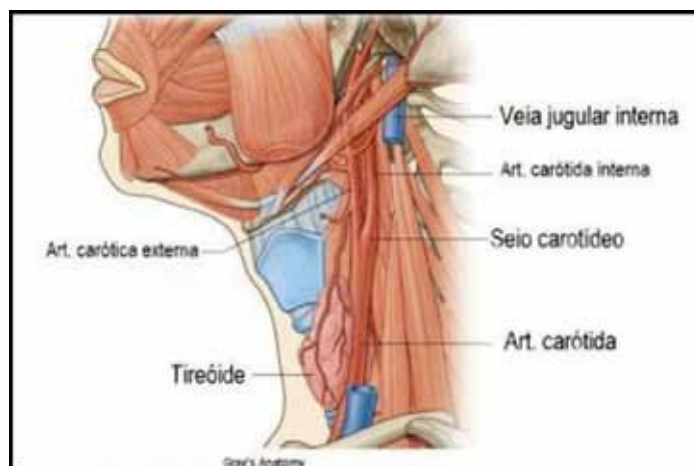
Efetuar pressão e massagem gentilmente sobre o seio carotídeo direito durante dez a vinte segundos.

Tentar a manobra no lado esquerdo em caso de insucesso. Massagear sempre um seio carotídeo por vez.

Manter o paciente monitorizado, pois pode provocar bradicardia sintomática.



Estar preparado para atuar em caso de parada cardíaca ou de bradicardia sintomática.



Anatomia do seio carotídeo.

Administrar adrenalina 1 mg IV. Repetir a dose a cada 3 ou 5 minutos.

Avaliar o ritmo, se persistir com FV/TV repetir o choque com 360J para aparelhos monofásicos ou 120J ou 200J em bifásicos.

Após o choque repetir manobras de RCP durante 5 ciclos de compressões torácicas e ventilação (30:2).

Considerar o uso de antiarrítmicos durante as manobras de RCP (antes ou após o choque): **amiodarona** 300 mg IV em uma dose inicial, podendo ser repetido 150 mg IV em uma dose adicional ou lidocaína com dose inicial de 1 a 1,5 mg/kg, seguido de doses adicionais de 0,5 a 0,75 mg/kg, até o máximo de 3 doses ou 3 mg/kg.

Considerar o uso de sulfato de magnésio de 1 a 2 g IV no caso de

Torsades de pointes.

67. Lavagem gástrica

a. Indicação

Ingestão de substância tóxica.

b. Técnica

Reservar para casos nos quais é esperado transporte prolongado ou então antes de transferência interhospitalar.

Disponibilizar material de reanimação.

Monitorizar o paciente com cardioscópio e oxímetro de pulso. Explicar o procedimento para pacientes lúcidos.

Selecionar cateter orogástrico calibroso.

Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a cabeça mais baixa que o corpo.

Lubrificar o cateter com geléia de lidocaína a 2%. Introduzir o cateter orogástrico calibroso.

Utilizar no procedimento 250 ml de solução salina.

Prosseguir com a lavagem até o líquido de retorno se apresentar claro.

Realizar a intubação orotraqueal antes do início do procedimento pacientes com depressão do nível de consciência e risco de aspiração pulmonar.

68. Obtenção de acesso venoso periférico

- c. **Equipamento necessário** Equipamento para antisepsia da pele.
Torniquete.

Esparadrapo pré-cortado para fixar o cateter.

Cateter venoso de calibre suficiente para realizar a infusão pretendida.

Frasco de fluido para administração venosa com o equipo de conexão apropriado.

Traçado de eletrocardiograma com reversão de taquicardia supraventricular com manobra do seio carotídeo.

69. Lavagem gástrica

- a. **Indicação**

Ingestão de substância tóxica.

- b. **Técnica**

Reservar para casos nos quais é esperado transporte prolongado ou então antes de transferência interhospitalar.

Disponibilizar material de reanimação.

Monitorizar o paciente com cardioscópio e oxímetro de pulso. Explicar o procedimento para pacientes lúcidos.

Selecionar cateter orogástrico calibroso.

Posicionar o paciente em decúbito lateral esquerdo com a cabeça mais baixa que o corpo.

Lubrificar o cateter com geléia de lidocaína a 2%. Introduzir o cateter orogástrico calibroso.

Utilizar no procedimento 250 ml de solução salina.

Prosseguir com a lavagem até o líquido de retorno se apresentar claro.

Realizar a intubação orotraqueal antes do início do procedimento pacientes com depressão do nível de consciência e risco de aspiração pulmonar.

70. Obtenção de acesso venoso periférico

- c. **Equipamento necessário** Equipamento para antisepsia da pele.
Torniquete.



Esparradrapo pré-cortado para fixar o cateter.

Cateter venoso de calibre suficiente para realizar a infusão pretendida.

Frasco de fluido para administração venosa com o equipo de conexão apropriado.

d. Técnica

Posicionar o paciente em decúbito dorsal em posição de conforto com a extremidade que vai ser utilizada para punção repousando sobre uma superfície firme.

Aplicar o torniquete sobre acima da fossa antecubital e prenda-o de modo que possa ser removido com apenas uma das mãos.

Se possível solicitar ao paciente que abre e feche sua mão para auxiliar a distender a veia.

Selecionar uma veia apropriada. Os melhores locais são o aspecto radial do antebraço junto ao punho e o dorso da mão.

Preparar o sítio de punção.

Segurar o conjunto agulha-cateter diretamente com sua mão dominante.

Inserir o conjunto agulha-cateter através da pele em um ângulo de 10 a 20° sobre a veia ou a seu lado.

Aplicar tração a pele distal ao sítio de punção. Inserir o conjunto agulha-cateter na veia.

Ao penetrar a luz da veia se observará o sangue fluindo.

Continuar inserindo o conjunto por 4 a 6 mm e observar o retorno de sangue.

Manter a agulha em posição e empurrar somente o cateter para dentro da veia.

Se o cateter encontrar uma válvula a sua introdução pode ser difícil, neste caso, remover o torniquete e conectar o equipo iniciando a infusão de líquido que pode abrir a válvula.

Ocluir a veia proximal ao cateter e remover a agulha. Abrir o torniquete.

Conectar o equipo ao cateter e iniciar a infusão. Caso a infusão esteja mais lenta que o esperado tente recuar o cateter alguns milímetros pois ele pode estar em contato com uma válvula ou bifurcação venosa.

Fixar o cateter com esparadrapo. Não envolver totalmente a extremidade com o esparadrapo pois pode ocorrer um efeito torniquete.

71. Inserção de cateter venoso central

e. Indicações

Impossibilidade de acessar veias periféricas. Permitir a introdução de marcapasso transvenoso.

f. Equipamento

Kit de inserção do cateter.

B. Técnica

Posicionar o paciente em decúbito dorsal em posição de conforto com a extremidade que vai ser utilizada para punção repousando sobre uma superfície firme.



Aplicar o torniquete sobre acima da fossa antecubital e prenda-o de modo que possa ser removido com apenas uma das mãos.

Se possível solicitar ao paciente que abra e feche sua mão para auxiliar a distender a veia.

Selecionar uma veia apropriada. Os melhores locais são o aspecto radial do antebraço junto ao punho e o dorso da mão.

Preparar o sítio de punção.

Segurar o conjunto agulha-cateter diretamente com sua mão dominante.

Inserir o conjunto agulha-cateter através da pele em um ângulo de 10 a 20° sobre a veia ou a seu lado.

Aplicar tração a pele distal ao sítio de punção. Inserir o conjunto agulha-cateter na veia.

Ao penetrar a luz da veia se observará o sangue fluindo.

Continuar inserindo o conjunto por 4 a 6 mm e observar o retorno de sangue.

Manter a agulha em posição e empurrar somente o cateter para dentro da veia.

Se o cateter encontrar uma válvula a sua introdução pode ser difícil, neste caso, remover o torniquete e conectar o equipo iniciando a infusão de líquido que pode abrir a válvula.

Ocluir a veia proximal ao cateter e remover a agulha. Abrir o torniquete.

Conectar o equipo ao cateter e iniciar a infusão. Caso a infusão esteja mais lenta que o esperado tente recuar o cateter alguns milímetros pois ele pode estar em contato com uma válvula ou bifurcação venosa.

Fixar o cateter com esparadrapo. Não envolver totalmente a extremidade com o esparadrapo pois pode ocorrer um efeito torniquete.

a. Equipamento

Kit de inserção do cateter.

Cateter venoso central estéril, fio guia e agulha de inserção número 18. Seringa, bisturi e dilatadores,

Agulhas e seringa para infiltração de anestésico. Gaze estéril.

Anestésico local.

Luvras estéreis, capote, gorro, máscara e óculos. Povidine.

Oxímetro de pulso. Monitor cardíaco.

Solução fisiológica e equipo de soro. Equipamento de reanimação.

b. Acesso FEMURAL

Posicionar paciente em decúbito dorsal. Escolher lado direito ou esquerdo.

Ficar ao lado da maca.

Localizar a veia que fica 1 a 2 cm medial a artéria femural.

Introduzir a agulha 1 a 2 cm abaixo do ligamento inguinal, de 3 a 5 cm. Direcionar a agulha num ângulo de 45 graus em direção cefálica.

c. **Acesso jugular interno** Posicionar o paciente em decúbito dorsal. Ficar a cabeceira do paciente.

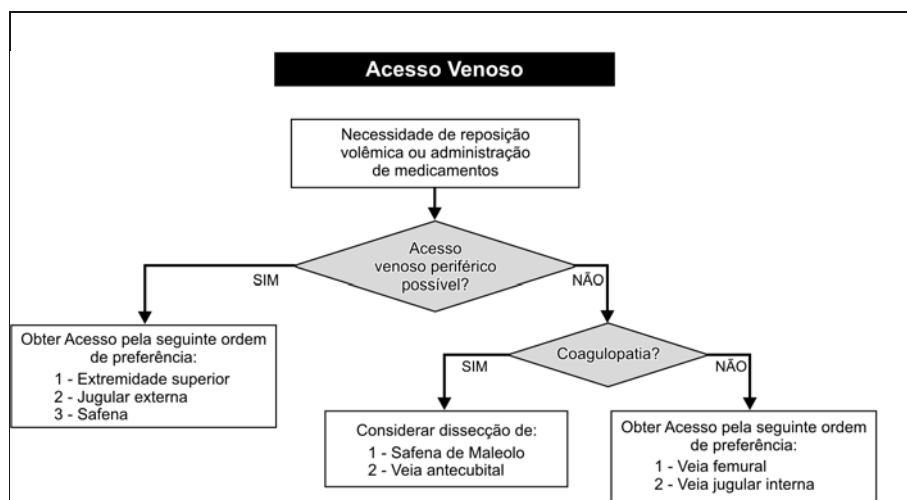
Girar a cabeça do paciente para o lado oposto ao que vai ser canulado. Preferir sempre que possível o lado direito.

Introduzir a agulha em direção caudal, no ápex do triângulo formado entre os feixes medial e lateral do músculo esternocleidomastóide e a clavícula. A profundidade de inserção é de três a cinco cm.

Determinar a localização da carótida. Lembrar que a veia é lateral a artéria.

Direcionar a agulha em um ângulo de 45 graus, em direção mamilo do lado oposto.

d. ALGORITMO de acesso venoso



Algoritmo para obtenção de acesso venoso.

72. Drenagem torácica

e. Indicação

Pneumotórax hipertensivo.

f. Técnicas

Descompressão torácica com agulha

Aplicar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros/min. Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Vestir equipamentos de proteção individual (óculos, gorro, máscara e capote).

Criar campo estéril.

Infiltrar anestésico (se as condições do paciente permitirem) no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular.

Inserir o cateter sobre agulha no aspecto superior do terceiro arco costal (segundo espaço intercostal) na linha hemiclavicular.



Preparar o paciente para drenagem torácica.

Drenagem torácica

Aplicar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros/min. Posicionar o paciente em decúbito dorsal.

Vestir equipamentos de proteção individual. Criar campo estéril.

Estimar a profundidade de inserção do dreno, sabendo que o último orifício do mesmo deve ficar 3 cm dentro do espaço pleural.

Escolher o sítio de inserção que pode ser anterior ou lateral.

Inserir dreno anterior no segundo ou terceiro espaço intercostal na linha hemiclavicular.

Inserir dreno lateral na linha axilar anterior no quinto ou sexto espaço intercostal.



Bloqueio anestésico.

Infiltrar anestésico.

Efetuar incisão com dimensões apropriadas ao dreno que vai ser introduzido.

Efetuar dissecação romba sobre o aspecto superior da costela através do músculo intercostal e pleural.

Explorar o espaço pleural

Com o dedo. *Bloqueio anestésico no sexto espaço intercostal*

Inserir o dreno dirigindo-o para o ápex do espaço pleural, quando o paciente apresenta pneumotórax e em direção ao espaço póstero-basal quando o paciente apresenta hemotórax.

Avançar o dreno até que o último orifício esteja três centímetros dentro do espaço pleural.

Suturar a pele e fixar o dreno.

Radiografar o tórax logo após o procedimento.

73. Inserção de cateter intra-ARTERIAL

g. Indicação

Necessidade de monitorização contínua da pressão arterial.

h. Contra-indicações

Isquemia da extremidade.

Infeção do local a ser puncionado. Doença de Raynaud.

Cirurgia vascular prévia envolvendo o sítio.

i. Equipamento



Kit de introdução do cateter. Cateter sobre agulha número 20.

Kit com cateter número 20, fio guia e dilatadores (preferido). Seringa e bisturi.

Agulhas e seringa para infiltração de anestésico. Gaze estéril.

Anestésico local.

Luvas estéreis, capote, gorro, máscara e óculos. Povidine.

Monitor de pressão invasiva, transdutor de pressão e conexões. Solução fisiológica e equipo de soro.

Bolsa pressórica.

j. Técnica de acesso (preferência POR seldinger)

Estender e imobilizar o punho do paciente. Aplicar a máscara, gorro e óculos de proteção. Lavar as mãos.

Vestir capote e luvas.

Escolher sítio da punção radial (preferido) ou femural (opcional).

Inserir o dreno dirigindo-o para o ápex do espaço pleural, quando o paciente apresenta pneumotórax e em direção ao espaço póstero-basal quando o paciente apresenta hemotórax.

Avançar o dreno até que o último orifício esteja três centímetros dentro do espaço pleural.

Suturar a pele e fixar o dreno.

Radiografar o tórax logo após o procedimento.

Introduzir o dilatador através do fio guia. Introduzir o cateter através do fio guia. Remover guia e conectar cateter ao transdutor. Fixar o cateter.

Aplicar curativo.

74. Pericardiocentese

a. Indicações

Tamponamento cardíaco com choque refratário a volume ou parada cardíaca.

b. Equipamento

Agulha de pericardiocentese estéril, fio guia e cateter. Seringa, bisturi e dilatadores.

Clipe tipo jacaré estéril.

Agulhas e seringa para infiltração de anestésico. Gaze estéril.

Anestésico local.

Luvas estéreis, capote, gorro, máscara e óculos. Povidine.

Oxímetro de pulso. Monitor cardíaco.

Solução fisiológica e equipo de soro. Equipamento de reanimação.



c. Técnica GERAL

Posicionar o paciente em posição supina ou preferivelmente semi- sentado a 45°.

Obter acesso venoso periférico.

Aplicar oxigênio, oxímetro de pulso e eletrocardiógrafo. Utilizar máscara e gorro.

Lavar as mãos.

Vestir capote e luvas. Definir campo estéril.

Identificar referências anatômicas.

Abrir o kit e preparar equipamento para o uso. Infiltrar o anestésico

Utilizar abordagem subxifóidea.

Introduzir a agulha no sítio escolhido entre o apêndice xifóide e a margem costal esquerda em um ângulo de 45° direcionada para o ombro esquerdo aplicando pressão negativa.

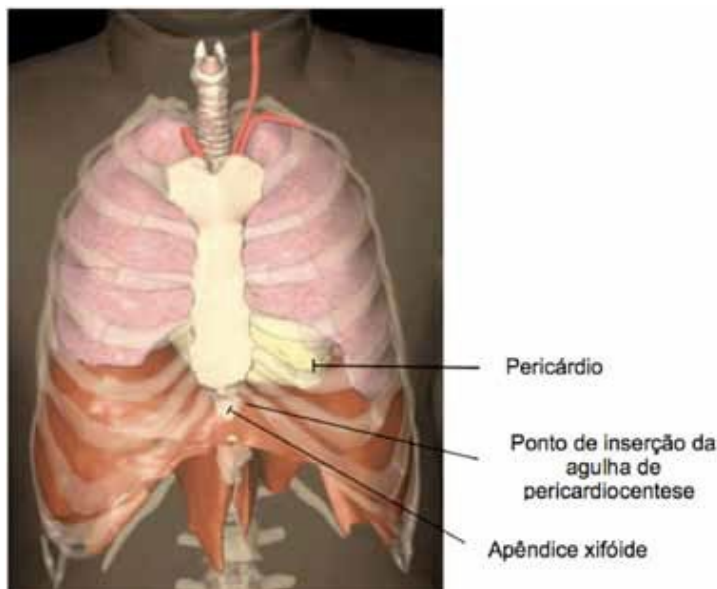
Observar se ocorre aspiração de sangue.

Monitorizar continuamente o ECG a elevação de ST sugere contato com o epicárdio, caso isto ocorra retroceder a agulha uns poucos milímetros.

Redirecionar então a ponta da agulha.

Técnica de pericardiocentese.

Imobilizar a agulha com a mão livre.



Avançar o guia através da agulha.

Monitorizar o ECG, devido a risco de produção de arritmias. Remover a agulha deixando o fio guia.

Empregar a lâmina de bisturi para abrir pequeno orifício na pele. Introduzir o dilatador através do fio guia.



Introduzir o cateter através do fio guia. Remover guia e conectar a frasco de drenagem. Fixar o cateter e aplicar curativo.

75. Monitorização cardíaca

d. Considerações GERAIS

O ECG é o registro da atividade elétrica do coração. O registro desta atividade forma uma série de ondas e complexos que foram rotulados arbitrariamente.

A chave do diagnóstico das arritmias é a análise da forma e inter- relações da onda P, intervalo PR e do QRS.

Os eletrodos mais frequentemente empregados na monitorização contínua são os do tipo auto adesivos aplicados ao tórax ou pulseiras aplicadas nas extremidades.

O corpo age como um grande condutor de eletricidade e a eletricidade gerada no coração pode ser detectada por eletrodos aplicados na pele.

Qualquer impulso elétrico se movendo em direção a um eletrodo positivo produz uma onda com deflexão positiva. O impulso elétrico se movendo em direção contrária ao eletrodo positivo produz uma deflexão negativa.

A linha isoeétrica representa a ausência de atividade elétrica ou que ela se move perpendicularmente aos eletrodos.

Cada derivação representa uma visão de uma determinada parede ou área do coração, colocando-se os eletrodos em posições diferentes. Uma derivação bipolar é uma combinação de dois eletrodos um positivo e um negativo.

e. Conduta

Utilizar no mínimo 3 eletrodos: um positivo, um negativo e o terra.

Saber que os eletrodos são identificados por cores o negativo é branco, o positivo é vermelho e o terra pode ser preto, verde ou marrom.

Avançar o guia através da agulha.

Monitorizar o ECG, devido a risco de produção de arritmias. Remover a agulha deixando o fio guia.

Empregar a lâmina de bisturi para abrir pequeno orifício na pele. Introduzir o dilatador através do fio guia.

Introduzir o cateter através do fio guia. Remover guia e conectar a frasco de drenagem. Fixar o cateter e aplicar curativo.

As duas derivações mais frequentemente utilizadas são DII e DI modificada.

Obter a derivação I colocando o eletrodo positivo abaixo da clavícula esquerda e o negativo abaixo da direita.

Obter a derivação II posicionando o eletrodo positivo abaixo do músculo peitoral esquerdo e o negativo abaixo da clavícula direita.



Fixar o eletrodo terra em qualquer posição, porém geralmente é fixado abaixo do músculo peitoral direito.

Imprimir o traçado para facilitar sua análise.

Aplicar eletrodos torácicos em posições que permitam a desfibrilação ou a cardioversão.

Remover com álcool a gordura e a sujeira da área onde o eletrodo será aplicado.

Realizar caso necessário tricotomia.

Tomar cuidado com os artefatos: uma linha isoelétrica pode significar desconexão do cabo ou eletrodo e não assistolia e a fibrilação ventricular pode ser simulada por movimentos ou tremores do paciente.

Verificar as condições clínicas do paciente antes de qualquer tratamento.

O eletrocardiograma de doze derivações representa uma análise mais completa da atividade elétrica cardíaca, sendo necessário para fazer um diagnóstico definitivo das taquicardias de complexo alargado.

As anormalidades do segmento ST não devem ser interpretadas com base na monitorização.

a. Conduta PARA análise do ecg

Abordar sistematicamente o traçado.

Contar o número de quadrados grandes e pequenos. Um quadrado pequeno representa 0,04 segundo e um quadrado grande que possui 5 quadrados pequenos dura 0,20 segundos.

Verificar os componentes do traçado eletrocardiográfico são: onda P (despolarização atrial), complexo QRS (despolarização ventricular), onda T (repolarização ventricular).

Medir o intervalo PR, que representa a distância entre o início da onda P e o início do complexo QRS, mostra o tempo que a onda de despolarização leva para ir do átrio ao ventrículo.

Considerar que são fontes de interferência na monitorização eletrocardiográfica: desconexão de eletrodos, tremores, movimentação do paciente, fontes de eletricidade (60 ciclos) e mal funcionamento do monitor ou cabos.

Verificar se existe QRS: a ausência de QRS ocorre na fibrilação ventricular e na assistolia, duas situações indicadoras de parada cardíaca.

Estabelecer se o ritmo é regular ou não, observando se os intervalos entre as ondas R e também entre as ondas P é regular ou irregular. Se o ritmo for irregular é necessário definir se a irregularidade segue algum padrão, ou se ela é ocasional ou se o ritmo é totalmente irregular.

Calcular a frequência: devem ser determinadas tanto a ventricular quanto a atrial. Em ritmos regulares deve-se dividir 300 pelo número de quadrados grandes ou 1500 pelo número de quadrados pequenos para obter a frequência por minuto. Em ritmos irregulares o melhor é contar o número de ondas R em fita de 6 segundos e multiplicando o resultado por 10.

Determinar se existe **Onda P**, se todas as ondas P são iguais, se existe complexo QRS após cada onda P.

Mensurar a duração do intervalo PR e se ele é constante caso exista intervalo PR.



Análise Sistemática do ECG

Existem complexos QRS?

Os complexos QRS tem aspecto normal em forma e duração? Regularidade

Frequência Existência

de onda P

Existência de complexos QRS após cada onda PO intervalo P-R é normal ou alargado

Passos para realizar a análise sistemática do eletrocardiograma.

b. Características das ARRITMIAS cardíacas Taquicardia Sinusal:

Frequência: maior que 100 /min em adultos Ritmo: regular

Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes PR: constante e durando entre 0,12 e 0,20 s

QRS: normais (0,10 s ou menos)



Traçado de eletrocardiograma com taquicardia sinusal, frequência cardíaca de 108 bpm.

Bradicardia Sinusal: Frequência: menor que 60 /min. Ritmo: regular

Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes PR: constante e durando entre 0,12 e 0,20 s

QRS: normais (0,10 s ou menos)



Traçado de eletrocardiograma com bradicardia sinusal, frequência cardíaca de 56 bpm.

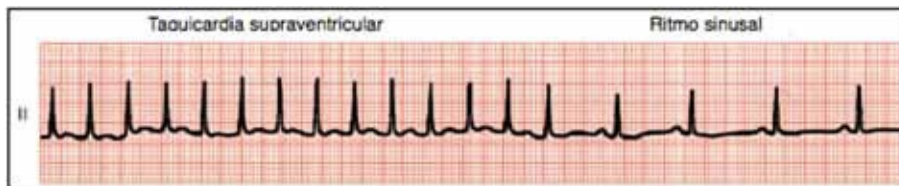
Taquicardia Paroxística Supraventricular (TPSV): Frequência: em geral situa-se entre 140 a 240/min. Ritmo: regular.

Ondas P: podem estar no interior das ondas T precedentes. Quando visíveis diferem das ondas P sinusais.

PR: geralmente não pode ser medido.



QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em caso de condução aberrante pelos ventrículos.



Traçado de eletrocardiograma com taquicardia supraventricular com frequência ventricular de 150 bpm, com complexos QRS estreitos.

Flutter Atrial:

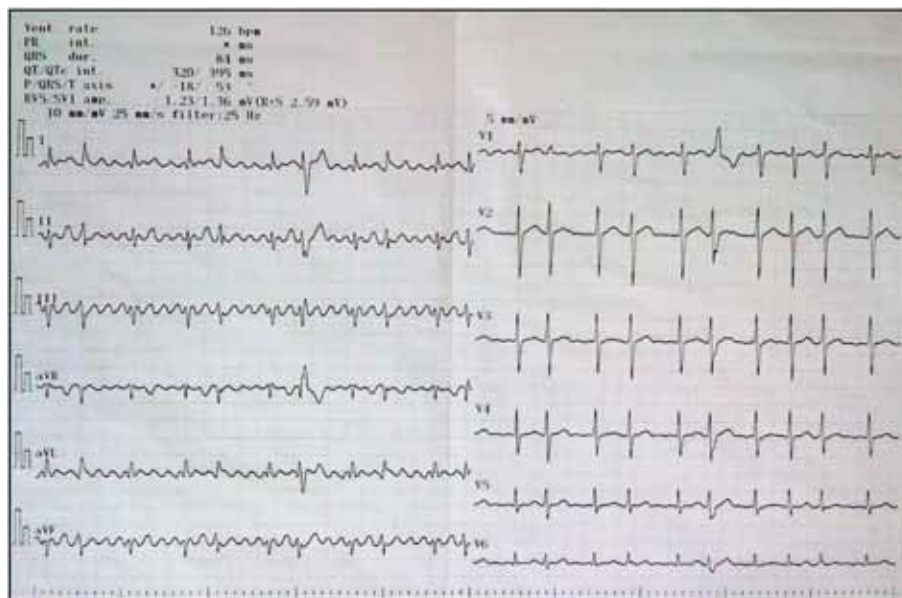
Frequência: atrial entre 250 e 350 /min e a ventricular é variável. A resposta ventricular dependerá do grau de bloqueio AV.

Ritmo: atrial é regular. A resposta ventricular geralmente é regular mas depende do grau de bloqueio AV (em geral 2:1; 4:1). A manobra vagal, aumentando o grau de bloqueio no AV serve para identificar a arritmia.

Ondas P: duas ou mais ondas de flutter antes do QRS lembram dentes de serra e parecem invertidas, podem ser difíceis de identificar no flutter 2:1. Suspeitar quando o ritmo for regular e a frequência ventricular estiver entre 140 – 160 / min.

PR: pode ser constante ou variável.

QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em alguns casos.



Traçado de eletrocardiograma com flutter atrial com ondas F positivas em D2, D3 e avf, com frequência de 250; a frequência ventricular variável em torno De 125 bpm.

Fibrilação Atrial:



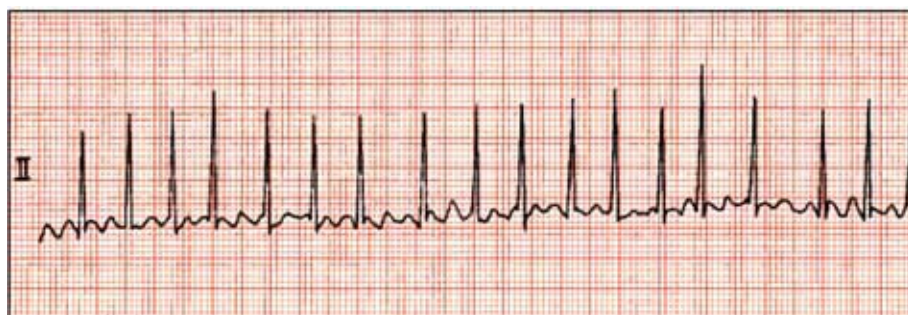
Frequência: atrial maior que 350/min e a ventricular é variável. A resposta ventricular dependerá do grau de bloqueio AV existente.

Ritmo: irregular.

Ondas P: não existem ondas P verdadeiras. Aparecem ondas irregulares chamadas de fibrilatórias, quando de baixa amplitude a linha de base pode parecer isoelétrica.

PR: não há.

QRS: geralmente normais (0,10 s ou menos), mas podem ser alargados em alguns casos.



Traçado de eletrocardiograma com fibrilação atrial de elevada resposta ventricular (FC = 187 bpm), ritmo irregular, com ondas f, grosseiras, simulando falsas ondas P. Paciente portadora de hipertireoidismo.

Batimentos prematuros ventriculares (BPV):

Frequência: variável.

Ritmo: irregular quando ocorre um BPV. Um intervalo R-R mais curto que o normal separa o batimento prematuro do batimento precedente. A maioria é sucedida de pausa compensatória. Pode se apresentar isoladamente, com regularidade intercalando o ritmo basal (bigeminismo, trigeminismo, etc.) Ou em salvas; de um mesmo foco ou de vários focos mais (unifocal = monomórfica ou multifocal = polimórfica).

Ondas P: nenhuma associada ao BPV. PR: nenhum.

QRS: precoce, bizarro com duração maior ou igual a 0,12 s em geral com padrão de bloqueio de ramo e onda T invertida.



Traçado de eletrocardiograma com extra-sístolia ventricular com fenômeno R sobre T, com elevado potencial de conversão para fibrilação ou taquicardia ventricular.

Taquicardia Ventricular (TV):



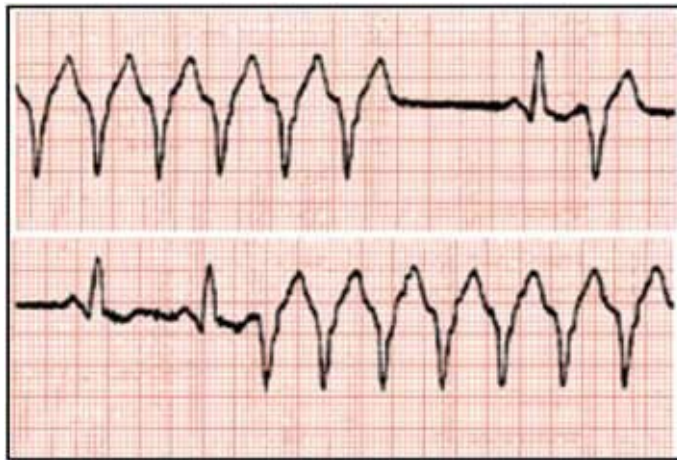
Frequência: 100 a 250 / min. A presença de pelo menos três batimentos consecutivos de origem ventricular com frequência superior a 100/min define a presença da arritmia. A taquicardia ventricular é considerada não sustentada quando sua duração é menor que trinta segundos.

Ritmo: regular ou discretamente irregular.

Ondas P: ausentes ou quando presentes estão dissociadas dos complexos QRS.

PR: não existente.

QRS: alargado e bizarro 0,12 s ou maiores, podem ser em alguns casos batimentos de fusão.



Traçado de eletrocardiograma exibindo episódios de taquicardia ventricular não sustentada com frequência em torno de 200 bpm, com reversão espontânea.

Fibrilação Ventricular: (FV) Frequência: não mensurável. Ritmo: irregular.

Ondas P: não identificáveis. PR: não mensurável.

QRS: ausentes.



Traçado eletrocardiográfico com episódio de fibrilação ventricular.

Ritmos ventriculares de escape

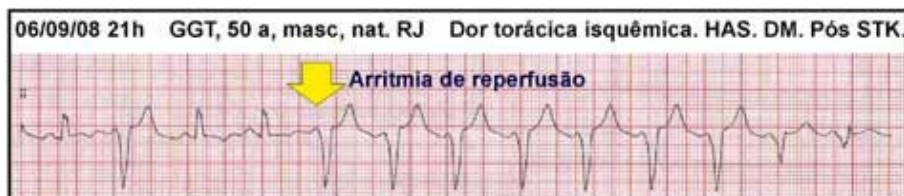
Frequência: 20 a 40/min. Quando a FC está entre 40 e 99, este ritmo é chamado de idioventricular acelerado. Pode estar associado a reperfusão após uso de terapia trombolítica.

Ritmo: geralmente regular. Ondas P: nenhuma.

PR: nenhum.



QRS: alargados ($> 0,12$ s).



Traçado de eletrocardiograma com ritmo idioventricular acelerado, com frequência cardíaca de 80 bpm, complexos QRS alargados. Arritmia de característica benigna presente após terapia de reperfusão por trombolítico.

Ritmos juncionais de escape

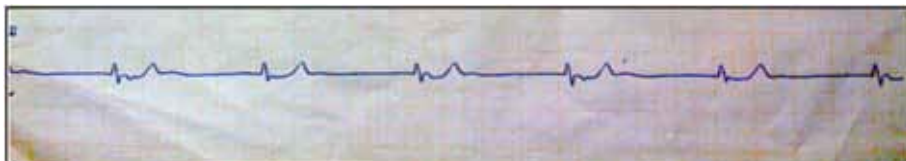
Frequência: 40 a 60/min. Quando a FC está entre 40 e 99, este ritmo é chamado de idioventricular acelerado.

Ritmo: geralmente regular.

Ondas P: retrógradas negativas em II e III. Pode anteceder, ser simultânea ou suceder ao QRS.

PR: nenhum.

QRS: geralmente normais.



Traçado de eletrocardiograma com ritmo juncional de escape: frequência ventricular em torno de 40 bpm, com complexos QRS estreitos e condução retrógrada de P.

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) do 1º Grau

Frequência: variável. Ritmo: regular.

Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes. PR: constante com duração maior que 0,20 s.

QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular do 1º grau.

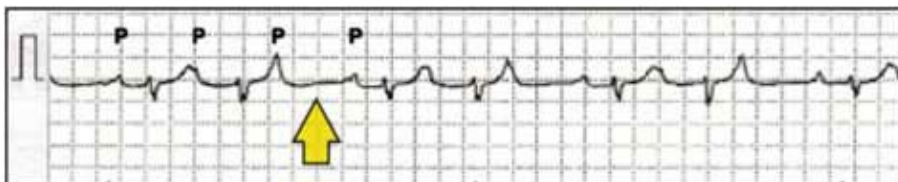
Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) 2º Grau tipo I (com fenômeno de Wenckebach).

Frequência: variável. Atrial $>$ ventricular, nem todo P conduz. Ritmo: atrial regular e ventricular irregular (R-R variável).



Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes. PR: aumenta progressivamente antes do P bloqueado.

QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular do 2º grau, tipo I, apresentando fenômeno de Wenckebach (aumento progressivo do intervalo PR com bloqueio indicado na seta amarela).

Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) 2º Grau tipo II e 2:1 Frequência: variável. Atrial > ventricular, nem todo P conduz. Ritmo: atrial regular e ventricular irregular (R-R variável). Ondas P: uma para cada complexo, todas positivas e uniformes. PR: constante antes do P bloqueado.

QRS: normais (0,10 s ou menos).



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular do 2º grau, tipo II, apresentando condução inicial 2:1 (duas ondas P para um complexo QRS) e em seguida um bloqueio avançado sem complexo QRS após as ondas P subsequentes.

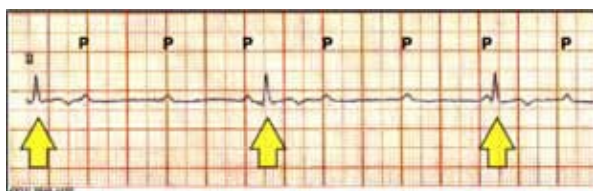
Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) de 3º Grau:

Frequência: ventricular inferior a atrial. No BAV intranodal a frequência está entre 40 – 60 /min e no infranodal é inferior a 40 /min.

Ritmo: atrial e ventricular são regulares. Ondas P: normais geralmente.

PR: variável.

QRS: No BAV de 3º grau intra-nodal o QRS é estreito (0,10 s ou menos) e no bloqueio AV infranodal os QRS são alargados.



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular total com dissociação das ondas P e dos complexos QRS (setas).

76. Cardioversão

c. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Consiste em devolver ao coração ao ritmo normal utilizando um medicamento, impacto mecânico ou aplicação de energia elétrica (ver página 285).

Somente pacientes instáveis devem ser submetidos a cardioversão medicamentosa ou elétrica no ambiente pré-hospitalar.

O tratamento medicamentoso de pacientes sintomáticos também deve ser considerado caso não seja possível transferir rapidamente para hospital de referência.

A energia é liberada pelo aparelho frações de segundo após a detecção do pico da onda R (10 a 20 ms) durante o período refratário absoluto, quando os ventrículos não estão vulneráveis.

O motivo de se efetuar a descarga sincronizada é evitar que o choque ocorra sobre a onda T desencadeando a fibrilação ventricular.

Está indicada no tratamento de taquiarritmias cardíacas com frequência maior que 150/min, com instabilidade hemodinâmica mas que apresentam pulso central.

Exige a colocação de eletrodos auto-adesivos no tórax do paciente,

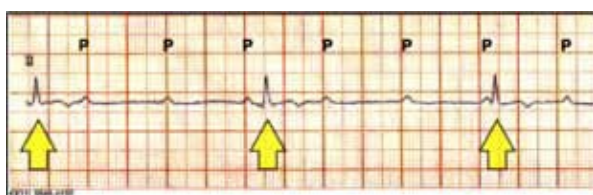
Bloqueio Átrio Ventricular (BAV) de 3º Grau:

Frequência: ventricular inferior a atrial. No BAV intranodal a frequência está entre 40 – 60 /min e no infranodal é inferior a 40 /min.

Ritmo: atrial e ventricular são regulares. Ondas P: normais geralmente.

PR: variável.

QRS: No BAV de 3º grau intra-nodal o QRS é estreito (0,10 s ou menos) e no bloqueio AV infranodal os QRS são alargados.



Traçado de eletrocardiograma com bloqueio atrioventricular total com dissociação das ondas P e dos complexos QRS (setas).

Somente pacientes instáveis devem ser submetidos a cardioversão medicamentosa ou elétrica no ambiente pré-hospitalar.

O tratamento medicamentoso de pacientes sintomáticos também deve ser considerado caso não seja possível transferir rapidamente para hospital de referência.

A energia é liberada pelo aparelho frações de segundo após a detecção do pico da onda R (10 a 20 ms) durante o período refratário absoluto, quando os ventrículos não estão vulneráveis.

O motivo de se efetuar a descarga sincronizada é evitar que o choque ocorra sobre a onda T desencadeando a fibrilação ventricular.

Está indicada no tratamento de taquiarritmias cardíacas com frequência maior que 150/min, com instabilidade hemodinâmica mas que apresentam pulso central.

Exige a colocação de eletrodos auto-adesivos no tórax do paciente,

Pois a sincronização adequada não pode ser efetuada utilizando as pás para monitorização.

a. Conduta

Instalar oxigênio suplementar por máscara e obter se possível acesso venoso periférico (não deve retardar a cardioversão de emergência).

Preparar material de ventilação e acesso as vias aéreas, medicações de PCR e monitorizar o paciente com eletrodos auto-adesivos, oxímetro de pulso e pressão arterial não invasiva.

Ligar o aparelho acionando o modo sincronizado.

Observar o surgimento das marcações no traçado, ajustar se necessário o ganho do monitor e ajustar a energia do choque nos níveis desejados.

Efetuar sedação e analgesia em pacientes conscientes de acordo com o protocolo.

Posicionar as pás com gel condutor sobre o tórax do paciente (mesmo local da desfibrilação).

Certificar-se que ninguém toca o paciente.

Efetuar as descargas com os níveis de energia recomendados no protocolo.

Verificar sempre se após cada choque o aparelho não voltou ao modo assíncronico.

Energia aplicada à cardioversão elétrica de acordo com o tipo de arritmia cardíaca.

ARRITMIA	ENERGIA INICIAL	CHOQUES SUBSEQUENTES
Flutter atrial Taquicardia Paroxística Supraventricular	50 J	100, 200, 300 e 360 J
Fibrilação atrial TV monomórfica	100 J	200, 300 e 360 J
TV Polimórfica	200 J	300 e 360 J

77. Desfibrilação manual

b. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Consiste na aplicação de energia elétrica de forma não sincronizada para terminar fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular.



A desfibrilação faz com que o miocárdio entre em estado de despolarização generalizada e que o nódulo sinusal ou outro marcapasso restabeleça a sequência normal de repolarização-despolarização.

É o procedimento prioritário da reanimação sendo realizado, se possível, após a constatação da inconsciência com ausência de pulso carotídeo.

A fibrilação ventricular (FV) é a principal causa de PCR no ambiente extra-hospitalar.

O único tratamento eficaz para a fibrilação ventricular é a desfibrilação.

A precocidade da desfibrilação é o maior determinante do sucesso da reanimação.

As complicações da desfibrilação são: queimaduras na pele, e lesões do miocárdio devido a energia elevada ou a um número elevado de descargas (ver pagina 287).

c. Conduta

Diagnosticar a PCR.

Efetuar 2 minutos de compressões e ventilações caso a PCR não tenha sido presenciada.

Monitorizar os pacientes com as pás do aparelho. Identificar a TV sem pulso ou FV.

Selecionar o nível de energia desejado, que inicialmente é de 200 J em adultos ou de 2 J/kg em crianças.

Aplicar a pasta condutora.

Posicionar as pás sobre o tórax do paciente, uma do lado direito da porção superior do externo, abaixo da clavícula direita e a outra na linha axilar anterior, lateral ao mamilo esquerdo.

Pressionar as pás sobre a pele para reduzir a impedância.

Afastar os socorristas do contato com a vítima, exceto aquele que segura as pás do desfibrilador.

Pressionar o botão de descarga.

Efetuar 2 min de RCP ou 5 ciclos. Checar o paciente.

78. Profilaxia do tétano

Considerar para todo o paciente ferido.

A única contra-indicação é história de reação sistêmica grave após dose.

Profilaxia do tétano em ferimentos de acordo com a imunização prévia

	IMUNIZADO	IMUNIZAÇÃO FEITA HÁ MAIS DE 5 ANOS E MENOS DE 10 ANOS	SEM IMUNIZAÇÃO OU STATUS DESCONHECIDO
Ferimentos superficiais e limpos.	Menos de 10 anos – Nada a fazer.	Nada a fazer.	Vacina dt 0,5 ml IM. Encaminhar para posto de saúde para outras doses.



Ferimentos profundos e/ou contaminados.	Até 5 anos – Nada a fazer.	Vacina dt 0,5 ml IM. Encaminhar para posto de saúde para outras doses.	Imunoglobulina 250 unid IM Vacina dt 0,5 ml IM. Encaminhar para posto de saúde para outras doses
---	----------------------------	--	---

Vacinação obrigatoriamente em deltóide.

79. Cuidados pós mordedura canina

Conter hemorragia com compressão direta.

Irrigar copiosamente e desbridar tecido desvitalizado.

Suturar primariamente lesões de couro cabeludo, face, tronco, braços e pernas.

Deixar abertas inicialmente lesões de mãos e pés.

Efetuar profilaxia antibiótica com amoxicilina-clavulanato 500 a 875 mg VO, três ou duas vezes ao dia respectivamente, em pacientes com lesões em mãos e pés.

Administrar profilaxia de tétano de acordo com o protocolo.

Suspeitar de *Pasteurella multocida* quando os sinais de infecção surgem dentro das primeiras 24 horas após a mordedura e de estafilococos ou estreptococos após este período.

Iniciar antibióticos sistêmicos (clindamicina + ciprofloxacino ou amoxicilina/clavulanato ou clindamicina + SMX-TMP (crianças)) e transferir para hospital de referência pacientes apresentando lesões extensas, infectadas com evidência de linfangite, tenossinovite, artrite séptica, lesão a tendão e ossos.

Tabela de tratamento para mordedura humana e de outros animais

ANIMAIS	PATÓGENOS	TRATAMENTO	ALTERNATIVA	OBSERVAÇÕES
Morcego Guaxinim Gambá	<i>Streptococcus</i> sp <i>Staphylococcus</i> sp Raiva	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Doxiciclina 100mg 12/12 horas VO	Imunoglobulina + Vacina contra raiva
Gato	<i>Pasteurella multocida</i> <i>Staphylococcus Aureus</i>	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Doxiciclina 100mg 12/12 horas VO ou Cefuroxime 500mg 12/12 horas VO	Nunca prescrever cefalexina



Homem	<i>Streptococcus viridans</i> <i>Staphylococcus Epidermidis</i> <i>Corynebacterium</i> sp <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Eikenella</i> sp <i>Bacteróides</i> sp <i>Peptostreptococcus</i>	Precoce: Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 horas VO Tardio: Cefoxitina 2g 8/8 horas IV ou Ticarcilina / Clavulanato 3.1g 6/6 horas IV	Clindamicina + ciprofloxacina ou Clindamicina + TMP-SMX	
Porco	Coco Gram + Bacilo Gram – Anaeróbios <i>Pasteurella</i> sp	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Ticarcilina / clavulanato 3.1g 6/6 horas IV	
Rato	<i>Spirillum minus</i> <i>Streptobacillus</i> <i>moliniiformis</i>	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Doxiciclina 100mg 12/12 horas VO	
Cobra	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterobacteriaceae</i> Sp <i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Clostridium</i> sp	Ciprofloxacina 500mg 12/12 horas VO + metronidazol 500mg 8/8 horas	Ticarcilina / clavulanato 3.1g 6/6 horas IV	O primeiro tratamento é o soro antiofídico

Referencias: 1. CID 43: 1309, 2009; 2.NEJM 347: 347, 2002

80.Fechamento de ferimentos

a. Considerações especiais de avaliação

Avaliar dor, parestesias e perda de função.

Pesquisar na história: horário que ocorreu o ferimento, diabetes, imunossupressão, uso de corticosteróides que afetam a cicatrização.

Fazer uso de precauções universais.

Tabela de tratamento para mordedura humana e de outros animais

ANIMAIS	PATÓGENOS	TRATAMENTO	ALTERNATIVA	OBSERVAÇÕES
Morcego	<i>Streptococcus</i> sp	Amoxicilina /		Imunoglobulina +
Guaxinim	<i>Staphylococcus</i> sp	Clavulanato	Doxiciclina	Vacina contra
Gambá	Raiva	500mg 8/8 Horas VO	100mg 12/12 horas VO	raiva



Gato	<i>Pasteurella multocida</i> <i>Staphylococcus Aureus</i>	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Doxiciclina 100mg 12/12 horas VO ou Cefuroxime 500mg 12/12 horas VO	Nunca prescrever cefalexina
Homem	<i>Streptococcus viridans</i> <i>Staphylococcus Epidermidis</i> <i>Corynebacterium</i> sp <i>Staphylococcus aureus</i> <i>Eikenella</i> sp <i>Bacteróides</i> sp <i>Peptostreptococcus</i>	Precoce: Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 horas VO Tardio: Cefoxitina 2g 8/8 horas IV ou Ticarcilina / Clavulanato 3.1g 6/6 horas IV	Clindamicina + ciprofloxacina ou Clindamicina + TMP-SMX	
Porco	Coco Gram + Bacilo Gram – Anaeróbios <i>Pasteurella</i> sp	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Ticarcilina / clavulanato 3.1g 6/6 horas IV	
Rato	<i>Spirillum minus</i> <i>Streptobacillus moliniformis</i>	Amoxicilina / Clavulanato 500mg 8/8 Horas VO	Doxiciclina 100mg 12/12 horas VO	
Cobra	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> <i>Enterobacteriaceae</i> Sp <i>Staphylococcus epidermidis</i> <i>Clostridium</i> sp	Ciprofloxacina 500mg 12/12 horas VO + metronidazol 500mg 8/8 horas	Ticarcilina / clavulanato 3.1g 6/6 horas IV	O primeiro tratamento é o soro antiofídico

Referencias: 1. CID 43: 1309, 2009; 2.NEJM 347: 347, 2002

a. Considerações Especiais de AVALIAÇÃO

Avaliar dor, parestesias e perda de função.

Pesquisar na história: horário que ocorreu o ferimento, diabetes, imunossupressão, uso de corticosteróides que afetam a cicatrização.

Fazer uso de precauções universais.

Examinar atentamente a ferida procurando por corpos estranhos, evidências de lesão nervosa, vascular e de tendões.

Os ferimentos podem ser fechados na emergência através de suturas, grampos cirúrgicos, curativos e adesivos.



Estas técnicas visam acelerar o processo de fechamento da ferida.

É importante que cada camada do bordo da ferida combine com sua contra-parte.

O bordo da ferida deve ficar evertido, pois caso contrário pode ocorrer oclusão dos capilares e deiscência da sutura.

Mecanismo de lesão: cortante (baixa energia, objetos afiados), compressivo (alta energia, comprime os tecidos contra o osso, produz lesão estrelada) e tensão (alta energia, produz flaps de tecido). As lesões cortantes tem melhor resultado de cicatrização, pois tem menos tecido desvitalizado e menos chance de infecção.

Potencial de infecção: está relacionado com o local ferido (por exemplo áreas úmidas como boca, axila, períneo, pés tem alta densidade de colonização bacteriana), feridas por objetos contaminados (por exemplo mordidas), tempo decorrido até o fechamento da ferida (quanto maior o tempo maior a chance de infecção).

A irrigação sanguínea também é um fator que define a chance de uma ferida tornar-se infectada. Lesões na face e escalpe que são muito vascularizadas tem menor probabilidade de infectar-se.

b. Cuidados com ferimentos na emergência

Hemostasia: é fundamental para permitir a avaliação da ferida e seu tratamento. O método preferido é a compressão direta. O uso de epinefrina é uma opção exceto em locais de anatomia distal como: dedos, pênis, pavilhão auricular e nariz.

Anestesia

Remoção de corpos estranhos e pêlos: inspecionar visualmente a ferida. Os pêlos devem ser cortados na altura de 1 a 2 mm, raspá-los pode danificar os folículos pilosos e permitir a infecção (aumentam a incidência).

Irrigação: a irrigação com salina em alta pressão (cateter ligado a seringa) reduz a contagem bacteriana. Utilizar um mínimo de 200 ml na irrigação. A utilização de água oxigenada ou povidine não é superior a salina.

Desbridamento: remover tecido desvitalizado aumenta o risco de infecção e retarda a cicatrização. Remove corpos estranhos, tecido não viável e uma ferida mais fácil de suturar. A melhor forma é usando uma lâmina cirúrgica.

Profilaxia do tétano.

c. Considerações GERAIS SOBRE SUTURAS

É a melhor forma de promover o fechamento da ferida e permitem a melhor aproximação dos bordos.

Os fios podem ser absorvíveis ou não absorvíveis.

Fios monofilamento não absorvíveis como Nylon ou polipropileno tem os menores índices de infecção sendo os mais utilizados.

Fios sintéticos absorvíveis monofilamento como o Vycril são preferidos para suturar a derme ou fáscia.

Fios sintéticos monofilamento em os menores índices de infecção (Nylon ou polipropileno) e são os mais utilizados na emergência.

Fios de absorção rápida por exemplo Vycril rápido, são utilizados para mucosas.

Fios sintéticos monofilamento absorvíveis são preferidos para estruturas profundas como derme e fáscia.

Os fios são numerados de acordo com seu diâmetro: 6-0 é o mais fino e deve ser utilizado na face e áreas esteticamente importantes; os fios 4-0 e 5-0, este último é mais utilizado em reparos da mão e dedos e o primeiro para lesões de tronco e extremidades proximais; o fio mais calibroso é o 3-0 que é empregado em suturas do escalpo e planta dos pés.

A técnica mais utilizada é a percutânea na qual o fio passa pela epiderme e derme.

A escolha da técnica de sutura varia com as características da ferida. Em lesões de partes moles que envolvem a fáscia (exceto face) o ideal é utilizar fio sintético não absorvível, devido a lentidão da cicatrização deste tecido.

Os músculos e tecido adiposo não prendem bem suturas, o fechamento de ferimentos é para obliterar espaço morto. Este procedimento causa lesão adicional e necrose, estando contra-indicado em caso de infecção. Deve ser utilizado fio absorvível sintético e o menor número possível de pontos pouco tensionados.

Características dos fios de sutura

SUTURAS ABSORVÍVEIS	ABSORÇÃO	REAÇÃO TECIDUAL	EMPREGO	CARACTERÍSTICAS
CATEGUTE	10 DIAS	GRANDE	LIGADURA DE VASOS HEMORRÁGICOS CUTÂNEOS	FIO SINTÉTICO TRANÇADO MAIOR INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO
CATEGUTE CROMADO	20 DIAS	GRANDE		OBTIDO DE INTESTINO DE BOI OU CARNEIRO TRATADO COM CROMO
ÁCIDO POLIGLICÓICO (DEXON)	60-90 DIAS	MÍNIMA	MÚSCULO FÁSCIA TENDÃO PELE SUBCUTICULAR	FIO SINTÉTICO TRANÇADO MAIOR INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO
ÁCIDO POLIGALÁTICO (VYCRIL)	60 DIAS	MÍNIMA	NÃO DEVE SER UTILIZADO NA PRESENÇA DE INFECÇÃO	FIO SINTÉTICO TRANÇADO MAIOR INCIDÊNCIA DE



				INFEÇÃO
POLIDIAXONA (PDS)	LONGA	MÍNIMA	PODE SER UTILIZADO NA PRESENÇA DE INFECÇÃO	FIO MONOFILAMENTAR INCOLOR OU VIOLETA MANUSEIO DIFÍCIL PELA RIGIDEZ
SEDA	DEGENERA COM VELOCIDADE VARIÁVEL	BAIXA	MUCOSA ORAL NÃO DEVE SER UTILIZADO NA PRESENÇA DE INFECÇÃO	FILAMENTO PROTEICO PRODUZIDO PELO BICHO DA SEDA TRANÇADO PODE PIORAR INFECÇÃO FÁCIL MANUSEJO E FIXAÇÃO
ALGODÃO	FORTE E RESISTENTE	BAIXA	NÃO DEVE SER UTILIZADO NA PRESENÇA DE INFECÇÃO	PRODUZIDO A PARTIR DE FIOS DE ALGODÃO TRANÇADOS
NAILON	DEGRADAÇÃO E ABSORÇÃO EM 2 ANOS	MÍNIMA	CIRURGIA CUTÂNEA	POLÍMERO DE POLIAMIDA DISPONÍVEL COMO FIO MONO E POLIFILAMENTAR PODE SER DE COR PRETA VERDE OU BRANCO
POLIPROPILENO (PROLENE)	MANTÉM A RESISTÊNCIA TÊNSEL POR ANOS	MÍNIMA	CIRURGIA INTRADÉRMICA, FÁSCIA, MICROVASCULAR	FIO MONOFILAMENTAR PODE SER USADO NA PRESENÇA DE CONTAMINAÇÃO OU INFECÇÃO DISPONÍVEL INCOLOR OU AZUL



81. Intubação pediátrica

Preceder a manobra por oxigenação e ventilação com bolsa- máscara.

Optar sempre que possível pela via orotraqueal com estabilização manual da cabeça e pescoço. A intubação por via nasotraqueal cega é geralmente impossível em pacientes pediátricos, pois a laringe é anteriorizada.

Determinar o tamanho do tubo pode ser pelo tamanho da narina do paciente, de seu dedo mínimo ou através da fórmula:

Diâmetro interno do tubo = $(4 + \text{idade em anos}) / 4$

Optar em crianças pequenas que possuem a laringe anteriorizada pela lâmina reta.

Introduzir laringoscópio pelo lado direito da boca, deslocando a língua para a esquerda. Caso esteja sendo utilizada uma lâmina reta ultrapassar a epiglote e elevar, a extremidade da lâmina curva deve ser posicionada na valécua.

Manter a tentativa de intubação com duração inferior a 15 segundos.

Lembrar que tubos endotraqueais com diâmetro interno inferior a 6 mm não necessitam de balonete, pois em crianças pequenas a parte mais estreita das vias aéreas fica logo abaixo das cordas vocais. A via aérea pediátrica tem a forma de um cone diferentemente da via aérea do adulto que possui forma cilíndrica.

Confirmar a correta posição do tubo após a intubação seguindo o protocolo.

Fixar cuidadosamente o tubo

c. Protocolos e organização do Serviço de Farmácia;

c.1) Processo De Assistência Farmacêutica e Almoxarifado-Dispensação Interna

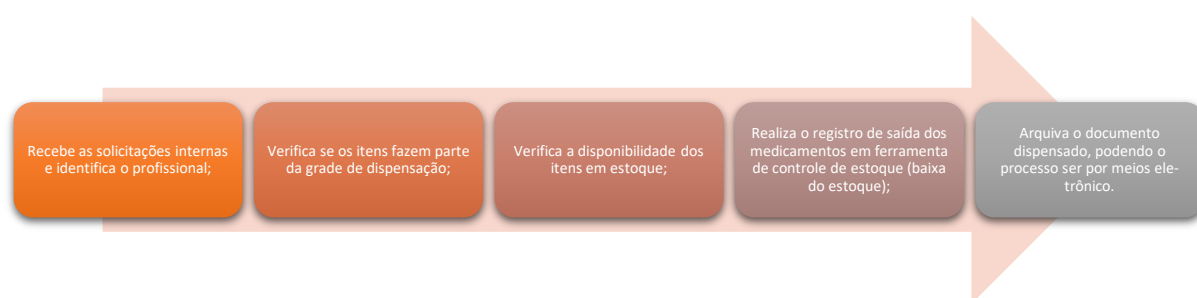
1. Recebe as solicitações internas e identifica o profissional;
2. Verifica se os itens fazem parte da grade de dispensação;

3. Verifica a disponibilidade dos itens em estoque;
4. Realiza o registro de saída dos medicamentos em ferramenta de controle de estoque (baixa do estoque);
5. Arquiva o documento dispensado, podendo o processo ser por meios eletrônico.

Notas:

O processo pode ser realizado por farmacêutico ou auxiliar de farmácia sob sua supervisão.

Tratando-se de almoxarifado será realizado pelo auxiliar administrativo, sob supervisão do gerente administrativo da unidade.



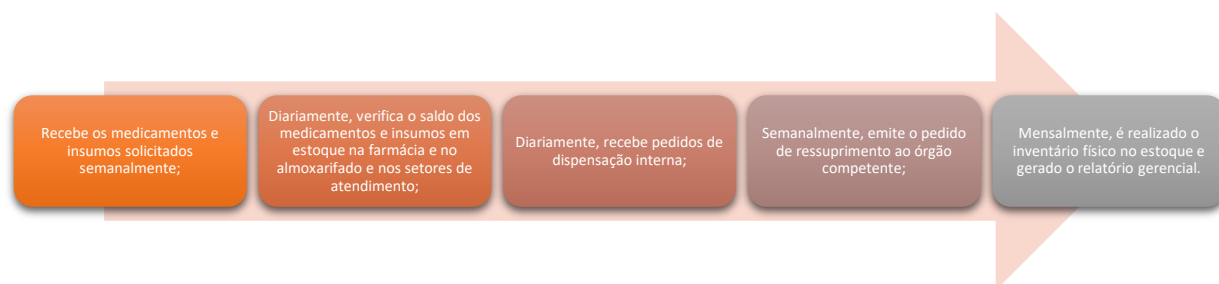
c.2) Processo De Assistência Farmacêutica e Almoxarifado-Gerenciamento de Estoque

Processos

1. Recebe os medicamentos e insumos solicitados semanalmente;
2. Diariamente, verifica o saldo dos medicamentos e insumos em estoque na farmácia e no almoxarifado e nos setores de atendimento;
3. Diariamente, recebe pedidos de dispensação interna;
4. Semanalmente, emite o pedido de ressuprimento ao órgão competente;
5. Mensalmente, é realizado o inventário físico no estoque e gerado o relatório gerencial.

Notas:

- Medicamentos controlados, trombolíticos e antibióticos são submetidos às normas de controle, manuseio e dispensação específicas, como exemplo cita-se a portaria 344/98.
- O pedido de ressuprimento e almoxarifado e farmácia é realizado com base na grade padronizada pela Secretaria Municipal de Saúde.



c.3) Rotinas E Protocolos Referentes À Aquisição De Medicamentos E Materiais Médicos-hospitalares e de Consumo.

A farmácia e o almoxarifado são setores estratégicos dentro da unidade hospitalar, ligados diretamente aos processos de assistência. O correto abastecimento de medicamentos e correlatos beneficia os profissionais da assistência a desenvolver suas atividades laborais de forma satisfatória, trazendo qualidade, eficiência, efetividade e satisfação, tanto para o paciente, quanto para o colaborador que participou de seu atendimento.

O farmacêutico é o responsável pela gerência destes setores. Sua atuação é tão

- Capaz de tomar decisões;
 - Comunicador;
 - Líder;
 - Gerente;
 - Atualizado permanentemente;
 - Educado.

importante que a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1997, o caracterizou dentro do sistema de saúde, como um profissional multifacetado, dotado de 07 atribuições (estrelas) principais, sendo:

As habilidades e conhecimentos do profissional do medicamento são tão abrangentes, sendo de suma importância sua participação na Comissão de Infecção Hospitalar, como exemplo cita-se a Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, e atuação na Comissão de Farmácia e Terapêutica, como exemplo cita-se o Despacho n.º 1083/2004, de 1 de dezembro de 2003.

Por entender de todo processo relacionado ao medicamento, o farmacêutico é o responsável pelo ciclo deste produto dentro de uma unidade hospitalar; desde a seleção do que será utilizado, até a dispensação para uso interno na unidade ou para o paciente, bem como sanar dúvidas dos profissionais de saúde e dos usuários. A este processo

damos o nome de ciclo da assistência farmacêutica. Abaixo é exemplificado este processo:

Quanto aos correlatos, pelo seu conhecimento de logística, o farmacêutico auxilia o gerente administrativo e enfermeiro nos processos referentes à solicitação, armazenamento e recebimento.

Os almoxarifes (auxiliares administrativos) ficam sob responsabilidade do gerente administrativo da unidade, não impedindo que o farmacêutico auxilie nos processos do dia-a-dia. Tal procedimento faz com que o farmacêutico possa se dedicar com mais afinco, a todos os processos relacionados ao medicamento.

Diante do exposto, é evidente que a participação do profissional farmacêutico é fundamental, devendo estar presente durante todo o horário de funcionamento da unidade hospitalar, havendo ganho de produtividade de todos os profissionais da assistência, e aumento da satisfação dos usuários. Além de todos estes benefícios citados, a unidade estará em conformidade com as legislações vigentes, exemplos:

- Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973;
- Portaria nº 4.283, de 31 de dezembro de 2010,
- Resolução CFF nº 354, de 20 de setembro de 2000;
- MS - Política Nacional de Medicamento - 2001.

É interessante ressaltar a importância do posicionamento do mobiliário, da geladeira e que o espaço físico da farmácia e do almoxarifado não devem ser compartilhados em um mesmo local. As condições de temperatura e localização dos aparelhos de ar-condicionado, também devem ser previamente estudados, assim como o posicionamento e classe dos extintores de incêndio, que ficarão nestes setores.

Todo o planejamento da farmácia e almoxarifado deve seguir a RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

É importante pontuar que a farmácia deverá possuir um local específico para a guarda do estoque de medicamentos, podendo ser a própria farmácia de dispensação interna, desde que projetada para este fim. Por exemplo, separação por divisória da área de dispensação da área de armazenamento, chamada de central de abastecimento farmacêutica (CAF).

Atenção especial deverá ser dada as medicações controladas pela portaria nº. 344, de 12 de maio de 1998, que devem ser guardadas em armário com cadeado, onde somente o farmacêutico tem acesso.

As diretrizes de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição do Instituto, composta por equipe altamente especializada para esta atividade prevê que a organização dos estoques é feita por grupo/classe terapêutica e em ordem alfabética, tendo como controles principais os inventários cíclicos (diário) e periódicos (mensal). A temperatura e umidade destes ambientes é rigorosamente monitorada através de termo higrômetros e planilhas de anotação diária, sendo seguida a indicação dos fabricantes quanto ao armazenamento dos produtos. A temperatura de refrigeração gira em torno de 02° a 08°C, a do ambiente entre 15° a 30°C; a umidade deve ser mantida entre 40 e 70%.

A seguir, será explicitado as principais necessidades físicas do setor de farmácia e almoxarifado de uma unidade de pronto atendimento 24h (UPA), nos moldes da portaria GM n.º 2.048/2002 e demais, com intuito de oferecer uma assistência de qualidade.

c.4) A Farmácia Na Unidade De Pronto Atendimento

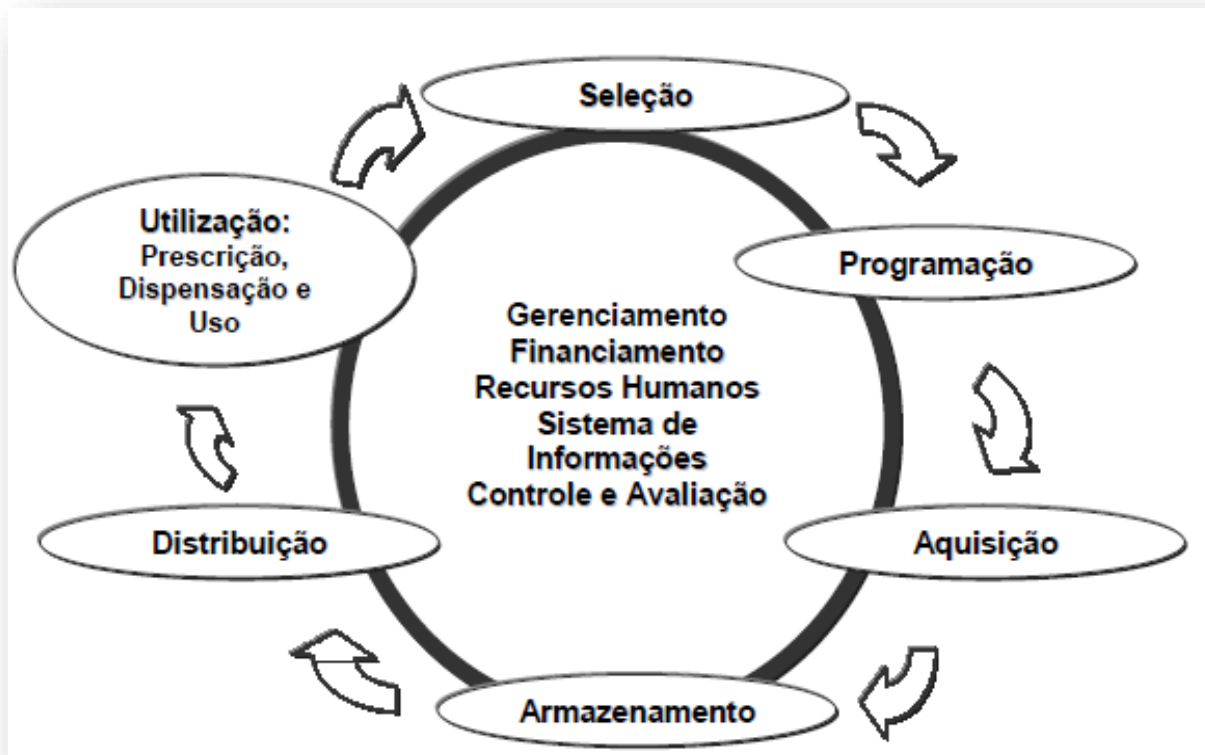
A farmácia dentro da UPA é caracterizada com área estratégica exercendo uma série de atividades ímpares, por se tratar de um modelo de saúde, que lida basicamente com urgência e emergência.

O farmacêutico necessita ser bem capacitado nos processos referentes à logística, ter domínio nas legislações vigentes sobre farmácia hospitalar e pré-hospitalar, deter conhecimento técnico de farmacologia e farmácia clínica. Para gestão de estoque é importante que tenha domínio de informática e logística.

Tais conhecimentos se fazem necessários, já que os profissionais da assistência direta não podem perder tempo com dúvidas referentes a nomes, utilização, efeitos colaterais, dentre outros, com medicamentos e correlatos que serão utilizados.



A seguir, na figura a.1 apresenta-se quadro resumido com as principais atribuições da farmácia.



c.5) Os Medicamentos na UPA

Os medicamentos são produtos diferenciados, de suma importância para a melhoria ou manutenção da qualidade de vida da população. A preservação de sua qualidade deve ser garantida desde sua fabricação até o uso na unidade e/ou dispensação ao paciente. Desta forma, as condições de transporte, estocagem e distribuição desempenham papel fundamental para a manutenção dos padrões de qualidade.

Assim, é imprescindível que o ciclo da Assistência Farmacêutica, apresentado anteriormente, seja gerenciado de modo eficiente. Os processos do ciclo, basicamente, são os seguintes:

a) Seleção

Definições de quais medicamentos serão elencados na grade padronizada da unidade. Este processo é realizado por equipe multidisciplinar, geralmente composta por médicos, enfermeiros e farmacêuticos;

b) Programação

Qualquer solicitação de compra e reabastecimento de estoque deverá ser programada com antecedência, principalmente, através de definição de estoque máximo, ponto de requisição, estoque mínimo, estoque de segurança;

C) Aquisição

Ato de pagamento e recebimento dos medicamentos para estocagem;

c) Armazenamento

Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, guardar, conservação, segurança e controle de estoque com ordenamento adequado dos produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características e condições de conservação exigidas, exemplo: termo lábeis e psicofármacos;

d) Distribuição

Na unidade de pronto atendimento 24h (UPA) consiste em disponibilizar os medicamentos para uso nas salas de assistência, seja por dose unitária/individualizada ou mista;

e) Utilização

Consumo propriamente dito pelo usuário seja na unidade (injetáveis, comprimidos/cápsulas, soluções/suspensões orais, pomadas dermatológicas, etc.).

Os mecanismos apresentados garantem a qualidade e a racionalidade necessárias, de modo a disponibilizar medicamentos seguros e eficazes, no momento certo e nas quantidades adequadas.

Para melhor entendimento, descreve-se as principais diretrizes relacionadas aos medicamentos e sua rastreabilidade:

- **Produto farmacêutico:** preparado que contém princípio (s) ativo (s) denominados fármacos e adjuvantes (veículos) formulados em uma forma farmacêutica (comprimido, cápsula, solução, suspensão, emulsão, creme, gel, etc.) e que passou por todos testes solicitados pelo órgão regulamentador, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo devidamente acondicionados, embalados, rotulados e loteados;
- **Acondicionamento**
Ato de embalar de formar apropriada à sua preservação;
- **Embalagem**

Recipiente ou envoltura que armazena produtos temporariamente, servindo principalmente para agrupar unidades de um produto, com vista à sua manipulação, transporte ou armazenamento, podendo ser primária, secundária ou terciária;

- **Lote**

Quantidade definida de um produto fabricado num ciclo de fabricação e cuja característica essencial é a homogeneidade;

- **Número do lote**

Qualquer combinação de números ou letras através da qual se pode rastrear a história completa da fabricação desse lote e de distribuição no mercado.

As medicações utilizadas nas unidades de pronto atendimento 24h (UPA) não são de alto custo, exceto trombolíticos, certos antibióticos e anticoagulantes. O arsenal terapêutico apresentado no projeto básico é amplo e com pelo menos dois fármacos de cada classe terapêutica, em sua maioria. Este modelo facilita o trabalho do profissional médico na hora da prescrição, pois caso o usuário apresente intolerância a determinado medicamento ele poderá adotar outro semelhante.

Os trombolíticos são de suma importância para as unidades de pronto atendimento 24h (UPA), pois são consideradas referências em dor torácica.

A seguir é apresentado a sugestão de grade padrão de medicamentos:

GRADE MÍNIMA DE MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO NA UPA 24h

ITEM	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
01	FENTANIL 0,05 MG 5 ML	AMP
02	MORFINA 10 MG/ML 1 ML	AMP
03	PETIDINA 50 MG/ML 2 ML	AMP
04	TRAMADOL 50 MG/ML	AMP
05	CETAMINA 50 MG/ML 10 ML	FR
06	LIDOCAÍNA 2% GEL 30GR	TB
07	LIDOCAÍNA 2% S/V 20 ML	FR
08	LIDOCAÍNA 2% S/V 5 ML	AMP
09	PROPOFOL 10 MG/ML 20 ML	AMP
10	MIDAZOLAN 5 MG/ML 10 ML	AMP
11	MIDAZOLAN 5 MG/ML 3 ML	AMP
12	ALPRAZOLAN 0,5 MG	COMP
13	DIAZEPAM 10 MG	COMP
14	DIAZEPAM 10 MG/2 ML	AMP
15	DIAZEPAM COMPRIMIDO 5 MG	COMP
16	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO 6% 100 ML	FR
17	OMEPRAZOL 20 MG	COMP
18	OMEPRAZOL 40 MG	FR/AMP
19	RANITIDINA 25 MG/ML 2 ML	AMP
20	RANITIDINA, CLORIDRATO 150 MG	COMP



21	ÁCIDO FÓLICO 5 MG	COMP
22	SULFATO FERROSO 25 MG/ML 30 ML	FR
23	ADENOSINA 3 MG/ML 2 ML	AMP
24	AMIODARONA 200 MG	COMP
25	AMIODARONA 50 MG/ML 3 ML	AMP
26	DILTIAZEN 30 MG	COMP
27	VERAPAMIL, CLORIDRATO 80 MG	COMP
28	AMINOFILINA 24 MG/ML 10 ML	AMP
29	FENOTEROL, BROMIDRATO 5 MG/ML 20 ML	FR
30	IPRATROPIO 0,25 MG/ML 20 ML	FR
31	SALBUTAMOL 0,5 MG/ML 1 ML	AMP
32	SALBUTAMOL 2 MG/ML 100 ML	FR
33	SALBUTAMOL, SULFATO DE, AEROSSOL 100 MG/DOSE	FR
34	AMOXACILINA + CLAV. DE POTASSIO 1 G	FR/AMP
35	BENZILPENICILINA BENZATINA PO PARA SUSPENSAO INJETÁVEL 1.200.000 U.I	FR/AMP
ITEM	MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO
36	BENZILPENICILINA BENZATINA PO PARA SUSPENSAO INJETÁVEL 600.000 U.I	FR/AMP
37	BENZILPENICILINA CRISTALINA 5.000.000 U.I.	FR/AMP
38	AMPICILINA 1 G	FR/AMP
39	BENZILPENICILINA PROCAÍNA + BENZILPENICILINA POTASSICA SUSPENSAO - INJETÁVEL 300.000 U.I + 100.000 U.I.	FR/AMP
40	CEFEPIMA 1 G	FR
41	CEFTRIAXONA 1 G IM	FR/AMP
42	CEFTRIAXONA 1 G IV	FR/AMP
43	CIPROFLOXACINO 200 MG 100 ML	FR
44	CLINDAMICINA 150 MG/ML 4 ML	AMP
45	GENTAMICINA 80MG / INJ	AMP
46	MEROPENEM 1G	FR/AMP
47	OXACILINA 500MG INJ	FR/AMP
48	VANCOMICINA 500MG	FR/AMP
49	SULFAMETOXAZOL+TRIMET INJ	AMP
50	AMOXICILINA + CLAVULANATO DE POTASSIO SUSPENÇÃO ORAL 50/ 12,5 MG/ ML	FR
51	AMOXICILINA CAPSULA 500 MG	COMP
52	AMOXICILINA+CLAVULANATO DE POTASSIO 500 MG/125 MG	COMP
53	AMOXICILINA PO PARA SUSPENSAO ORAL 50 MG/ML 60 ML	FR
54	AZITROMICINA 500MG	COMP
55	AZITROMICINA SUSPENSÃO ORAL 40 MG / ML	FR
56	CEFALEXINA SOD OU CEFALEXINA, CLORIDRATO DE, CAPSULA 500MG	COMP
57	CIPROFLOXACINO, CLORIDRATO DE, 500 MG	COMP
58	CLARITROMICINA 500 MG	COMP
59	COLAGENASE + CLORANFENICOL 30G	TB
60	NEOMICINA+BACITRACINA 5 MG/G + 250 UI/G 10 G	TB
61	SULFADIAZINA DE PRATA CREME 1% 100G	TB
62	SULFAMETAXOZOL + TRIMETOPRIMA 400MG +	COMP



	80G	
63	SULFAMETAXOZOL + TRIMETOPRIMA 40MG + 8MG/ML 100ML	FR
64	ENOXAPARINA S. 20 MG 0,4 ML SERINGAS COM SISTEMA DE SEGURANÇA INTEGRADO	SERINGA
65	ENOXAPARINA S. 40 MG 0,4 ML SERINGAS COM SISTEMA DE SEGURANÇA INTEGRADO	SERINGA
66	EPINEFRINA 1MG/ ML	AMP
67	HEPARINA 5000UI 5 ML	FR/AMP
68	VARFARINA 5 MG	COMP
69	ACIDO VALPROICO 250 MG	COMP
70	CARBAMAZEPINA 200MG	COMP
71	CLONAZEPAM 0,5 MG	COMP
72	CLONAZEPAM 2.5 MG/ML 20 ML	FR
73	FENITOINA DIFENIL- HIDANTOINA 50MG/ML	AMP
74	FENITOINA SODICA 100MG	COMP
75	FENOBARBITAL 200MG/ ML 2ML	AMP
76	FENONARBITAL 100MG	COMP
77	SULFATO DE MAGNESIO 50%	AMP
78	FLUMAZENIL 0,5MG	AMP
79	NALOXONA 0.4 MG/ ML 1 ML	AMP
80	BROMOPRIDA 10 MG	COMP
81	BROMOPRIDA 4MG/ML 20 ML	FR
82	DOMPERIDONA 1MG /100ML	FR
83	METOCLOPRAMIDA 5MG/ ML 2 ML	AMP
84	METOCLOPRAMIDA, CLORIDRATO DE, 10MG	COMP
85	ONDASETRONA 8 MG	AMP
86	ATROPINA 0.25 MG / ML 1 ML	AMP
87	ESCOPOLAMINA 10 MG	COMP
88	ESCOPOLAMINA 20MG/ ML 1 ML	AMP
89	SACCHAROMYCES BOLULARDII 100MG	COMP
90	SIMETICONA 75MG/ ML 15 ML	FRA
91	ACIDO TRANEXÂMICO 250 MG/ML	AMP
92	CLOPIDOGREL 75 MG	COMP
93	FITOMENADIONA 10 MG/ML 1 ML IM	AMP
94	ANLODIPINO, BESILATO DE, 5 MG	COMP
95	CARVEDILOL 25MG	COMP
96	ENALAPRIL 10 MG	COMP
97	HIDRALAZINA 20 MG/ML 1 ML	AMP
98	HIDRALAZINA 25 MG	COMP
99	LOSARTANA POTASSICA 50 MG	COMP
100	METILDOPA 250 MG	COMP
101	METILDOPA 500MG	COMP
102	NITROPRUSSIATO DE SODIO 50 MG	AMP
103	DEXCLORFENIRAMINA 0,4 MG/ML 100 ML	FR
104	HIDROXIZINA 2 MG/ML	FR
105	PROMETAZINA 25 MG	COMP
106	PROMETAZINA 25 MG/ML 2 ML	AMP
107	CETOPROFENO 100 MG IM 2 ML	AMP
108	CETOPROFENO 100 MG IV	FR
109	DICLOFENACO POTASSIO 25 MG/ML 3 ML	AMP
110	DICLOFENACO SODICO 25 MG/ML 3 ML	AMP
111	NIMESULIDA 50 MG/ML 15 ML	FR
112	TENOXICAN 20 MG 2 ML	FR/AMP



113	IVERMECTINA 6 MG	COMP
114	MEBENDAZOL 100 MG	COMP
115	CETOCONAZOL 2% CREME 30 GR	TB
116	FLUCONAZOL 150 MG	COMP
117	FLUCONAZOL 2 MG/ML 100 ML	FR
118	MICONAZOL, NITRATO DE, CREME VAGINAL 20 MG/G 80 G	TB
119	NISTATINA SUSPENSÃO ORAL 100.000UI/ML 50 ML	FR
120	NISTATINA+OXIDO DE ZINCO 60 GR	TB
121	BICARBONATO DE SODIO 8,4% (1MEQ/ML) – AMP 10 ML	AMP
122	BICARBONATO DE SODIO 8,4% 250 ML	SIST. FECHADO
123	CLORETO DE SODIO 0,09% 100 ML	SIST. FECHADO
124	CLORETO DE SODIO 0,9% 250 ML	SIST. FECHADO
125	CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML	SIST. FECHADO
126	CLORETO DE SODIO 20% 10 ML	AMP
127	CLORETO DE POTASSIO 10%10 ML	AMP
128	GLICOSE 10% 500 ML	SIST. FECHADO
129	GLICOSE 25% 10 ML	AMP
130	GLICOSE 5% 500 ML	SIST. FECHADO
131	GLICOSE 50% 10 ML	AMP
132	GLUCONATO DE CALCIO 10% 10 ML	AMP
133	RINGER COM LACTADO 500 ML	SIST. FECHADO
134	RINGER SIMPLES 500 ML	SIST. FECHADO
135	SOLUCAO GELATINA 3,5% 500 ML	FR/AMP
136	DOBUTAMINA 12,5 MG/ML AMP 20 ML	AMP
137	DOPAMINA 5 MG/ML AMP 10 ML	AMP
138	NOREPINEFRINA 8 MG/4 ML	AMP
139	ISOSSORBIDA 10 MG	COMP
140	ISOSSORBIDA, DINITRATO DE, SUBLINGUAL 5 MG	COMP
141	NITROGLICERINA 5 MG/ML 5 ML	AMP
142	ALPROSTADIL 20 MCG	FR/AMP
143	NIFEDIPINA 10 MG SUB. LINGUAL	COMP
144	NIFEDIPINA 20 MG RETARD	COMP
145	VITAMINA C 200MG/ML 5 ML	AMP
146	VITAMINA COMPLEXO B	AMP
147	ALBENDAZOL 200 MG	COMP
148	PERMETRINA A 1% 60 ML	FR
149	PERMETRINA A 5% 60 ML	FR
150	METRONIDAZOL 5MG/ML 100 ML	FR
151	LEVODOPA 100 MG + BENZERAZIDA 25 MG	COMP
152	CARBONATO DE LITIO 300 MG	COMP
153	HALOPERIDOL 50 MG/ML 1 ML DECANOATO	AMP
154	HALOPERIDOL 5 MG/ML 1 ML	AMP
155	HALOPERIDOL COMPRIMIDO 1 MG	COMP
156	LEVOMEPRIMAZINA 25 MG	COMP
157	ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG	COMP
158	DIPIRONA SODICA 500 MG	COMP
159	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML	AMP
160	IBUPROFENO 100 MG/ML 30 ML	FR
161	IBUPROFENO 300 MG	COMP
162	IBUPROFENO SUPENSAO ORAL 20 MG/ML 100	FR



	ML	
163	PARACETAMOL 500 MG	COMP
164	ACICLOVIR 200 MG	COMP
165	ACICLOVIR 250 MG INJ.	F/A
166	ATENOLOL 25 MG	COMP
167	ATENOLOL 50 MG	COMP
168	PROPRANOLOL, CLORIDRATO 40 MG	COMP
169	DIGOXINA 0,25 MG	COMP
170	AGUA BIDESTILADA 10 ML	AMP
171	AGUA BIDESTILADA 500 ML	FR
172	FUROSEMIDA 20 MG 2 ML	F/A
173	FUROSEMIDA 40 MG	COMP
174	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG	COMP
175	MANITOL 20% 250 ML	SIST FECHADO
176	DEXAMETASONA 2 MG/ML 1 ML	AMP
177	HIDROCORTIZONA 500 MG – F/A + DIL.	F/A
178	METILPREDNISOLONA 500 MG	F/A
179	PREDNISOLONA, FOSFATO SODICO DE SOLUÇÃO ORAL 1.34 MG/ML 100 ML	FR
180	PREDNISONA 20 MG	COMP
181	PREDNISONA 5 MG	COMP
182	METFORMINA CLORIDRATO 500 MG	COMP
183	METFORMINA CLORIDRATO 850 MG	FR
184	SINVASTATINA 40 MG	COMP
185	SINVASTATINA 10 MG	COMP
186	SINVASTATINA 20 MG	COMP
187	VASOPRESSINA 20 UI/ML	AMP
188	LEVOTIROXINA 100 MCG	COMP
189	CARVAO VEGETAL ATIVADO	COMP
190	GLICERINA SUPOSITORIO	SUPOSITORIO
191	OLEO MINERAL 100 ML	FR
192	CLORPROMAZINA 25 MG/ML	AMP
193	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO COMP 100 MG	COMP
194	CLORPROMAZINA, CLORIDRATO COMP 25 MG	COMP
195	PERICIAZINA 10 MG	COMP
196	METILFENIDATO 10 MG	COMP
197	FLUORESCEINA SODICA 1% SOLUÇÃO OFTALMICA	FR
198	GENTAMICINA SOLUÇÃO OFTALMICA	FR
199	TOBRAMICINA COLIRIO (SOLUÇÃO ESTERIL)	FR
200	ALOPURINOL 100 MG	COMP
201	ACIDO GRAXO ESSENCIAL 100 ML	FR
202	SAIS P/REIDRATAÇÃO 27,9 G	ENVELOPE
203	PANCURONIO 2 MG/ 2 ML	AMP
204	SUCCINILCOLINA 100 MG	F/R

c.6) Padronização De Medicamentos

A padronização da grade dar-se-á através da comissão de farmácia e terapêutica da unidade, onde um farmacêutico da equipe, o enfermeiro rotina, um representante médico da pediatria, um representante médico clínico e o diretor médico, discutem sobre quais

medicamentos deverão ser inclusos e/ou excluídos, através de formulário próprio, baseado naqueles fármacos estabelecidos pela SMS. Os encontros da comissão de farmácia e terapêutica serão periódicos com a participação dos supervisores da unidade e equipe de fiscalização da SMS. Nenhum item será incluído e/ou excluído sem autorização desta equipe.

Para uma correta padronização, é necessário estudo epidemiológico da área de abrangência, incluindo aquelas patologias causadas em período sazonal.

Cada medicamento padronizado deverá possuir um estoque na farmácia, para que os profissionais da assistência possam trabalhar sem intercorrências, daí a necessidade de pelo menos dois fármacos de cada classe terapêutica, conforme discutido anteriormente. Caso ocorra desabastecimento de algum item, como por exemplo, por falta de matéria prima na indústria, o paciente não ficará desassistido.

c.7) A Relação Entre o Atendimento Médico e a Farmácia da UPA com a Rede Básica de Saúde

Após ser atendido pelo profissional médico, o paciente de acordo com a anamnese, é encaminhado ou não para uma unidade básica de saúde. No caso de uma patologia que necessite de um acompanhamento ambulatorial mais sistemático e rigoroso, deverá ocorrer na unidade supracitada.

A formação de um sistema integrado e pactuado de atendimento aos usuários é de relevante importância na organização do SUS. Esta rede de assistência é a prerrogativa que garante a amplitude de acesso aos serviços, sem onerar desnecessariamente a gestão, possibilitando a aplicação eficiente dos recursos com vistas a garantir a cobertura ampla e direcionada, de acordo com os principais agravos de cada população específica. No que tange aos medicamentos, o SUS estabelece que entre seus campos de atuação esteja incluída a execução da assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. Assim, a Política Nacional de Medicamentos (PNM) fortalece os princípios e diretrizes constitucionais do SUS, tendo como finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

Essa finalidade se baseia no princípio de que é necessário construir uma gestão integrada, na qual o medicamento possui relevância nas práticas assistenciais, contribuindo para melhorar as condições de vida e saúde da população.

Face ao exposto, para que se tenha uma assistência farmacêutica de qualidade, é necessário que uma unidade de urgência e emergência, esteja integrada e regionalizada com as demais esferas do governo, com o objetivo de prover um suporte mais amplo, aos usuários de serviços públicos de saúde.

c.8. O Almoxarifado da UPA

Os materiais médico-hospitalares (correlatos) são essenciais para o funcionamento da unidade. A administração destes recursos ocupa lugar de destaque, pois a variedade é grande indo desde Equipamentos sofisticados, a roupa de cama, descartáveis e materiais de limpeza. Os materiais de limpeza são armazenados em local distinto do almoxarifado, chamado de Depósito de Material de Limpeza (DML).

O almoxarifado de uma Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA) segue basicamente os mesmos processos da farmácia. Essas atividades formam um ciclo contínuo de operações correlatas e interdependentes, tais como:

- Previsão;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Conservação;
- Distribuição;
- Controle.

A seguir é apresentado a grade padrão de almoxarifado do sugerido para SMS:

ITEM	INSUMO	APRESENTAÇÃO
01	ABAIXADOR DE LINGUA MADEIRA DESCARTAVEL	UNI.
02	ABSORVENTE HIGIENICO FEMININO (PARA USO POS PARTO)	UNI.
03	ÁGUA OXIGENADA 1L	UNI.
04	AGULHA HIPODERMICA ACO INOXIDAVEL DESCARTAVEL ESTERIL 13 X 4,5	UNI.
05	AGULHA HIPODERMICA ACO INOXIDAVEL DESCARTAVEL ESTERIL 25 X 7,0	UNI.
06	AGULHA HIPODERMICA ACO INOXIDAVEL DESCARTAVEL ESTERIL 40 X 12	UNI.
07	ALCOOL 70% - 1000 ML [+15°C ----- +25°C]	UNI.
08	ALCOOL 70% - 100ML	
09	ALGODAO HIDROFILO 250 G	UNI.
10	AVENTAL DESCARTAVEL MANGA LONGA	UNI.
11	AVENTAL DESCARTAVEL IMPERMEÁVE MANGA LONGA	UNI



12	ALMOTOLIA PLASTICA TRANSPARENTE*	UNI.
13	AMINIOTOMO DESCARTÁVEL	UNI.
14	APARELHO DE BARBEAR COM 2 LAMINAS EM AÇO	UNI.
15	ATADURA CREPON 10CM X 4,5M,MINIMO 12 FIOS POR CM²,ALGODÃO	UNI.
16	AVENTAL DESCARTAVEL PLASTICO 4 TIRAS TAMANHO UNICO	UNI.
17	BISTURI DESCARTAVEL N 15 (LAMINA E CABO) ESTERIL	UNI.
18	BISTURI DESCARTAVEL N 21 (LAMINA E CABO) ESTERIL	
19	BISTURI DESCARTAVEL N 24 (LAMINA E CABO) ESTERIL	UNI.
20	BOLSA DE COLOSTOMIA KARAYA RECORTAVEL C/APROXIMADAMENTE 32MM A 80MM FITA ADESIVA	UNI.
21	BOBINAS DE ELETROCARDIOGRAMA – ROLO ECG	UNI.
22	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 6,0	UNI.
23	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 6,5	UNI.
24	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 7,0	UNI.
25	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 7,5	UNI.
26	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 8,0	UNI.
29	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 8,5	UNI.
30	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL COM CUFF ESTERIL 9,0	UNI.
31	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL SEM CUFF ESTERIL 3.0	UNI.
32	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL SEM CUFF ESTERIL 3.5	UNI.
33	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL SEM CUFF ESTERIL 4.0	UNI.
34	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL SEM CUFF ESTERIL 4.5	UNI.
35	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL SEM CUFF ESTERIL 5.0	UNI.
36	CANULA INTUBACAO TRAQUEAL SEM CUFF ESTERIL 5.5	UNI.
37	CANULA OROFARINGEA BORRACHA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 0	UNI.
38	CANULA OROFARINGEA BORRACHA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 1	UNI.
39	CANULA OROFARINGEA BORRACHA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 2	UNI.
40	CANULA OROFARINGEA BORRACHA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 3	UNI.
41	CANULA OROFARINGEA PLASTICA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 4	UNI.
42	CANULA OROFARINGEA PLASTICA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 5	UNI.
43	CANULA OROFARINGEA PLASTICA COM PROTETOR INTERNO (GUEDEL) 6	UNI.
44	CANULA TRAQUEOSTOMIA DESCARTAVEL ESTERIL COM CUFF E MANDRIL, N 06*	UNI.
45	CANULA TRAQUEOSTOMIA DESCARTAVEL ESTERIL COM CUFF E MANDRIL, N 07*	UNI.
46	CANULA TRAQUEOSTOMIA DESCARTAVEL ESTERIL COM CUFF E MANDRIL, N 08*	UNI.
47	CATETER DE OXIGENIO NASO TRAQUEAL ESTERIL N. 6	UNI.
48	CATETER DE OXIGENIO NASO TRAQUEAL ESTERIL N. 8	UNI.
49	CATETER EPICUTANEO CAVA PARA NEONATOLOGIA 23 GA / 3fr	UNI.
50	CATETER INTRAVENOSO N° 14 PERIFERICO FLEXIVEL DE POLIURETANO	UNI.
51	CATETER INTRAVENOSO N° 16 PERIFERICO FLEXIVEL DE POLIURETANO	UNI.
52	CATETER INTRAVENOSO N° 18 PERIFERICO FLEXIVEL DE POLIURETANO	UNI.



53	CATETER INTRAVENOSO N° 20 PERIFERICO FLEXIVEL DE POLIURETANO	UNI.
54	CATETER INTRAVENOSO N° 22 PERIFERICO FLEXIVEL DE POLIURETANO	UNI.
55	CATETER INTRAVENOSO N° 24 PERIFERICO FLEXIVEL DE POLIURETANO	UNI.
56	CATETER PUNCAO SUBCLAVIA 14 G	UNI.
57	CATETER PUNCAO SUBCLAVIA 16 G	UNI.
58	CATETER PUNCAO SUBCLAVIA 17 G	UNI.
59	CATETER PUNCAO SUBCLAVIA 19 G	UNI.
60	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 4 FR	
61	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN 5 FR	
62	CATETER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LUMEN 7 FR	UNI.
63	CÁLICE GRADUADO 250 ML*	
64	CHASSIS PARA RAIO-X 35X43CM 2 POR ANO	UNI.
65	CHASSIS PARA RAIO-X 18X24CM 2 POR ANO	UNI.
66	CHASSIS PARA RAIO-X 30X40CM 1 POR ANO	UNI.
67	CHASSIS PARA RAIOS-X 35X35CM 1 POR ANO	UNI.
68	CHASSIS PARA RAIOS-X 24X30CM 1 POR ANO	UNI.
69	COBRE CORPO PLASTIFICADO DESCARTAVEL ADULTO	UNI.
70	COBRE CORPO PLASTIFICADO DESCARTAVEL FETO	UNI.
71	COBRE CORPO PLASTIFICADO DESCARTAVEL INFANTIL	UNI.
72	COLETOR DE URINA EM SISTEMA FECHADO ADULTO COM BOLSA COLETORA MINIMA DE 2000ML	UNI.
73	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO	UNI.
74	COLETOR DE URINA PLASTICO PEDIATRICO UNISSEX ESTERIL-ADESIVO HIPOALERGICO GRADUADO	UNI.
75	COMPRESSA DE GAZE ALGODAO 13 FIOS 7,5X 7,5 COM 8 CAMADAS 5 DOBRAS- PCT COM 10 COMPRESSAS	UNI.
76	COMPRESSA GAZE ALGODAO 8 DOBRAS-MIN13 FIOS POR CM2 7,5X7,5 CM (500 UNID.)	UNI.
77	CONJUNTO PULSEIRA MÃE E FILHO KIT (COM CLAMP UMBILICAL)	UNI.
78	COPO DESCARTAVEL PARA AGUA 200 ML	UNI.
79	COPO DESCARTAVEL PARA CAFE - 50 ML	UNI.
80	DETERGENTE DESENCROSTANTE	Pt
81	DISPOSITIVO INTERMEDIARIO - 2 VIAS PARA ADMINISTRACAO SIMULTANEA (POLIFIX)	UNI.
82	DISPOSITIVO INTERMEDIARIO NEO	UNI.
83	DISPOSITIVO POLIVINIL 4 VIAS COM ADAPTADOR EQUIPO, SORO E PINCA CORTA FLUXO	UNI.
84	DRENO DE ASPIRACAO CONTINUA 1/4 COM PINCA CORTA FLUXO CAPAC MIN 400 ML (QDO Nec)	UNI.
85	DRENO DE ASPIRACAO CONTINUA 1/8 COM PINCA CORTA FLUXO CAPAC MIN 400 ML (QDO Nec)	UNI.
86	DRENO DE LATEX PEN ROSE 1 (EMBALAGEM INDIVIDUAL) ESTERIL (QDO Necessário)	UNI.
87	DRENO DE LATEX PEN ROSE 2 (EMBALAGEM INDIVIDUAL) ESTERIL (QDO Necessário)	UNI.
88	DRENO DE LATEX PEN ROSE 3 (EMBALAGEM INDIVIDUAL) ESTERIL (QDO Necessário)	UNI.
89	DRENO DE LATEX PEN ROSE 4 (EMBALAGEM INDIVIDUAL) ESTERIL (QDO Necessário)	UNI.
90	ELETRODO DESCARTAVEL ADULTO COM ADESIVO HIPOALERGICO E GEL	UNI.



91	ELETRODO PEDIÁTRICO	UNI.
92	ELETRODO MULTIPARAMETRO TRANSCUTANEO PARA DESFIBRILADOR ADULTO	UNI.
93	ELETRODO MULTIPARAMETRO TRANSCUTANEO PARA DESFIBRILADOR INFANTIL	UNI.
94	EMBALAGEM PAPEL GRAU 300mmx100	Rolo
95	EMBALAGEM PAPEL GRAU 20 cmx100mts	Rolo
96	EMBALAGEM PAPEL GRAU 60 cmx100mts	Rolo
97	EQUIPO DE BOMBA INFUSORA, FOTOSSENSIVEL	UNI.
98	EQUIPO DE BOMBA INFUSORA	UNI.
99	EQUIPO DE PRESSAO VENOSA CENTRAL	UNI.
100	EQUIP DE SORO MACROGOTAS CAM FLEXI com injetor lateral	UNI.
101	EQUIPO DE SORO MICROGOTAS - CAMARA 150/200ML	UNI.
102	EQUIPO MICROGOTAS FOTOSSENSIVEL	UNI.
103	EQUIPO MICROGOTAS FOTOSSENSIVEL - CAMARA DE 150ML	UNI.
104	ESCALPE TIPO BORBOLETA ESTERIL 19 G	UNI.
105	ESCALPE TIPO BORBOLETA ESTERIL 21 G	UNI.
106	ESCALPE TIPO BORBOLETA ESTERIL 23 G	UNI.
107	ESCALPE TIPO BORBOLETA ESTERIL 25 G	UNI.
108	ESCALPE TIPO BORBOLETA ESTERIL 27 G	UNI.
109	ESCOVA CIRURGICA - CERDA MACIA COM PVPI	UNI.
110	ESPARADRAPO 10 CM X 4,5 CM	UNI.
111	EXTENSAO PARA CONDUCAO DE GASES E ASPIRACAO EM PVC CRISTAL 1/4 DE DIAM (Q.NEC)	UNI.
112	EXTENSOR DE GASES E OXIGÊNIO	UNID.
113	FILME RADIOLOGICO BASE VERDE 18 X 24	UNI.
114	FILME RADIOLOGICO BASE VERDE 24 X 30	UNI.
115	FILME RADIOLOGICO BASE VERDE 35 X 35	UNI.
116	FILME RADIOLOGICO BASE VERDE 30 X 40	
117	FILME RADIOLOGICO BASE VERDE 35 X 43	UNI.
118	FILTRO BACTERIOLOGICO	UNI.
119	FIO MONONYLON PRETO, DIAMETRO 4-0, 45 CM, AG 3/8 CIRC 2,0 CM TRI	UNI.
120	FIO MONONYLON PRETO, DIAMETRO 5-0, 45 CM, AG 3/8 CIRC 2,0 CM; TRI	UNI.
121	FIO MONONYLON PRETO, DIAMETRO 6-0, 45 CM, AG 1/2 CIRC 1,5 CM; TRI	UNI.
122	FIO SEDA PRETA, DIAMETRO 3-0, 45 CM, AG 1/2 CIRC 2,0 CM; TRI	UNI.
123	FITA ADESIVA CIRURGICA MICROPOROSA LARG 50 MM, COMP 10 M	UNI.
124	FITA ADESIVA CORPO DE CELULOSE E ADESIVO A BASE DE BORRACHA INCOLOR MED. 19X30 MM (FITA CREPE COMUM)	UNI.
125	FITA PARA GLICEMIA	UNI.
126	FITA TESTE AUTOCLAVE	ROLO
127	FIXADOR DE TUBO ADULTO	UNI.
128	FIXADOR DE TUBO INFANTIL	UNI.
129	FIXADOR PROCESSAMENTO AUTOMÁTICO RX 10L (GALÃO)	UNI.
130	FIXADOR ESTERIL P/ CATETER PERIFERICO 50x74mm	UNI.
131	FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA GG	UNI.
132	FRALDA DESCARTAVEL GERIATRICA TAM G	UNI.
133	FRALDA DESCARTÁVEL PEDIATRICA TAM M	UNI.
134	FRALDA DESCARTÁVEL PEDIATRICA TAM P	UNI.
135	FRALDA PEDIATRICA DESCARTAVEL TAM XG	UNI.
136	FRASCO COLETOR DE ESCARRO (MIN 50 ML)	UNI.
137	FRASCO DRENAGEM TORACICA 0500 ML DESCARTAVEL	



	GRADUADO ESTERIL	UNI.
138	FRASCO DRENAGEM TORACICA 1000 ML DESCARTAVEL GRADUADO ESTERIL	UNI.
139	GEL CONDUTOR	UNI.
140	HIPOCLORITO DE SODIO 1% GL - 5.000 ML [+15°C ----- +25°C]	UNI.
141	KIT CIRCUITO PARA CPAP N. 0	UNI.
142	KIT COMPLETO PARA NEBULIZACAO EMBALAGEM INDIVIDUAL	UNI.
143	KIT DRENAGEM DE TORAX N° 38	UNID.
144	LACRE AZUL OU AMARELO	UNI.
145	LAMINA DE BISTURI N° 15	UNI.
146	LAMINA DE BISTURI N° 24	UNI.
147	LANCETA E LANCETADOR ESTÉRIL	UNI.
148	LENÇOL DESCARTÁVEL 1,60 X 2,5	UND.
149	LENÇOL DESCARTAVEL EM ROLO 50X70M	ROLO
150	LENÇOL DESCARTÁVEL COM ESLATICO	UND.
151	LUVA DE BORRACHA N° 7	UNI.
152	LUVA DE BORRACHA N°08	UNI.
153	LUVA DE BORRACHA N°10	UNI.
154	LUVA ESTERIL CIRURGICA LATEX 6,5	UNI.
155	LUVA ESTERIL CIRURGICA LATEX 7,0	UNI.
156	LUVA ESTERIL CIRURGICA LATEX 7,5	UNI.
157	LUVA ESTERIL CIRURGICA LATEX 8,0	UNI.
158	LUVA ESTERIL CIRURGICA LATEX 8,5	UNI.
159	LUVA NAO ESTERIL PARA PROCEDIMENTO TAM G.	UNI.
160	LUVA NAO ESTERIL PARA PROCEDIMENTO TAM M.	UNI.
161	LUVA NAO ESTERIL PARA PROCEDIMENTO TAM P.	UNI.
162	MASCARA BICO DE PATO N95	UNI.
163	MASCARA CIRURGICA DESC. COM MODELADOR NASAL 30 GR -3 P	UNI.
164	OCULOS DE PROTECAO PARA PROCEDIMENTO*	UNI.
165	PAPEL TÉRMICO PARA ECG	UNID.
166	POLIVINIL PIRROLIDONA IODO 10% (1% IODO ATIVO) DEGERMANTE 1000 ML	UNI.
167	POLIVINIL PIRROLIDONA IODO 10% (1% IODO ATIVO) TOPICO 1000 ML [+15°C - +25°C]	UNI.
168	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ADULTO BRANCA	UNID.
169	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PEDIÁTRICA AZUL	UNID.
170	PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO PEDIÁTRICA ROSA	UNID.
111	REVELADOR PROCESSAMENTO AUTOMATICO 76 LITROS	UNI.
172	SERINGA DESCARTAVEL 50ML, SEM AGULHA*	UNI.
173	SERINGA HIPODERMICA DESCARTAVEL SEM AGULHA 01 ML GRAD. C/ AGULHA 13X4,5 DE 100 U	UNI.
174	SERINGA HIPODERMICA DESCARTAVEL SEM AGULHA 3 ML	UNI.
175	SERINGA HIPODERMICA DESCARTÁVEL SEM AGULHA 5 ML	UNI.
176	SERINGA HIPODERMICA DESCARTAVEL SEM AGULHA 10 ML	UNI.
177	SERINGA HIPODERMICA DESCARTAVEL SEM AGULHA 20 ML	UNI.
178	SISTEMA DE ASPIRACAO CIRCUITO FECHADO TRACK - CARE 6FR*	UNI.
179	SOLUCAO DEGERMANTE DE CLOREXIDINA 4% - 1000 ML COM SAIDA LATERAL [+15°C ----- +25°C]	UNI.
180	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL POLIVINIL 10, ESTERIL	FRAS.
181	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL POLIVINIL 12, ESTERIL	UNI.
182	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL POLIVINIL 14, ESTERIL	UNI.
183	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL POLIVINIL 16, ESTERIL	UNI.
184	SONDA DE ASPIRACAO TRAQUEAL POLIVINIL 18, ESTERIL	UNI.



185	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL POLIVINIL 4, ESTERIL	UNI.
186	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL POLIVINIL, 6 ESTERIL	UNI.
187	SONDA DE ASPIRAÇÃO TRAQUEAL POLIVINIL 8, ESTERIL	UNI.
188	SONDA NASOGÁSTRICA POLIVINIL 12, ESTERIL (LONGA)	UNI.
189	SONDA NASOGÁSTRICA POLIVINIL 14, ESTERIL (LONGA)	UNI.
190	SONDA NASOGÁSTRICA POLIVINIL 16, ESTERIL (LONGA)	UNI.
191	SONDA NASOGÁSTRICA POLIVINIL 18, ESTERIL (LONGA)	UNI.
192	SONDA NASOGÁSTRICA POLIVINIL 20, ESTERIL (LONGA)	UNI.
193	SONDA NASOGÁSTRICA POLIVINIL 8, ESTERIL (LONGA)	UNI.
194	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 3 ML N° 8, ESTERIL	UNI.
195	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 5 ML N° 12, ESTERIL	UNI.
196	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 5 ML N° 14, ESTERIL	UNI.
197	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 5 ML N° 16, ESTERIL	UNI.
198	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 5 ML N° 18, ESTERIL	UNI.
199	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 5 ML N° 22, ESTERIL	UNI.
200	SONDA URETRAL FOLLEY 2 VIAS BALAO MINIMO 5ML N° 10, ESTERIL	UNI.
201	TERMOMETRO CLINICO COM CAIXA PROTETORA INDIVIDUAL	UNI.
202	TORNEIRA 3 VIAS PLÁSTICA COM INDICATIVO E PROTETOR DE VIAS	UNI.
203	TOUCA DESCARTÁVEL COM ELÁSTICO	UNI.
204	TUBO DE BORRACHA LATEX N° 200 COM 15 M	UND
205	TUBO DE BORRACHA LATEX N° 202 COM 15 M	ROL.
206	TUBO DE BORRACHA LATEX N° 204 COM 15 M	ROL.

Salienta-se que, o almoxarifado deverá estar em outro local, afastado da farmácia, ficando sob a responsabilidade do gerente administrativo. O que não impede o auxílio do farmacêutico de plantão.

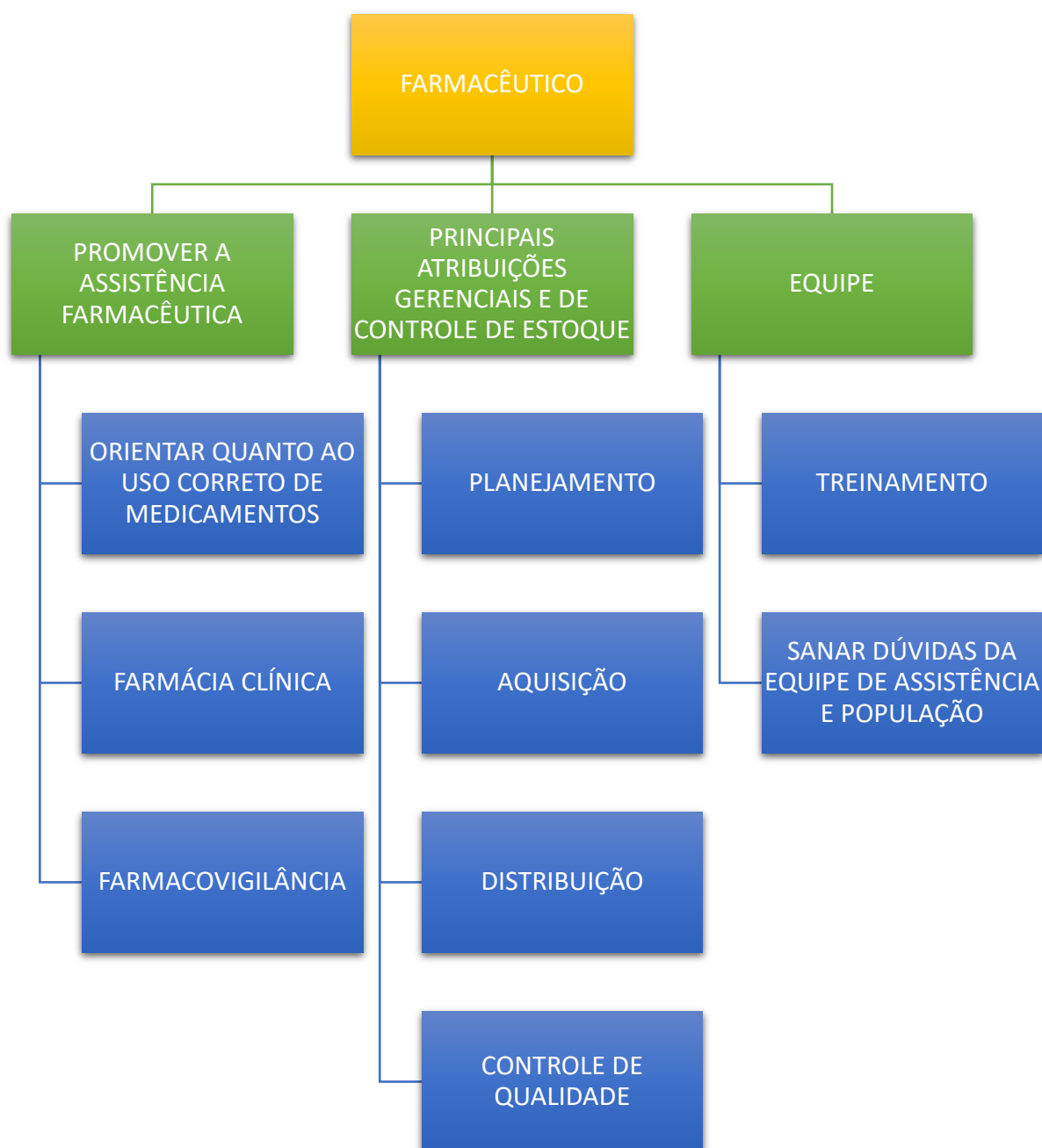
c.9) Processo de Trabalho do Setor Farmácia e Almoxarifado

A farmácia e o almoxarifado deverão funcionar de forma ininterrupta durante 24hs por dia. O almoxarifado segue o mesmo modelo da farmácia em relação aos colaboradores, mas estes ficam sob a supervisão direta do gerente administrativo, não impedindo o auxílio do farmacêutico.

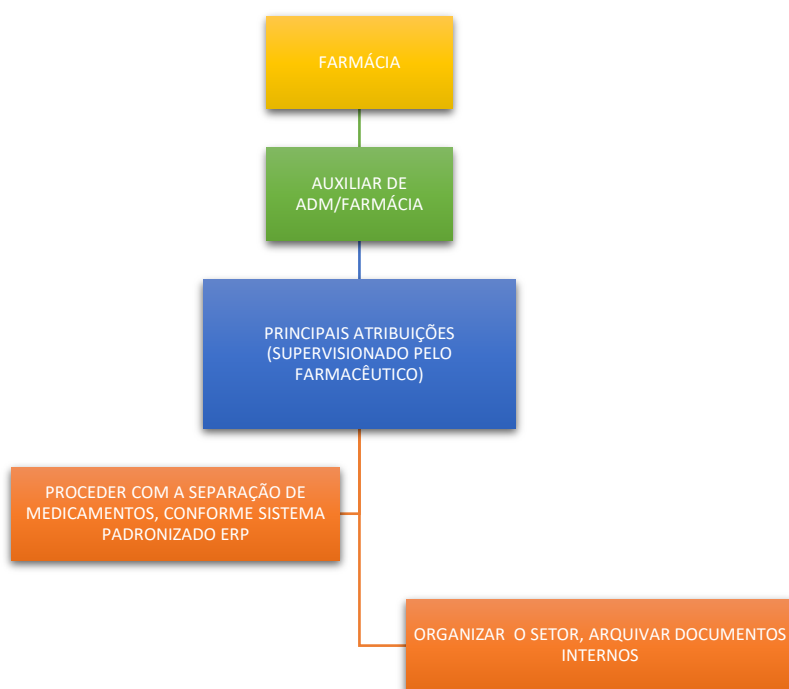
c.9.1) Fluxos Operacionais da Farmácia UPA

Os principais fluxos, são os seguintes:

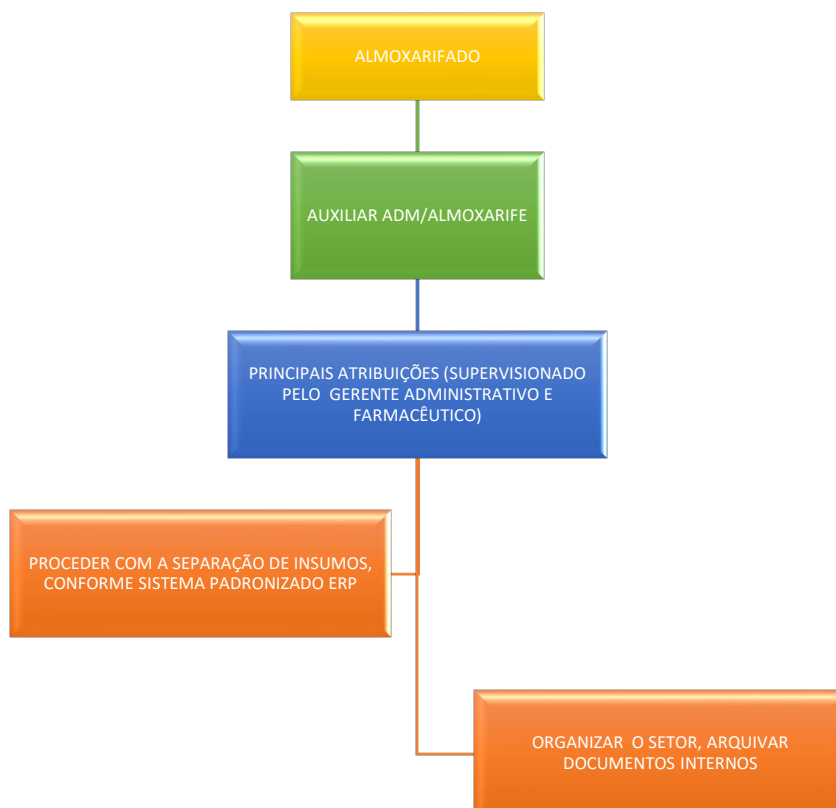
- **Farmacêutico**



- **Auxiliar de farmácia**



- **Almoxarife**



c.10) Pedido De Medicamentos/Insumos

Devido ao número de atendimentos e espaço físico reduzido, quando comparado com uma unidade de emergência de grande porte e hospital, não há necessidade de estoque elevado de medicamentos na farmácia e insumos no almoxarifado.

A logística voltada para o abastecimento necessita ser planejada, evitando estoques desnecessários, reduzindo perdas e custos operacionais relacionados a insumos e medicamentos.

O ideal é se trabalhar com o abastecimento semanal. Assim sendo, o farmacêutico e gerente administrativo através da grade padronizada, com limite máximo de quantitativo para cada medicamento e insumo, procede a realização do pedido, que é enviado ao centro de compras, que repassará ao fornecedor (distribuidora) em um dia fixo da semana. Cada medicamento e insumo deve possuir estoque máximo e de segurança, estipulado em 10% do estoque máximo. O pedido é realizado com base nesse estoque, ou seja, medicações e insumos muito utilizados sempre devem possuir estoque máximo e aqueles pouco utilizados devem possuir um quantitativo, um pouco acima do estoque de segurança. Este processo é facilitado por um sistema de informática eficiente, que realize análises estatísticas, através do lançamento, pelo farmacêutico e seus auxiliares e gerente administrativo e seus auxiliares, das entradas e saídas dos produtos do setor.

c.11) Recebimento Farmácia/Almoxarifado

A empresa distribuidora define um dia fixo da semana e o período, manhã ou tarde, para a entrega dos insumos. Quando do recebimento, o farmacêutico, juntamente com o auxiliar de farmácia, assim como o gerente administrativo e seus auxiliares, e o entregador da distribuidora, conferem os itens, atentando principalmente para:

- Conferência do nome do produto com a nota fiscal;
- Conferência da validade com a nota fiscal;
- Conferência do lote com a nota fiscal.

Após este processo, os medicamentos e insumos serão armazenados e registrados no sistema informatizado de gestão de estoque. Os documentos fiscais ficam arquivados na sede da entidade e à disposição dos supervisores da Organização social, ou pessoal autorizado da Secretaria Municipal de Saúde.

Em relação ao acondicionamento dos produtos, deverão seguir o modelo FIFO (*first-in, first-out*), ou seja, o primeiro a entrar é o primeiro a sair. Os produtos com validade mais próxima deverão ser armazenados de forma a serem utilizados primeiro.

C.12) Abastecimento Da Unidade

Este processo relaciona-se ao abastecimento das salas de assistência ao paciente: sala de medicação, sala amarela, sala vermelha e sutura.

Cada sala deverá conter check-list padronizado e informatizado, ou seja, os medicamentos e insumos serão padronizados para a assistência de um determinado setor com quantitativo que consiga suprir as necessidades durante um período de plantão de 12 horas. O modelo proposto para o abastecimento é o da dose mista.

Em relação às medicações e insumos de custo mais elevado/alto custo, utiliza-se o método da dose unitária, já que há farmacêutico atuante durante as 24hs de funcionamento da unidade.

O formulário padronizado por sala de assistência (check-list) deverá conter os seguintes campos:

- Nome genérico do fármaco/insumo;
- Quantidade em estoque na sala a ser atendida;
- Quantidade máxima permitida
- Quantidade solicitada;
- Lote.

OBS.: Em todo o processo, o lote deverá ser anotado, pois é através dele que se obtém a rastreabilidade em caso de desvios de qualidade, ou qualquer outro problema relacionado ao medicamento em questão, além de estar se praticando a farmacovigilância, que segundo a OMS é a ciência relativa à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados ao medicamento”.

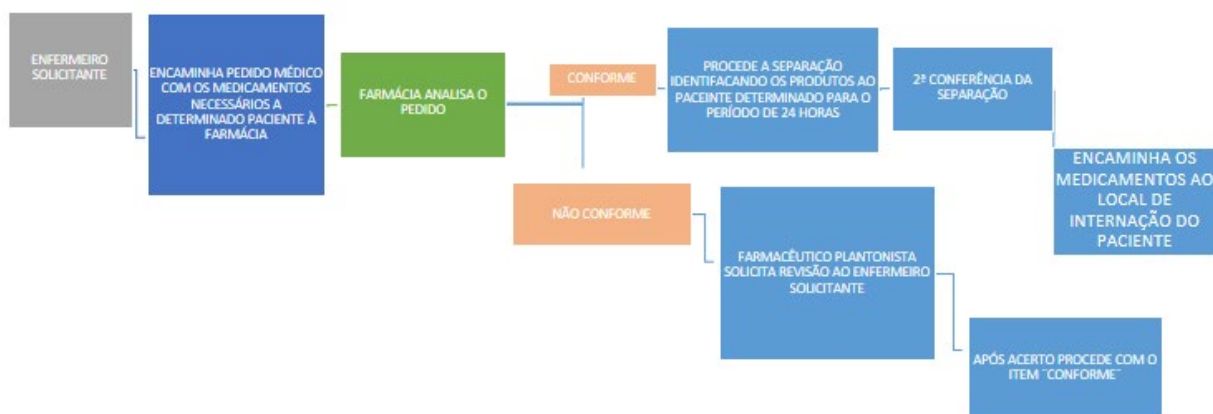
O modelo de reposição, por dose coletiva e dose unitária estão exemplificados a seguir:



- DOSE COLETIVA



- DOSE UNITÁRIA



c.13) Fluxos Operacionais do Almoxxarifado da UPA

Os procedimentos de solicitação de insumos ao almoxxarifado seguem a mesma sistemática, porém quem atende as solicitações é o auxiliar administrativo/almoxxarife plantonista.

O diagrama abaixo apresenta a relação de abastecimento de medicamentos e insumos, pela farmácia e almoxxarifado respectivamente.

Obs.: O processo de solicitação de pedidos poderá ser informatizado, desta forma reduzindo drasticamente o uso de papeis na unidade e aumentando a eficiência na distribuição dos medicamentos.



c.14) Procedimentos Operacionais Padrão do setor de Farmácia

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO	TÍTULO		
POP UNIDADE nº 001	ROTINAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA		
VERSÃO 1.0	PÁGINAS		1/2

1 – DEFINIÇÃO

Registro das primordiais, normas institucionais e das rotinas dos procedimentos assistenciais e administrativos realizados na unidade, as quais devem ser elaboradas em conjunto com os envolvidos na assistência ao paciente, aprovadas e assinadas pelo responsável técnico, revisadas anualmente ou sempre que houver necessidade, e disponibilizadas para todos os profissionais da instituição.

2 – CAMPO DE APLICAÇÃO

SETOR FARMACÊUTICO - UNIDADE DE PRONTO SOCORRO

3 – OBJETIVOS

- 3.1. Compreender a descrição sistematizada dos passos dados para a realização de uma atividade ou operação, envolvendo, geralmente, mais de um agente;
 - 3.2. Favorecer o planejamento e racionalização da atividade;
 - 3.3. Evitar improvisações, pois definem com antecedência os agentes que serão envolvidos, propiciando-lhes treinar suas ações e dessa forma, eliminam ou minimizam os erros;
 - 3.4. Permitir a continuidade das ações desenvolvidas, além de fornecer subsídios para a avaliação de cada uma em particular.
- Obs.: As rotinas são peculiares a cada local/setor.

4 – RESPONSABILIDADES

- 4.1. todos os profissionais envolvidos no processo farmacêutico – farmacêuticos e auxiliares de farmácia

5 – AÇÕES A SEREM REALIZADAS

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 001		ROTINAS DO SERVIÇO DE FARMÁCIA	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	2/2

- 5.1. Assumir o plantão 10 minutos antes das 07h00 quando for plantão diurno e 10 minutos antes das 19h00 quando for noturno, passar cartão ponto e observar orientações deixadas no mural de recados;

Observação: Não serão descontadas nem computadas como jornada extraordinária as variações de horário no registro de ponto não excedentes de cinco minutos, observado o limite máximo de dez minutos diários. (Parágrafo incluído pela Lei nº 10.243, de 19.6.2001)

- 5.2. preconizar o uso de Caneta Azul – durante o período Diurno e Caneta Preta – durante o período noturno, facilitando a conferência de dados pelos setores de Estatística e assim visualizando de forma mais explícita os plantões a serem referenciados;
- 5.3. Portar crachá com identificação, uniforme padronizado do , podendo ser utilizada outra blusa por baixo, porém de cor branca ou vermelha, sapato ocupacional na cor branca, ou todo fechado, sem aberturas ou frestas sobre a região dorsal dos pés;
- 5.4. Trocar o plantão com a equipe anterior, realizando check-list, conforme padrão pré-estabelecido pela Supervisão e ERT, para os setores específicos (Farmácia Central e Farmácia de Distribuição);
- 5.5. Limpar com álcool as bancadas e organizar os insumos e instrumentos de trabalho;

- 5.6. Iniciar atendimento ao paciente, quanto a prescrição médica e encaminhamento para setores a serem realizados determinados procedimentos;
- 5.7. Zelar pelos materiais e equipamentos aos seus cuidados, garantindo que todos sejam recebidos e passados em seus respectivos setores e deixar descrito em livro de passagem de plantão empréstimos sem devolução;
- 5.8. Contribuir pela limpeza da unidade, distribuição dos lixos conforme preconizado pela Portaria da Vigilância Epidemiológica Municipal.
- 5.9. Respeitar os horários de intervalos de alimentação, cientes que horários estendidos em refeitório e repartições diferentes do seu setor pode acarretar advertências disciplinares.

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOUZA, V.H.S; MOZACHI, N.O. Hospital: MANUAL DO AMBIENTE HOSPITALAR.; 4 Ed. Curitiba: Manual Real Ltda., 2017.

<https://www.jusbrasil.com.br/home>, pesquisado em janeiro de 2022

FARMÁCIA HOSPITALAR - Coletânea de Prática e Conceitos – Disponível em: < www.cff.org.br > acesso em 10/02/2022;

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA FARMÁCIAS HOSPITALARES – Disponível em: < <http://www.ebah.com.br> > acesso em 10/02/2022;

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO	TÍTULO		
POP UNIDADE nº 002	DISPENSACÃO DA MALETA DE MEDICACÃO DA AMBULÂNCIA		
VERSÃO 1.0	PÁGINAS		1/2

1 – OBJETIVO

1.1. Definir as normas, uniformização de rotinas a serem aplicadas no abastecimento e dispensação das maletas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU.

2 – CAMPO DE APLICAÇÃO

2.1. Setor farmacêutico - Unidade Móvel.

3 – MATERIAL

- 3.1. Planilhas próprias;
- 3.2. Caneta (Azul ou Preta);
- 3.3. Maletas USA e USI;
- 3.4. Lacs numerados.

4 – RESPONSABILIDADE

4.1. Enfermeiros e Farmacêuticos.

5 – FLUXO DE ATENDIMENTO

5.1. O Enfermeiro alocado no SAMU, encaminha a maleta a qual a medicações devem ser repostas, com lacre ao qual foi retirado para baixa até o Setor Farmacêutico, da unidade de Enfermagem III.

5.2. O Farmacêutico/auxiliar da farmácia após o recebimento, confere o lacre e entrega outra maleta (USI ou USA) em substituição, devidamente reposta e lacrada.

5.3. Para dispensar a maleta, é necessário a conferência do lacre numerado, por ambos os envolvidos (Entregador e Receptor) que em concordância, assinam planilha própria.

5.4. A maleta recebida é então deixada na Farmácia, para reposição e conferência pelo farmacêutico do plantão, que após realizado, será guardada na Sala da RT de Farmácia, aguardando a próxima troca, lacrada na presença das partes responsáveis (Enfermagem e Profissionais do Setor da Farmacêutico) colocando a maleta no armário pronta para ser dispensada.

6 – CONFERÊNCIA E REPOSIÇÃO DA MALETA

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 002		DISPENSAÇÃO DA MALETA DE MEDICAÇÃO DO SAMU	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	2/2

6.1. Tanto a conferência quanto a reposição da maleta deve ser feita somente pelo farmacêutico do plantão.

6.2. Ao iniciar a conferência, em um dos bolsos internos da maleta, haverá um CHECK LIST, onde deverá ser anotada a conferência trimestral, realizada também pelos farmacêuticos e assinada e datada pelos mesmos. Esta conferência refere-se as apresentações, verificando lote e validade, deixando em evidência o que poderá vencer nos próximos 90 dias.

6.3. Se realizada antessente ao prazo de 90 dias, a conferência será simplificada, não havendo necessidade de olhar todos os itens, repondo apenas o que falta, sendo que os medicamentos não controlados saem do estoque da farmácia através de uma saída diversa com justificativa através do sistema de informática, o

mesmo acontecendo com os medicamentos controlados constantes na Portaria 344/98, porém com a retenção da receita que será devidamente arquivada;

7 – BIBLIOGRAFIA

Resoluções do Conselho Federal de Farmácia - Disponível em: < <http://www.cff.org.br>> acesso em 01/07/2022;

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA FARMÁCIAS HOSPITALARES – Disponível em: < <http://www.ebah.com.br>> acesso em 01/07/2022;

FARMÁCIA HOSPITALAR - Coletânea de Prática e Conceitos – Disponível em: < www.cff.org.br > acesso em 01/07/2022;

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO FARMACÊUTICO: ASPECTOS LEGAIS DA DISPENSAÇÃO; Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - Janeiro/2017.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs, acesso em 01/07/2022.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN nº 689/2022 4 de fevereiro de 2022. Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no cumprimento de prescrições a distância, através de meios eletrônicos. Brasília, 2022.

DE ENFERMAGEM, Conselho Federal. Resolução COFEN nº 688/2022 4 de fevereiro de 2022. Normatiza a implementação de diretrizes assistenciais e a administração de medicamentos para a equipe de enfermagem que atua na modalidade Suporte Básico de Vida e reconhece o Suporte Intermediário de Vida em serviços públicos e privados. Brasília, 2022.

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 003		REPOSIÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA DISPENSAÇÃO	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	1/1

1 – OBJETIVO

1.1. Definir as normas e uniformizar as rotinas a serem aplicadas na reposição dos medicamentos para dispensação nas farmácias da unidade.

2 – CAMPO DE APLICAÇÃO

2.1. Setor farmacêutico - UNIDADE

3 – MATERIAL

3.1. Planilhas próprias;

3.2. Caneta (Azul ou Preta);

4 – RESPONSABILIDADE

4.1. Farmacêuticos e Auxiliares de Farmácia.

5 – FLUXO DO PROCEDIMENTO

5.1. O farmacêutico/auxiliar de farmácia, verifica o medicamento com a necessidade de ser reposto no bím para dispensação, assim como o seu lote e dirige-se ao estoque para saber a disponibilidade.

5.2. Se se tratar do mesmo lote, abre a caixa, repõe os bims, tendo o cuidado de transferir as ampolas para os blisters protegendo em caso de quedas e facilitando no caso da contagem do estoque,

5.3. Se por acaso tratar-se de lote diferente, tomar o máximo de cuidado para que não se misturem, evitando que sejam trocados na hora da dispensação.

5.4. Após a reposição esta deve ser lançada em planilha própria onde constará a data, nome, lote e validade do medicamento, assim como a assinatura do responsável.

6 – BIBLIOGRAFIA

Resoluções do Conselho Federal de Farmácia - Disponível em: < <http://www.cff.org.br>> acesso em 03/08/2022;

MANUAL DE BOAS PRÁTICAS PARA FARMÁCIAS HOSPITALARES – Disponível em: < <http://www.ebah.com.br>> acesso em 04/08/2022;

FARMÁCIA HOSPITALAR - Coletânea de Prática e Conceitos – Disponível em: < www.cff.org.br > acesso em 04/08/2022;

MANUAL DE ORIENTAÇÃO AO FARMACÊUTICO: ASPECTOS LEGAIS DA DISPENSAÇÃO; Publicação do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - Janeiro/2017.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs, ACESSO EM 04/08/2022.

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 004		DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	1/5

1 – OBJETIVO

Definir as normas a serem aplicadas na dispensação de medicamentos em Farmácia.

2 – CAMPO DE APLICAÇÃO

2.1. SETOR FARMACÊUTICO - - UNIDADE

3 – MATERIAL

- 3.1. Computador;
- 3.2. Impressora;
- 3.3. Papel A4;
- 3.4. Caneta (Azul e Vermelha);
- 3.5. Prateleiras;
- 3.6. Armários com chave;
- 3.7. Ar Condicionado.

4 – RESPONSABILIDADE

- 4.1. Farmacêuticos e Auxiliares de Farmácia;

5 – DEFINIÇÕES DE MEDICAMENTOS

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 004		DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	2/5

- 5.1. Medicamentos Tarjados: medicamentos que apresentam em sua embalagem tarja vermelha ou preta e cujo uso requer a prescrição por profissional habilitado;
- 5.2. Medicamentos de Referência: produto inovador registrado no órgão federal de vigilância sanitária e dispensado no país. Sua eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente por ocasião do registro;
- 5.3. Medicamento Genérico: medicamento dispensado pelo nome de seu princípio ativo, sem a marca comercial e que têm comprovada sua bioequivalência e biodisponibilidade em relação ao medicamento de referência;
- 5.4. Medicamento Similar: aquele que contém o (s) mesmo (s) princípio (s) ativo (s) apresenta a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, podendo diferir nas características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipiente e veículos, devendo sempre ser identificado por nome comercial ou marca;
- 5.5. Prescrição: ato de indicar o medicamento a ser utilizado pelo paciente, de acordo com proposta de tratamento farmacoterapêutico, que é privativo de profissional habilitado e se traduz pela emissão de uma receita;

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO	TÍTULO		
POP UNIDADE nº 004	DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS		
VERSÃO 1.0	PÁGINAS		3/5

5.6. Problema relacionado ao medicamento: situação de risco potencial ou real na vigência de um tratamento medicamentoso.

6 – PRECAUÇÕES

6.1. A dispensação de medicamentos aos pacientes realizada na farmácia Central do “Aida Vanzo Dolce” é feita somente com prescrição médica do sistema SUS em 02 (duas vias), documento de identificação e CARTÃO NACIONAL DO SUS (CNS) do paciente;

6.2. Convém ressaltar que as receitas médicas e odontológicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), devem adotar obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira – DCB (ou seja, o nome genérico, da substância ativa), instituída pela Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA – ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), conforme determina o art. 3º da Lei Federal nº 9.787/1999.

6.3. Não será dispensado para menores de 16 anos sem acompanhamento de responsável legal.

6.4. Somente será realizada a dispensação sem receituário em casos de urgências, para os setores do Pronto Socorro;

6.5. Carimbar todas as receitas com o carimbo de dispensação preencher como código da dispensação, quantidade aviada e data no caso de antimicrobianos, vacinas e hipoglicemiantes anotar o lote.

7 – PROCEDIMENTOS NA DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

7.1. A dispensação de medicamentos será realizada somente mediante a apresentação do receituário em 02 (duas) vias, que deverá ser analisado pelo farmacêutico e Auxiliar de Farmácia, observando os seguintes itens:

7.2. Estar sem rasuras ou emendas, legível, observada a nomenclatura e o sistema oficial do Brasil de pesos e medidas;

7.3. Apresentar o nome completo do paciente;

7.4. Apresentar nome DCB (nome genérico ou substância ativa), apresentar forma farmacêutica, posologia, apresentação, método de administração e duração do tratamento;

7.5. Apresentar data, assinatura, carimbo e nº de inscrição no respectivo conselho profissional do prescritor, de forma a facilitar sua identificação;

7.6. A dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial deve observar o receituário específico e a notificação da receita;

7.7. Quando o atendimento for para gestante, criança ou idoso, o farmacêutico acompanha a dispensação.

7.8. Será obrigatório, no ato da entrega do medicamento:

I – Cadastrar o usuário no sistema com todas as informações sobre identificação, localização, dados clínicos, medicamentos de uso contínuo;

II – Anotar a quantidade de medicamento fornecida;

III – Datar e carimbar (dispensada) nas 02 (duas) vias da receita;

IV - Devolver a segunda via ao paciente.

V- Arquivar a 1ª (primeira) via pelo prazo de 1 (um) ano; salvo notificação de receita e receita de controle especial que deverão seguir a Portaria 344/98;

8 – INTERPRETAÇÃO DO RECEITUÁRIO

8.1. Também realizado pelo farmacêutico responsável e são considerados:

8.1.2. Aspectos terapêuticos (farmacêuticos e farmacológicos);

8.1.3. Posologias estranhas, quantidades exageradas de itens e outras do gênero são decididas pelo farmacêutico;

8.1.4. Adequação ao indivíduo;

8.1.5. Contra-indicações e interações;

8.1.6. Se a prescrição apresenta duas ou mais substâncias ou princípios ativos não associados em interações não recomendáveis, o farmacêutico deverá entrar em contato com o profissional prescritor para esclarecer eventuais problemas que tenha detectado;

8.1.7. Dentro das necessidades, o usuário deverá ser orientado por escrito de forma legível e de fácil compreensão quanto à forma, posologia (como, quando e quanto), modo de usar, duração do tratamento, efeito colaterais, contra-indicações, dietas alimentares e outros que possam comprometer a terapêutica. Se forem medicamentos controlados, são feitos esclarecimentos sobre efeitos colaterais indesejáveis ou que alterem o sistema neurológico;

8.1.8. Na dispensação, cabe ao farmacêutico verificar as condições de estabilidade do medicamento, o estado da embalagem, a bula e o prazo de validade, assim como informar ao paciente a acerca do uso correto e seguro dos medicamentos e, ainda orientações sobre as condições ideais de armazenamento.

9 – MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL

9.1. Devem-se manter registros atualizados das prescrições de medicamentos que exigem controle, incluindo as substâncias sujeitas a regime de controle especial e de outras em que são obrigatórias por lei (ver lista de medicamentos controlados) ou por exigências dos organismos profissionais. Tais registros são realizados pelo farmacêutico nos livros de registros;

10 – ANTIMICROBIANOS

10.1. Devem ser dispensados mediante retenção da Receita comum em 02 (duas) vias, sendo retida a 1ª via retida no estabelecimento e a 2ª devolvida ao paciente carimbada, comprovando a dispensação, conforme determina a RDC nº20/2011.

11 – MEDICAMENTOS GENÉRICOS

11.1. O usuário deverá ser esclarecido sobre a existência do medicamento genérico, substituindo, se for o caso, o medicamento prescrito exclusivamente pelo medicamento genérico correspondente, salvo restrições expressas de próprio punho consignadas no documento pelo profissional prescriptor.

11.2. No verso da prescrição deverá ser indicado à substituição realizada, citando o nome genérico do medicamento e a indústria produtora, apondo o carimbo que conste o nome e número de inscrição no CRF, local e data, assinando a declaração.

12– CONSIDERAÇÕES

12.1. A prescrição comum terá validade por um período máximo de 10 (DEZ) dias, a partir da data indicada pelo profissional prescriptor;

12.2. As receitas dos medicamentos de uso contínuo terão validade de 03 meses, o paciente deverá retornar com a 1ª via da receita carimbada para retirar o restante da

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 004		DISPENSÇÃO DE MEDICAMENTOS	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	4/5

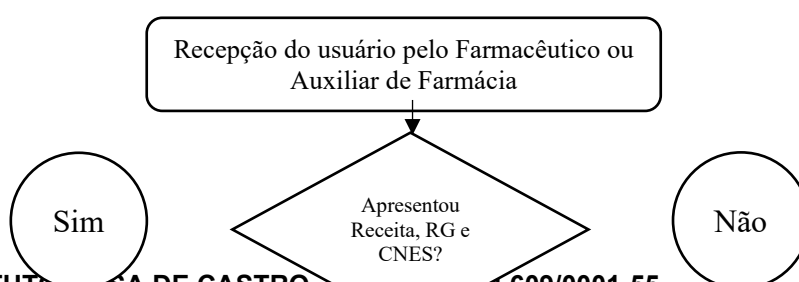
quantidade prescrita;

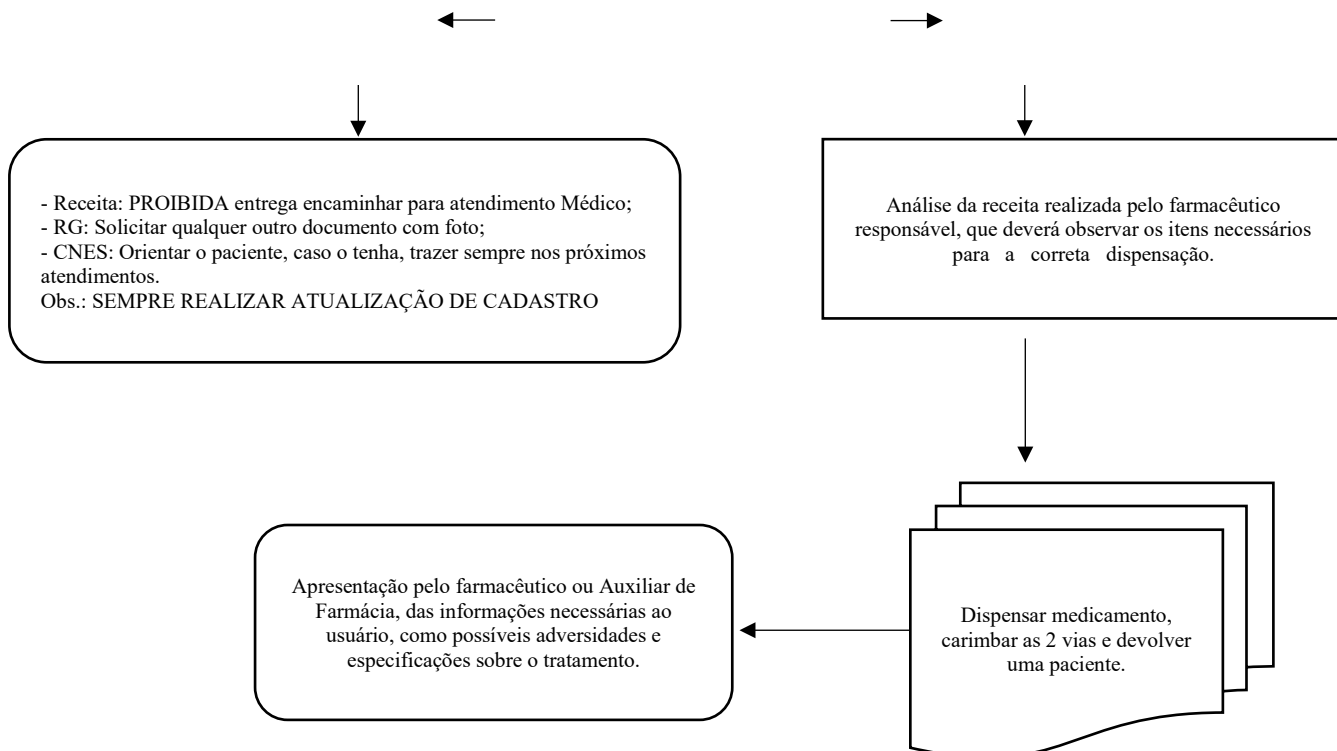
12.3. A receita de medicamentos contraceptivos, conforme avaliação médica. Poderão ser dispensadas até 03 (três) cartelas de contraceptivos orais, para três meses de utilização.

12.4. O fornecimento dos medicamentos ficará limitado aos portadores do Cartão SUS - Sistema Único de Saúde -, e a sua dispensação deverá ser feita na quantidade determinada na receita para o período máximo de 30 dias.

12.5. O fornecimento de preservativos não necessita de prescrição e seu acesso deve ser facilitado com a disponibilização direta nos balcões de recepção das unidades de saúde.

13– FLUXOGRAM





CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 004		DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	5/5

14 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Manual de Boas Práticas em Drogarias (Dr. Walter Hermano Valtingoer);
- Resolução nº28 de julho 1999 da ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973;
- Portaria nº 1.179, de 17 de junho de 1996 da ANVISA;
- Lei Federal nº 9.787/1999;
- Resolução – RDC nº 33, de 19 de abril de 2000;
- Resolução – RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009;
- Resolução – RDC nº 44, de 26 de Outubro de 2010.

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA	
	RESPONSÁVEL

UNIDADE		Farmácia
CODIFICAÇÃO	TÍTULO	
POP UNIDADE nº 005	DISPENSAÇÃO DA PEP	
VERSÃO 1.0	PÁGINAS	1/2

1 – OBJETIVO

1.1. Definir as normas a serem aplicadas na dispensação do PEP - Profilaxia Pós Exposição

2 – CAMPO DE APLICAÇÃO

2.1. Setor Farmacêutico -

3 – MATERIAL

- 3.1. Impressos próprios;
- 3.2. Caneta (Azul ou Preta);
- 3.3. Medicamentos;
- 3.4. Scanner.

4 – RESPONSABILIDADE

4.1. Enfermeiros e Farmacêuticos.

5 – FLUXO DE ATENDIMENTO

- 5.1. Paciente retirará senha no Totem da recepção;
- 5.2. Através da senha será chamado em painel eletrônico para realização de sua Ficha de Atendimento Ambulatorial – F.A.A., atualização de cadastro, telefone residencial, recados e endereços.;
- 5.3. após essa etapa será encaminhado para Classificação de Risco, realizada coleta de dados pelo Enfermeiro, triado e classificado conforme Protocolo de Cores e assim encaminhado ao Atendimento Médico;
- 5.4. perante a história apresentada pelo paciente ao Médico Clínico, e a conduta médica, o clínico deverá prescrever na F.A.A., a Profilaxia Pós Exposição – PEP, juntamente ao antirretroviral;
- 5.5. anexar a F.A.A., Ficha de Encaminhamento ao DST, preenchida e prescrita as condutas necessárias, encaminhando o paciente para o Enfermeiro da Classificação, que encaminhará ao profissional capacitado a fornecer as orientações pertinentes, realizar os testes necessários e dispensar as medicações prescritas;

5.6. O Enfermeiro capacitado, levará o paciente sem alarde a um local privativo, sem interferências ou exposição pois tem direito à privacidade, durante e após toda consulta, orientações e procedimentos, sendo o profissional ético e empático para tais circunstâncias;

5.7. Após realização dos testes preconizados, sendo avaliado o resultado e entregues os laudos impressos e assinados pelo profissional que realizou o atendimento, o Enfermeiro acompanhará o paciente até o Setor Farmacêutico;

5.8. O Farmacêutico, deverá solicitar ao Enfermeiro o “Formulário de Solicitação de Medicamentos – Profilaxia” e a “Ficha de Encaminhamento – 1º Atendimento PEP”, devidamente preenchida, para que desta forma realize a dispensação dos medicamentos prescritos;

5.9. Ao término de todo o fluxo o paciente é medicado, com deglutição assistida, orientado e informado dos

possíveis efeitos colaterais.

CATEGORIA 01: SETOR DE FARMÁCIA			
UNIDADE			RESPONSÁVEL
			Farmácia
CODIFICAÇÃO		TÍTULO	
POP UNIDADE nº 005		DISPENSAÇÃO DA PEP	
VERSÃO 1.0		PÁGINAS	2/2

6– CONSIDERAÇÕES AO PACIENTE

6.1. O paciente deve ser sempre orientado sobre os testes que estão sendo realizados;

6.2. Os testes rápidos fornecidos pelo Ministério da Saúde são testes treponêmicos, tais exames não necessitam de estrutura laboratorial e são de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital, além de soro e plasma;

6.3. orientar a comparecer no DST impreterivelmente no próximo dia útil levando sua ficha de encaminhamento, que deverá estar preenchida corretamente;

6.4. aconselhar a levar os laudos dos testes realizados para que não haja a necessidade da repetição dos testes.

7 – CONSIDERAÇÕES AOS PROFISSIONAIS

7.1. O acolhimento à pessoa exposta deve ocorrer em local adequado, em que seja garantido o direito à privacidade, sem julgamentos morais, com acesso às populações chave e prioritárias. A avaliação inicial deve incluir perguntas objetivas, que abordem prática sexual, uso de drogas lícitas e ilícitas, troca de dinheiro por sexo, situação de violência, entre outras;

7.2. Ressalta-se que os adolescentes têm direito à PEP mesmo sem a presença dos pais ou responsáveis. Nesses casos, como previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente

(ECA) – Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990 –, deve-se avaliar a capacidade de discernimento do adolescente, com exceção das situações de violência;

7.3. As pessoas expostas que iniciam a PEP devem ser orientadas a procurar atendimento caso surjam quaisquer sinais ou sintomas clínicos que possam sugerir toxicidade medicamentosa grave.

8 – BIBLIOGRAFIA

PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PROFILAXIA PÓS-EXPOSIÇÃO (PEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV, IST E HEPATITES VIRAIS – 2018;

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais – ACESSO EM: 26/02/2022;

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde www.saude.gov.br/bvs, ACESSO EM 26/02/2022.

d. Atividades de Apoio;

A organização das atividades de apoio deve considerar que a atividade finalística da unidade lida com casos graves (risco de morte); que necessitam de todos os recursos possíveis para o atendimento resolutivo e rápido.

As atividades de suporte da Unidade de Pronto Atendimento, como: Limpeza, Apoio Logístico, Administração/Gerência, serão executadas e implementadas a partir do primeiro mês do projeto.

Destaca-se que todos os serviços a serem realizados serão controlados por meio de ordem de serviço. A seguir, apresenta-se modelo deste documento:

TIPO DE SERVIÇO:		ORDEM DE SERVIÇO Nº ____/2016
SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO:		
SOLICITAÇÃO: ____/____/201	SOLICITAÇÃO: ____:____ HORAS	NOME DO REQUISITANTE: _____
DESCRIÇÃO DO PEDIDO: _____ _____		
PREENCHIMENTO DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO SERVIÇO		ORDEM DE SERVIÇO Nº ____/2016

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO A SER REALIZADO: _____ _____		
DESCRIÇÃO DO MATERIAL A SER UTILIZADO E SEU CUSTO: _____ _____		
TIPO DO MATERIAL: _____	DATA DA REALIZAÇÃO: _____/_____/2017	HORA DA REALIZAÇÃO: _____:_____ HORAS
NOME DO PROFISSIONAL E DA EMPRESA RESPONSÁVEL _____ _____		
CONFIRMAÇÃO DA EXECUÇÃO NOME DO REQUISITANTE	AVALIAÇÃO DO SERVIÇO () ÓTIMO () BOM () REGULAR	

d.1) Do Gerente Administrativo e Equipe de Suporte nas Atividades de Apoio

A UPA contará com um gerente administrativo que será responsável por:

- Chefia imediata da equipe de auxiliares administrativos, motoristas, serviços gerais, copeiros, almoxarifes e técnicos de informática, dentre outros;
- Fluxo de documentos para SMS e o Instituto;
- Encaminhamento das fichas de avaliação de desempenho dos profissionais contratados pelo Instituto;
- Convocação dos membros das comissões;
- Interlocução semanal com o supervisor administrativo da Organização Social;
- Organização e encaminhamento das solicitações de compras;
- Solicitação de serviços de manutenção predial e de Equipamentos;
- Monitoramento de indicadores;
- Monitoramento das atividades diárias da UPA.

A administração também se dedica as atividades gerenciais, que requerem conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões Técnica, administrativa, política e psicossocial. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente. Apesar de já ser do conhecimento comum que um bom técnico não será, necessariamente, um bom gerente, também não é possível um bom gerente sem conhecimento específico do trabalho. Não se esperam conhecimentos de especialista,

mas um conhecimento que o legitime, diante de seus subordinados, podendo, inclusive, constituir fonte de prestígio.

O papel do gerente é:

- Planejar,
- Organizar,
- Coordenar.

Controlar e avaliar o trabalho para que a organização possa atingir seus objetivos, portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver seus subordinados nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel e assuma o compromisso conjunto capaz de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

Disponibilizaremos em nossa sede, basicamente, os seguintes setores para apoio a administração local do projeto:

- Assessoria jurídica

Responsável por dar suporte a todas as questões jurídicas relativas ao contrato, recursos humanos dentre outros, protegendo tanto a entidade quanto ao parceiro público de futuras intercorrências jurídicas.

- Auditoria

Serviço responsável em analisar se todas as premissas do edital, do contrato de gestão e dos pagamentos e prestação de contas estão sendo feitos de maneira correta, conforme legislação vigente.

- Centro de estudos e qualidade

Setor responsável por promover capacitações aos colaboradores do projeto, assim como estudar mecanismos de melhoria contínua. Compilar, estudar e apresentar as metas qualitativas e quantitativas nas prestações de contas, também faz parte do escopo do setor.

- Coordenador médico

Profissional médico da entidade, responsável por emanar todas as diretrizes médicas necessárias ao funcionamento da organização social. Auxilia o diretor médico do projeto em todas as questões relativas a protocolos médicos, cadastro no conselho regional de medicina e demais diretrizes médicas necessárias.

- Coordenador administrativo

Profissional encarregado de intermediar e buscar soluções para problemas e dificuldades que surgirem no Projeto e assessorar o gerente da unidade do projeto em questão sobre todos os assuntos afetos ao desenvolvimento/execução dos projetos/programas. Responsável pelo acompanhamento dos contratos de prestação de serviços e de compras para a unidade do projeto; é o elo de ligação com os diretores contratados para executar o projeto e suporta todas as questões relativas ao contrato de gestão.

- Consultoria em contabilidade

Serviço responsável em analisar todos os documentos contábeis, emissão de DARF e demais guias necessárias. Auxilia em todas as questões fiscais e tributárias do projeto e da entidade.

- Diretor de recursos humanos

Responsável pelos processos de recrutamento e seleção, admissão e demissão, pagamento das garantias trabalhistas dos profissionais contratados como: vale-transporte, FGTS, INSS, etc; além da avaliação de desempenho.

- Diretor de finanças e controle

Responsável pelo acompanhamento das finanças do projeto, pagamento das obrigações contratuais e pessoais. Profissional ligado diretamente ao serviço de contabilidade e auditoria.

- Gerente técnico

Responsável pelo planejamento, coordenação e execução dos projetos da entidade.

- Supervisor regional

Profissional que faz o intermédio entre a unidade, objeto do contrato de gestão, e a sede da entidade. Está ligado diretamente ao gerente da unidade e o coordenador administrativo da entidade. Trabalha todas as questões necessárias para o bom andamento do projeto.

- Secretária

Profissional que suporta todos os outros na sede da entidade. Responsável digitação de ofícios, memorandos, dentre outras funções.

- Tecnologia da informação

Serviço responsável por toda a infraestrutura relacionada a dados da sede e do projeto objeto do contrato de gestão. Orienta quanto a utilização dos softwares de gestão ERP; realiza toda a rotina de backups e compilação de dados para a prestação de contas.

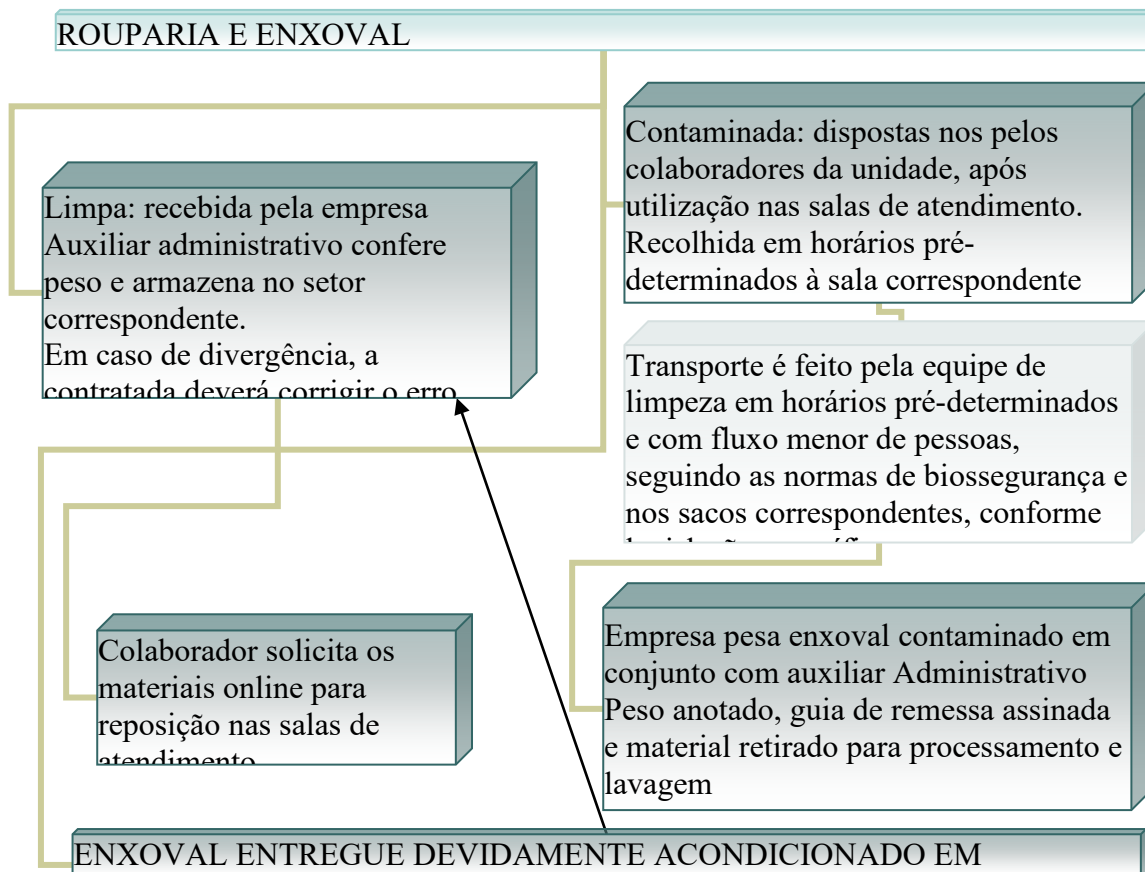
d.2) Definição do Serviço de Lavanderia/Rouparia

A lavagem de roupas/campos utilizados na Unidade será terceirizada. O serviço contratado deverá ser responsável pelo processamento do enxoval e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação. A qualificação deste serviço reflete especialmente nos seguintes aspectos:

- Controle das infecções hospitalares;
- Recuperação, conforto e segurança do paciente;
- Facilidade, segurança e conforto da equipe de trabalho;
- Racionalização de tempo e material;
- Redução dos custos operacionais;
- Melhora da ambiência para colaboradores e pacientes.

É de amplo e notório conhecimento que o enxoval o longo do tempo se desgasta, sendo necessário sua troca. Esta contemplado a sua substituição ao longo da execução do contrato, conforme necessidade.

Abaixo, é apresentado o fluxo unidirecional para rouparia e lavanderia:



d.3) Definição do Serviço Especializado de Ambulância

De acordo com a portaria GM 2.048 de 5 de novembro de 2002, define-se ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destina exclusivamente ao transporte de enfermos.

Iremos utilizar ambulância classificada como TIPO D, ou seja, de Suporte Avançado, que é definido como: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os Equipamentos médicos necessários para esta função.

As Ambulâncias de Suporte Avançado (Tipo D) possuem, basicamente, os seguinte materiais e Equipamentos: Sinalizador óptico e acústico; Equipamento de radiocomunicação fixo e móvel; maca com rodas e articulada; dois suportes de soro; cadeira de rodas dobrável; instalação de rede portátil de oxigênio que permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas; respirador mecânico de transporte; oxímetro não-invasivo portátil; monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível; bomba de infusão com bateria e equipo; maleta de vias aéreas contendo: máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos; cateteres de aspiração; adaptadores para cânulas; cateteres nasais; seringa de 20ml; ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório; sondas para aspiração traqueal de vários tamanhos; luvas de procedimentos; máscara para ressuscitador adulto/infantil; lidocaína geleia e “spray”; cadarços para fixação de cânula; laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas; estetoscópio; esfigmomanômetro adulto/infantil; cânulas orofaríngeas adulto/infantil; fios guia para intubação; pinça de Magyll; bisturi descartável; cânulas para traqueostomia; material para cricotiroidostomia; conjunto de drenagem torácica; maleta de acesso venoso contendo: tala para fixação de braço; luvas estéreis; recipiente de algodão com anti-séptico; pacotes de gaze estéril; esparadrapo; material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas e agulhas especiais para punção óssea; garrote; equipos macro e micro gotas; cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil; tesoura, pinça de Kocher; cortadores de soro; lâminas de bisturi; seringas de vários tamanhos; torneiras de 3 vias; equipo de infusão de 3 vias; frascos de soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado; caixa completa de pequena cirurgia; maleta de parto; sondas vesicais; coletores de urina; protetores para eviscerados ou queimados; espátulas

de madeira; sondas nasogástricas; eletrodos descartáveis; equipos para drogas fotossensíveis; equipo para bombas de infusão; circuito de respirador estéril de reserva; Equipamentos de proteção à equipe de atendimento, como: óculos, máscaras e aventais; cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo; campo cirúrgico fenestrado; almotolias com antisséptico; conjunto de colares cervicais; prancha longa para imobilização da coluna. Para o atendimento a neonatos deverá haver pelo menos uma incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts). A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância e conter respirador e Equipamentos adequados para recém-natos.

d.4) Definição do Serviço de Gases Medicinais

Os gases terapêuticos, ou medicinais, são medicamentos. Sendo utilizados para ventilar, oxigenar ou anestésias um paciente, aliviar a dor em um procedimento doloroso, além de tratar as infecções respiratórias agudas.

Os gases medicinais são utilizados em toda UPA-24H, tanto em cilindros quanto em rede de distribuição, podendo o serviço ser provido por usina de gases medicinais e/ou cilindros que ficam dispostos externamente na central de distribuição de gases.

Vale lembrar, conforme regem as normas específicas, a rede de gases é composta por cores específicas, e que deve haver sistema de alarme na rede. A figura a seguir, apresenta este esquema.



d.5) Definição do Serviço de Ouvidoria.

É um serviço que tem como função intermediar as reclamações e elogios do serviço tanto dos usuários quanto dos colaboradores.

Basicamente, escuta as reivindicações, as denúncias, as sugestões e também os elogios referentes aos diversos serviços disponíveis na UPA – 24H.

Os canais de acesso às ouvidorias estão abertos através de e-mail e telefone, ou mesmo pessoalmente, onde o cidadão expõe com todos os detalhes, todas as suas sugestões, a fim de que permitam ao ouvidor encaminhar aos setores competentes e junto com eles, seguir passo a passo o andamento do serviço e retornar ao solicitante a resolução do problema.

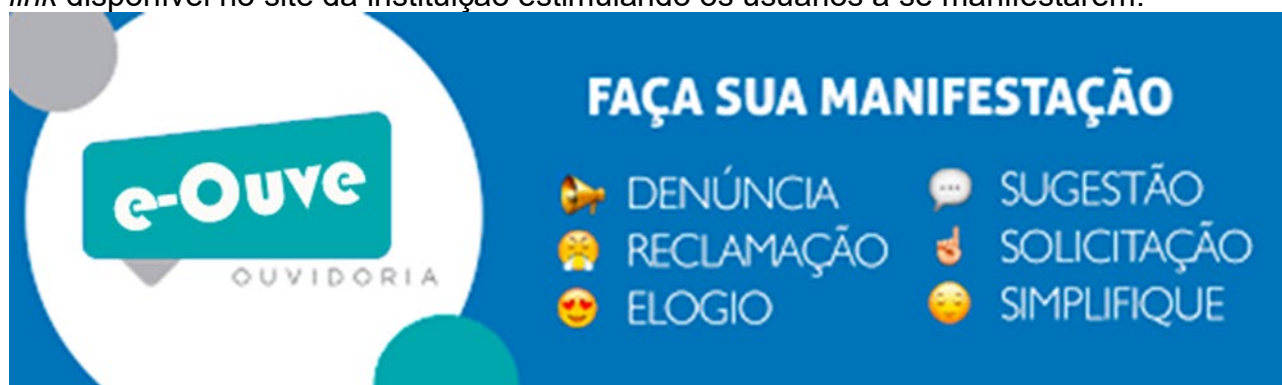
Não obstante será disposto na unidade, caixa de sugestões, onde os colaboradores estimularão os usuários a manifestarem a sua opinião sobre o serviço. Há identificação do usuário é opcional.

Abaixo, modelo de formulário a ser utilizado na caixa de sugestões e ouvidoria por escrito.

FORMULÁRIO PADRÃO DE OUVIDORIA E CAIXA DE SUGESTÕES

Contato (opcional):
O que deseja: () denunciar () elogiar () reclamar () perguntar () reclamar () sugerir
Mensagem:

Como mais uma opção, será disponibilizado cartazes pela unidade, divulgando o link disponível no site da instituição estimulando os usuários a se manifestarem.



d.6) Definição De Educação Permanente.

Constituindo-se como elemento essencial ao processo de aperfeiçoamento do trabalho e tendo como base para sua realização, as demandas surgidas no dia-a-dia das equipes e nas prioridades da unidade. As demandas por capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente a partir dos problemas de organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade.

Assim, assume os pressupostos da educação crítico reflexiva, focada na prática pedagógica problematizadora, de forma integral, contextualizada, que considera o conhecimento prévio e os profissionais como corresponsáveis pela construção do próprio conhecimento. Isto é, baseia-se em reflexões críticas sobre as práticas reais, com pessoas que vivenciam juntas uma experiência ou trabalho em saúde, abrindo oportunidades para efetiva pactuação de compromissos e alcance de transformações das práticas nos serviços.

Os projetos aos quais gerenciamos, promovem profundo processo de capacitação e de educação permanente dos trabalhadores da saúde para o adequado atendimento às urgências e emergências.

d.7) Definição do Serviço Especializado de Segurança e Engenharia e Medicina do Trabalho (SESMET)

Todos os trabalhadores necessitam de atenção individual e especializada nas suas necessidades, assim como de ambientes saudáveis e seguros para desenvolverem suas atividades. Neste íterim a Norma Regulamentadora (NR) Nº 4 da CLT foi responsável por criar este serviço no Brasil.

Os protocolos de prevenção de acidentes e profilaxia serão seguidos para com os colaboradores. É obrigatório que todos os profissionais da assistência estejam devidamente vacinados contra Difteria e Tétano / Hepatite B.

A NR9 a NR 7 e a NR 15 que criam a obrigatoriedade do programa de prevenção de riscos ambientais, o programa de controle médico de saúde ocupacional e o laudo

técnico das condições ambientais do trabalho também serão desenvolvidos através do serviço de medicina do trabalho

Nos contratos terceirizados que exijam profissionais dentro das unidades gerenciadas pela OS, a empresa responsável deverá apresentar tais documentos e o certificado de vacinação.

Ressalta-se que este serviço será realizado por empresa especializada na área, a ser contratada.

d.8) Definição do Serviço de Limpeza, Desinfecção e Esterelização de Materiais Médicos-Hospitalares

A limpeza e desinfecção dos materiais médico-hospitalares são realizadas de acordo com as orientações da CCIPH (Comissão de Controle de Infecção Pré-Hospitalar) e dos POPs específicos.

Os itens críticos ao serviço serão esterilizados, por firma terceirizada, por óxido de etileno, conforme rege as legislações vigentes.

d.8.1) Processo de lavanderia

Prestação de serviços de lavagem de roupas das Unidades será realizada por empresa contratada. A mesma deverá ser capacitada para processamento, bem como fornecimento de produtos, materiais, mão de obra e transporte, necessários ao desempenho das atividades e execução continuada dos serviços, que compreendem inicialmente:

- Retirada de roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento;
- Coleta e transporte da roupa suja até à unidade de processamento;
- Recebimento, pesagem, separação, e classificação da roupa suja;
- Processo de lavagem da roupa suja;
- Centrifugação;
- Secagem, calandragem, ou prensagem ou passadora da roupa limpa;

- Separação, dobra, embalagem da roupa limpa;
- Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa;
- Costura reparadora, quando necessário.

Serviços a serem realizados

A empresa prestadora de serviços executará de forma plena e cabal, todos os serviços constantes nesta sistematização, obedecendo às normas constantes do “Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde” do Ministério da Saúde (ANVISA - 2007), da Associação Brasileira das Normas Técnicas (ABNT), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT).

Produtos a serem utilizados no processamento

Para execução das atividades contidas nessa sistematização serão empregados somente produtos que atendam as normas de Controle de Infecção Hospitalar, estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina. Para tanto, a empresa contratada deverá utilizar somente produtos que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Proposta de Fluxograma Operacional da Lavanderia

Entretanto, caso seja do interesse da Secretaria Municipal de Saúde que seja desenvolvido o serviço na própria unidade, apresentaremos as diretrizes a seguir:

Nesta orientação, dividiremos os serviços de apoio em administrativos e assistenciais que darão suporte para a Unidade.

Coordenadoria de Gestão Administrativa: será responsável pelas seguintes atividades de apoio administrativo:

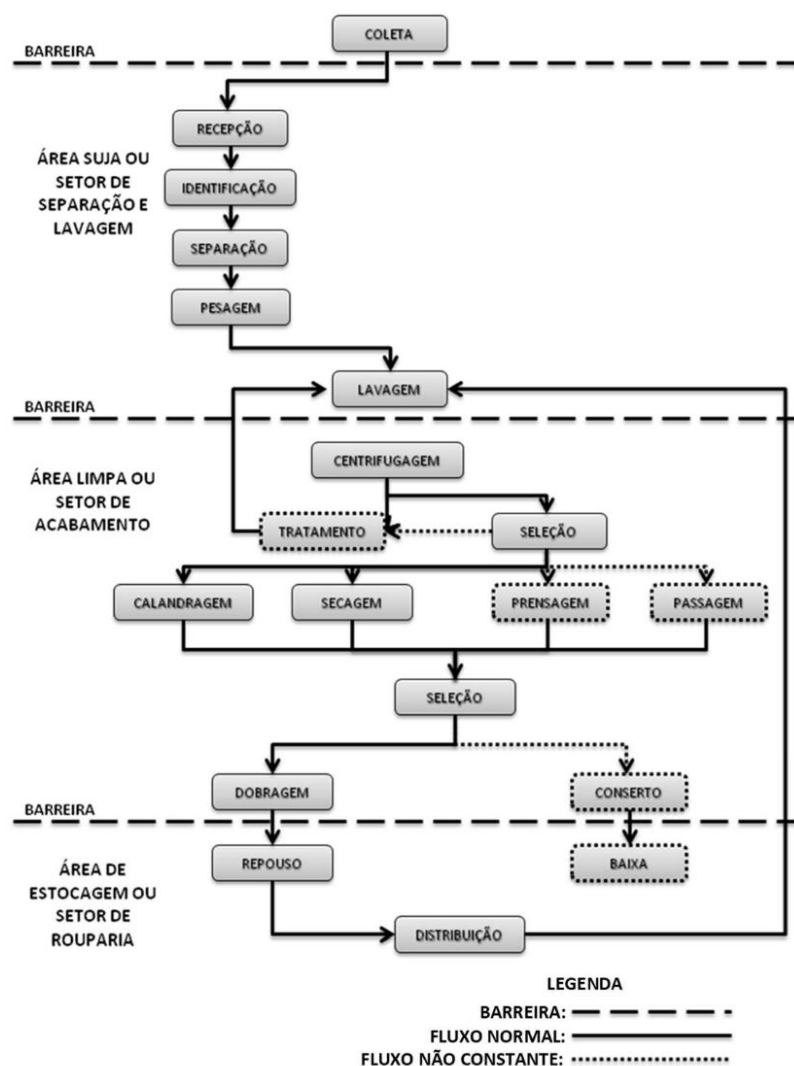
- 1) Sistematização do processo de lavanderia hospitalar



Prestação de serviços de lavagem de roupas das Unidades será realizada por empresa contratada. A mesma deverá ser capacitada para processamento, bem como fornecimento de produtos, materiais, mão de obra e transporte, necessários ao desempenho das atividades e execução continuada dos serviços, que compreendem inicialmente:

- 1 – Retirada de roupa suja da unidade geradora e seu acondicionamento;
- 2 – Coleta e transporte da roupa suja até à unidade de processamento;
- 3 – Recebimento, pesagem, separação, e classificação da roupa suja;
- 4 – Processo de lavagem da roupa suja;
- 5 – Centrifugação;
- 6 – Secagem, calandragem, ou prensagem ou passadora da roupa limpa; 7 – Separação, dobra, embalagem da roupa limpa;
- 8 – Armazenamento, transporte e distribuição da roupa limpa; 9 – Costura reparadora, quando necessário.

FLUXOGRAMA OPERACIONAL DA LAVANDERIA



Serviços a serem realizados

A empresa prestadora de serviços executará de forma plena e cabal, todos os serviços constantes nesta sistematização, obedecendo às normas constantes do “Manual de Processamento de Roupas de Serviços de Saúde” do Ministério da Saúde (ANVISA - 2007), da Associação Brasileira das Normas Técnicas (ABNT), do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) e do Serviço de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMET).

Produtos a serem utilizados no processamento

Para execução das atividades contidas nessa sistematização serão empregados somente produtos que atendam as normas de Controle de Infecção Hospitalar, estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina. Para tanto, a empresa contratada deverá utilizar somente produtos que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Relatório de acompanhamento dos serviços

Relatório para faturamento mensal contendo:

- Planilha de acompanhamento de Kg roupa suja entregue para a lavanderia x Kg roupa limpa que retornou da lavanderia;
- Relatório Gerencial contendo no mínimo: Check-list dos serviços realizados de acordo com as rotinas estabelecidas no Plano de Lavagem: Análise estatística dos serviços executados por grupo, setor e/ou outros indicadores considerados relevantes pelo Gestor do Contrato. Essa análise servirá de subsídio ao Gestor do Contrato para um melhor controle da incidência de tipos de serviços por setor na Unidade, visando o planejamento, a programação e o controle dos mesmos.

Controle de avaliação dos serviços

A avaliação da atuação da empresa será feita pela fiscalização em formulário que será aplicado mensalmente nos locais de execução dos serviços com o objetivo de verificar o grau de satisfação dos solicitantes com relação à rapidez do atendimento, ao prazo de execução e à qualidade dos serviços prestados.

Cronograma para Processo de Contratação da Empresa Prestadora de Serviços de Lavanderia

Item	Etapas De Execução	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento												
2	Estudo de Mercado e Análise Curricular das empresas candidatas												
3	Contratação de empresa Terceirizada												
4	Treinamento e implantação do Programa Serviços de Limpeza												

[illegible]

d.8.2) Sistematização dos serviços de higienização e desinfecção em unidade de saúde

O referido serviço não será terceirizado, sendo realizado por profissionais contratados e treinados pelo IEC.

O serviço de higienização de desinfecção ocupa um lugar de grande importância para os serviços de saúde. Ao se entrar em uma unidade de saúde, a primeira impressão depende da limpeza do ambiente chegando a ser fundamental nos conceitos sobre a instituição.

A higiene e a ordem são elementos que concorrem decisivamente para a sensação de bem-estar, segurança e conforto. O serviço de limpeza hospitalar tem particular importância no controle de infecções, por garantir a desinfecção de áreas da unidade de saúde.

Objetivo do serviço:

Serviços de limpeza na unidade conforme Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Manual de Higienização e Limpeza da CCIH e Ministério da Saúde – Processamento de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde.

Exemplos de rotinas a serem realizadas: Consultórios

ÁREAS FÍSICAS MOBILIÁRIAS	PERIODICIDADE	OPERAÇÃO LIMPEZA	O QUE UTILIZAR?
Pia	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Hipoclorito
Piso	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Hipoclorito
Paredes	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Vidros	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Portas	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Parapeito	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão



Luminárias	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Persiana	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Armário Externo	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%
Armário Interno	Quinzenalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%
Maca	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%
Poltrona	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%
Lixeira	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Hipoclorito
Tubulações De Oxigênio E Elétricas	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Negatoscópio	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%

Obs.: diariamente - manhã – às 7:00

- Apresentação do funcionário a chefia do setor;
- Repor banheiros, com papel toalha, sabão para as mãos e papel higiênico;
- Recolher o lixo, caso não tenha sido recolhido no plantão anterior;
- Limpar todos os banheiros de acordo com a necessidade dos mesmos;
- Fazer higienização e desinfecção de acordo com as necessidades e prioridades do setor.

Sala de sutura

Áreas Físicas Mobiliárias	Periodicidade	Operação Limpeza	O Que Utilizar?
Portas	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Paredes	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Vidros	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Piso	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Pia	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Hipoclorito
Armário (Superfície)	Semanalmente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%
Mesa De Exame	Diariamente/Sqn	Limpeza Mecânica	Água E Sabão + Álcool 70%
Mobiliário (Mesas, Cadeiras E Armários)	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão Álcool 70% +
Carrinho Curativo De	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão Álcool 70% +
Escadinha	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão
Lixeira	Diariamente	Limpeza Mecânica	Água E Sabão +

		Hipoclorito
--	--	-------------

Obs.: diariamente - manhã – às 7:00

- Apresentação do funcionário a chefia do setor;
- Repor banheiros, com papel toalha, sabão para as mãos e papel higiênico;
- Recolher o lixo, caso não tenha sido recolhido no plantão anterior;
- Limpar todos os banheiros de acordo com a necessidade dos mesmos;
- Fazer higienização e desinfecção de acordo com as necessidades e prioridades do setor.

Laboratório

ÁREAS FÍSICAS MOBILIÁRIAS	PERIODICIDADE	OPERAÇÃO LIMPEZA	O QUE UTILIZAR?
PORTAS	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
PAREDES	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
PISO	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
PERSIANAS	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
VIDROS	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO
ARMÁRIO EXTERNO	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
ARMÁRIO INTERNO	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
BANHEIRO	DIARIAMENTE/SQN	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + HIPOCLORITO
MOBILIÁRIO (mesas, cadeiras e armários)	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
GELADEIRA	SEMANALMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
SUPERFÍCIES METÁLICAS	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
EQUIPAMENTOS	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + ÁLCOOL 70%
LIXEIRA	DIARIAMENTE	LIMPEZA MECÂNICA	ÁGUA E SABÃO + HIPOCLORITO

Obs.: diariamente - manhã – às 7:00

- Apresentação do funcionário a chefia do setor;



- Repor banheiros, com papel toalha, sabão para as mãos e papel higiênico;
- Recolher o lixo, caso não tenha sido recolhido no plantão anterior;
- Limpar todos os banheiros de acordo com a necessidade dos mesmos;
- Fazer higienização e desinfecção de acordo com as necessidades e prioridades do setor.

Produtos a serem utilizados no processamento

Para execução das atividades contidas nessa sistematização serão empregados somente produtos que atendam as normas de Controle de Infecção Hospitalar, estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar da Unidade, conforme determinação do Conselho Federal de Medicina. Para tanto, a empresa contratada deverá utilizar somente produtos que possuam registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Relatório de acompanhamento dos serviços

Relatório Gerencial contendo no mínimo: Check-list dos serviços realizados de acordo com as rotinas estabelecidas no Plano de Higienização: Análise estatística dos serviços executados setor e/ou outros indicadores considerados relevantes pelo Gestor da Unidade e pelo Enfermeiro de CCIH. Essa análise servirá de subsídio para um melhor controle dos serviços por setor na Unidade, visando o planejamento, a programação e o controle dos mesmos.

Controle de avaliação dos serviços

A avaliação da atuação do serviço será feita através do monitoramento diário das rotinas pela líder da higienização, assim como pela enfermeira de CCIH em formulário que será aplicado mensalmente nos locais de execução dos serviços com o objetivo de verificar o grau de satisfação, à rapidez do atendimento, ao prazo de execução e à qualidade dos serviços prestados.

Cronograma para Implantação do Processo de Higienização e Desinfecção

Item	Etapas De Execução	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento												
2	Treinamento e implantação do Programa Serviços de Limpeza												
3	Aquisição de EPIs												
4	Monitorização e avaliação da implantação Programa de Limpeza												
5	Acompanhamento dos indicadores desempenho setorial												



Período de Execução

d.8.3) Esterilização de Materiais Médico-hospitalares

No cenário atual, a CME da UPA, processa parcialmente todos os materiais esterilizáveis (limpeza, inspeção e montagem). Na busca por racionalizar os gastos e otimizar os recursos dos serviços decorrentes do custo x benefício de equipamentos, pessoal e investimento na estrutura física, a instituição irá terceirizar o serviço ou utilizar espaço cedido pelo ente público.

A Central de Material Esterilizado será uma unidade de apoio técnico dentro do estabelecimento de saúde, destinada a receber material considerado sujo e contaminado, descontaminá-los, prepará-los e esterilizá-los.

Portanto o Instituto Elisa Castro fomentará a Central de Material e Esterilização qual será considerada como o setor importante de uma instituição, isso porque será a partir dela que todos os outros setores dão continuidade à assistência dos pacientes na Unidade.

Expurgo

Setor responsável por receber, deverá conferir, lavar e secar os materiais provenientes das unidades. Os funcionários desta área deverão utilizar EPIs (Equipamentos de proteção individual) para se protegerem de se contaminarem com sangue e fluidos corpóreos, quando lavam os instrumentais.

Inspeção, Preparo e Montagem de materiais

Setor responsável por preparar e acondicionar os materiais. São utilizados invólucros especiais que permitam a passagem do agente esterilizante e impeçam a passagem dos microorganismos.

Esterilização

O setor de esterilização da Central de Material e Esterilização (CME) será responsável pela esterilização dos materiais. Esta área destina-se à instalação dos equipamentos utilizados para a esterilização de materiais pelos métodos físicos e químicos. Como mencionado acima, estes passos dos processamentos dos materiais serão realizados por empresa contratada para esse fim ou pelo local indicado pelo ente público.

Para garantir a qualidade do processamento serão utilizados o local possui monitoramento, para garantir a eficiência dos processos de esterilização como:

- Monitoração Mecânica;
- Indicadores Químicos;
- Indicadores Biológicos

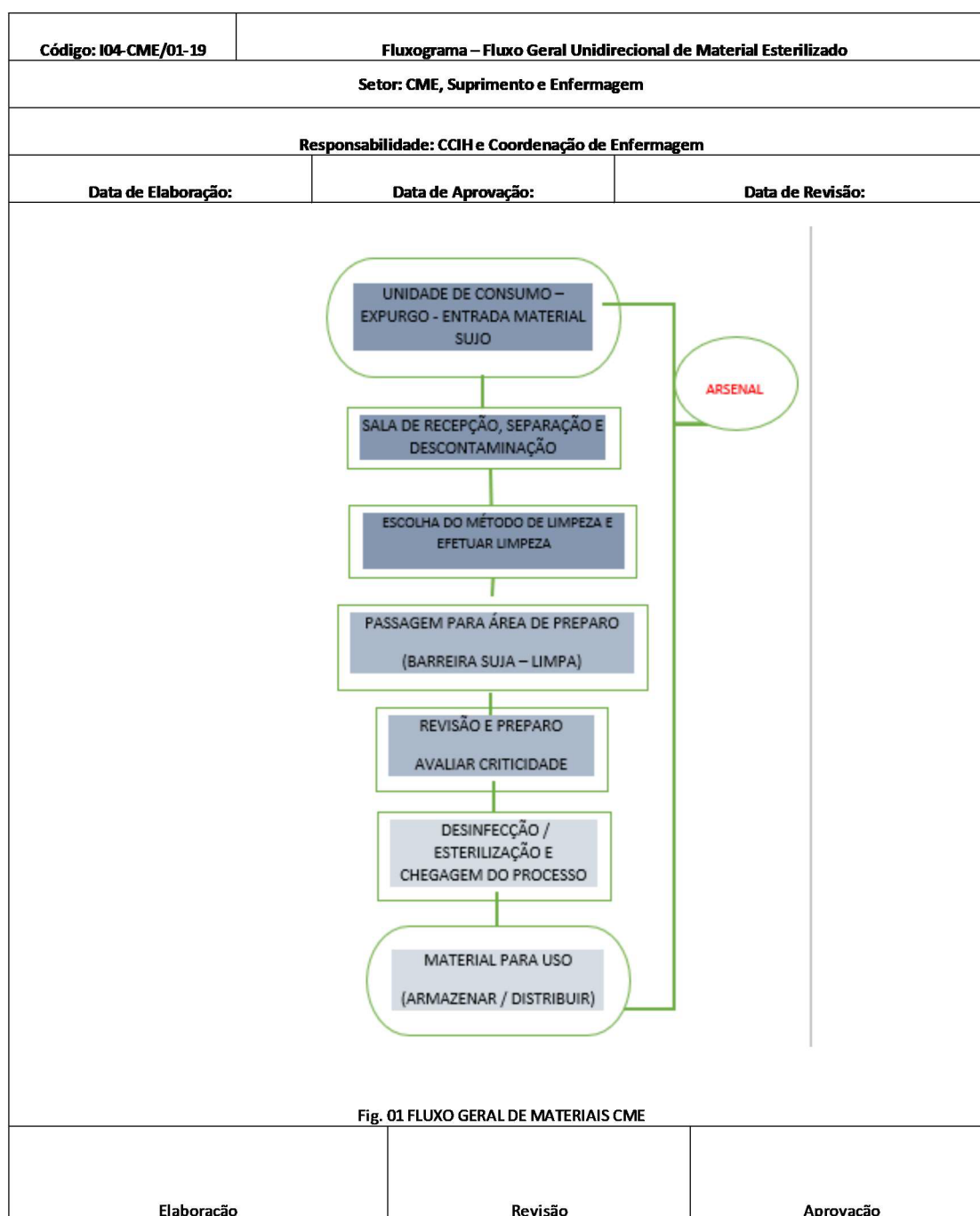
Entretanto, caso exista a intenção por parte da SMS em realizar o serviço na sua plenitude dentro da unidade, iremos descrever todo o processo. Cabe ressaltar que para essa iniciativa se torne realidade, será necessário avaliar possíveis adequações nas estruturas, o que possivelmente demandará a necessidade de investimentos por parte do parceiro público.

CME = Centro de Material e Esterilização

Formulário de descrição dos objetivos estratégicos
Principais Objetivos Relacionados
<input type="checkbox"/> Promover processos de qualidade;
<input type="checkbox"/> Garantir suprimento de materiais e equipamentos adequados;
<input type="checkbox"/> Garantir processo adequado de esterilização de materiais
<input type="checkbox"/> Aumentar a segurança do paciente.
Principais perspectivas do BSC:
<input type="checkbox"/> Processos
Alguns dos indicadores Relacionados:
<input type="checkbox"/> % de monitores químicos e biológicos positivos; (Meta = 100%)
<input type="checkbox"/> Número de parâmetros físicos não alcançados; (Meta= Zero)



<input type="checkbox"/> Tempo médio de limpeza; (Sem Meta ainda definida, a ser avaliada)
<input type="checkbox"/> Número de detecções de sujeidade visível;(Meta= Zero)
<input type="checkbox"/> % de materiais que não estão secos;(Meta=Zero)
<input type="checkbox"/> Número de alterações de integridade na embalagem; (Meta=Zero)
Responsabilidades diretamente relacionadas aos objetivos:
<input type="checkbox"/> Coordenação de Enfermagem e CCIH.
Lista de Fluxogramas:
<input type="checkbox"/> Fluxograma Geral Entrada e Saída de Material do CME
Texto Suplementar
<input type="checkbox"/> Proposta Rotinas CME para a unidade de pronto atendimento.



Proposta de Funcionamento CME – Unidade.

A CME da unidade está sob responsabilidade técnica (RT) da Coordenação de Enfermagem, com supervisão e controladoria da CCIH.

Equipe e funções:

Enfermeiro coordenador:

- Prever os materiais necessários para prover as unidades consumidoras;
- Elaborar relatórios mensais estatísticos, tanto de custo quanto de produtividade;



- Planejar e fazer anualmente o orçamento do CME;
- Elaborar e manter atualizado o manual de normas, rotinas e procedimentos do CME, que deve estar disponível para a consulta dos colaboradores;
- Manter-se atualizado acerca das tendências técnicas e científicas relacionadas com o controle de infecção hospitalar e com o uso de tecnologias avançadas nos procedimentos que englobem artigos processados pelo CME;
- Participar de comissões institucionais que interfiram na dinâmica de trabalho do CME;

Enfermeiro de apoio ao setor:

- Gerenciar o serviço de Enfermagem da unidade;
- Planejar, coordenar e desenvolver rotinas para o controle dos processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição dos artigos;
- Desenvolve processo de avaliação dos serviços prestados;
- Estabelecer rotinas para a manutenção preventiva dos equipamentos existentes no CME;
- Realizar os testes necessários e emitir pareceres técnicos antes da aquisição de novos artigos e equipamentos;
- Verificar os relatórios de manutenção de artigos e equipamentos e aprová-los mediante as evidências do serviço prestado;
- Fazer relatório diário com informações sobre as atividades desenvolvidas e pendentes e outros fatos importantes ocorridos durante a jornada de trabalho;
- Tomar parte da passagem de plantão;
- Manter atualizado o inventário do instrumental, dos artigos e dos equipamentos do CME;
- Participar ativamente dos processos de aquisição de materiais, instrumental e equipamentos.

Técnico de enfermagem:

- Fazer a leitura dos indicadores biológicos, de acordo com as rotinas da instituição;
- Realizar a limpeza, o preparo, a esterilização, a guarda e a distribuição de artigos, de acordo com solicitação;
- Identificar os materiais;
- Monitorar afetiva e continuamente cada lote ou carga nos processos de esterilização;
- Revisar a listagem de bandejas e caixas cirúrgicas, bem como proceder à sua reposição;
- Fazer listagem e encaminhamento de artigos e instrumental cirúrgico para conserto.

Observação: Não deverá haver cruzamento de pessoa área suja e limpa.

AMBIENTES

Área de lavagem e descontaminação

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;

- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder a limpeza do material;
- Encaminhar o material para a área de preparo;

Área de preparo de materiais

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais a serem esterilizados;
- Encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

Área de esterilização:

- Executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instrução do fabricante;
- Fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados;
- Manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso;

Área de armazenagem e distribuição de materiais esterilizados:

- Estocar o material esterilizado;
- Proceder à distribuição do material às unidades.
- Registrar saída do material

Tráfego

- O Fluxo de Materiais na unidade de pronto socorro é contínuo e UNIDIRECIONAL, devendo o material transitar em carros de transporte, evitando vias de cruzamento fora do acondicionamento. As vias de entrada, passagem, saídas e ambientes deverão receber sinalização visual.
- Será feito treinamento sobre estas vias e orientação para fluxo de pessoas também entre as áreas.

Processos e Rotinas

Carregamento das autoclaves

1 – Objetivo

- Otimizar ações de esterilização dos produtos após preparo.

2 – Documentos complementares

- Controle de esterilização a Vapor e Biológico;
- CheckList: Controle de Cargas Subseqüentes Autoclave;
- CheckList: Controle da Quantidade de Materiais Esterilizados.

3 – Unidades/serviços relacionados

- CME

4 – Peculiaridades

- CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH.

5 – Descrição

5.1 – Recursos Necessários:

- Roupa privativa, EPI's preconizados, impressos próprios, caneta esferográfica cor azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno).

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

- Autoclaves em perfeito funcionamento; Produtos com embalagem adequada.

5.3 – Ações:

- O técnico de enfermagem deve:

1º Passo - Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.
2º Passo - Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo - Abrir a porta da autoclave.
4º Passo – Dispor os artigos verticalmente nos racks e não os compactar.
5º Passo - Colocar os pacotes de papel grau cirúrgico de forma a ficar verticalmente (papel / papel – filme / filme).
6º Passo - Colocar os pacotes mais pesados e maiores na parte inferior.
7º Passo - Colocar os artigos côncavos e convexos na posição vertical.
8º Passo - Registrar no impresso - Controle da Quantidade de Materiais Esterilizados o tipo de material e quantidade colocada na autoclave.
9º Passo - Fechar a porta da autoclave.
10º Passo - Selecionar o ciclo conforme a carga.
11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos. Nota: Carregar os cestos das autoclaves com 80% de carga, selecionando o tipo da carga.

Descarregamento das autoclaves

1 – Objetivo

- Otimizar as ações de retirada de materiais esterilizados para posterior armazenamento.

2 – DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- Não se aplica.

3 – UNIDADES/SERVIÇOS RELACIONADOS

- CME

4 – PECULIARIDADES

- CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH:

5 – Descrição

5.1 – Recursos Necessários:

- Roupas privativas, EPI's preconizados, álcool a 70%; compressa limpas.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

- Autoclaves em perfeito funcionamento, ambiente com iluminação adequada, bancada inoxidável desinfetada com álcool a 70%.

5.3 – Ações:

- O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.
2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo – Abrir a porta da autoclave na área de descarregamento das autoclaves, após o término do ciclo (aviso sonoro).
4º Passo – Retirar os rack's do interior da autoclave (com auxílio de Luvas termorresistentes de cano longo), deslizando-os sobre os carros próprios para rack.
5º Passo – Dispor os pacotes na bancada inoxidável;
6º Passo – Verificar condições de cada pacote observando sua integridade e preenchimento correto da etiqueta e mudança de coloração das fitas teste e indicadores químicos nos invólucros de papel grau cirúrgico.
7º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

5.4 - Riscos / Tomada de Decisão:

- Manter os materiais em quarentena até leitura do indicador biológico (em caso de carga com órteses / próteses ou no 1º ciclo com carga do dia);
- Liberar as cargas para armazenamento no arsenal da CME e posterior distribuição nas unidades/serviços da Unidade após leitura e confirmação dos resultados negativos dos testes.

5.5 - Ações Corretivas:

- Reprocessar toda carga, caso resultado duvidoso ou positivo dos indicadores. Recolher toda carga que tenha o resultado não satisfatório, caso tenha sido armazenada no arsenal da CME ou distribuído nos andares, para então reprocessá-la.

Diluição do Detergente Enzimático

1 – Objetivo

- Orientar as ações de diluição do detergente enzimático.

2 – Documentos complementares

- Etiqueta de diluição de solução.

3 – Unidades/serviços relacionados

- CME

4 – Peculiaridades

- CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH.

5 – Descrição

5.1 – Recursos Necessários:

- Roupas privativas, EPI's preconizados, recipientes plásticos com tampa, água, frascos de detergente enzimático, lavadora ultrassônica e lavadora termodesinfectora, impresso próprio, caneta esferográfica cor azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno), fita adesiva.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

- Ambiente com iluminação adequada
- Lavar os instrumentais somente com detergente enzimático.

5.3 – Ações:

- O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.
2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo – Diluir o detergente enzimático de acordo com recomendações do fabricante.
4º Passo – Adicionar o volume recomendado pelo fabricante do detergente enzimático para cada litro de água (no recipiente plástico e na lavadora ultrassônica); colocando o detergente enzimático diretamente no compartimento destinado ao produto de limpeza (na lavadora termodesinfectora).
5º Passo – Seguir as recomendações do fabricante dos equipamentos. INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem DILUIÇÃO DO DETERGENTE ENZIMÁTICO
6º Passo – Colar a etiqueta de identificação das soluções no recipiente plástico e na lavadora ultrassônica a cada diluição.
7º Passo – Preencher todos os campos da etiqueta de identificação: data da diluição, lote do produto, hora da diluição, responsável pela diluição.
8º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

5.4 - Ações Corretivas:

Nota 1: Colar a etiqueta de identificação das soluções no recipiente plástico ou na lavadora ultrassônica no momento da diluição.

Nota 2: Utilizar água quente para a diluição do detergente enzimático.

- Trocar a solução enzimática a cada uso.

Empacotamento de Produtos em Lona

- 1 – Objetivo
 - Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições, favorecendo a transferência asséptica no momento da utilização.
- 2 – Documentos complementares
 - Etiqueta de Controle de Esterilização.
- 3 – Unidades/serviços relacionados
 - CME
- 4 – Peculiaridades
 - CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH.
- 5 – Descrição
 - 5.1 – Recursos Necessários:
 - Roupa privativa, EPI's preconizados, caixas metálicas ou bandejas de aço inoxidável, lonas em diversos tamanhos, etiqueta de controle de esterilização, fita adesiva hospitalar, fita autoclavável (fita teste), indicadores químicos de classe 4 e classe 5, caneta esferográfica azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno).
 - 5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:
 - Ambiente com iluminação adequada, número suficiente de lonas em diversos tamanhos;
 - 5.3 – Ações:
 - O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.
2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo – Separar os produtos que serão empacotados em lona.
4º Passo – Colocar o produto, caixas ou bandejas no centro da lona (do tamanho adequado para a finalidade), que deve estar na posição diagonal.
5º Passo – Pegar a ponta voltada para o profissional e cobrir o produto, fazendo uma dobra externa na ponta. INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM LONA.
6º Passo – Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o produto a ser empacotado, fazendo uma dobra externa na ponta.
7º Passo – Repetir o processo com a outra lateral.
8º Passo – Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o produto finalizando o envelope.



9º Passo – Fechar o pacote com fita adesiva hospitalar, envolvendo todo o pacote até ultrapassar 3 cm de encontro da fita.
10º Passo – Identificar o pacote com etiqueta própria (Etiqueta de controle de esterilização), preenchendo os campos adequadamente e colando fita autoclavável (Fita Teste) no espaço apropriado.
11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota 1: Utilizar no interior das caixas, bandejas e embalagens de instrumentais avulsos, indicador químico adequado (Todos os indicadores químicos no interior das embalagens dos artigos devem conter nome do artigo, data de esterilização, nº da autoclave e nº do ciclo).
Nota 2: Nas caixas pequenas ou bandejas deve conter 1 indicador químico classe 4 ou classe 5 no centro da caixa; Caixas grandes devem conter 2 indicadores químicos classe 5 - um em cada extremidade da caixa; Caixas pequenas de 2 andares devem conter dois indicadores químicos classe 5 - um em cada andar da caixa; Caixas grandes de dois andares devem conter 4 indicadores químicos classe 5 - um em cada extremidade da caixa por andar. Instrumentais avulsos devem conter um indicador químico classe 4 no interior da embalagem.
Nota 3: Colar a fita autoclavável no espaço apropriado da etiqueta de controle de esterilização, com no mínimo 3 linhas zebreada.
Nota 4: Prazo de validade de 10 dias.

Empacotamento de produtos em papel grau

- 1 – Objetivo
 - Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições, favorecendo a transferência asséptica.
- 2 – Documentos complementares
 - Carimbo para papel grau cirúrgico.
- 3 – Unidades/serviços relacionados
 - CME
- 4 – Peculiaridades
 - CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH.
- 5 – Descrição

5.1 – Recursos Necessários:

- Roupa privativa, EPI's preconizados, papel grau cirúrgico, caneta esferográfica azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno); indicadores químicos Classe 4 e Classe 5; seladora de papel grau cirúrgico com rolagem contínua; suporte de papel grau cirúrgico; carimbo para papel grau cirúrgico, pasta com lista de artigos da CME.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

- Ambiente com iluminação adequada; Seladora em temperatura adequada.

5.3 – Ações:

- O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.
2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo – Separar os produtos que serão empacotados em papel grau cirúrgico.
4º Passo – Ligar seladora e aguardar que ela atinja a temperatura de 150°C.
5º Passo – Selecionar bobinas e/ou envelopes de acordo com o tamanho e peso do produto;
6º Passo – Selar o fundo do pacote com margem de segurança de aproximadamente 3 cm. INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM PAPEL GRAU.
7º Passo – Colocar o artigo no pacote.
8º Passo – Colocar indicador químico classe 4 ou 5 (de acordo com pasta de lista de artigos da CME) no interior da embalagem.
9º Passo – Selar o papel deixando margem de segurança de aproximadamente 3 cm.
10º Passo – Identificar o conteúdo do pacote na aba externa da margem de segurança, utilizando o carimbo próprio com nome do artigo, data do preparo, data de validade, nome do profissional responsável pelo processo, nº da autoclave e do ciclo.
11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.

Nota: Fazer embalagens duplas de papel grau cirúrgico em produtos delicados, afiados ou pontiagudos, seguindo as seguintes normas: Evitar dobras; Ausência de ar; ajustar bem dentro da embalagem externa; Colocar os lados juntos (Papel com papel / Filme com Filme); Avaliar a integridade da selagem nas laterais, topo e fundo da embalagem.

5.4 – Ações Corretivas:

- Repetir o processo de empacotamento caso a selagem esteja com dobras e/ou enrugadas.

Empacotamento de produtos em SMS (um tecido-não-tecido 100% polipropileno)

- 1 – Objetivo
 - Assegurar as condições de esterilidade dos produtos e garantir sua utilização em perfeitas condições, favorecendo a transferência asséptica.
- 2 – Documentos complementares
 - Etiqueta de Controle de Esterilização
- 3 – Unidades/serviços relacionados
 - CME
- 4 – Peculiaridades
 - CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH.
- 5 – Descrição
 - 5.1 – Recursos Necessários:
 - Roupa privativa, EPI's preconizados, caixas metálicas ou bandejas de aço inoxidável; SMS em diversos tamanhos; etiqueta de controle de esterilização; fita adesiva acrílica; fita autoclavável; indicadores químicos de Classe 4 e Classe 5; caneta esferográfica azul (plantão diurno) e vermelha (plantão noturno).
 - 5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:
 - Ambiente com iluminação adequada;
 - 5.3 – Ações:
 - O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.
2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo – Separar os produtos que serão empacotados em tecido não tecido – SMS.
4º Passo – Colocar o produto, caixas ou bandejas no centro do SMS (do tamanho adequado para a finalidade), que deve estar na posição diagonal.
5º Passo – Pegar a ponta voltada para o profissional e cobrir o produto, fazendo uma dobra externa na ponta.
6º Passo – Pegar uma das laterais do campo e trazer sobre o objeto a ser empacotado, fazendo uma dobra INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem EMPACOTAMENTO DE PRODUTOS EM SMS.
7º Passo – Repetir o processo com a outra lateral.
8º Passo – Completar o pacote trazendo a ponta restante sobre o objeto finalizando o envelope.



Nota 1: Utilizar no interior das caixas, bandejas e embalagens de instrumentais avulsos, indicador químico (Todos os indicadores químicos no interior das embalagens dos artigos devem conter nome do artigo, data de esterilização, nº da autoclave e nº do ciclo).

Nota 2: Nas caixas pequenas ou bandejas: Deve conter 1 indicador químico classe 4 ou classe 5 (de acordo com pasta de listagem de artigos da CME) no centro da caixa; Caixas grandes: Devem conter 2 indicadores químicos classe 5 - um em cada extremidade da caixa; Caixas pequenas de 2 andares: Devem conter dois indicadores químicos classe 5 - um em cada andar da caixa; Caixas grandes de dois andares:

Limpeza manual de produtos

1 – Objetivo

- Garantir ações para eficácia do processo de desinfecção e esterilização.

2 – Documentos complementares

- Pasta de listagem de caixas e bandejas.

3 – Unidades/serviços relacionados

- CME

4 – Peculiaridades

- CME: Central de Materiais e Esterilização, EPI'S: Equipamentos de Proteção Individual, CCIH.

5 – Descrição

5.1 – Recursos Necessários:

- Roupas privativas, EPI's preconizados, recipientes plásticos, detergente enzimático, escovas não abrasivas (cerdas macias), escovas tubulares, (Lúmen de diversos diâmetros) para limpeza e revisão de artigos canulados, água corrente.

5.2 – Condições necessárias / Atividades Críticas:

- Ambiente com iluminação adequada;
- Lavar os instrumentais somente com detergente enzimático.

5.3 – Ações:

- O técnico de enfermagem deve:

1º Passo – Higienizar as mãos conforme manual do CCIH.



2º Passo – Utilizar EPI's recomendados.
3º Passo – Diluir o detergente enzimático.
4º Passo – Abrir ou desmontar as partes do material / instrumental.
5º Passo – Imergir o material / instrumental em solução enzimática, preencher os lúmens (no caso de artigos canulados) no recipiente plástico com tampa, e deixar por tempo recomendado pelo fabricante.
6º Passo – Retirar o artigo da solução enzimática. INSTRUÇÃO DE TRABALHO – Enfermagem LIMPEZA MANUAL DE PRODUTOS
7º Passo – Proceder à limpeza manual, utilizando escovas e esponjas macias e não abrasivas.
8º Passo – Escovar as pinças no sentido das serrilhas, visando à remoção de crostas ou quaisquer tipos de resíduos depositados nas ranhuras, serrilhas, articulações, cremalheiras, parafusos ou mesmo na superfície de material.
9º Passo – Proceder enxágüe rigoroso dos materiais com água corrente até remover a sujidade e a solução enzimática, no caso de artigos tubulares, lavar os lumens utilizando as escovas tubulares com o diâmetro compatível com o artigo, com movimentos circulares, em sentido único.
10º Passo – Encaminhar os artigos para a sala de preparo (área limpa) ou para limpeza mecânica, quando pertinente.
11º Passo – Retirar EPI's e higienizar as mãos.
Nota 1: Artigos com lúmen devem ser encaminhados, preferencialmente à lavadora ultrassônica após a lavagem manual, como não tem disponível na unidade de pronto atendimento, deve ser visto com atenção o material para verificar a qualidade da limpeza.
Nota 2: Fazer diariamente ao final do plantão noturno a limpeza das escovas usadas com detergente enzimático e água corrente. Secar com pano limpo e ar comprimido e manter em vasilhame seco.
Nota 3: Substituir as escovas uma vez por semana (segunda-feira) ou quando estiverem em más condições de uso: alteração da cor e/ou desgaste das cerdas
Nota 4: Desprezar a solução enzimática do recipiente plástico após cada imersão dos materiais.

d.9) Central de Material

A Central de Material (CM) na unidade é uma sala/setor de apoio técnico dentro da unidade destinada a receber material considerado sujo e contaminado. Descontaminá-los e prepará-los para serem encaminhados ao processo de esterilização terceirizada e após retorno, armazenar esses artigos para futura distribuição, é a principal função deste setor.

Imperativo destacar a importância da capacitação dos profissionais, com processos de educação permanente, visto a necessidade de padronização de normas e rotinas Técnicas e a confirmação da validação dos processamentos dos materiais encaminhados para esterilização, objetivando o controle de infecção hospitalar além do cumprimento das legislações vigentes.

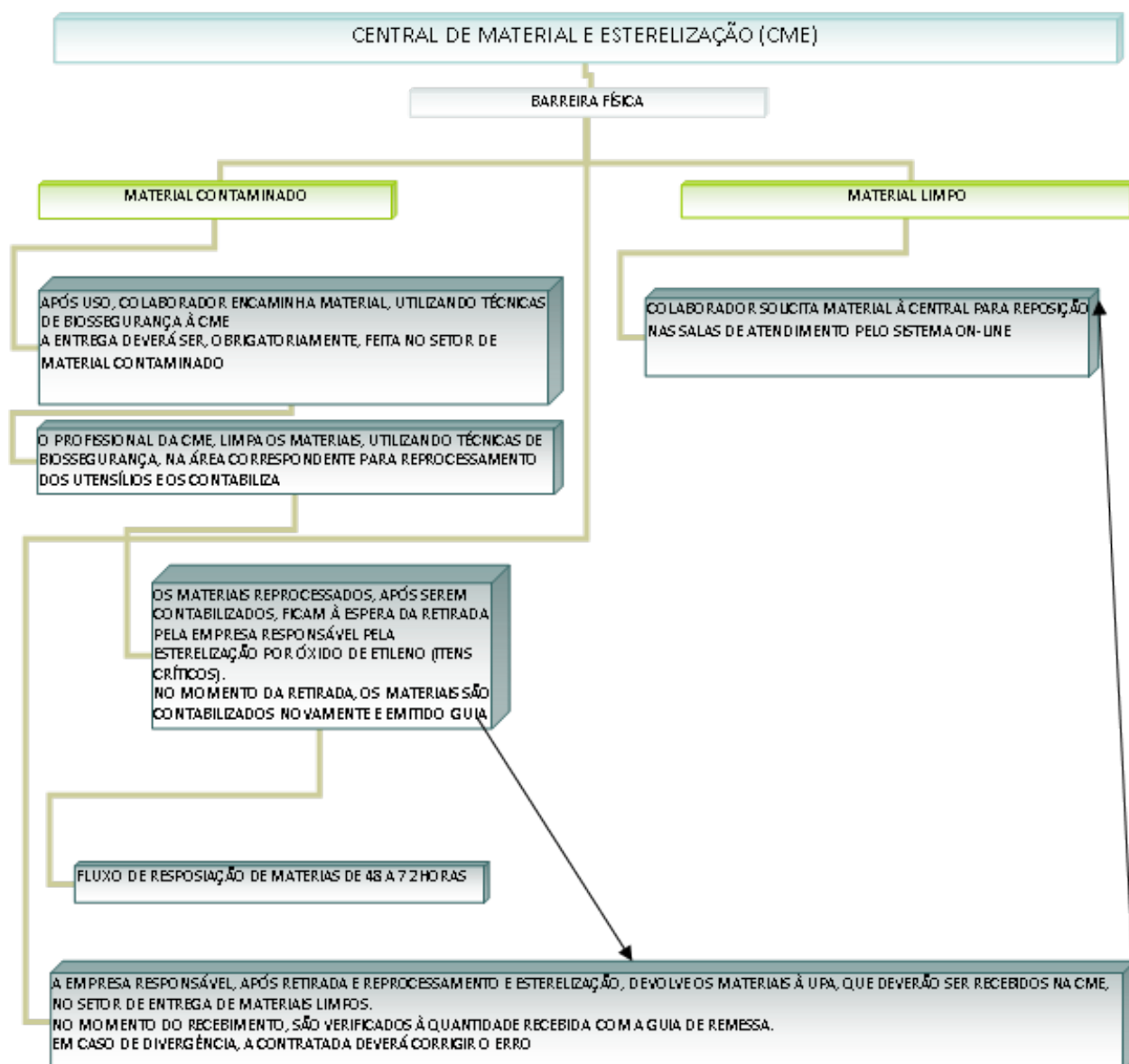
A presente proposta seguirá as determinações emanadas na RDC nº. 50 (ANVISA, 2004) e suas atualizações e demais legislações sobre o tema, para a prestação de serviço de apoio técnico deste setor, basicamente, com as seguintes atividades:

Área de lavagem e descontaminação

- Receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
- Desinfetar e separar os materiais;
- Verificar o estado de conservação do material;
- Proceder à limpeza do material;
- encaminhar o material para a área de preparo.

Área de preparo de materiais

- Revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
- Preparar, empacotar ou acondicionar os materiais a serem esterilizados de acordo com o contrato firmado com empresa especializada que procederá a esterilização;



d.10) Higiene de Estabelecimentos de Saúde e Gestão de Resíduos

Os procedimentos de higienização da unidade são realizados conforme a classificação das áreas, conforme as normas da CCIPH, dos POPs específicos e estão descritos no item **d.8.2**.

Os resíduos devem ser classificados para a correta segregação e acondicionamento em recipientes adequados e para o descarte, de acordo com o programa de gerenciamento de resíduos.



Objetivo

Os serviços de higienização nas dependências da unidade a ser gerenciada contam com a utilização das melhores práticas, consagradas pela literatura de controle de infecção.

Esse trabalho deverá ser desenvolvido pela equipe da unidade, com os melhores padrões e Técnicas, principalmente buscando:

- a) Garantir o conforto e bem-estar;
- b) Redução dos riscos de contaminação;
- c) Conservação de superfícies;
- d) Uso racional de materiais e produtos;
- e) Realização de limpeza concorrente com frequências específicas para áreas críticas, semicríticas e não-críticas;
- f) Limpeza terminal: mais completa, englobando todo o ambiente e todas as suas superfícies externas e internas.

Ao final dos trabalhos, espera-se ter todos os ambientes das unidades com garantia de conforto e bem-estar, além da redução de riscos de contaminação.

Abrangência

O trabalho, com enfoque primordial nas normas e boas práticas consagradas de Técnicas de higienização em saúde, abrangerá todas as operações que envolvam assistência, logística, funcionamento e apoio na unidade. Para tanto, deverão ser observadas como premissas básicas:

- a) Interação com o CCIPH;
- b) Alinhamento do Serviço com a missão da Organização Social;
- c) Análise e compreensão das normas que orientam as atividades no ambiente assistencial;
- d) Abordagem de sistema gerenciado à luz da Qualidade Total, sistema Kayzen e 5S;

- e) Compreensão da ideia do cliente e suas necessidades devem estar em primeiro lugar;
- f) Classificação de áreas.

Serviços a Serem Prestados

Os objetivos serão alcançados mediante a prestação de serviços através da realização dos procedimentos de descontaminação, desinfecção e limpeza.

- a) Descontaminação

Tem a finalidade de reduzir a carga microbiana de superfícies, as tornando aptas para o manuseio seguro.

- b) Desinfecção

Tem a finalidade de destruir os microrganismos na forma vegetativa, existentes em superfícies inertes, mediante aplicação de agentes químicos.

- c) Limpeza

Tem a finalidade de remover a sujeira através de um processo mecânico, diminuindo assim a população microbiana no ambiente.

Na realização da higienização da unidade, os procedimentos ocorrerão com a **higienização concorrente**, que é o processo de desinfecção e/ou limpeza quando o ambiente a ser higienizado se encontra ocupado e a **higienização terminal** quando o processo de desinfecção e/ou limpeza é realizado após a desocupação do ambiente.

Supervisão

As atividades serão acompanhadas pelo IEC, podendo a própria OS executar e gerenciar as atividades ou terceirizar o serviço.

São atribuição da Organização Social, neste serviço:

- a) Aprovar o planejamento global dos trabalhos e propor eventuais ajustes;
- b) Aprovar o planejamento detalhado de cada passo e propor eventuais ajustes;
- c) Negociar os cronogramas;

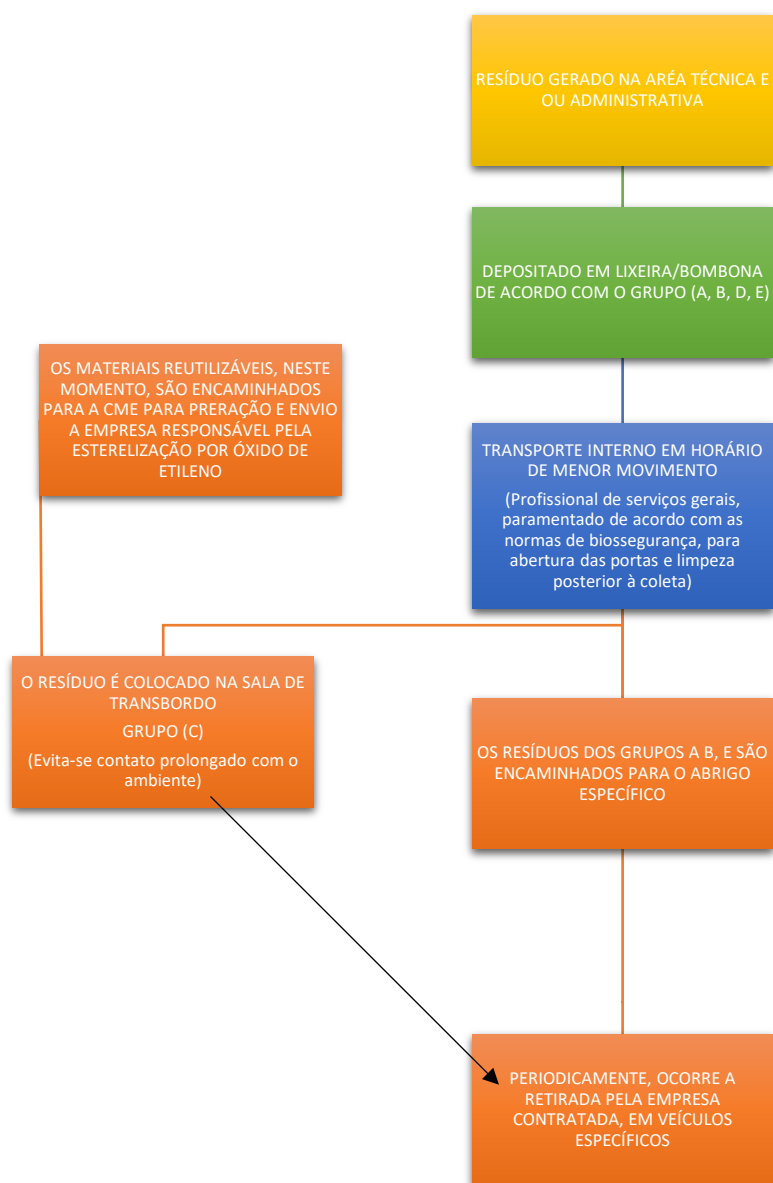


- d) Agendar a reuniões de acompanhamento com representantes do município, conforme demanda;
- e) Convocar reuniões com consultoria eventualmente contratada;
- f) Negociar a substituição ou a redefinição de operações;
- g) Solicitar esclarecimentos de dúvidas operacionais formuladas pela gerência correspondente (instalações, Equipamentos, pessoal, etc.);
- h) Acompanhar os trabalhos e dar conformidade a relatórios e outros documentos;
- d) Dar conformidade final ao trabalho;
- e) Solicitar a substituição de qualquer dos integrantes da equipe, conforme estabelecido;
- f) Decidir quanto a possíveis mudanças.

O permanente contato da empresa e/ou funcionários contratados diretamente, com as coordenações das unidades, como a CCIPH são considerados parte integrante do escopo do Serviço de Higienização.

d.11) Resíduos em Saúde

A seguir, é apresentado fluxograma descrevendo as etapas de recolhimento dos resíduos.



d.12) Nutrição

A Central/Setor de Nutrição e Dietética é um setor de apoio técnico dentro da unidade que receberá as refeições (café da manhã, almoço, café e jantar) entregues por empresa especializada a ser contratada e serão disponibilizadas ao paciente e ao acompanhante quando necessário, bem como ao profissional de plantão. Em casos eventuais de necessidade do paciente, fora dos horários pré-estabelecidos das principais refeições, a unidade disponibilizará alimentos de fácil e rápido preparo, mantendo-os armazenados

com qualidade. Usufruirão deste serviço os pacientes dos setores de observação, desde que prescrito pelo médico.

É importante ressaltar a necessidade de capacitação dos profissionais da copa, quanto à padronização de normas e rotinas Técnicas e da validação do preparo, acondicionamento e distribuição dos alimentos, objetivando manter a qualidade dos alimentos e controle da contaminação.

As principais atribuições deste serviço, serão:

- Receber, conferir e anotar a quantidade de alimentos recebidos;
- Estocar e Controlar os alimentos na unidade de acordo com a demanda e local para estocagem;
- Avaliar os pacientes (e acompanhantes - quando necessário) com solicitação de dieta;
- Supervisionar o preparo adequado das refeições;
- Distribuir os alimentos.

Este serviço, diante dos inúmeros detalhes que precisam ser observados, será realizado por empresa terceirizada.

A empresa deverá, ainda, obedecer:

d.12.1) Diretrizes para o Transporte de Alimentos

1. **Condições de Higiene e Conservação:** As refeições e descartáveis devem ser transportados em condições higiênicas e conservados de acordo com as normas da Resolução nº 216 (15/09/04) da ANVISA.
2. **Veículos de Transporte:** Os veículos utilizados devem possuir certificado de vistoria do Centro de Vigilância Sanitária, seguindo as Portarias CVS Nº 15 (07/11/91) e CVS Nº 6 (10/03/99).
3. **Higienização e Conservação do Veículo:** É obrigatória a higienização diária do veículo de transporte, conforme especificado nas Portarias CVS Nº 15/91 e CVS Nº 6/99.
4. **Isolamento e Revestimento dos Veículos:** Os veículos devem ter uma cabine separada para alimentos, revestida com material liso, impermeável, atóxico e lavável. Não é permitido o transporte de pessoas, animais ou produtos tóxicos junto aos alimentos.



5. **Armazenamento Durante o Transporte:** Os alimentos devem ser armazenados em contentores sobre estrados de polietileno, não diretamente no piso, e preferencialmente em prateleiras e estrados removíveis.
6. **Preservação das Qualidades dos Alimentos:** O transporte deve garantir as qualidades nutricional, sensorial, microbiológica e físico-química dos alimentos, prevenindo a contaminação e deterioração.
7. **Prevenção de Contaminação:** Assegurar que os alimentos sejam transportados de forma a evitar contaminação, recontaminação ou proliferação de microrganismos.

Obs.: A distribuição dos alimentos quentes deve observar os critérios de tempo e temperatura, ou seja, manter as preparações a 60 °C por no máximo 6 horas, segundo Resolução nº. 216, 15/09/04. Ademais os alimentos quentes devem ser transportados em recipientes com proteção isotérmicas, mantendo a temperatura mínima de 65°C, conforme o estabelecido pela Portaria nº. CVS-15/91, de 07/11/1991.

d.12.2) Definições e Conceitos de Termos Técnicos em Nutrição

1. **Dieta Normal:** Refere-se a uma dieta sem restrições alimentares específicas.
2. **Dieta Branda:** Uma dieta modificada principalmente em consistência. Os alimentos são amolecidos por cocção e/ou subdivisão para facilitar a aceitação.
3. **Dieta Pastosa:** Consiste em alimentos com consistência de purê ou papa. São abrandados por cocção ou métodos mecânicos, e exclui alimentos secos, duros ou crocantes, minimizando o esforço na mastigação e deglutição.
4. **Dieta Líquida:** Dieta com alimentos totalmente liquidificados, de consistência e condimentação modificadas. Cada refeição tem aproximadamente 300ml, reduzindo o esforço nos processos de deglutição, digestão e absorção.
5. **Dieta Líquida Restrita:** Semelhante à dieta líquida, mas sem temperos (exceto sal), lactose e fibras. Inclui caldos de carne, legumes, sucos de frutas coados, gelatina e outros alimentos conforme descrito.
6. **Desjejum:** Pequena refeição servida pela manhã.
7. **Colação:** Lanche servido entre o desjejum e o almoço.
8. **Lanche:** Pequena refeição entre o almoço e o jantar.
9. **Almoço e Jantar:** Consideradas as refeições principais.
10. **Ceia:** Pequena refeição após o jantar.

11. **Cardápio:** Representação das preparações culinárias e apresentação das refeições e alimentos.

12. **UAN (Unidade de Alimentação e Nutrição):** Refere-se à entidade responsável pela gestão e operacionalização da alimentação e nutrição.

d.12.3) Alimentação de Funcionários e Acompanhantes

a) Pequenas Refeições	Desjejum e Merenda
Valor Energético Aproximado (kcal)	500 (cada)
Grupo	Alimento e/ou preparação
I	Café (*)
	Leite Integral (*) (**)
	Ou Leite com achocolatado
	Ou Mate
II	Pão (salgado ou doce, diversos)
	Ou biscoito (salgado ou doce)
	Ou bolo simples
III	Manteiga (com sal) embalagem individual industrializada
IV	Queijo prato
	Ou queijo minas
	Ou queijo cremoso em embalagem individual industrializada
	Presunto
	Ou mortadela

b) Grandes Refeições	Almoço e Jantar
Valor Energético Aproximado (kcal)	1.200 (cada)
Grupo	Alimento e/ou preparação
I	Entrada:
	Vegetais A em salada
	Vegetais B e/ou C ou leguminosas e/ou massas em salada
	Em sopas (*)
II	Arroz Branco tipo I
III	Feijão tipo I
IV	Carne bovina (com osso)
	Carne bovina (sem osso)
	Ou aves (com osso)
	Ou aves (sem osso)
	Ou peixes (filé)
	Ou carne suína (com osso)
	Ou carne suína (sem osso)
	Ou embutidos
	Ou vísceras
	Ou carne seca bovina
	Ou ovo
V	Guarnição:
	Vegetais A, B e/ou C



	Ou farofa
	Ou massas
	Ou pirão
	Ou polenta
VI	Sobremesa (**):
	Fruta (***)
	Ou salada de frutas (150g de frutas e 50g de suco)
	Ou doces industrializados com ou sem complemento (queijo 30g e creme de leite 15g)
	Ou doces caseiros de vegetais/frutas
	Ou gelatina, flan, pudim, manjar
VII	Refresco concentrado de frutas
VIII	Café e ou chá

d.12.4) Dietas Básicas - Consistência Normal / Branda

a) Pequenas Refeições	Desjejum	Colação	Merenda	Ceia
Valor Energético Aproximado (kcal)	600	70	600	600
Grupo	Alimento e/ou preparação			
I	Café			
	Ou chá			
	Ou mate			
II	Leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado para café com leite			
	Ou leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado			
	Ou leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado com achocolatado ou achocolatado diet			
	Ou vitamina de frutas, com leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado			
	Ou mingau, com leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado (com farinha, ou farelo de aveia ou trigo ou similares a base de fibras)			
	Ou mistura nutritiva (leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado com complemento proteico)			
	Ou iogurte de frutas, integral, desnatado ou diet			
	Ou água de coco (embalagem individual tetrapack)			
	Ou líquido isotônico			
	Ou leite acidificado			
	Ou leite aromatizado (embalagem tetra Pack - 200ml)			
III	Pão (sal ou doce) careca ou suíço			
	Ou bolo simples			
IV	Manteiga (com ou sem sal) embalagem individualizada.			
	Ou geleia de frutas (ou diet) em embalagem individual industrializada			
V	Queijos diversos fatiados			

	Ou queijo cremoso embalagem. Individual industrializada
	Ouiogurte integral, de frutas, desnatado ou diet
VI	Fruta (*)
	Ou suco de frutas naturais com ou sem vegetal
	Ou fruta em papa ou creme

b) Grandes Refeições	Almoço	Jantar
Valor Energético Aproximado (kcal)	1.000	1.000
Grupo	Alimento e/ou preparação	
I	Entrada:	
	-Vegetais A amassados ou em consistência de purê	
	- Vegetais B e/ou C amassados ou em consistência de purê	
II	Cereal e/ou massas	
III	Leguminosas	
IV	Carne Bovina (sem osso)	
	Ou aves (sem osso)	
	Ou peixes (filé)	
	Ou vísceras	
V	Guarnição: vegetais A, B e/ou C	
	Ou pirão	
	Ou polenta	
VI	Sobremesa: fruta em papa ou creme	
	Ou doces industrializados cremosos (ou diet)	
	Ou doces caseiros (vegetais ou frutas)	
	Ou gelatina, flan, pudim, manjar (ou diet)	
	Ou sorvete (ou diet) (mínimo de 100g)	
VII	Suco de frutas ou polpa industrializada	
	Ou água de coco (embalagem individual tetrapack)	

d.12.5) Dietas Básicas - Consistência Pastosa

a) Pequenas Refeições	Desjejum	Colação	Merenda	Ceia
Valor Energético Aproximado (kcal)	600	70	600	400
Grupo	Alimento e/ou preparação			
I	Café			
	Ou chá			
	Ou mate			
	Leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado para café com leite			
	Ou leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado			
	Ou leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado com achocolatado ou achocolatado diet			
	Ou vitamina de frutas, com leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado			



II	Ou mingau, com leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado (com farinha, ou farelo de aveia ou trigo ou similares a base de fibras)
	Ou mistura nutritiva (leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado com complemento proteico)
	Ou iogurte de frutas, integral, desnatado ou diet
	Ou água de coco (embalagem individual tetrapack)
	Ou líquido isotônico
	Ou leite acidificado
	Ou leite aromatizado (embalagem tetra Pack - 200ml)
III	Pão (sal ou doce) careca ou suíço
	Ou bolo simples
IV	Manteiga (com ou sem sal) embalagem individualizada.
	Ou geleia de frutas (ou diet) em embalagem individual industrializada
V	Queijos diversos fatiados
	Ou queijo cremoso embalagem. Individual industrializada
	Ou iogurte integral, de frutas, desnatado ou diet
VI	Fruta ou suco de frutas naturais com ou sem vegetal
	Ou fruta em papa ou creme

b) Grandes Refeições	Almoço	Jantar
Valor Energético Aproximado (kcal)	1.000	1.000
Grupo	Alimento e/ou preparação	
I	Entrada:	
	- Vegetais A amassados ou em consistência de purê	
	- Vegetais B e/ou C amassados ou em consistência de purê	
II	Cereal e/ou massas	
III	Leguminosas	
IV	Carne Bovina (sem osso)	
	Ou aves (sem osso)	
	Ou peixes (filé)	
	Ou vísceras	
V	Guarnição: vegetais A, B e/ou C	
	Ou pirão	
	Ou polenta	
VI	Sobremesa: fruta em papa ou creme	
	Ou doces industrializados cremosos (ou diet)	
	Ou doces caseiros (vegetais ou frutas)	
	Ou gelatina, flan, pudim, manjar (ou diet)	
	Ou sorvete (ou diet) (mínimo de 100g)	
VII	Suco de frutas ou polpa industrializada	
	Ou água de coco (embalagem individual tetrapack)	

d.12.6) Dietas Básicas - Consistência Líquida



a) Pequenas Refeições	Desjejum	Colação	Merenda	Ceia
Valor Energético Aproximado (kcal)	600	70	600	400
Grupo	Alimento e/ou preparação			
I	Mingau, com leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado (com farinha, ou farelo de aveia ou trigo ou similares a base de fibras)			
	Ou vitamina de frutas, com leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado com cereais			
	Ou iogurte de frutas, integral, desnatado ou diet			
	Leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado para café com leite			
	Ou leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado			
	Ou leite integral ou desnatado ou de soja ou deslactosado com achocolatado ou achocolatado diet			
	Ou água de coco (embalagem individual tetrapack 200 mL)			
	Ou líquido isotônico			
II	Café			
	Ou chá			
	Ou mate			
IV	Queijos diversos fatiados			
	Ou queijo cremoso embalagem. Individual industrializada			
	Ou iogurte integral, de frutas, desnatado ou diet.			
V	Fruta em papa ou creme			
	Ou suco de frutas naturais com ou sem vegetal			

b) Grandes Refeições	Almoço	Jantar
Valor Energético Aproximado (kcal)	500	500
Grupo	Alimento e/ou preparação	
I	Caldo de vegetais B ou C tamisados com mínimo de 30g/100 ml;	
	Ou caldo de vegetais enriquecido (caldo de carne + vegetal B ou C com mínimo de 20g/100g + complemento dietético a 2,5%	
	Ou canja liquidificada com no mínimo de 250g frango/1000 ml	
	Ou sopa de vegetais liquidificada (c/carne, vegetais A, B ou C e/ou leguminosas)	
II	Doce cremoso (ou diet)	
	Ou flan, pudim, manjar (ou diet)	
	Ou fruta assada ou cozida	
	Ou fruta em papa ou creme	
	Ou geléia de mocotó	
	Ou gelatina (ou diet)	
	Ou gelatina com creme de leite (ou diet)	
	Ou iogurte (ou diet)	
	Ou sorvete (ou diet) (mínimo de 80g)	
	Ou suspiro	



III	Refresco de polpa de fruta
	Ou água de coco (embalagem individual tetrapack)
	Ou mate

d.12.7) Variação e frequência dos alimentos e preparações componentes dos cardápios para pacientes, funcionários e acompanhantes

CARNES	TIPO DE CORTE	PREPARAÇÕES	FREQUÊNCIA	
			SEMANAL	MENSAL
Aves	Filé de frango, frango em pedaços (peito, coxa ou sobrecoxa)	Assadas, a caçadora, a milanesa, grelhadas, e estrogonofe	5	-
Peixes	Filé de pescada e merluza	Assados, à milanesa, à doré, cozidos, à escabeche ensopados e grelhados	2	-
Vísceras bovinas	Fígado, Dobradinha	Bifes, iscas, ensopadas, etc	-	1
Carne bovina com osso	Rabada, costela	Cozido, ensopado		1
Embutidos (*)	Lingüiça de frango, lingüiça de porco, salsicha, salsichão	Assado, frito, ensopado		1
Carne suína (*)	Costeleta, lombinho, bisteca, pernil	Assadas, fritas e grelhadas	1	-
Carne Seca Ou Lombo Salgado (*)	Quarto traseiro / Dorso	Ensopada, assada	-	1
Carne Bovina	Alcatra, chã de dentro, lagarto, patinho, acém	Almôndegas, escalopinho, bife simples de alcatra, à milanesa, rolê, de panela, assado com ou sem recheio, à parmegiana, panqueca, goulash, moída(**), brochette, churrasco, estrogonofe e quibe	5	-

OUTRAS PREPARAÇÕES

- Salada;
- Sopa;
- Massa e arroz;
- Guarnição;
- Molho;
- Ovo;
- Leguminosas;



d.13) Tecnologia da Informação

Utilizaremos os sistemas de gestão compatíveis com o objeto do projeto.

O Serviço de Tecnologia da Informação fornecerá a manutenção e o controle da configuração dos Equipamentos utilizados na unidade, além do gerenciamento de acesso em níveis de segurança pré-estabelecidos nos softwares utilizados.

Cabe ainda à TI seguir as políticas de segurança e a implementação da auditoria de processos inerentes ao serviço, conforme regras estabelecidas pela empresa, assim como a garantia da transferência de dados operacionais e gerenciais ao parceiro público.

d.13.1 Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para a Equipe de TI

1. POP para Chamados de TI

- **Objetivo:** Assegurar uma resposta eficiente e organizada aos problemas de TI relatados pelos usuários.
- **Procedimento:**
 - **Registro de Chamados:** Utilizar o sistema de tickets online para que os usuários relatem problemas. Cada ticket deve ser respondido inicialmente em até 2 horas úteis.
 - **Triagem e Priorização:** Classificar os chamados em urgente (resposta em 4 horas), alta (24 horas), média (3 dias úteis) e baixa prioridade (7 dias úteis).
 - **Resolução de Chamados:** Resolver chamados de acordo com a prioridade estabelecida. Manter comunicação constante com o usuário sobre o progresso.
 - **Feedback e Avaliação:** Solicitar feedback do usuário após cada chamado resolvido e realizar uma revisão mensal dos processos de chamados.

2. POP para Atuação da Equipe de TI

- **Objetivo:** Garantir a manutenção contínua e a otimização dos sistemas e infraestrutura de TI.
- **Procedimento:**
 - **Monitoramento Constante:** Monitorar sistemas e infraestrutura 24/7 para detecção precoce de problemas.
 - **Atualizações e Manutenções:** Executar atualizações de sistema e manutenções preventivas semanais, preferencialmente em horários de baixa atividade.
 - **Treinamento Contínuo:** Participação em treinamentos e atualizações trimestrais para manter a equipe atualizada com as últimas tecnologias e práticas.

3. POP para Rotina Diária da Equipe de TI

- **Objetivo:** Estabelecer uma rotina diária eficaz para a equipe de TI, cobrindo todas as necessidades operacionais.
- **Procedimento:**
 - **Checklist Diário:** Executar a lista de verificação de rotina todas as manhãs para garantir o funcionamento ideal de todos os sistemas.
 - **Reuniões de Coordenação:** Realizar reuniões diárias breves (15 minutos) para alinhar tarefas e prioridades.
 - **Revisão e Melhoria:** Conduzir uma revisão mensal das rotinas e processos para identificar áreas de melhoria e ajustar as estratégias conforme necessário.

d.14) Manutenção Predial

A manutenção predial é essencial para o bom funcionamento da unidade e deve considerar tanto a manutenção preventiva e corretiva. As atividades de manutenção predial incluem, basicamente:

1. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva das instalações eletromecânicas, com estabelecimento de fichas de serviços de Equipamentos;
2. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial: Fichas de ordens serviços: (serralheria, vidraçaria, marcenaria, pintura, pedreiro, mobiliário metálico e de madeira);
3. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva do sistema de gasoterapia: (Fichas de controles);
4. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva das instalações eletromecânicas;
5. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva da estrutura predial: Fichas de ordens serviços: (Hidráulica e elétrica);
6. Rotinas de manutenção preventiva e corretiva de extintores de incêndio.

a) ROTINA DE MANUTENÇÃO E PREVENÇÃO DIÁRIAS

- Manutenção Elétrica de Baixa Tensão

Revisão de interruptores, tomadas, iluminação fluorescente e incandescente, disjuntores, reatores, painéis elétricos, aparelhos telefônicos, interfones e redes telefonia.

b) ROTINA DE MANUTENÇÃO E PREVENÇÃO SEMANAIS

- Manutenção Elétrica de Baixa Tensão das Instalações Prediais

Quadro de Distribuição: Reaperto de terminais, conectores disjuntores e chaves elétricas;

Quadro de Comandos elétricos: Reaperto de terminais, limpeza de contatos, reaperto de fusíveis, substituição de cabos danificados, revisão de botoeiras, sinalizadores lâmpadas e limpeza geral.

c) ROTINA DE MANUTENÇÃO E PREVENÇÃO MENSAIS



- Manutenção Elétrica de Baixa Tensão das Instalações Prediais

Revisão geral de todos os disjuntores da subestação primária e secundária, assim como instrumentos de medição, manutenção de todos os sistemas elétricos, instrumentação e motores.

d) ROTINA DE MANUTENÇÃO E PREVENÇÕES ANUAIS

- Manutenção Elétrica de Alta Tensão das Instalações Prediais

Limpeza geral de barramentos, limpeza de TC e TP, disjuntores de alta tensão e revisão eletroeletrônica de todos os instrumentos de medição;

Rotina de manutenção e prevenção da estrutura;

Instalação hidráulica e elétrica.

I. ROTINA DE MANUTENÇÃO E PREVENÇÃO HIDRÁULICA DAS INSTALAÇÕES PREDIAIS

a. Procedimentos Diários

Revisão de pias, lavatórios, vasos sanitários, torneiras, sifões, descargas, tampas de vasos, registros, engates, duchas higiênicas, válvulas, engraxetamento de válvulas, misturadores, ralos, caixas sanfonadas, tubulações hidráulicas.

b. Procedimentos Semestrais

Lavagem de reservatórios de água com fornecimento de teste bacteriológico antes e após lavagem.

II. ROTINAS A SEREM ADOTADOS DURANTE OS PROCEDIMENTOS DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E CORRETIVA

a. Preencher ordem de serviço;

b. Identificar o objeto onde será executado o serviço, que consistirá na solução de problemas que ocorreram entre o período de visitas, (semana a semana) a exemplo de defeitos ou danos, bem como na mão de obra para todos os reparos incluindo substituição de materiais, peças e acessórios, de forma a garantir o perfeito funcionamento do Equipamento, móveis ou instalações prediais e eletromecânicas, na qual deverá ser feito durante o período de visita;



- c. No caso da necessidade de substituição de peças, o profissional deverá fazer a requisição de pedido de substituição, discriminando corretamente os materiais na ordem de serviço;
- d. Após aprovação da ordem de serviço pela Organização Social, o serviço deverá ser executado;
 - Concluído os reparos, a ordem de serviço será arquivada pela entidade e ficará disponível ao parceiro público;

O serviço de manutenção será realizado por empresa especializada terceirizada a ser contratada.

Os Serviços a serem executados deverão obedecer às diretrizes estabelecidas nesta sistematização

a) Profissionais: Responsáveis pelo Serviço de Manutenção e outros profissionais do Serviço a critério deste.

Etapas de Trabalho 1º Semana

- a) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para apresentação e discussão de experiências com resultados positivos na área e divisão dos trabalhos;
- b) Levantamento e Sistematização das normas e rotinas existentes no âmbito do objeto do Contrato;
- c) Levantamento e sistematização do estado geral da unidade hospitalar, com relatórios fotográficos dos pontos críticos, para o estabelecimento de prioridades de intervenção corretiva e planejamento da manutenção preventiva.

2º Semana

a) Levantamento e sistematização do estado geral do prédio, com relatório fotográfico dos pontos críticos, para o estabelecimento de prioridades de intervenção corretiva e planejamento da manutenção preventiva.



3º Semana

- a) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para conhecimento e avaliação dos Trabalhos realizados até o momento e apresentação de uma Minuta Padrão de Plano de Manutenção.
- b) Elaboração dos Planos de Manutenção.

4º Semana

- a) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para conhecimento e avaliação dos Planos de Manutenção.
- b) Correção das possíveis alterações.
- c) Reunião Geral de todos os componentes do Grupo de Trabalho para aprovação final dos Planos de Manutenção.

OBSERVAÇÃO: Durante a elaboração do Plano de Manutenção, os colaboradores procederão à execução dos serviços de emergência, bem como, dos serviços de manutenção preventiva e corretiva preestabelecidos em cronograma de execução.

Equipe:

Supervisor: Profissional com experiência comprovada mínima 05 (cinco) anos em Manutenção Predial Corretiva e Preventiva e cujas principais atribuições serão: garantir na sua totalidade a existência de Recursos Humanos capacitados para a execução dos serviços; supervisionar a execução de orçamentos dos serviços relacionados com a execução de serviços de manutenção; fazer cumprir rigorosamente a execução dos serviços previstos no Plano de Manutenção; Manter permanente contato, informando imediatamente, por escrito, qualquer irregularidade que possa comprometer as instalações das Unidades; Supervisionar e coordenar o bom andamento e execução dos serviços de manutenção e operação das instalações, responsabilizando-se civil e tecnicamente pelos serviços efetuados pelos profissionais contratados; Orientar toda a equipe de manutenção na execução das tarefas diárias de manutenção e operação; Controlar a movimentação e frequência de pessoal; Controlar o uso e distribuição de



materiais, equipamentos, ferramentas e EPIs; Apresentar mensalmente o relatório dos serviços programados e realizados no período em conformidade com o preconizado neste plano de trabalho; Executar outras tarefas correlatas;

Coordenador de refrigeração: Profissional experiência em manutenção preventiva e corretiva de sistemas de refrigeração, cujas principais atribuições serão: elaboração do Plano de Manutenção Operação e Controle (PMOC); coordenação das equipes de manutenção; elaboração de laudos técnicos de equipamentos de refrigeração; elaboração de relatórios; supervisão a execução dos serviços realizados informando imediatamente qualquer irregularidade que possa comprometer o funcionamento dos sistemas; execução das demais tarefas correlatas.

Encarregado: Profissional com experiência comprovada nas atividades inerentes à função. Dentre as quais se destacam: acompanhar e orientar a execução dos serviços de acordo com a programação pré-definida; programar a distribuição de materiais e ferramentas; garantir o bom uso e conservação dos equipamentos e

ferramentas, controlando sua entrega e verificando seu estado quando da devolução; supervisionar a atuação com relação a normas de segurança, uso adequado dos equipamentos e prevenção de acidentes; comunicar imediatamente ao Engenheiro Supervisor qualquer irregularidade observada; executar outras tarefas correlatas.

Eletricista - Este profissional deverá possuir experiência comprovada na área de manutenção de instalações prediais. Conhecimentos práticos e teóricos de circuitos de iluminação, tomadas, interruptores, disjuntores, quadros de distribuição gerais, parciais e de comando, aterramentos, pára-raios em instalações elétricas de Baixa Tensão.

Eletricista operador de subestação plantonista: Este profissional deverá ser Técnico em Eletrotécnica com experiência comprovada na Área de Manutenção de Subestação e Grupos Motores Geradores. Deverá ter conhecimentos práticos e teóricos em Operação, Manutenção Preventiva e Corretiva em equipamentos eletromecânicos, instalações mecânicas e elétricas em Alta Tensão. Suas principais atribuições serão: executar os serviços planejados de manutenção preventiva e corretiva das instalações elétricas de alta tensão, e operação dos equipamentos eletromecânicos da Subestação e Grupos

Motores Geradores; executar as operações de manobras de chaves, disjuntores e painéis de comando; executar as manobras operacionais de acordo com os procedimentos adotados e aprovados pela Divisão de Engenharia e Infra-estrutura, para o caso de falta de fornecimento de energia elétrica na Subestação e cabine de entrada e medição; executar todas as rotinas operacionais na Subestação e na cabine de entrada e medição; executar manobras e transferências; acompanhar todos os serviços especializados e assistência técnica da CONCESSIONÁRIA na Subestação e cabine de entrada e medição, quando autorizado pelo Serviço de Manutenção da Unidade; executar demais atividades correlatas.

Horário e Equipes de Prestação de Serviços

Deverão permanecer 24 horas por dia, inclusive sábado, domingos e feriados, operador de subestação (técnico eletrotécnico), Mecânico em Refrigeração.

Do Escopo dos Serviços

Os serviços a serem estabelecidos no plano de manutenção, objeto do presente, deverão ser executados, obedecendo aos seguintes Procedimentos e Rotinas de Conservação e Manutenção:

A - Arquitetura

Os serviços de conservação e manutenção em arquitetura normalmente restringem-se à substituição de elementos quebrados ou deteriorados. Esta substituição deve ser feita após a remoção do elemento falho e da reconstituição original, se assim for o caso, de sua base de apoio, adotando-se então o mesmo processo construtivo.

Conforme o caso será necessário a substituição de toda uma área ao redor do elemento danificado, de modo que, na reconstituição do componente, não sejam notadas áreas diferenciadas, manchadas ou de aspecto diferente, bem como seja garantido o mesmo desempenho do conjunto.

Se a deterioração do elemento for derivada de causas ou defeitos de base, deverá está também ser substituída. Outras causas decorrentes de sistemas danificados de áreas técnicas diversas, como hidráulica, elétrica e outras deverão ser verificadas e sanadas antes da correção da arquitetura. Durante a execução dos serviços deverão ser tomados os cuidados necessários quanto ao isolamento e limpeza da área onde houver as intervenções.

Serviços Preliminares

Os serviços preliminares, tais como: demolições, transportes, remoções e tapumes de vedações deverão ser executados de modo a minimizar os estragos nas áreas não danificadas, preservando a integridade dos demais elementos, sem interferir nas rotinas de funcionamento da Unidade.

Pinturas - piso, parede e teto

Na constatação de falhas ou manchas, ou mesmo em caso de conservação preventiva de qualquer pintura de componente da edificação, deverá ser realizado o

lixamento completo da área ou componente afetado, tratamento da base ou da causa do aparecimento das manchas ou falhas, quando houver.

Revestimento Cerâmico, vinílico/ melamínicos e/ou piso, parede e teto

Se placas ou peças do revestimento se destacarem deverão ser retirados o revestimento de toda a área em volta e verificar a existência ou não de problemas na estrutura do piso. Se houver problemas de dilatação excessiva, recomendar-se-á a substituição de todo o piso por elementos mais flexíveis. Se não, proceder-se-á à recomposição do piso adotando-se o mesmo processo construtivo.

Coberturas

As recomposições de elementos da cobertura deverão ser feitas sempre que forem observados vazamentos ou telhas quebradas. Seguir rotina de visita e limpeza de

telhados, canaletas, ralos tipo “abacaxi”, calhas de águas pluviais embutidas e aparentes. Deverá ser seguido sempre os manuais do fabricante, e nunca fazer a inspeção ou troca de elementos com as telhas molhadas.

Esquadrias, vidros e ferragens

Substituição e/ou recuperação das portas, janela, portões e demais elementos de vedação, nos materiais usualmente disponíveis no mercado - PVC, Ferro, Madeira e Alumínio.

Mobiliário, bancadas e outros

Recuperação do mobiliário de madeira existente com substituição das partes danificadas ou confecção de pequenas peças (prateleiras, bancadas e outros), quando solicitado.

Pavimentação

a) Pavimentos em blocos de concreto

A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos com afundamentos. Nestes locais será realizada a remoção dos blocos, a reconstrução da

camada de base e a recolocação dos blocos que não estiverem danificados, de conformidade com os procedimentos mencionados nas Práticas de construção.

b) - Pavimentos em Paralelepípedo

A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais, será realizada a remoção dos paralelepípedos e a reconstrução da camada de base, seguida da recomposição das peças removidas e rejuntamento. Mesmo em áreas ou pontos sem afundamentos, o rejuntamento deverá ser refeito sempre que necessário. Os serviços deverão ser executados de conformidade com os procedimentos indicados nas Práticas de Construção.

c) – Pavimentos em Pedra Portuguesa

A inspeção periódica da superfície deverá delimitar os pontos e áreas com afundamentos. Nestes locais, será realizada a remoção das pedras portuguesas e a reconstrução da camada de base, seguida da recomposição das peças removidas e rejuntamento. Mesmo em áreas ou pontos sem afundamentos, o rejuntamento deverá ser refeito sempre que necessário. Os serviços deverão ser executados de conformidade com os procedimentos indicados nas Práticas de Construção.

Estruturas Metálicas

a) - Pontos de Corrosão

Será realizada a limpeza da área afetada, que poderá ser manual, através de escovas de aço, ou mecânica, através de esmeril ou jateamento com areia. Após a limpeza deverá ser medida a espessura da chapa na região afetada para avaliação das condições de segurança e da necessidade de reforço da estrutura. A recomposição da pintura, através de procedimentos análogos ao da aplicação original e recomendações dos fabricantes.

b) - Parafusos frouxos

A existência de parafusos frouxos indica uma estrutura com movimentação atípica, não prevista no projeto. De início, os parafusos deverão ser novamente apertados. Os afrouxamentos constantes de um mesmo parafuso justificam uma avaliação e eventual reforço estrutural, pois tal comportamento poderá levar a estrutura à ruína por fadiga do material.

c) - Deslocamentos Excessivos

Deslocamentos dos componentes da estrutura fora do padrão normal deverão ser observados para verificação e acompanhamento adequado. Um parecer Técnico, do autor do projeto, será importante para determinar a necessidade de instalação de instrumentos de medida e avaliação estrutural.

d) - Trincas em soldas e chapas de base

As trincas que vierem a ser detectadas tanto em soldas quanto nos materiais de base, deverão ser recuperadas de acordo com as recomendações da AWS. O frequente

aparecimento de trincas na mesma região justifica uma avaliação e eventual reforço da estrutura.

e) - Falhas na Pintura

As falhas ou manchas na pintura da estrutura deverão ser recuperadas de conformidade com os procedimentos originais e recomendações dos fabricantes. Deverá ser pesquisada a causa do aparecimento das falhas e manchas, a fim de evitar a sua reincidência. De preferência, a interpretação das anomalias deverá ser realizada através de parecer técnico do autor do projeto.

f) - Segurança

Todos os procedimentos deverão ser precedidos dos cuidados de segurança, sendo adotados as proteções e isolamentos necessários durante a execução dos serviços.

B- INSTALAÇÕES HIDRÁULICAS E SANITÁRIAS

Os serviços de manutenção de instalações hidráulicas e sanitárias serão realizados exclusivamente por profissionais da empresa contratada.

ÁGUA FRIA

Reservatórios - semestrais

- Inspeção e reparos do medidor de nível, torneira de bóia, extravasor, sistema automático de funcionamento das bombas, registros de válvulas de pé e de retenção;
- Inspeção de ventilação do ambiente e das aberturas de acesso;
- Controle do nível de água para ventilação de vazamentos;
- Inspeção de tubulações imersas na água;

Bombas Hidráulicas - mensais

- Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;



- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático;

Válvulas e Caixas de Descargas - mensal

- Inspeção de vazamento;
- Regulagens reparos dos elementos componentes;
- Teste de vazamento nas válvulas ou nas caixas de descarga;

Registro, Torneiras e Metais Sanitários - mensal

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento com troca de guarnição, aperto de gaxeta e substituição do material completo;

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios) – trimestral

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento;
- Serviços de limpeza e desobstrução;
- Reparos de trecho e de fixações, inclusive repintura;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Ralos e aparelhos sanitários - mensal

- Inspeção de funcionamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução

Válvulas reguladoras de pressão - mensal



- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários;

ÁGUA QUENTE

Bombas hidráulicas - mensais

- Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente;
- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático;

Registros, torneiras e metais sanitários - mensais

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos de vazamentos com troca de guarnição, aperto de gaxeta e substituição do material danificado ou gasto;

Tubulações (tubo, conexões, fixação e acessórios) – trimestrais

- Inspeção de vazamento;
- Serviço de limpeza e desobstrução;
- Reparos de trechos e de fixações;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões;
- Inspeção do estado de conservação do isolamento térmico; Aquecedores e acessórios - trimestrais
- Inspeção do estado de conservação;
- Inspeção de válvula de segurança, termostato, queimadores ou resistências térmicas;
- Inspeção da sala de aquecedores, controle do nível de ventilação e exaustão;



- Limpeza das placas de recepção dos raios solares;
- Inspeção de funcionamento dos equipamentos de comandos;
- Reparos necessários;
- Verificação dos tanques de acumulação
- Verificação dos boilers elétricos;

Válvulas reguladoras de pressão - mensal

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários;

ESGOTOS SANITÁRIOS

Poço de recalque - semestrais

- Inspeção e reparo das tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvula de retenção;
- Inspeção da ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle das trincas nas paredes para verificação de vazamentos.

Bombas de recalque e esgoto - mensais

- Verificar o alinhamento dos eixos das bombas;
- Medição de folga das luvas de acoplamento;
- Medição da resistência de isolamento dos motores;
- Inspeção das conexões hidráulicas;
- Inspeção de gaxetas, manômetros e ventilação do ambiente;



- Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;
- Verificação de funcionamento do comando automático;

Tubulações (tubo, conexões, fixações e acessórios) - trimestrais

- Inspeção de corrosão;
- Inspeção de vazamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução;
- Reparos de trechos de fixações, inclusive repintura;
- Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Ralos, sifões e aparelhos sanitários - mensais

- Inspeção periódica de funcionamento;
- Serviços de limpeza e de desobstrução;

Fossas sépticas – semestrais

- Inspeção de tampas e transbordamentos;
- Reparos necessários;
- Limpeza de fossa - anual

Caixas coletoras e Caixas de gorduras - trimestrais

- Inspeção geral;
- Retirada dos materiais sólidos;
- Retirada dos óleos e gorduras;

ÁGUAS PLUVIAIS

Poços de recalque - semestrais



- Inspeção e reparo das tampas herméticas, chaves de acionamento das bombas, válvulas de gaveta e válvula de retenção;

Inspeção da ventilação do ambiente e das aberturas de acesso, controle periódico das trincas nas paredes para verificação de vazamentos;

Bombas de recalque - mensais

Inspeção de gaxetas, manômetros, ventilação do ambiente; Lubrificação de rolamentos, mancais e outros;

Verificação de funcionamento do comando automático;

Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios) - trimestrais Inspeção de corrosão;

Inspeção de vazamento;

Serviços de limpeza e de desobstrução;

Reparos de trechos de fixações, inclusive repintura; Inspeção das uniões dos tubos x conexões;

Ralos - mensais

Inspeção periódica de funcionamento; Serviços de limpeza e de desobstrução;

Calhas e condutores - mensais Inspeção de vazamentos;

Serviços de limpeza e de desobstrução; Reparos de trechos e de fixações; Inspeção das uniões x tubos;

Pintura das calhas e condutores metálicos;

Caixas de inspeção e de Areia - trimestral Inspeção de funcionamento;

Serviço de limpeza e de desobstrução;

INSTALAÇÕES ELÉTRICAS E ELETRÔNICAS

Deverá ser executada anualmente inspeção termográfica para detectar e diagnosticar elevadas temperaturas, bem como, acréscimos de temperatura em componentes elétricos tais como: quadros elétricos, subestação, grupos geradores, central de ar condicionado, iluminação, entre outros. Deverão ser emitidos laudos indicando as correções necessárias, ilustrados com os respectivos termogramas e registros fotográficos dos pontos de calor excessivo, visando o prolongamento da eficiência operacional dos sistemas,

- Entrada de energia Alta tensão: Subestações
- Teste de rigidez dielétrica;
- Verificação do nível de óleo;
- Verificação dos isoladores, fixação, rachaduras;
- Regulagem dos relés de proteção;
- Inspeção dos contatos e substituição dos que apresentarem fortemente queimados;

Inspeção semanal dos painéis de reversão automáticas, incluindo a limpeza dos contatos e os procedimentos necessários à manutenção das chaves, contadores e componentes diversos, conforme descrição a seguir nos itens pertinentes.

- Transformadores de força - anual
- Detecção de vazamentos;
- Verificação do nível e da rigidez dielétrica do óleo;
- Inspeção das partes metálicas;
- Testes de isolação;
- Limpeza geral;

Transformadores de corrente e potencial - anual

- Inspeção das partes mecânicas;
- Testes de isolamento;
- Limpeza geral;
- Ensaios de excitação;
- Testes de relação;
- Relés de proteção - anual
- Limpeza geral;
- Inspeção eletromecânica;
- Reaperto de parafusos e terminais; calibração
- Ensaios de operação;
- Instrumental de medição - anual
- Limpeza geral;
- Inspeção eletromecânica;
- Reaperto de parafusos e terminais;
- Aferição de escala;

Seccionadores - anuais

- Limpeza de contatos;
- Lubrificação;



- Reaperto de parafusos e terminais;
- Testes de isolamento;
- Resistência de contatos;

Disjuntores a volume de óleo - anual

- Teste de rigidez dielétrica;
- Verificação de nível de óleo;
- Verificação dos isoladores, fixação rachaduras;
- Regulagem dos relés de proteção;
- Inspeção do estado do reservatório de ar, dos registros e das tubulações;
- Inspeção dos contatos e substituição dos que se apresentarem fortemente queimados;

Disjuntores a seco - anual

- Regulagem dos relés de sobre corrente;
- Verificação do alinhamento dos contatos;

Aterramento e proteção contra descargas atmosféricas - semestral

- Verificação do estado de conservação das hastes e isoladores;
- Medida de isolamento;
- Continuidade do cabo de terra, tubo de proteção e eletrodo;

Baixa Tensão: Gerador e sistema de Emergência



A manutenção de grupos de emergência deverá ser realizada de conformidade com as recomendações do fabricante do equipamento. Os serviços deverão ser executados por profissional especializado ou pelo fabricante do equipamento.

Motor diesel - trimestral

- Verificar a existência de vazamentos;
- Verificar a vedação da tampa do radiador;
- Completar os níveis de óleo lubrificante e água; verificar atuação do pré aquecimento;
- Limpar filtros de ar;
- Verificar tensão e estado das correias;
- Verificar o estado da colméia do radiador;
- Verificar mangotes e braçadeiras de fixação;
- Verificar e lubrificar o sistema de aceleração e parada do motor;
- Verificar funcionamento do gerador através de teste sem carga semanalmente;
- Alternador - trimestral
- Substituir escovas defeituosas;
- Lubrificar rolamentos;
- Verificar funcionamento da ponte de diodos - excitação "Brush-less";
- Limpar internamente com ar comprimido;
- Medir resistência de isolamento (Campo e armadura);
- Verificar a retífica dos anéis coletores;



- Medir resistência ôhmica dos rolamentos;

Executar testes de vibração, verificando rolamentos e eventuais desbalanceamentos, corrigindo se necessário;

- Quadro de alimentação, comando, proteção e sincronismo - trimestral
- Reapertar conexões;
- Substituir lâmpadas queimadas;
- Corrigir atuação do painel de sincronismo;
- Substituir fusíveis queimados;
- Limpar internamente com ar comprimido;
- Verificar contatos das chaves contadoras, substituindo se necessário;
- Verificar atuação dos relés de proteção;
- Verificar funcionamento do flutuador de baterias;
- Medir resistência de isolamento, corrigindo se necessário;
- Aferir instrumentos;
- Regular tensão e frequência do gerador;

Testes (leitura) - mensal

Colocar o motor em marcha com carga de, no mínimo 50 %, por 30 minutos e anotar as seguintes leituras:

- Pressões;
- Temperatura do motor;
- Frequência;



- Tensão do gerador;
- Corrente do gerador;
- Simular falta de rede com o equipamento no automático e anotar : tempo de entrada do grupo e tempo de transferência.

Diversos - Semestral

- Limpar todo o conjunto;
- Verificar bóia de óleo combustível;
- Drenar resíduos d'água do tanque do óleo combustível;
- Verificar aterramento;
- Limpar respiro do tanque de óleo combustível;
- Sistema de Distribuição

Quadros geral de luz e força - mensal

- Leitura dos instrumentos de medição e verificação das possíveis sobrecargas ou desbalanceamentos;
- Verificação do aquecimento e funcionamento dos disjuntores termo- magnéticos;
- Medição de amperagem nos alimentadores em todas as saídas dos disjuntores termos-magnéticos;
- Verificação da concordância com as condições limites de amperagem máxima permitida para a proteção dos cabos;
- Verificação do aquecimento nos cabos de alimentação;
- Limpeza externa e interna do quadro;



- Verificação das condições gerais de segurança no funcionamento do quadro geral;
- Inspeção de isoladores e conexões;
- Reaperto dos parafusos de contato dos disjuntores, barramentos, seccionadores e contadores;
- Verificação da resistência do aterramento, com base nos limites normalizados;

Contadores - trimestral

- Limpeza dos contatos;
- Reaperto dos parafusos de ligação;
- Lubrificação das partes móveis;
- Limpeza da câmara de extinção;
- Ajuste de pressão dos contatos;
- Luminárias - mensais
- Inspeção e limpeza;
- Substituição de peças defeituosas (reatores, soquetes, vidros de proteção e outros);

Interruptores e tomadas – mensal

- Inspeção e execução dos reparos necessários;

Lâmpadas - semanais

- Inspeção e substituição das lâmpadas queimadas;

Fios e cabos - trimestrais

- Testes de isolamento;
- Inspeção da capa isolante;
- Temperatura e sobrecargas, reaperto dos terminais;
- Sistema de Sonorização e Chamada de Pacientes

Teste de Fontes de Sinal

- Sequência do teste:
- Desligar fonte de programa;
- Desligar rede de sonofletores;
- Injetar sinal no nível especificado para o equipamento, através de gerador de áudio;
- Verificar tensão de saída;
- Verificar distorção harmônica;
- Verificar resposta de frequência.

Sonofletores

- Verificação auditiva por amostragem, se não está gerando ruído.
- Linha de Distribuição
- Levantamento da impedância total da linha e testes de continuidade.
- Verificação visual
- Partes móveis dos componentes centrais;



Redes de aterramento - semestral

- Verificação da resistência ôhmica, com base nos valores limites normalizados, com emissão de laudo;
- Verificação dos índices de umidade e alcalinidade do solo de aterramento com base nos valores normalizados;
- Verificação da resistência às condições de uso das ligações entre o aterramento e os equipamentos;
- Verificação de uso da malha de aterramento, suas condições normais conexões, malha de cobre nu, etc;
- Sistema de Proteção contra descargas atmosféricas - Para-raios - semestral
- Verificação do estado de conservação das hastes isoladoras;
- Verificação da medida de isolamento com emissão de laudo;
- Verificação da continuidade do cabo de terra, tubo de proteção e eletrodo;

INSTALAÇÕES MECÂNICAS E DE UTILIDADES

Instalações de gás combustível

Tubulação (tubo, conexões, fixações e acessórios) - semestral

- Inspeção de vazamentos e corrosões;
- Serviços de limpeza;
- Reparos de trechos e fixações;
- Inspeção das uniões dos tubos com as conexões;
- Pintura contra corrosão (anual);



Válvulas reguladoras de pressão - semestral

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários;

Oxigênio - Semestral

- Tubulação (tubos, conexões, fixações e acessórios)
- Inspeção de vazamentos e corrosões;
- Serviços de limpeza;
- Reparos de trechos, suportes e pintura;
- Troca ou manutenção periódica das válvulas reguladoras de pressão;
- Inspeção e reparo dos sistemas de segurança;
- Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medições;
- Reparos necessários;
- Pintura contra corrosão.

Válvulas reguladoras de pressão e purgadores - semestral

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários;

VÁCUO - SEMESTRAL

- Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios)
- Inspeção de vazamentos e corrosões;
- Serviços de limpeza;
- Reparos nos trechos, suportes e fixações;



- Manutenção das válvulas de seccionamento;
- Inspeção e reparo dos sistemas anti-contaminação;
- Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medição;
- Inspeção das conexões x tubos;
- Pintura contra corrosão;
- Bomba de vácuo
- Inspeção de funcionamento;
- Inspeção e reparo na pintura;
- Inspeção e lubrificação das partes móveis tal como caixa de rolamento;
- Inspeção de rolamentos, mancais, selos mecânicos, acoplamento e outros;
- Verificação das juntas e gaxetas quando forem desmontadas;
- Verificação periódica do nível de ruído proveniente do desbalanceamento dinâmico;
- Verificação da alteração da temperatura e registrá-la como parâmetro;
- Verificação do funcionamento dos filtros, resfriadores, desumidificadores;
- Inspeção da ventilação e temperatura do ambiente da central de vácuo;

NITROGÊNIO – SEMESTRAL

- Tubulações (tubos, conexões, fixações e acessórios)



- Inspeção de vazamentos e corrosões;
- Serviços de limpeza;
- Reparos nos trechos, suportes e fixações;
- Manutenção das válvulas de seccionamento;
- Inspeção e reparo dos sistemas anti-contaminação;
- Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medição;
- Inspeção das conexões x tubos;
- Pintura contra corrosão;

Bebedouros - Mensais

- Verificação da alimentação elétrica;
- Verificação da existência de vazamento;
- Verificação do resfriamento da água;
- Verificação da regulagem dos jatos d'água das torneiras baixa e alta;
- Verificação do aspecto externo do bebedouro.
- Verificação do filtro;
- Verificação do termostato;
- Verificação de todos os componentes e reaperto geral;
- Medição da corrente no compressor;
- Limpeza interna;
- Lubrificação de todas as chapas e partes móveis.

Freezers, Geladeiras - Mensal



- Verificação dos funcionamentos elétrico e mecânico;
- Inspeção no quadro geral de alimentação;
- Medição da resistência de isolamento dos motores e compressores;
- Limpeza dos equipamentos frigoríficos;
- Teste de vazamento nas conexões e tubulações de gás refrigerante;
- Alinhamento de todas as polias e correias, quando existirem;
- Reaperto de porcas e parafusos do conjunto compressor/condensador;
- Localização e eliminação pontos de corrosão
- Lubrificação de todas as partes móveis;
- Repintura anticorrosiva.

AR-CONDICIONADO (JANELA, SPLIT E CENTRAL)

TIPO JANELA Mensal

- Verificação do estado físico das tomadas de energia elétrica e disjuntores;
- Verificação de apoio e vedação dos aparelhos nas esquadrias;
- Verificação do funcionamento da chave seletora;
- Verificação do funcionamento do termostato;
- Verificação do comando de exaustão e/ou renovação;
- Verificação de vibrações anômalas;
- Limpeza do painel frontal e verificação de sua fixação;



- Verificação do aquecimento e funcionamento dos disjuntores termomagnéticos;
- Verificação de aquecimento nos cabos de alimentação;
- Verificação do funcionamento dos aparelhos observando ruídos anormais elétricos ou mecânicos;
- Verificação dos drenos de escoamento das bandejas;
- Verificação da temperatura nas salas;
- Medição da corrente (A) no compressor e comparação com os valores de placa;
- Verificação dos componentes elétricos dos aparelhos;
- Medição da tensão nas tomadas de energia elétrica;
- Verificação do rendimento dos aparelhos pela medição da temperatura na entrada e na saída do evaporador;
- Limpeza dos filtros de ar, com substituição se necessário;
- Limpeza externa dos aparelhos.

Trimestral

- Limpeza do evaporador e condensador;
- Limpeza da ventoinha e hélice, com reaperto dos parafusos;
- Localização e eliminação dos pontos corrosão;
- Verificação de vibrações anômalas;
- Medição da corrente (A) no compressor e comparação com os valores de placa;



- Verificação dos componentes elétricos do aparelho;
- Verificação do rendimento dos aparelhos pela medição da temperatura na entrada e na saída do evaporador;
- Limpeza dos filtros de ar, com substituição se necessário;
- Limpeza externa dos aparelhos.

TIPO SPLIT -Mensal

- Limpeza de filtro de ar, drenagem, gabinete e bandejas;
- Limpeza de evaporador e bandeja;
- Verificação e correção de vibrações efetuando reaperto das conexões e suportes;
- Teste dos controles e comandos de operações dos equipamentos;
- Medição e registro de Tensão Nominal e Corrente Nominal;
- Eventuais atendimentos para regularização do funcionamento dos equipamentos;

Trimestral

- Verificação dos terminais elétricos, substituindo-os quando necessário;
- Verificação da atuação dos dispositivos de proteção do sistema;
- Verificação e eliminação de vazamentos de fluido refrigerante;
- Verificação do filtro secador;
- Eliminação de pontos de ferrugem;

Anual



- Lubrificação dos componentes;
- Verificação do balanceamento do sistema;
- Verificação de obstruções ou aletas amassadas no condensador e evaporador;
- Medição de pressões;

EQUIPAMENTO CENTRAL

Conforme Plano de Manutenção operação e Controle (PMOC).

CALDEIRA, REDE DE VAPOR E CONDENSADO

Rede de Vapor e Condensado

- Verificações diárias - Deverá ser providenciada programação em todos os problemas apontados nas inspeções a seguir que não exijam reparos imediatos.
- Tubulações (tubos, conexões, fixação e acessórios)
- Inspeção de vazamento e corrosão;
- Serviços de limpeza;
- Inspeção das válvulas de seccionamento;
- Inspeção e reparo nos sistemas de segurança;
- Inspeção e recalibragem dos equipamentos de medição;
- Reparos de trechos e de fixações;
- Inspeção das uniões das conexões aos tubos;
- Pintura contra corrosão, quando necessário;
- Inspeção e reparo dos isolamentos térmicos;



- Inspeção e reparo das juntas de dilatação;
- Inspeção e reparos dos purgadores, filtros, indicador de nível, termostatos, dispositivo de alimentação de água.

Válvulas Reguladoras de Pressão

- Inspeção de funcionamento;
- Reparos necessários.

CALDEIRAS

Todas as verificações, inspeções e intervenções deverão ter anotações resumidas no livro de Inspeção de Segurança.

Diária (7 dias da semana)

- Inspeção do corpo de nível e descarga das torneiras de prova;
- Verificação do abre-fecha da válvula de segurança;
- Verificação da estanqueidade das válvulas de segurança;
- Descarga da caldeira, segundo prescrição de tratamento de água;
- Limpeza dos indicadores de nível em geral;
- Amostras da água de alimentação e descarga para controle;
- Limpeza da caldeira e casa de caldeiras.

Manutenção

- Executar a descarga de fundo
- Verificação e limpeza dos indicadores do nível de água;



- Verificação do compressor de ar;
- Limpeza da casa de caldeiras;
- Verificação das bombas de alimentação;
- Verificação dos motores elétricos;
- Verificação dos mancais;
- Verificação da ignição.

Semanal

- Inspeção das válvulas;
- Inspeção dos queimadores de óleo;
- Inspeção dos filtros de óleo.

Mensal:

- Limpeza de controles automáticos;
- Limpeza dos filtros de água;
- Drenagem do tanque de condensado, remoção da válvula de bóia e verificação de sedimentos no interior do tanque, testando a válvula antes de realocá-la;
- Lubrificação dos motores elétricos;
- Verificação e aperto das gaxetas da bomba de água e do alinhamento da bomba e do motor;
- Exame dos parafusos de fixação de motor e bomba;
- Verificação do estado dos purgadores de vapor;



- Remoção e secagem do filtro do compressor de ar;
- Revisão das unidades de aquecimento e bombeamento de óleo combustível;
- Limpeza dos eletrodos do corpo de nível;
- Limpeza dos tubos de conexão e registros do corpo de nível;
- Limpeza do ventilador e da caixa de ar, trocando a junta da caixa do ventilador;
- Medição dos índices de NOx, CO e outros gases provenientes da queima de óleo, descarregados no ambiente pelas chaminés.

Trimestral:

- Verificação das alvenarias e isolantes;
- Remoção das juntas e guarnições, retirando resíduos;
- Verificação das válvulas, hastes e sedes;
- Reaperto de parafusos das partes que são aquecidas;
- Exame nos anteparos de aberturas que provocam vazamento de gases;
- Exame de corrosão, incrustações e vazamentos das superfícies internas e externa em tubos, tambores e coletores com limpeza de lodo ou incrustações;
- Verificação de rachaduras, vazamentos, folgas das partes de pressão e estado das juntas de dilatação no material refratário;
- Exame de vazamentos, desgastes e estado das juntas de dilatação no material isolante;
- Fervura da caldeira para retirada de óleo e graxas.

Semestral:

- Realizar inspeção e manutenção em conformidade com a Norma NBR-12177, recomendações do fabricante e portaria DNSHT-20. Fazer exame interno e externo de todo o conjunto gerador de vapor, executando:
- Substituição das gaxetas das bombas;
- Manutenção dos motores;
- Limpeza dos tubos de fogo;
- Verificação dos refratários;
- Verificação das correias;
- Limpeza da superfície externa das correias;
- Limpeza dos tanques de água de alimentação.

Cronograma para Implantação do Processo de Manutenção Predial

Item	Etapas Execução	De	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento													
2	Treinamento e implantação do Programa de Manutenção Predial													
3	Monitorização e avaliação da implantação programada de Manutenção Predial													

11

d.15) Engenharia Clínica

A manutenção preventiva, corretiva, calibração e a substituição de acessórios dos Equipamentos médico-hospitalares e radiológicos das UPAs estão sob a responsabilidade da engenharia clínica. A estrutura operacional da Engenharia Clínica se apoia na legislação vigente. O atendimento de suporte estará nas 24 (vinte quatro horas) do dia, 365 (trezentos e sessenta e cinco dias) do ano.

A implantação de um sistema de manutenção de Equipamentos médico-hospitalares deve considerar a importância e a forma de realização e gerência do serviço a ser executado.

Não basta uma equipe de manutenção, simplesmente consertar um Equipamento, é preciso conhecer seu o nível de importância nos procedimentos clínicos e/ou nas atividades de suporte a tais procedimentos. É necessário conhecer sua história dentro da unidade, a que grupo ele pertence, sua vida útil, seu nível de obsolescência, suas características de construção, a possibilidade de substituição durante a manutenção; enfim, tudo o que caracteriza o Equipamento e que possa subsidiar o serviço de manutenção, visando a obter segurança e qualidade no resultado do trabalho.

Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas, no conhecimento da urgência da realização do serviço, no estabelecimento de uma rotina de manutenção preventiva e na obtenção do nível de confiabilidade exigido, já que uma manutenção inadequada poderá colocar em risco a vida do paciente. Portanto é imprescindível programas de educação permanente também para este grupo de trabalho, incluindo os colaboradores que utilizam estes dispositivos.

Diante do exposto é pertinente estabelecer um sistema de gerenciamento dos serviços capaz de garantir a presteza e confiabilidade na execução.

Para a elaboração da implantação da equipe de manutenção para a unidade de pronto atendimento, deve-se adotar a seguinte sequência de procedimentos:

- Classificação dos Equipamentos por grupos (Preferencialmente o agrupamento será por tipo de utilização e classificados conforme a



utilização médico-hospitalar: Equipamentos de imagem (raio-X), Equipamentos de diagnóstico (tais como: eletrocardiógrafo, esfigmomanômetro e monitores multiparamétricos), Equipamentos de terapia (ventiladores), Equipamentos de apoio (ar-condicionado, processadora de filmes e geladeiras/congeladores) e Equipamentos de infraestrutura (grupo gerador, sistema de iluminação, no-break, transformadores e filtros de água);

- Infraestrutura física e local de realização da manutenção;
- Definição do tipo de contrato de manutenção a ser adotado;
- Especificação do perfil e número de pessoas;
- Infraestrutura material necessária.

Os seguintes controles deverão ser realizados:

- Os controles envolvidos no recebimento dos Equipamentos adquiridos pela unidade de pronto atendimento;
- Os controles necessários, desde a solicitação do serviço para a manutenção até o retorno do Equipamento à operação;
- Os controles periódicos em relação ao grupo de manutenção e à qualidade dos serviços por ele oferecidos.

A criação e estruturação deste serviço se darão ao longo da implantação deste contrato.

Todos os Equipamentos possuirão uma ficha histórica, contendo todos os dados detalhados, conforme modelo apresentado a seguir:



MODELO DE FICHA DE MANUTENÇÃO PARA ENGENHARIA CLÍNICA

EQUIPAMENTO: _____

MARCA: _____ MODELO: _____

N/S: _____ PAT: _____ DATA: ____ / ____ / ____

Resp. Técnico:

Técnico em atendimento: _____

Chefia do Setor: _____

CONDIÇÕES DO EQUIPAMENTO:

OPERACIONAL	INOPERANTE

Testes	Razoável	Conforme	Não Conforme	Observação
Rede AC				
Temperatura				
Ruído				
Sensores				
Alarmes				
Parâmetros				

Observações:

O serviço de engenharia clínica será terceirizado pela Organização Social.

O IEC adotará as seguintes ferramentas gerenciais para Manutenção de Equipamentos-Engenharia Clínica nas unidades de saúde:

Ferramentas gerenciais:

Inventário de equipamentos (conhecimento da quantidade e qualidade dos equipamentos);

Cadastramento individual de cada equipamento (Tipo, fabricante, modelo, n° de série, patrimônio, valor de aquisição atualizado, n° de reparos no equipamento nos últimos 6 meses, idade aproximada do equipamento);

Classificação dos equipamentos por grupos;


Cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos de acordo com a classificação e grau de risco (risco: equipamentos que apresentam alto grau de risco a vida do paciente ou ao operador);

Ordem de serviço;

O desenvolvimento de programas de manutenção preventiva, em diversos grupos de manutenção de equipamentos hospitalares, tem por objetivo ampliar a vida útil dos equipamentos, reduzir os custos com manutenções corretivas e aumentar a segurança e o desempenho dos mesmos.

Cronograma para Processo de Contratação da empresa Responsável pela Engenharia Clínica

Item	Etapas Execução	De	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	Mês 5	Mês 6	Mês 7	Mês 8	Mês 9	Mês 10	Mês 11	Mês 12
1	Reunião de planejamento													
2	Estudo de Mercado e Análise Curricular das empresas candidatas													
3	Contratação de empresas terceirizadas													
4	Treinamento e implantação do Programa de Engenharia Clínica													
5	Monitorização e avaliação da implantação do programa de Engenharia Clínica													
6	Acompanhamento dos indicadores de desempenho setorial													

 Período de Execução

d.16) Transporte

As demandas administrativas em unidades hospitalares são elevadas. Há grande fluxo de documentos, que circulam entre a sede, unidade e parceiro público, assim como o transporte de pessoas.

Desta forma, é necessário que a unidade e sede possuam veículos destinados a estes fluxos, extremamente necessários ao bom andamento do serviço.



PLANILHA MENSAL DE CONTROLE DE ABASTECIMENTO E KM POR VIATURA

MÊS / ANO

[illegible]

d.17) Seguros

- Unidade: Seguro contra incêndio, danos materiais e desastres da natureza;
- Equipamento médicos hospitalares: Seguro contra furto e roubo, cobrindo até 30% do valor total dos Equipamentos alocados na unidade;
- Responsabilidade civil: Seguro com cobertura de até R\$ 300.000,00 voltado para proteger os profissionais que prestam serviço na unidade, o parceiro público e a entidade.

d.18) Telefonía E Banda Larga

d.19) Concessionárias de Serviços Públicos

451



LEITURA ATUAL:		09/09/2021
LEITURA ANTERIOR:		09/08/2021
PRÓXIMO MÊS:		07/10/2021
APRESENTAÇÃO:		09/09/2021
KWH TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	
5364		
LEIT. ATUAL:	5333	
LEIT. ANT. :	10,00	
CONSTANTE:	310	
0		

Fluxo de Relacionamento com Concessionárias de Serviços Públicos

1. Recebimento de Contas

- **Designação de Ponto de Recebimento:** Será definido um ponto central para o recebimento de todas as contas de serviços públicos (água, eletricidade, gás, etc.).
- **Registro Inicial:** Será registrado o recebimento de cada conta no sistema de controle, anotando a data de recebimento, o serviço, e o valor.

2. Controle de Contas

- **Verificação e Análise:** Será verificado a cada conta para assegurar a precisão dos detalhes, como montantes, datas de vencimento e correspondência com o consumo ou uso.
- **Catálogo:** Catalogar as contas em um sistema de gerenciamento, classificando-as por serviço, período de cobrança, e valor.
- **Alertas de Vencimento:** Configurar alertas automáticos para as datas de vencimento, assegurando que nenhuma conta seja esquecida ou paga atrasada.

3. Envio para o Setor Responsável pelo Pagamento

- **Encaminhamento:** Encaminhar as contas verificadas e catalogadas para o setor financeiro responsável pelo pagamento.
- **Confirmação de Recebimento:** O setor financeiro deve confirmar o recebimento de cada conta e verificar se todas as informações estão corretas.
- **Agendamento de Pagamento:** Agendar os pagamentos para cada conta, respeitando as datas de vencimento e assegurando uma gestão de caixa eficiente.
- **Registro de Pagamento:** Registrar o pagamento de cada conta no sistema de controle, incluindo a data de pagamento e a forma de pagamento utilizada.

4. Monitoramento e Revisão

- **Relatórios Mensais:** Gerar relatórios mensais das contas de serviços públicos, analisando tendências de consumo e custos.
- **Auditoria Regular:** Realizar auditorias regulares para garantir a eficácia do processo e identificar oportunidades de melhoria ou economia.

d.20) Serviço de Auditoria Contábil, Fiscal e Financeira e Contabilidade

Serviços terceirizados, porém realizados na sede da entidade e na unidade objeto do contrato de gestão. Visam dar suporte as atividades fiscais e contábeis, como emissão de



guias de pagamento (DARF e outros) e confecção da prestação de contas dentro das normativas emanadas pelo parceiro público e normas brasileiras de contabilidade. Suporte a legislação e ao mesmo tempo salvam guardam a Organização Social e o Parceiro Público.

A auditoria visa revisar todos os procedimentos realizados pela entidade e seus profissionais, nova verificação da prestação de contas e emissão de pareceres de conformidade ou não conformidade e orientação para correção dos erros encontrados e melhorias.

d.21) Jurídico

Serviço terceirizado responsável por todas as questões jurídicas no âmbito civil, administrativo e trabalhista. Orienta e defende a entidade e o parceiro público de possíveis problemas na execução do contrato de gestão.

d.22) Medicina do Trabalho

Serviço terceirizado responsável pela saúde do trabalhador, coordena e orienta o SESMET, conforme descrito no item D.7. Emite o Atestado de Saúde Ocupacional (ASO), cuida de todos os procedimentos relativo a admissão e demissão e acompanhamento de colabores no que tange a sua saúde.

A seguir, é apresentado ficha de controle do serviço de Medicina do Trabalho.

ENCAMINHAMENTO PARA EXAMES		
EMPRESA:		
FUNCIONÁRIO:		
RG:	CPF:	
DATA DE NASCIMENTO:	TELEFONE:	-
SETOR:	FUNÇÃO:	
<input type="checkbox"/> ADMISSIONAL	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> DEMISSÃO
<input type="checkbox"/> PERIÓDICO SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> MUD DE FUNÇÃO	<input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA
<input type="checkbox"/> DESEMBARQUE	<input type="checkbox"/> RETORNO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> RETORNO AO TRABALHO
<input type="checkbox"/> TRABALHO EM ALTURA (NR -35)	<input type="checkbox"/> ESPAÇO CONFINADO (NR-33)	
<input type="checkbox"/> ÁCIDO HIPÚRICO	<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO	<input type="checkbox"/> OUTROS:
<input type="checkbox"/> ÁCIDO MANDÉLICO	<input type="checkbox"/> LIPIDOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ÁCIDO METIL-HIPÚRICO	<input type="checkbox"/> MANGANES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ÁCIDO DELTA (ALAU)	<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ÁCIDO ÚRICO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ACUIDADE VISUAL	<input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO DAS FEZES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ANAMNESE	<input type="checkbox"/> PSICOSSOCIAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA	<input type="checkbox"/> RX COLUNA CERVICAL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AUDIOMETRIA VOCAL	<input type="checkbox"/> RX COLUNA LOMBAR	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	<input type="checkbox"/> RX COLUNA LOMBOSACRA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CHUMBO	<input type="checkbox"/> RX COLUNA TORÁCICA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COBRE	<input type="checkbox"/> RX TORÁX	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COLESTEROL TOTAL	<input type="checkbox"/> SANGUE OCULTO NAS FEZES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CREATININA	<input type="checkbox"/> TESTE ROMBERG	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EAS (URINA)	<input type="checkbox"/> TESTE ERGOMÉTRICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> TGO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ELETROENCEFALOGRAMA	<input type="checkbox"/> TGP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ESPIROMETRIA	<input type="checkbox"/> TIPO SANGÜÍNEO E FATOR RH	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> EXAME CLÍNICO	<input type="checkbox"/> TOXICOLÓGICO (URINA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FOSFATASE ALCALINA	<input type="checkbox"/> TRIGLICÉRIDES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> UREIA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> GLICOSE	<input type="checkbox"/> VDRL	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> NECESSÁRIO JEJUM - MÍNIMO 08 HORAS E MÁXIMO 14 HORAS		
<input type="checkbox"/> NÃO É NECESSÁRIO JEJUM.		
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL DA EMPRESA.		
OBS:		
ATENDIDO POR:		
CADASTRADO POR:		
LIBERADO POR:	DATA DO EXAME: / /	

d.23) Sistema ERP de Gestão E Ponto Biométrico

O Sistema ERP (*Enterprise Resource Planning* ou Planejamento de Recursos Empresariais) é uma ferramenta de gestão integrada que permite a uma empresa automatizar e gerenciar muitas de suas práticas de negócios relacionadas a aspectos operacionais e produtivos. As características e funcionalidades de um sistema ERP deve possuir:

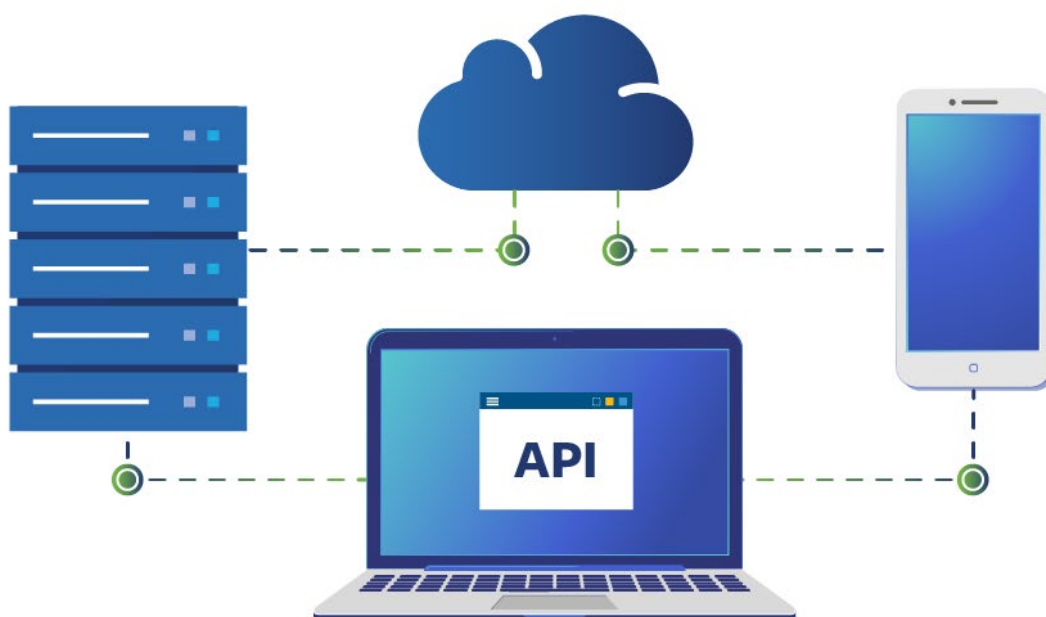
Características Principais de um Sistema ERP

1. **Integração de Dados e Processos:** O ERP integra diversas funções de negócios (como finanças, vendas, recursos humanos, produção) em um único sistema, facilitando o fluxo de informações entre todos os departamentos da instituição.
2. **Automatização de Processos:** Automatiza tarefas repetitivas e gerencia complexidades operacionais, permitindo que os funcionários se concentrem em tarefas mais estratégicas.
3. **Atualização em Tempo Real:** Oferecer informações atualizadas em tempo real, ajudando na tomada de decisões rápida e baseada em dados concretos.
4. **Segurança de Dados:** Oferecer recursos robustos de segurança e controle de acesso para proteger informações sensíveis da empresa.

Funcionalidades Comuns dos Sistemas ERP

1. **Gestão Financeira:** Controle financeiro, incluindo contabilidade, gestão de fluxo de caixa, análise de custos e orçamentos.

2. **Administração de Recursos Humanos:** Gerenciamento de recursos humanos, como folha de pagamento, recrutamento, avaliação de desempenho e gestão de benefícios.
3. **Gestão de Vendas e Clientes:** Automatização do processo de vendas, gerenciamento de relacionamento com clientes (CRM), pedidos e faturamento.
4. **Gestão de Cadeia de Suprimentos:** Planejamento de demanda, gestão de estoque, compras e logística.
5. **Produção e Operações:** Planejamento e controle da produção, gestão de qualidade e manutenção de equipamentos.
6. **Análise e Relatórios:** Ferramentas de *Business Intelligence* (BI) para análise de dados e geração de relatórios detalhados.



Implementação e Manutenção

- A implementação do ERP requer planejamento cuidadoso, mapeamento de processos de negócios, treinamento de funcionários e, às vezes, mudanças significativas na gestão e na cultura organizacional.
- A manutenção e atualização contínuas são essenciais para garantir que o sistema permaneça eficaz e alinhado com as mudanças nos negócios e na tecnologia.

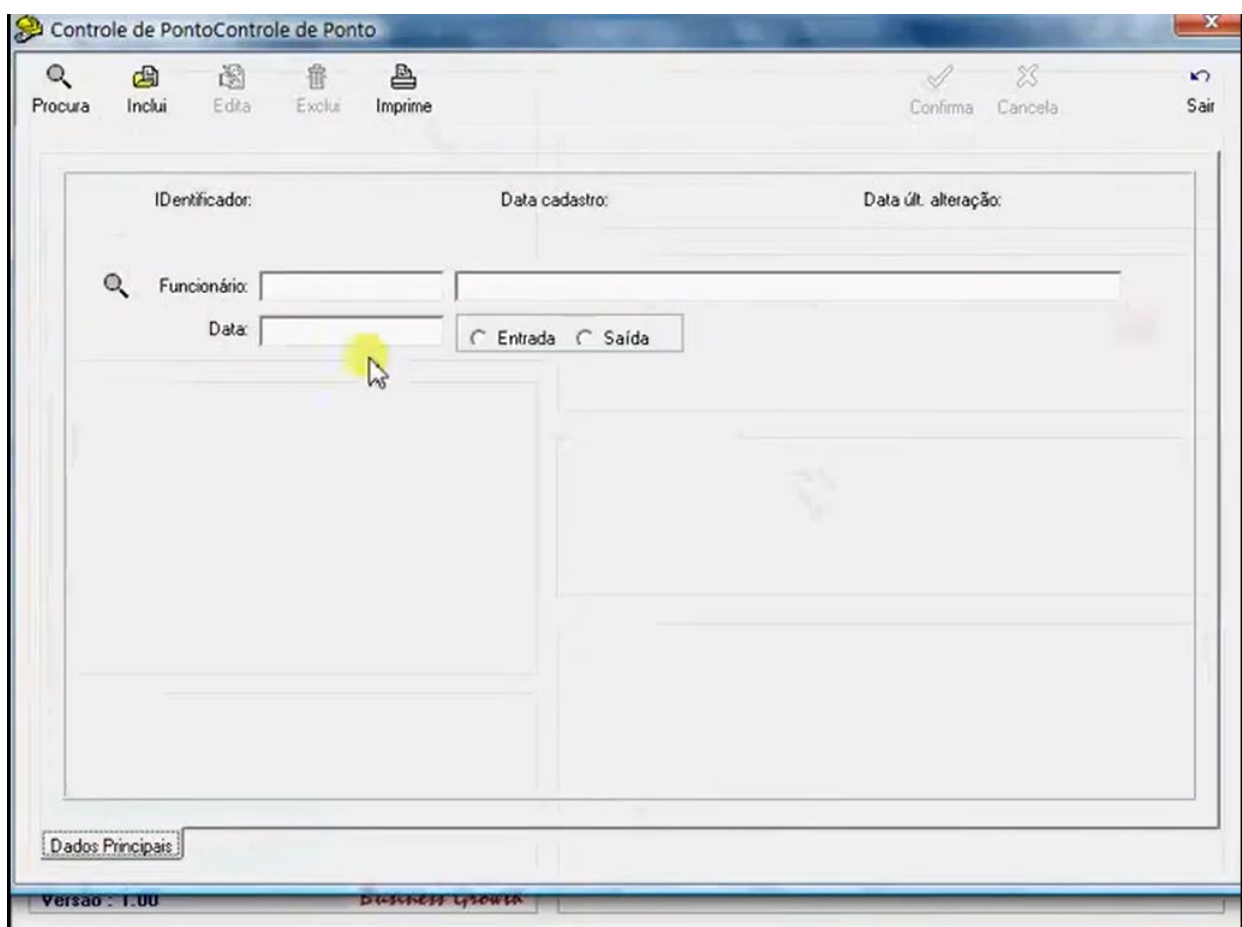
O sistema ERP bem implementado pode transformar significativamente a eficiência operacional de uma empresa, melhorando a tomada de decisões e a produtividade.

O sistema de ponto biométrico visa registrar a entrada e saída dos colaboradores, suas faltas e atrasos. Fica sob a responsabilidade do setor de recursos humanos, que acompanha e auxilia cada funcionário contratado.

Ponto Biométrico

É um sistema de registro de presença ou acesso que utiliza a biometria como método de identificação. A biometria refere-se à identificação única de indivíduos com base em características físicas ou comportamentais. No contexto do ponto biométrico, geralmente são usadas impressões digitais, mas também podem ser utilizados outros atributos biométricos, como reconhecimento facial, íris, voz ou até mesmo padrões de veias. Independente do modelo a ser utilizado, quando integrado ao ERP, possibilita a o controle financeiro da folha de pagamento observando os critérios pré-definidos como por exemplo horas extras e faltas.





d.24) Aluguel

Destinado a suportar as despesas com as salas necessárias à execução do projeto, incluindo as despesas com a sede (Rateio) e com a filial no município. Nestes locais, se encontram os colaboradores e terceirizados contratados além de toda infraestrutura necessária para dar suporte as ações e serviços da unidade objeto do contrato de gestão.



d.25) Bens Patrimoniais

A gestão eficaz do patrimônio é uma prática fundamental para organizações de todos os tipos e tamanhos, sejam elas empresas, instituições governamentais, entidades sem fins lucrativos ou qualquer outra forma de entidade. O patrimônio de uma organização é

composto por todos os bens, ativos e recursos que ela possui, e o acompanhamento preciso desses elementos é crucial para a tomada de decisões informadas, a prestação de contas, a conformidade com regulamentações e a otimização de recursos.

Nesse contexto, o mecanismo de controle do patrimoniamiento de cada item adquirido emerge como uma ferramenta vital. Trata-se de um sistema que permite à organização acompanhar aquisições, alocação, uso, manutenção, depreciação e descarte de cada item patrimonial de forma individualizada. Esse nível de detalhamento é essencial para garantir que os recursos da organização sejam utilizados de maneira eficaz, que os ativos sejam protegidos e que o cumprimento das normas e regulamentos seja assegurado.

Este texto explorará em detalhes a importância do mecanismo de controle do patrimoniamiento de cada item adquirido, discutindo sua aplicação em diferentes contextos e setores. Além disso, abordará as melhores práticas, tecnologias e abordagens para implementar e manter esse mecanismo, fornecendo uma visão abrangente sobre como as organizações podem otimizar a gestão de seu patrimônio e, conseqüentemente, promover a eficiência, a transparência e a responsabilidade na administração de recursos. O controle do material permanente como os Equipamentos e mobiliários é feito pelo setor de patrimônio. O serviço de patrimônio controla os extravios, as saídas dos Equipamentos das unidades para conserto, empréstimos, transferências, além de dar baixa no número de controle dos bens sem condições de uso (alienação). Estabelece a forma e períodos para a realização do inventário dos bens existentes.

A responsabilidade pelos bens patrimoniais é dividida entre a chefia da UPA e os responsáveis diretos pelo uso dos mesmos. Os bens podem ser divididos em três grupos distintos, a saber:

Finalidade: agrupados quanto ao uso a que se destinam;

Duração: podem ser agrupados como permanentes ou de consumo. Os permanentes têm durabilidade maior que dois anos, como os Equipamentos e mobiliários. Os materiais de consumo têm duração prevista para no máximo dois anos, sendo consumíveis pelo próprio uso, como os descartáveis.

Porte: podem ser pequeno, médio ou grande porte. É estabelecido conforme as necessidades da instalação, como os respiradores.



d.25.1) Manual de Procedimentos Para Controle Patrimonial

DISPOSIÇÕES GERAIS

O presente instrumento dispõe acerca do controle patrimonial de bens móveis que integram o patrimônio da Unidade.

MATERIAL

Para fins deste Manual, material é designação genérica de móveis, equipamentos, componentes sobressalentes, acessórios, utensílios, veículos em geral, matérias-primas e outros bens utilizados ou passíveis de utilização nas atividades da unidade.

Quanto à sua natureza e finalidade, os materiais são classificados conforme aspectos e critérios de classificação em naturezas de despesas contábeis.

BENS MÓVEIS

São agrupados como Material de Consumo ou Material Permanente.

MATERIAL DE CONSUMO

É aquele que, em razão de seu uso corrente, perde normalmente sua identidade física e/ou tem sua utilização limitada a 02 (dois) anos. Sua aquisição é realizada em despesa de custeio e não possui controle após sua distribuição.

Materiais que apresentem baixo valor monetário, baixo risco de perda e/ou alto custo de controle patrimonial devem, preferencialmente, ser considerados como materiais de consumo.

Material de consumo armazenado em estoque de almoxarifado é considerado integrante do patrimônio da Unidade.

MATERIAL PERMANENTE

É aquele que, em razão de seu uso corrente, não perde sua identidade física e/ou tem uma durabilidade superior a 02 (dois) anos. Sua aquisição é realizada em despesa de capital e possui controle individualizado.

Para fins de controle patrimonial, imóvel é considerado material permanente.

CLASSIFICAÇÃO

Quanto à forma de utilização, um bem móvel é classificado em:

- a) de uso individual, quando apenas uma pessoa o utiliza contínua e constantemente;
- b) de uso coletivo ou comum, quando for utilizado por várias pessoas.

Quanto à situação patrimonial, um bem é classificado como:

- a) Bom - quando estiver em perfeitas condições e em uso normal;
- b) Ocioso - quando, embora esteja em perfeitas condições, não está sendo usado;
- c) Recuperável - quando estiver avariado e sua recuperação for possível e orçar, no máximo, até cinquenta por cento de seu valor de mercado;
- d) Antieconômico - quando estiver avariado e sua recuperação orçar mais do que cinquenta por cento de seu valor de mercado ou seu rendimento for precário, em virtude de uso prolongado, desgaste prematuro ou obsolescimento;
- e) Irrecuperável - quando não mais puder ser utilizado para o fim a que se destina devido à perda de suas características ou em razão da inviabilidade econômica de sua recuperação.

PEDIDOS DE MATERIAL DE CONSUMO E PERMANENTE

As requisições de material de consumo de uso comum devem ser dirigidas à Divisão de Material e Patrimônio mediante sistema informatizado no período de 01 a 10 de cada mês.

As requisições serão atendidas, no máximo, até o dia 20 de cada mês.

A quantidade de material a ser fornecida é controlada, levando-se em consideração o consumo médio mensal das unidades requisitantes.

A unidade interessada na utilização de material permanente deve formalizar pedido de compra à setor de compras, respeitando os trâmites processuais, após verificar previamente junto ao almoxarifado a disponibilidade do material.

As requisições que não puderem ser atendidas serão encaminhadas à diretoria para análise de viabilidade e oportunidade de aquisição.

AQUISIÇÃO

Os materiais componentes do patrimônio da unidade são adquiridos mediante compra, doação, permuta, cessão ou produção interna assim definidas:

- a) Compra - aquisição remunerada de material com utilização de recursos orçamentários;
- b) Doação - modalidade de aquisição em que os materiais são entregues gratuitamente a unidade por entidades públicas ou privadas;
- c) Permuta - troca de materiais entre a unidade e outros órgãos ou entidades da Administração Pública.
- d) Cessão - ocorre quando materiais são entregues a unidade com transferência gratuita de posse e direito de uso, por órgãos ou entidades da Administração Pública.
- e) Bens Gerados em Produção Interna - são aqueles produzidos no próprio órgão.

RECEBIMENTO

Compete à Unidade de Almoxarifado, em conjunto com a Unidade de Patrimônio, o recebimento de bens móveis e materiais adquiridos.

Ao dar entrada no Almoxarifado, o bem deve estar acompanhado:

- a) no caso de compra, de Nota Fiscal, Fatura ou Nota Fiscal/Fatura correspondente;
- b) no caso de recebimento em doação, permuta ou cessão, pelo termo ou outro documento comprobatório que oriente o registro do bem no Sistema de Controle de Material;
- c) no caso de bem-produzido internamente, por documento com estimativa do custo de sua produção ou valor de avaliação de mercado.

1.2 RECEBIMENTO PROVISÓRIO

É o ato pelo qual o material é entregue a unidade no local previamente designado, não implicando aceitação. Este procedimento transfere apenas a responsabilidade pela guarda e conservação do material do fornecedor à Unidade recebedora.

A prova do recebimento é constituída pela assinatura do responsável no documento fiscal e serve apenas como ressalva ao fornecedor, para os efeitos do item 4, alínea “a” e de comprovação da data da entrega.

5.2 RECEBIMENTO DEFINITIVO (ACEITE)



É o ato pelo qual o colaborador competente ou comissão designada, declara, na Nota Fiscal ou em outro documento hábil, que o material recebido satisfaz às especificações contratadas, consoante o art. 73 da Lei 8.666/93.

REGISTRO PATRIMONIAL

Procedimento administrativo que consiste em incluir no cadastro patrimonial da Unidade as características, especificações, número de tombamento, valor de aquisição e demais informações sobre um bem permanente adquirido.

O Registro Patrimonial atribui uma conta patrimonial do Plano de Contas da Unidade a cada material de acordo com a finalidade para a qual foi adquirido.

O valor do bem a ser registrado é o constante do respectivo documento fiscal, de doação, permuta, cessão, produção interna ou avaliação.

TOMBAMENTO

Consiste na formalização da inclusão física de um material permanente no acervo da unidade, com a atribuição de um número único de registro patrimonial.

O número de tombamento é apostado mediante gravação, fixação de plaqueta, etiqueta ou qualquer outro método adequado às características físicas do bem e é único para todas as unidades da unidade.

Na fixação de plaqueta, deverão ser observados os seguintes aspectos:

- a) apor em local de fácil visualização para efeito de identificação, preferencialmente na parte frontal do bem;
- b) evitar fixar plaqueta em partes que não ofereçam boa aderência;
- c) evitar áreas que possam acarretar a deterioração da plaqueta.

Materiais permanentes e materiais de consumo recebidos, mediante qualquer processo de aquisição, devem ser incorporados ao patrimônio da Unidade antes de serem distribuídos às Unidades que irão utilizá-los.

DISTRIBUIÇÃO E CONTROLE PATRIMONIAL

O almoxarifado distribui o material permanente de forma a atender o pedido gerador de sua compra.

Nenhum material permanente pode ser distribuído a qualquer colaborador sem a respectiva Carga Patrimonial, que se efetiva com assinatura aposta em Termo de Movimentação de Bens.



Carga Patrimonial é a efetiva responsabilidade pela guarda e uso de material pelo seu consignatário. Somente servidor investido em função de confiança pode se responsabilizar pela Carga Patrimonial.

Descarga Patrimonial se efetiva com a transferência de responsabilidade pela guarda do material. É necessária comunicação ao almoxarifado com a informação do número do tombamento e o motivo.

Em caso de ausência de Aceite no Termo de Movimentação Patrimonial, o responsável pelo almoxarifado informa a Diretoria Geral para devidas providências.

RESPONSABILIDADE POR USO, GUARDA E CONSERVAÇÃO

Ao almoxarife responsável pela Carga Patrimonial cabe zelar pelo uso, guarda e conservação, devendo comunicar qualquer irregularidade ocorrida com o bem.

Compete ao responsável pela Carga Patrimonial:

- a) solicitar ao almoxarifado, no início de suas atividades na unidade para a qual foi designado, que seja lavrado o Termo Geral de Responsabilidade dos Bens que serão mantidos sob sua guarda;
- b) conferir e certificar o Material Permanente existente sob sua guarda e solicitar ao almoxarifado do Termo de Responsabilidade assumido, quando dispensado das atribuições na unidade para a qual foi designado;
- c) adotar medidas e estabelecer procedimentos complementares às normas constantes deste Manual, que visem a garantir o efetivo controle do Material Permanente existente em sua unidade;
- d) realizar conferência periódica, parcial ou total, sempre que julgar conveniente e oportuno, independentemente do inventário anual;
- e) supervisionar as atividades relacionadas com o bom uso e guarda dos bens localizados em sua Unidade.

Compete a todos os colaboradores:

- a) dedicar cuidado aos bens do Acervo Patrimonial da Unidade, bem como ligar, operar e desligar equipamentos conforme as recomendações e especificações de seu fabricante;
- b) adotar providências que preservem a segurança e conservação dos bens móveis existentes em sua Unidade;
- c) manter os bens de pequeno porte em local seguro;



- d) comunicar, o mais breve possível, à Chefia imediata ou à Unidade de Segurança a ocorrência de qualquer irregularidade envolvendo o patrimônio da unidade, providenciando, em seguida, a comunicação escrita.

Todo Colaborador poderá ser chamado à responsabilidade pelo dano que, dolosa ou culposamente, causar a qualquer material que esteja ou não sob sua guarda.

MOVIMENTAÇÃO DE MATERIAL

A movimentação de material deve ser precedida de registro no instrumento de controle no período ocorrido entre sua incorporação e desincorporação patrimonial.

O almoxarifado supervisiona e controla a distribuição do material solicitado, promovendo os cortes necessários nos pedidos de fornecimento das unidades requisitantes.

Nenhum Material Permanente poderá ser movimentado sem a respectiva carga, que se efetiva com o termo de responsabilidade, assinado pelo consignatário.

A movimentação de materiais só poderá ocorrer com a ciência do almoxarifado.

LEVANTAMENTO FÍSICO

Procedimento administrativo que certifica a existência de um bem em uma unidade. Deve ser verificada a coincidência da descrição do material com os registros de controle patrimonial.

No levantamento físico de um bem permanente, deve ser verificada a integridade e afixação do Número de Tombamento, cujo comprometimento deve ser imediatamente comunicado ao almoxarifado.

O levantamento pode abranger um ou certo conjunto de bens ou a totalidade de bens existentes em uma ou mais unidades de saúde.

INVENTÁRIO

Procedimento administrativo realizado por meio de levantamentos físicos, que consiste no arrolamento físico-financeiro de todos os bens existentes em uma ou mais unidades, no estoque de Almoxarifado, no depósito de Patrimônio e em toda a unidade.

OBJETIVOS:

- a) verificar a exatidão dos registros de controle patrimonial, mediante a realização de levantamentos físicos em uma ou mais unidades;
- b) verificar a adequação entre os registros do sistema de controle patrimonial;
- c) fornecer subsídios para a avaliação e controle gerencial de Materiais Permanentes.



TIPOS DE INVENTÁRIO:

- a) de verificação - realizado a qualquer tempo, com o objetivo de verificar qualquer bem ou conjunto de bens, por iniciativa do almoxarifado ou a pedido do responsável pela carga patrimonial;
- b) de transferência - realizado quando da mudança de um titular de função de confiança detentor de Carga Patrimonial;
- c) de criação - realizado quando da criação de uma unidade;
- d) de extinção - realizado quando da extinção ou transformação de uma unidade;
- e) anual - realizado para comprovar a exatidão dos registros de controle de todo o patrimônio da unidade.

Durante a realização de qualquer tipo de inventário, fica vedada toda e qualquer movimentação física de bens localizados nas unidades abrangidas pelos trabalhos, exceto mediante autorização da Presidência ou Diretoria Geral.

Os inventários estão a cargo do responsável pela carga patrimonial e ou por comissão específica. O almoxarifado deve apresentar ao inventariante o Termo Geral Contábil da unidade onde se realizará o inventário.

O inventário anual é realizado por uma Comissão de Inventário, composta de, no mínimo, três membros. Para auxiliar a Comissão, podem ser convocados estagiários e funcionários de empresas prestadoras de serviços para desenvolver tarefas administrativas sob supervisão do Presidente da Comissão. No desempenho de suas funções, a Comissão de Inventário é competente para:

- a) requisitar servidores, máquinas, equipamentos, transporte, materiais e tudo mais que for necessário ao cumprimento das tarefas da Comissão;
- b) identificar a situação patrimonial e o estado de conservação dos bens inventariados, discriminando em relatório os suscetíveis de desfazimento para ciência da Unidade de Patrimônio;
- c) propor ao Diretor Geral a apuração de irregularidades constatadas;
- d) relacionar e identificar com numeração própria da Comissão os bens permanentes que se encontram sem número de tombamento, código de barras, plaqueta metálica ou outro tipo de etiqueta que comporta o número de patrimônio ou ainda, sem o devido registro patrimonial para que O almoxarifado tome as devidas providências;

- e) solicitar o livre acesso em qualquer recinto para efetuar levantamento e vistoria de bens.

As informações básicas para elaboração do relatório de inventário podem ser obtidas através de:

- a) levantamento físico dos bens;
- b) cadastro de bens móveis.

A Comissão designada para realizar o inventário anual deve apresentar ao Diretor Geral um relatório, circunstanciando todas as irregularidades e demais aspectos observados nos trabalhos. Toda documentação de quaisquer inventários deve ser arquivada na Diretoria Geral.

ALIENAÇÃO, DESFAZIMENTO E RENÚNCIA

O Material Permanente considerado por comissão específica ocioso, recuperável, antieconômico ou irrecuperável, cuja permanência ou remanejamento no âmbito da unidade seja julgado desaconselhável ou inexecutável, é passível de alienação, por meio de venda, doação ou permuta, ou desfazimento, por meio de inutilização ou abandono.

O almoxarifado efetua, periodicamente, levantamento de bens suscetíveis de alienação ou desfazimento, excetuando-se os equipamentos de informática, que ficam a cargo da Secretaria de Tecnologia da Informação.

A alienação ou qualquer outra forma de desfazimento dos bens considerados genericamente inservíveis fica a cargo de comissão composta de, no mínimo, três membros, designada pela Presidência.

O desfazimento de bens, havendo existência de interesse público e autorização da Presidência, dependerá de avaliação prévia feita pelo órgão competente da Administração Pública. A avaliação prévia será feita considerando-se o preço de mercado ou, na impossibilidade de obtê-lo, pelo valor histórico corrigido ou valor atribuído por avaliador competente. A licitação será dispensada e a avaliação prévia deverá ser feita pelo valor de aquisição ou pelo custo de produção nos seguintes casos de alienação:

- a) doação, permitida exclusivamente para fins e uso de interesse social, após avaliação de sua oportunidade e conveniência socioeconômica relativamente à escolha de outra forma de alienação, não devendo acarretar quaisquer ônus para a unidade;



- b) permuta, permitida exclusivamente entre órgãos ou entidades da Administração Pública.

A alienação por doação deve ser devidamente justificada pela autoridade competente, observando-se o seguinte quanto à destinação do material:

- a) Ocioso e Recuperável, para órgãos ou entidades públicas da esfera federal direta, autárquica ou fundacional, ou outro órgão integrante de qualquer Poder da União;
- b) Antieconômico, para Estados e Municípios mais carentes, empresas públicas, sociedades de economia mista, instituições filantrópicas, desde que, reconhecidas de utilidade pública pelo governo federal e organizações da sociedade civil de interesse público.
- c) Irrecuperável, para instituições filantrópicas, desde que, reconhecidas de utilidade pública pelo governo federal e organizações da sociedade civil de interesse público.

Verificada a impossibilidade ou a inconveniência da alienação, o almoxarifado ou Comissão devidamente autorizada pela autoridade competente deve determinar a renúncia ao direito de propriedade, a consequente baixa da Carga Patrimonial e sua inutilização ou abandono, na forma de destinação a depósitos públicos adequados, mediante termos de inutilização ou de justificativa de abandono, os quais integrarão o respectivo processo de desfazimento.

A inutilização consiste na destruição parcial ou total de material que oferece ameaça vital para pessoas, risco de prejuízo ecológico ou inconvenientes de qualquer natureza para a Administração da unidade, sempre que necessário, feita mediante assistência de setores especializados, de forma a ter sua eficácia assegurada.

Os símbolos nacionais, armas, munição e materiais pirotécnicos serão inutilizados em conformidade com a legislação específica.

BAIXA PATRIMONIAL

Retirada de bem do patrimônio da unidade, mediante registro de transferência para o controle de bens baixados, feita exclusivamente pelo almoxarifado da unidade. O Número de Tombamento de um bem baixado não será aproveitado para qualquer outro bem.

A autorização de efetivação da Baixa Patrimonial compete ao Presidente ou ao Diretor Geral em processo administrativo com a devida justificativa.

Para fins de registro, o almoxarifado deve encaminhar todos os documentos relativos à Baixa Patrimonial de materiais à Contabilidade e aos órgãos competentes.

d.26) Recursos Humanos (PESSOAL)

O gerenciamento de pessoal consiste no recrutamento, seleção, capacitação e reposição de profissionais, em conformidade com a legislação vigente e com as diretrizes da empresa, especificamente aquelas ligadas à humanização e qualidade do atendimento e satisfação do usuário.

A seguir, apresentamos o resumo das Rotinas de Recursos Humanos e ressaltamos que as políticas e procedimentos estão melhores descritos no item específico para o tema.



d.26.1) Das Rotinas de Recursos Humanos

Novas contratações

- Requisitos:
 - A vaga deve ser aprovada pela diretoria da instituição.
 - O perfil do candidato deve ser alinhado com as necessidades da instituição.
 - O salário e benefícios devem ser definidos.
- Processo Seletivo:
 - O setor de Recursos Humanos abre a vaga e divulga nos canais de comunicação internos e externos.
 - Os candidatos interessados enviam seus currículos.



- O setor de Recursos Humanos realiza a triagem dos currículos e seleciona os candidatos que serão chamados para entrevista.
- Os candidatos selecionados são entrevistados pelo setor de Recursos Humanos e pelos gestores das áreas onde a vaga está aberta.
- O setor de Recursos Humanos apresenta a proposta de contratação ao candidato selecionado.
- O candidato aceita a proposta e assina o contrato de trabalho.

Detalhes adicionais:

- A vaga deve ser aprovada pela diretoria da instituição para garantir que a contratação seja necessária e que os recursos financeiros estejam disponíveis.
- O perfil do candidato deve ser alinhado com as necessidades da instituição para garantir que o candidato tenha as habilidades e competências necessárias para o cargo.
- O salário e benefícios devem ser definidos para garantir que a proposta de contratação seja competitiva e atrativa para os candidatos.

Triagem de currículos:

- O setor de Recursos Humanos deve verificar os seguintes itens nos currículos:
 - Formação acadêmica;
 - Experiência profissional;
 - Habilidades e competências;
 - Instruções de contato.
- Os currículos que não atendem aos requisitos mínimos devem ser descartados.

Entrevistas:



- As entrevistas devem ser realizadas para avaliar o candidato em relação aos seguintes aspectos:
 - Competências técnicas;
 - Competências comportamentais;
 - Adequação ao perfil da vaga.
- As entrevistas devem ser conduzidas por profissionais qualificados e experientes.

Teste de Conhecimento Específico

- Para avaliar o conhecimento do candidato, será realizada prova escrita com temas referente a formação do profissional e ao serviço a ser prestado:

Proposta de contratação:

- A proposta de contratação deve conter as seguintes informações:
 - Cargo;
 - Salário;
 - Benefícios;
 - Data de início;
 - Prazo de validade.
- A proposta de contratação deve ser apresentada ao candidato em duas vias, sendo que uma via deve ser assinada pelo candidato e entregue ao setor de Recursos Humanos.

Assinatura do contrato de trabalho:

- O contrato de trabalho deve ser assinado pelo candidato e pelo representante legal da instituição.



- O contrato de trabalho deve conter as seguintes informações:
 - Cargo;
 - Salário;
 - Benefícios;
 - Data de início;
 - Prazo de validade;
 - Descrições das atividades a serem desempenhadas pelo colaborador;
 - Direitos e deveres do colaborador e da instituição.

Sub-rogação de profissionais

- Requisitos:
 - A sub-rogação deve ser aprovada pela diretoria da instituição.
 - O contrato de trabalho do profissional sub-rogado deve estar ativo.
- Processo:
 - O setor de Recursos Humanos recebe a solicitação de sub-rogação da empresa contratante.
 - O setor de Recursos Humanos verifica os requisitos da sub-rogação.
 - O setor de Recursos Humanos elabora o termo de sub-rogação.
 - O termo de sub-rogação é assinado pelas partes interessadas.

Detalhes adicionais:

- A sub-rogação é o processo de transferência de um contrato de trabalho de uma empresa para outra.



- A sub-rogação deve ser aprovada pela diretoria da instituição para garantir que a empresa contratante esteja apta a assumir as obrigações assumidas pela empresa anterior.
- O contrato de trabalho do profissional sub-rogado deve estar ativo para garantir que o profissional esteja apto a ser contratado pela nova empresa.

Alterações no Plano de Cargos e Salários

- Requisitos:
 - As alterações devem ser aprovadas pelo conselho administrativo da instituição.
- Processo:
 - O setor de Recursos Humanos elabora uma proposta de alteração do Plano de Cargos e Salários.
 - A proposta é apresentada ao conselho administrativo da instituição.
 - O conselho administrativo aprova ou reprovava a proposta.

Detalhes adicionais:

- O Plano de Cargos e Salários é um documento que estabelece as diretrizes para a remuneração dos colaboradores da instituição.
- As alterações no Plano de Cargos e Salários devem ser aprovadas pelo conselho administrativo da instituição para garantir que as alterações sejam justas e equitativas para todos os colaboradores.

d.27) Organização Específica do Serviço de Arquivamento de Prontuários Médicos (SAME)

O prontuário do paciente representa um documento singular, composto por um conjunto de dados, incluindo informações, sinais e imagens. Estes são registrados com base em diversos eventos e circunstâncias relacionados à saúde do paciente e ao atendimento

recebido. Este documento tem natureza legal, confidencial e científica, e é essencial para a comunicação entre os integrantes da equipe multiprofissional, além de ser crucial para a continuidade do cuidado ao paciente. A resolução nº 1.638/2002 estabeleceu a definição de prontuário médico, enquanto a resolução nº 1.639/02 aprovou as "Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados no Gerenciamento e Manuseio do Prontuário Médico". Esta última também aborda a duração da guarda dos prontuários e estabelece critérios para a certificação dos sistemas de informação. O Instituto segue a legislação e recomendações pertinentes à guarda e arquivamento de prontuários médicos.

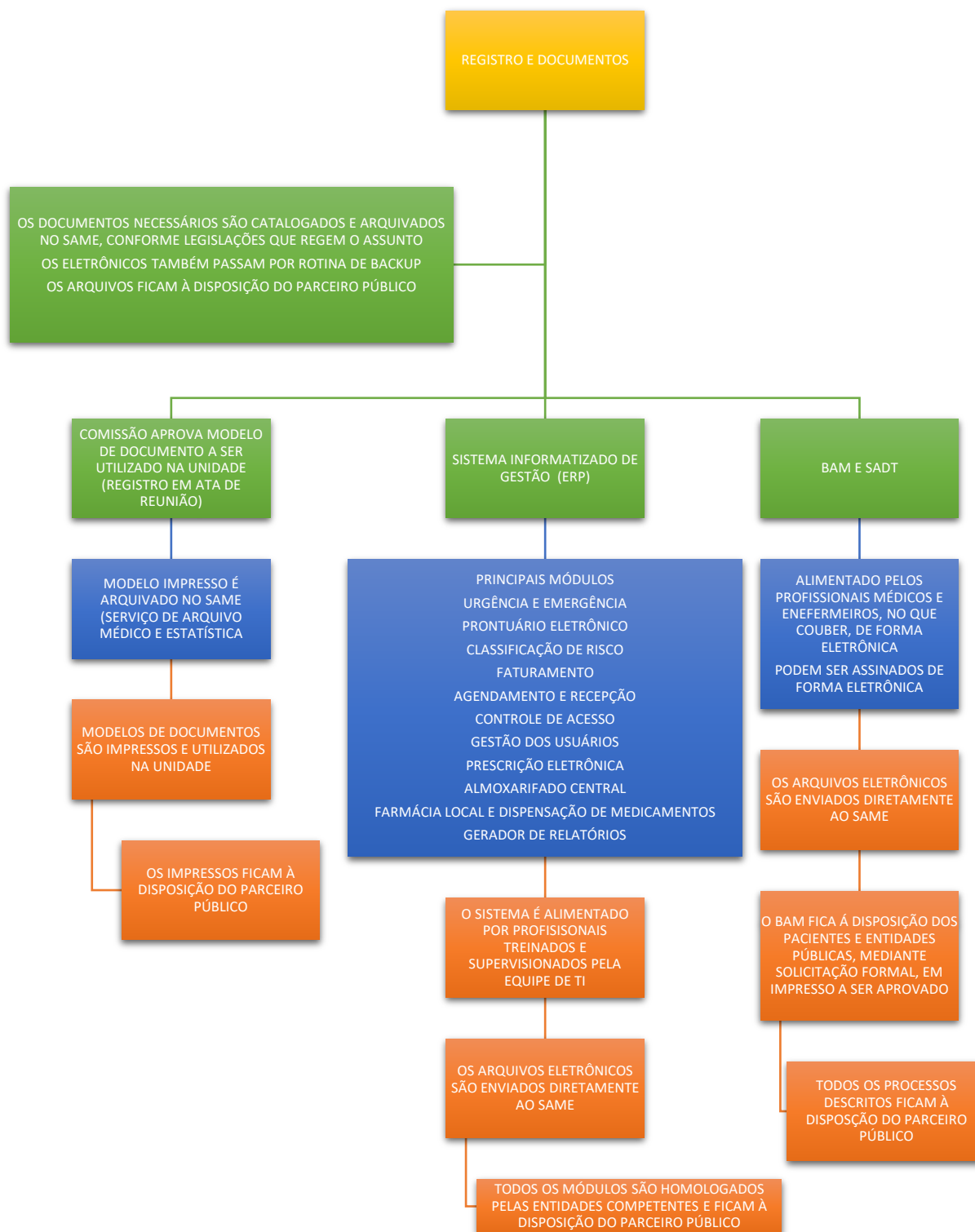
O serviço de arquivo médico (SAME), será realizado por equipe sob responsabilidade do gerente administrativo e diretor médico da unidade. Os prontuários eletrônicos serão arquivados diretamente nos servidores da unidade e em backups tanto físico quanto em papel (caso o ente público entenda ser necessário).

O processo de arquivamento será feito através das mais modernas tecnologias de gestão com vistas à facilidade para se encontrar os processos arquivados, assim como evitar extravio.

O SAME está ligado diretamente à comissão de prontuário clínico que emana as diretrizes para o serviço.

O SAME funcionará de segunda a sexta feira em horário de 08:00 as 17:00, documentos emitidos antes ou após o horário de funcionamento serão arquivados posteriormente por profissional treinado. Os arquivos em formato digital são salvos automaticamente e passam por rotina de backup de forma automática após o profissional da assistência salvar o Boletim de Atendimento (BAM) do paciente.

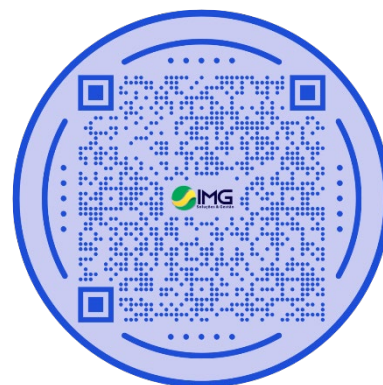
O fluxograma a seguir demonstra resumidamente o funcionamento do setor.



d.28) Compras e Abastecimento

O gerenciamento de materiais médico-hospitalares, de escritório, de informática e os demais necessários ao funcionamento da unidade, consistem nos processos de recebimento, conferência (quantidade, validade e lotes, classificação), armazenamento e ressuprimento, de acordo com os POPs específicos e legislação em vigor e conforme descritos no item que trata do almoxarifado.

Cabe ressaltar, que o processo de compras segue o determinado no Regimento de compras e contratações da Instituição.



ACESSO AO REGULAMENTO DE
COMPRAS E CONTRATAÇÕES

d.29) Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia (SADT)

Os serviços de apoio à diagnose e terapia (SADT) são essenciais em unidades de urgência e emergência, pois concluem corretamente a suspeita de diagnóstico médico. O laboratório de análises clínicas é peça fundamental desta rede de apoio à Vigilância em Saúde. Sempre priorizando a eficácia, eficiência e efetividade. O Instituto Elisa Castro utilizará os maquinários automatizados disponibilizados pelo parceiro público para análises clínicas, reproduzindo resultados precisos e exatos com minimização de erros, conforme descritos no edital de chamamento público.

Também deverá oferecer aos seus colaboradores treinamento e Equipamentos de biossegurança (EPI e EPC), sendo o profissional exposto ao menor risco de contaminação, seguindo todas as legislações vigentes, exemplo: Norma Regulamentadora (NR) 32 do Ministério do Trabalho e Emprego.

Não obstante, deverá ter condições adequadas para transporte do material biológico para análise baseado nas legislações vigentes, como: Resolução ANTT N° 420 de 12 de fevereiro de 2004, Portaria N° 472 de 09 de março de 2009 e a Resolução GMC N° 50/08 – Transporte de Substâncias Infecciosas e Amostras Biológicas e atualizações. Deverá possuir Plano de Gerenciamento de Resíduos.

O prestador a ser contratado pela Organização Social deverá possuir as seguintes qualificações Técnicas:

- a. Certidão de Registro e quitação com o Conselho Regional de Medicina ou Conselho Regional de Farmácia ou Conselho Regional de Biomedicina ou Conselho Regional Biologia, relativos à empresa e seus responsáveis técnicos;
- b. Relação da equipe Técnica responsável pela execução dos serviços através de registro e quitação com os respectivos conselhos;
- c. Comprovação de aptidão feita através de no mínimo dois atestados fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, da prestação de serviços similares de complexidade tecnológica e operacional com quantidades de no mínimo 50% da demanda CONTRATADA;
- d. Certificado de participação da proponente em no mínimo 01 (um) programa de Controle de qualidade externo reconhecido pela SBAC ou SBPC e da SBP, com apresentação dos respectivos certificados de avaliação anual, comprovando um ótimo desempenho no ano de ANTERIOR, no mínimo nos perfis de: Bacteriologia Básica, Hematologia, Sorologia, EAS, Bioquímica e Enzimologia;
- e. Certificado de participação em programa de controle de qualidade de proficiência internacional;
- f. Apresentação de alvará de funcionamento da Vigilância Sanitária.

d.29.1) Dos Exames Disponibilizados

Os exames pactuados para serem realizados na Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA) serão os contemplados pela tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e sequencialmente as que constarem nas tabelas da Associação Médica Brasileira (AMB) de 1996 e 1999 e Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) de 2003.

Os resultados dos exames de urgência/emergência deverão ser disponibilizados em até de 02 (duas) horas, sendo realizados na própria unidade.

Os exames de urgência/emergência pactuados para serem realizados na UPA, serão os constantes da tabela SIA/SUS e sequencialmente os que constarem na tabela AMB 96, caso não sejam contemplados na tabela anterior e também os constantes na tabela AMB 99, quando os exames não constarem na Tabela AMB 96, e na tabela CBHPM 2003 - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, caso não constem nas três tabelas anteriores.

a) Processo de coleta

Todo processo de coleta é da responsabilidade da instituição e será executado por funcionários técnicos habilitados e treinados para esta finalidade, principalmente com vistas a minimizar perdas e erros pré-analíticos.

A solicitação de exames será feita por profissional médico, em sistema informatizado. Quanto à coleta, será executada por médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem.

O Instituto Elisa Castro comunicará imediatamente a SMS, qualquer interferência prejudicial à continuidade da rotina, e prazos estabelecidos para os exames de emergência.

Estes procedimentos serão descritos em Procedimento Operacional Padrão (POP), que ficará à disposição dos colaboradores, dos supervisores da unidade ou pessoal autorizado da SMS, para consulta a qualquer momento.

A relação dos exames relacionados acima poderá ser alterada, desde que pactuado entre a Instituição e a equipe de gestão da unidade e autorização da SMS.

b) Fluxos de valores críticos de análises laboratoriais

Unidades de urgência/emergência como a Unidade de Pronto Atendimento 24h (UPA), não possuem perfil de atendimento definido, atuam desde intervenções simples até as que incorrem em risco de vida.

O laboratório de análises clínicas precisa de fluxos especiais de apoio aos profissionais da assistência sempre que o paciente estiver sob risco de vida, além das confirmações de suspeitas de agravos da Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014

Nos casos em que o paciente estiver em risco iminente de vida, (exemplo: infarto, alterações hemodinâmicas), os exames emergenciais terão prioridade, entretanto, o médico deverá marcar o campo resposta rápida no momento da solicitação eletrônica de exame. Após coleta e leitura por código de barras no laboratório, os exames terão prioridade frente aos demais, e o prazo máximo para liberação de resultados será de 30 minutos. Exames que estiverem fora dos padrões serão avisados imediatamente ao solicitante, preservando assim, a saúde do paciente.

2. Exames radiográficos

- Realizar exames radiográficos, de pacientes da própria UPA ou proveniente de serviços de emergência, SAMU/BOMBEIRO e outras unidades hospitalares do município, sem restrição quanto à origem dos pacientes, onde são geralmente reavaliados e acolhidos na unidade. Os exames serão realizados em Equipamentos de Raio X fixos e móveis, utilizando as instalações disponibilizadas na unidade;
- Realizar os exames de rotina, urgência e de emergência no Serviço de Radiodiagnóstico, nas salas de emergência, de observação e em todos os locais da unidade em que sejam solicitados exames no leito;
- Prestar o serviço 24 horas por dia, sete dias por semana, incluindo o atendimento em plantão noturno, aos domingos e feriados. Os serviços contratados compreendem a realização de exames de rotina, urgência e de emergência, devendo a estrutura ser adequada à perfeita realização dos exames;
- Disponibilizar os profissionais necessários em quantidade suficiente e adequada para o fiel cumprimento dos serviços mencionados neste Projeto Básico, sendo a equipe mínima composta por 01 técnico de radiologia por plantão de 24 horas;
- Poderá ser utilizada a tecnologia digital para a realização dos exames radiográficos, através do sistema completo de digitalização das imagens; sistema de gerenciamento, arquivamento e distribuição de imagem (PACS) e sistema de informação da radiologia (RIS), com programas (softwares), Equipamentos de informática (hardware), rede lógica e recursos humanos e materiais completamente integrados ao sistema de gestão e informação da UPA para a entrega dos exames para a equipe médica;



- Utilizar sistemas que atendam integralmente aos requisitos do “Nível de Garantia de Segurança 2 (NGS2)”, estabelecidos no Manual de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde, para realizar exames radiográficos digitais;
- Promover a integração do sistema de gestão da UPA, com o sistema de gestão de exames de radiodiagnóstico, tanto no que tange à solicitação de exames quanto ao retorno dos laudos;
- A reposição de peças danificadas e/ou defeituosas será de responsabilidade da entidade, dentro dos recursos estimados para este fim. Valores acima, deverão ser arcados pelo parceiro público, através de repasse específico para esta finalidade. A manutenção preventiva será de responsabilidade do IEC;
- Prestar o serviço com equipe Técnica especializada, para operar o Serviço de Radiodiagnóstico da UPA em condições adequadas e exigidas pela legislação vigente, procedendo a realização dos exames e cumprindo rigorosamente as determinações emanadas pelos respectivos órgãos responsáveis e fiscalizadores da atividade, responsabilizando-se em todos os aspectos, sem exceção de qualquer modalidade;
- Fornecer Equipamentos administrativos, de informática (software e hardware), materiais de consumo específico, tais como: documentações radiológicas, filmes, materiais de administração, descartáveis e impressos necessários para a prestação dos serviços contratados. Todos os Equipamentos e material técnico de consumo deverão possuir certificação da ANVISA;
- Disponibilizar os exames realizados em prazo imediato, sempre que requisitado pela equipe médica solicitante.
- Obedecer à padronização estabelecida pela SMS para todos os impressos inerentes ao serviço e/ou entregues aos pacientes, sendo vedada a colocação de quaisquer logomarcas ou símbolos diferentes do estabelecido pela SMS;
- Entregar, sempre que solicitado, a documentação dos exames realizados em filme radiográfico e acondicionados em capa/envelope apropriados acompanhados de sacola, conforme layout padronizado pela SMS sempre que solicitado;
- Manter o armazenamento e guarda dos exames não entregues, atendendo integralmente às regras estabelecidas na Resolução 1.821 / 2007 do Conselho Federal de Medicina e suas atualizações;



- Elaborar mapas de produção e gráficos de interesse epidemiológico, conforme solicitação da SMS informando mensalmente os resultados alcançados;
- Realizar e ser responsável pelos custos da manutenção preventiva e de todos os Equipamentos da UPA envolvidos na prestação dos Serviços, incluindo partes, peças, chassis, ampolas, tubos, cabos, estabilizadores, processadoras e mobiliários, durante toda a duração do contrato, dentro do estipulado na planilha orçamentária;
- Zelar pelo bom uso e guarda dos impressos, materiais, móveis, Equipamentos e instalações colocados à sua disposição, respondendo pelas despesas necessárias para sua reparação quando forem apurados danos decorrentes do uso ou conservação;
- Montar a infraestrutura do local de prestação dos serviços, devendo fornecer o todo o material de escritório e mobiliário necessários à perfeita execução do serviço, bem como digitalizador de imagem (CR) e chassis digitais de Raios-X, sempre que necessário;
- Atender a todas as normas de proteção radiológica da Portaria 453 da ANVISA ou outra que venha a substituí-la, incluindo controle dosimétrico ambiental e pessoal para todos os funcionários;
- Garantir a não paralisação do serviço por falta de insumos/Equipamentos ou recursos humanos;
- Preencher e entregar toda a documentação referente ao atendimento prestado ao paciente, bem como os documentos necessários ao processo de faturamento, pela UPA, junto ao convênio SUS incluindo o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA) individualizado;
- Permitir que os serviços executados sejam supervisionados por técnicos e fiscais designados pela SMS;
- Emitir um relatório tipo “check-list” a cada manutenção preventiva e corretiva, individual por Equipamento. No “check-list” deverá constar os dados do Equipamento (marca, modelo, número de patrimônio, número de série e localização), a data da realização do serviço, o nome do executante e sua assinatura, os itens avaliados, as peças substituídas ou que exigem substituição e o estado final do Equipamento após a manutenção. Deverá constar ainda o nome



(ou matrícula) e assinatura do funcionário da UPA designado, atestando a visita do técnico;

- Gerenciar internamente os resíduos provenientes das atividades deste projeto básico;
- Apresentar a Licença Inicial ou Protocolo de Funcionamento da Vigilância Sanitária para o Serviço de Radiologia, até no máximo o nono (9º) mês do início da atividade;

Documentos necessários à comprovação da qualificação Técnica para realização de exames de radiodiagnóstico:

1. Licença de Funcionamento ou protocolo em nome da empresa licitante, expedida (o) pela Secretaria de Vigilância Sanitária Municipal (local) para o (s) local (is) de prestação de serviços do participante da licitação, compatível com o objeto deste projeto básico. A Licença de Funcionamento e o Atestado de Capacidade Técnica obrigatoriamente deverão referir-se ao mesmo local de prestação de serviço da empresa licitante;

- A Licença, ou protocolo, deverá estar dentro do prazo de validade. Nos Estados ou Municípios em que os órgãos competentes não estabelecem validade para a Licença, deverá ser apresentada a respectiva comprovação legal;
- Caso a revalidação da Licença de Funcionamento para o presente exercício não tenha sido concedida, a proponente deverá apresentar a Licença de Funcionamento do exercício anterior acompanhada do protocolo de revalidação, sendo necessário que esta tenha sido requerida nos primeiros 120 dias do exercício, conforme disposto no art. 22 do Decreto nº 74.170/74;

2. Registro da empresa no Conselho Regional de Medicina – CRM;

3. Registro do responsável técnico da empresa no CREMERJ.

3. Eletrocardiograma (ECG)

O serviço de eletrocardiograma está disponível durante as 24 horas de atendimento da unidade. Ferramenta indispensável para suporte e/ou conclusão de diagnóstico de patologias cardíacas, considerando inclusive que a UPA é referência em dor torácica.

Diversas unidades de pronto atendimento, espalhadas pelo Brasil, já possuem o serviço de laudos de eletrocardiograma por telemedicina, auxiliando na interpretação do resultado pelo médico emergencista.

d.30) Portaria e Controle De Acesso

O Serviço de Portaria tem por objetivo principal garantir a segurança nas unidades através do efetivo controle de acesso, fiscalizando as entradas principais, estacionamento e acessos a áreas restritas, vinculado aos controles estabelecidos. O Serviço de Controle de Acesso tem por objetivo principal identificar, cadastrar e liberar o acesso do munícipe nas unidades, controlando o acesso de acompanhantes e visitantes administrativos.

Organização do Serviço

Recepção e controle no acesso principal: Recepcionar e orientar os usuários que ali acessarem, distribuindo as senhas e encaminhando pacientes aos setores na unidade. A prestação dos serviços de controle de acesso nas unidades básicas de saúde, será realizado por empresa terceirizada, incluso no Plano Orçamentário.

Instruções Técnicas

- Controlar todos os acessos do Hospital com pessoal devidamente preparado e orientado, dentro dos horários estabelecidos.
- Fornecer equipe devidamente uniformizada e equipada com rádios HT e fone de ouvido.
- Manter todos os postos de trabalhos cobertos, inclusive nos horários de refeição através do quadro de apoio.
- Elaborar todas as rotinas e procedimentos em manual.
- Aplicar treinamentos periódicos, técnicos e comportamentais, priorizando pela excelência nos controles e recepção dos clientes.
- Manter os procedimentos integrados e vinculados a coordenação e central de segurança.
- Registrar todas as ocorrências.

- Manter uma coordenação administrativa responsável diretamente pelos serviços.
- Realizar o devido controle das chaves através de protocolos de retirada, devolução e conferência.

Legislação vigente

Lei 7.102 – regulamenta as atividades de segurança privada.

Lei 8.863 – define as atividades de segurança privada

e. Atividades Administrativas e Financeiras;

Dentro do contexto de um projeto, os objetivos centrais da administração e gestão financeira, além dos específicos da área, englobam várias metas essenciais. Estas incluem a implementação de um orçamento que reflete o planejamento estratégico do hospital. Este orçamento deve ser estruturado com uma metodologia que assegure:

- A eficiência na utilização dos recursos financeiros;
- A aplicação precisa dos recursos em cada projeto ou atividade, prevenindo cortes indiscriminados no orçamento;
- Um sistema eficaz de medição de custos para programação financeira, que estabeleça uma relação entre os investimentos realizados e as despesas correspondentes;
- O desenvolvimento de um sistema robusto de indicadores de desempenho;
- A identificação e correção de quaisquer falhas ou inconsistências no sistema de contabilidade;

- A análise dos fatores que influenciam os sistemas de custos em unidades de saúde públicas, incluindo a identificação e alocação de custos para cada atividade, bem como o mapeamento dos fluxos de custos.

Além disso, a elaboração do orçamento visa alcançar as metas estabelecidas pela Unidade, como a manutenção de indicadores de desempenho, a apuração precisa de custos, a verificação rigorosa das apropriações contábeis, e o controle efetivo das áreas de faturamento, contabilidade, custos, tesouraria e compras. Com isso, é



ORGANOGRAMA

possível garantir o uso eficiente do recurso

público, através de um planejamento que compara e avalia as receitas e despesas previstas em relação às efetivamente realizadas, sempre em conformidade com as normativas legais nacionais e locais.

e.1) Contabilidade

A Contabilidade é responsável pelo registro sistemático e organizado das transações comerciais, além de realizar uma análise meticulosa dos resultados alcançados. Sua tarefa é identificar, classificar e registrar as operações da entidade, bem como todos os eventos que impactam de alguma maneira a sua situação econômica, financeira e patrimonial. Através da coleta e classificação apropriada desses dados, a Contabilidade busca fornecer um relato detalhado das atividades empresariais, interpretar os resultados obtidos e, por meio de relatórios, fornecer as informações necessárias para atender a diversas demandas.

As funções desempenhadas pela Contabilidade incluem:

- O registro de todos os eventos que possam ser quantificados em termos monetários;
- A criação e manutenção de um sistema de controle que seja adequado às necessidades da empresa;



- A apresentação regular da situação econômica, patrimonial e financeira da empresa, baseada nos registros feitos, através de demonstrativos financeiros;
- A análise desses demonstrativos para determinar os resultados alcançados pela empresa;
- O monitoramento da execução dos planos econômicos da empresa, incluindo a previsão de pagamentos e recebimentos, além de alertar sobre possíveis desafios financeiros.

e.2) Compras e Contratos

A Gestão de Contratos é uma área vital que visa agilizar, controlar e assegurar a segurança nos processos de contratação de serviços. Esta área foca em delinear métodos de contratação através da padronização dos processos, alinhados com os valores e diretrizes da instituição. O objetivo é assegurar que os serviços contratados cumpram com os padrões de qualidade e quantidade estabelecidos pela organização.

Essa unidade é também responsável por estruturar e realizar negociações, em colaboração com a área solicitante, bem como com os departamentos de compras, financeiro e a diretoria. Em parceria com as áreas solicitantes e gestores, a Gestão de Contratos deve compreender as necessidades e definir estratégias para a aquisição de serviços e a seleção de fornecedores.

Ressaltamos que o setor deverá sempre seguir o manual de compra e contratações vigente da instituição.

Diretrizes Principais:

- **Acordos Comerciais:** A autoridade para estabelecer acordos comerciais com prestadores de serviços recai sobre o Diretor Técnico da instituição.
- **Iniciativa da Contratação:** Qualquer contratação deve estar prevista no planejamento orçamentário, seja para despesas regulares ou para investimentos.
- **Início do Processo:** A unidade interessada na contratação é responsável por tomar as providências iniciais e assegurar a observância dos prazos estabelecidos.

Quando surge a necessidade de contratação, o solicitante deve contatar a área de Gestão de Contratos, enviando o “Formulário de Solicitação de Contratação”, que inclui detalhes do serviço requerido e cotações prévias. A Gestão de Contratos, juntamente com a área

gestora, determinará a melhor maneira de adquirir o serviço solicitado. É importante destacar que a solicitação deve ser feita no início do processo, antes de qualquer compromisso comercial ser assumido.

e.3) Custos

A Contabilidade de Custos atua como um núcleo de processamento de informações, coletando tanto dados monetários quanto não monetários, como estatísticas de produção e outros indicadores físicos. Esses dados são acumulados de maneira estruturada, analisados e interpretados, resultando em informações de custos relevantes para os diferentes níveis gerenciais. Essas informações são cruciais para a tomada de decisão em todos os escalões da organização, desde supervisores até a diretoria.

Para um monitoramento eficaz dos custos com uma perspectiva gerencial, é aconselhável dividir a unidade em centros de custos. Essa divisão facilita o controle dos custos, tanto a nível departamental quanto administrativo, permitindo análises detalhadas do comportamento dos custos e do desempenho das unidades.

É também recomendável para o gerenciamento de custos, e outros aspectos operacionais, a implementação de um sistema orçamentário. As previsões orçamentárias servirão como base para o controle, sendo usadas como referência para avaliar a eficiência.

O Sistema de Custos deve, ao gerar os resultados reais, possibilitar a comparação com os valores orçados, permitindo a identificação de variações positivas e negativas. A magnitude dessas variações indicará os aspectos que necessitam de maior atenção. A elaboração do orçamento deve ser minuciosa, com a participação ativa de todos os níveis da organização e com o apoio integral da diretoria, que define metas e diretrizes fundamentais para o desenvolvimento do orçamento.

As operações da organização são divididas em setores ou departamentos, onde os recursos são alocados para diversos fins, incluindo o controle. Essas divisões funcionam como centros de atividades específicas.

No sistema de apuração de custos, cada centro de atividade se transforma em um centro de custo. Portanto, um Centro de Custos é uma conta designada para agrupar todos os

elementos de custos que ocorrem em cada período nos centros de atividades identificados no sistema. Para estabelecer um centro de custos eficaz, é essencial ter custos claramente identificáveis e atividades mensuráveis.

O sistema de custos hospitalares, orientado pela apropriação por centros de custos, está alinhado com a abordagem de custeio por absorção. Este método calcula o custo de produção dos serviços, incluindo todos os insumos utilizados em todo o hospital.

O sistema de custos, seguindo o método de custeio por absorção, é amplamente adotado nos hospitais brasileiros para a apuração de custos. Ele inclui no cálculo tanto os custos quanto as despesas, o que pode gerar conflitos com as teorias tradicionais da contabilidade de custos. O foco deste método é calcular o custo dos serviços prestados, baseando-se na apuração dos custos por centros de custos, representados pela departamentalização no hospital.

e.4) Financeiro

O Financeiro é responsável pelo planejamento, análise e controle sistemático da execução orçamentária, abrangendo tanto as obrigações a pagar quanto os recebimentos. As funções da Tesouraria incluem:

- Monitorar os repasses orçamentários realizados pela entidade responsável;
- Realizar pagamentos, como salários dos colaboradores, pagamentos a fornecedores e por serviços;
- Supervisionar as contas correntes do hospital, assegurando saldos adequados para os pagamentos;
- Manter o controle do fluxo de caixa.

e.5) Faturamento

O Faturamento é o setor encarregado de gerir as contas hospitalares no sistema SUS – DATASUS para pacientes que receberam alta, faleceram ou foram transferidos. Este setor também é responsável por processar cobranças de serviços ambulatoriais, urgências, pequenas cirurgias, radiografias, laboratório e outros serviços complementares de SADT, além de pacientes internados. As funções do Faturamento abrangem:

- Análise dos prontuários de pacientes internados;

- Codificação de procedimentos realizados, baseando-se em prontuários de alta, óbito e transferências;
- Codificação de atendimentos ambulatoriais e emergências;
- Inserção de contas médicas nos sistemas preconizados pelo SUS – DATASUS;
- Fechamento mensal da produção realizada no hospital;
- Análise e contestação de possíveis glosas nas contas médicas;
- Monitoramento de indicadores e planejamento de ações para o desenvolvimento do hospital.

A parametrização para o faturamento é definida de acordo com os processos e fluxos da unidade, de modo a gerar os dados para o faturamento, no processo natural de registros de atendimento, apropriando as informações para cada modalidade de cobrança.

O sistema importa as tabelas do SIGTAP e do SCNES da unidade de saúde para manter as consistências necessárias para o registro e exportação dos dados para os sistemas institucionais.

★ Importar XML CNES

Escolha a competência, o CNES, selecione o arquivo XML correspondente e clique em importar

Competência: 202102
CNES: 2295407
Arquivo: Escolher arquivo NENHUM A... ELECIONADO

Importar

Tela importação XML CNES

★ IMPORTAR TABELA UNIFICADA

Competência: SELECIONE
Arquivo: Escolher arquivo NENHUM A... ELECIONADO

IMPORTAR

Copiar CSV Excel PDF

Pesquisar

Competência	Arquivo	Início	Fim	Situação
202103	TABELAUNIFICADA_202102_V2102011855.ZIP	02/03/2021 11:30:41	02/03/2021 11:38:36	S

Tela importação tabela unificada

CAD. WORKFLOW

Posicione o mouse aqui para visualizar a ajuda

Nome:

Adicionar

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nova informação

Nome	Tipo Info
EVOLUÇÃO	CONFIR
INTERCORRÊNCIAS	CONFIR
RISCO DE QUEDA	ALERTA
PRECAUÇÃO DE CONTATO	ALERTA

Dados da informação

Tipo Informação: CONFIRMAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Nome: EVOLUÇÃO

Unidade:

Peso: 0

Identificador Interno:

Campo Obrigatório: Não

Apresentar no painel de leitos: Não

Apresenta na Ficha Atendimento: Não

Apresenta em Dados Anteriores: Sim

Carregar última informação: Sim

Tipo do campo: Texto livre

Evento: Adicionar

Evento: CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) Excluir

Remover informação

Remover informação

Remover informação

Remover informação

Tela cadastro workflow

BPA INDIVIDUALIZADO

Filtro

Competência: 202103 CNES: 9160876 Situação: COM CRITIC.

Crítica: TODOS

BE: Profissional:

Procedimento:

Atualizar Marcar todos a faturar Consistir Exportar Individualizados Correções de Faturamento

Produção Dados do Atendimento

Total de registros: 169

Anterior 1 2 3 4 Próximo

Num BE	Paciente	Procedimento	Data	Profissional	Ocupação	Quantidade	Idade	Situação	Validação	Ação
crítica(s)					clínico	1	43	A FATURAR	1 crítica(s)	Excluir
					clínico	1	43	A FATURAR	1 crítica(s)	Excluir
					clínico	2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
					clínico	2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir

crítica(s)

Total de registros: 1

Crítica

O CNS DO PROFISSIONAL NAO CONSTA NO CADASTRO DO CNES DA UNIDADE

Tela especialidade

BPA

A produção é captada no processo normal de trabalho dos profissionais atendentes. Permite visualizar a produção da competência, listando os procedimentos, as ocupações, quantidades e críticas.

O módulo oferece ferramentas para a correção das críticas em lote e permite exportar os arquivos no padrão do sistema BPA MAGNÉTICO.

Também é possível incluir novos procedimentos de acordo com as normas do SUS, diretamente na tela.

BPA INDIVIDUALIZADO

Filtro

Competência: 202103 CNES: 9160876 Situação: Todos

Crítica: TODOS

BE: Profissional

Procedimento:

Atualizar Marcar todos a faturar Consistir Exportar Individualizados Correções de Faturamento

Produção Dados de Atendimento

Total de registros: 13774

Anterior 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ... 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 Próximo

Núm. BE	Paciente	Procedimento	Data	Profissional	Ocupação	Quantidade	Idade	Situação	Validação	Ação
		301060118202103 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	09/03/2021 00:00:00	980016296391531 - ALBERTO PIRES DIAS AZEVEDO	223505 - Enfermeiro	1	48	A FATURAR	✓	Excluir
		301060118202103 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	09/03/2021 00:00:00	980016296391531 - ALBERTO PIRES DIAS AZEVEDO	223505 - Enfermeiro	1	48	A FATURAR	✓	Excluir

Tela inclusão de novos procedimentos

Tela inclusão de novos procedimentos

Filtro

Competência: 202103 CNES: 9160876 Situação: COM CRITIC

Crítica: TODOS

BE: Profissional

Procedimento:

Atualizar Marcar todos a faturar Consistir Exportar Individualizados Correções de Faturamento

Produção Dados de Atendimento

Total de registros: 169

Anterior 1 2 3 4 Próximo

Correções de Faturamento

Correção de Crítica Substituição de Profissional

Competência: 202103 CNES: 9160876

Crítica: O CNS DO PROFISSIONAL NAO CONSTA NO CADASTRO DO CNES DA UNIDADE

Profissionais com Crítica

Profissional: SELECIONE

Ocupação: SELECIONE

Possíveis profissionais para substituição

Ocupação: SELECIONE

Profissional: SELECIONE

Substituir

Núm. BE	Paciente	Procedimento	Data	Profissional	Ocupação	Quantidade	Idade	Situação	Validação	Ação
						1	43	A FATURAR	1 crítica(s)	Excluir
						1	43	A FATURAR	1 crítica(s)	Excluir
						2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
						2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
						2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
						2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
						2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
						2	62	A FATURAR	2 crítica(s)	Excluir
						1	40	A FATURAR	1 crítica(s)	Excluir

Tela inclusão de novos procedimentos

Oferece a emissão de relatório de avaliação da produção da unidade, com os seguintes dados: procedimentos e grupos de procedimentos, quantidade e valor.

RELATÓRIOS FERNANDO OLIVEIRA FERREIRA [FATURAMENTO - HMRP]

Produtividade SIA

Período: Hoje Data Inicial: 12/03/2021 00:00 Data Final: 12/03/2021 19:33 Aplicar

Exportar para Excel Exportar para CSV Exportar para PDF Orientação: Retrato

Arraste aqui o cabeçalho de uma coluna para agrupar por esta coluna

Competência	Profissional	CPF	CBO	Proc. Código	Proc. Nome	Quantidade	Valor unit.	Total
202103	ADRIANA MENEZES PINTO	02595594745	223505	0301060118	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	15	R\$0.00	R\$0.00
202103	ADRIANA MENEZES PINTO	02595594745	223505	0301100012	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA	31	R\$0.63	R\$19.53
202103	ADRIANA MENEZES PINTO	02595594745	223505	0301100039	AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	19	R\$0.00	R\$0.00
202103	ALDA LUIZA SOUZA SIQUEIRA	90284046787	225125	0202050017	ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA	1	R\$3.70	R\$3.70

AIHs fechadas no período
Interações com AIH não faturadas
Produtividade SIA
Produção Geral SIA
Produção Profissional

Tela emissão de relatório de avaliação da produção da unidade

EXPORTAÇÃO DE DADOS SIA

Competência: 202101 CNES: 9160876 Data inicial: 01/01/2021 00:00:00 Data final: 31/01/2021 23:59:59 Tipo de Exportação: Todos Considerar a(s) 3 última(s) competência(s) ☒ Sim

Pesquisar Gerar Arquivo Marcar todos a faturar

Total de registros: 98

RESUMO		
A FATURAR	FATURADOS	COM CRÍTICA
0	207851	0

Competência	Procedimento	Quantidade	Valor Unitário	Valor Ambulatorio
202101	0201020041 COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL	238	0.00	0.00
202101	0202010120 DOSAGEM DE ACIDO URICO	12	1.85	22.20
202101	0202010180 DOSAGEM DE AMILASE	442	2.25	994.50
202101	0202010201 DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES	547	2.01	1.099.47
202101	0202010210 DOSAGEM DE CALCIO	10	1.85	18.50
202101	0202010279 DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	5	3.51	17.55
202101	0202010287 DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	2	3.51	7.02
202101	0202010295 DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	4	1.85	7.40
202101	0202010317 DOSAGEM DE CREATININA	706	1.85	1.306.10
202101	0202010325 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	23	3.68	84.64
202101	0202010333 DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB	259	4.12	1.067.08
202101	0202010368 DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	317	3.68	1.166.56

Tela Exportação de dados SIA

AIH

O cadastro da unidade, profissionais de saúde, serviços, habilitações, dentre outros, configuram a unidade de acordo com seu cadastro no CNES.

Como no BPA, a produção é apropriada no processo natural de atendimento e exportada para o módulo de AIH, após o preenchimento do formulário nos padrões do SUS.

☆ AIH

Número da pulseira
Boletim número PESQUISAR

Internação

Paciente	Data de nascimento	Prontuário	Data/Hora Primeira Internação	Data Baixa
	27/07/1985		09/03/2021 16:17:32	

Consultar Solicitações Editar Solicitação

Número da AIH [Sumário do paciente](#)

Justificativa da Internação

Data da solicitação 12/03/2021 20:23:31

Principais sinais e sintomas clínicos QUEIXA DE DISÚRIA, REFERE ODOR FÉTIDO NA URINA, REFERE FEBRE DE 38°C SIC

Condições que justificam a internação as acima

Principais resultados de provas diagnósticas exame obstétrico

CID 10 Principal O23.3 - INFECÇÕES DE OUTRAS PARTES DO TRATO URINÁRIO NA GRAVIDEZ

CID 10 Secundário

CID Causas associadas

Procedimento

Procedimento 303100044 - TRATAMENTO DE INTERCORRENCIAS CLÍNICAS NA GRAVIDEZ

Tela cadastro de AIH

As críticas do Sistema de Informações hospitalares - SIHD estão incorporados ao módulo para que as críticas prévias sejam aplicadas em tempo de correções e ajustes, pelo setor de faturamento.

Ao longo da competência, as AIHs são incrementadas no módulo em status organizados de acordo com a atividade do faturista.

- ✓ **Status Pendentes/Erros** – são AIHs que já foram digitadas, mas permanecem com erros de entrada de dados ou dados incompletos.
- ✓ **Status Liberadas** – são AIHs que já foram digitadas e liberadas dentro do sistema, mas ainda não exportadas para sisaih01.
- ✓ **Status Faturadas** – são AIHs que já foram exportadas para o sisaih01.
- ✓ **Status Rejeitadas** – são AIHs que foram rejeitadas nas apresentações anteriores, e que precisam de acertos para reapresentação.
- ✓ **Longa Permanência** – são AIHs com procedimentos realizados de longa permanência.



✚ Faturamento ▾ Cadastro ▾ Relatórios ▾ Administração ▾ Logout Usuário: fof

Cadastro de Unidade

[Lista](#) [Edição](#)

Unidade

Nome

██████████S

CNES

██████

CNPJ

██████████

Município

RIO DE JANEIRO

CEP

██████

Liberador

██████████

Diretor

██████████

Orgão emissor

██████

[Salvar](#)

[Leitos](#) [Profissionais de Saúde](#) [Apresentações](#) [Fornecedores/Terceiros](#) [Habilitações](#) [Autorizadores](#) [Serviço e Classificação](#) [Aporte](#) [Portaria 134](#)

[Lista](#) [Edição](#)

Competência: 202103 [Adicionar Leito](#) [Copiar Leitos](#)

Competência	Leito	Leito	Quantidade	Ações
202103	Cirúrgico	Cirúrgico	154	✎ ✖
202103	Clinico	Clinico	68	✎ ✖
202103	Pediatricos	Pediatricos	18	✎ ✖
202103	UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	UTI II ADULTO-SINDROME RESP. AGUDA GRAVE (SRAG)-COVID-19	10	✎ ✖
202103	UTI Adulto II	UTI Adulto II	37	✎ ✖
202103	UCI Unidade de Cuidados Intermediarios Adulto	UCI Unidade de Cuidados Intermediarios Adulto	10	✎ ✖

Tela cadastro de unidade

✚ Faturamento ▾ Cadastro ▾ Relatórios ▾ Administração ▾ Logout Usuário: fof

Cadastro de Unidade

[Lista](#) [Edição](#)

Unidade

Nome

HOSPITAL ESTADUAL GETULIO VARGAS

CNES

2270234

CNPJ

42498717000317

Município

RIO DE JANEIRO

CEP

21020124

Liberador

ANDRE LEONARDO DA SILVA PAES

Diretor

PAULO RICARDO LOPES DA COSTA

Orgão emissor

E330000024

[Salvar](#)

[Leitos](#) [Profissionais de Saúde](#) [Apresentações](#) [Fornecedores/Terceiros](#) [Habilitações](#) [Autorizadores](#) [Serviço e Classificação](#) [Aporte](#) [Portaria 134](#)

[Lista](#) [Edição](#)

[Vincular Profissional](#)

(1 of 175) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20

Profissional	CBO/Vinculo	Ação
225125 Médico clínico	Terceiro	



Tela cadastro de unidade



⚙ Faturamento ▾ Cadastro ▾ Relatórios ▾ Administração ▾ ✖ Logout Usuário: fof

Apresentação: 202103 ▾

Nome:

Prontuário:  

☒ Do usuário ☐ Com AIH

Não Faturadas (> 100)

Pendentes/Erros (0)

Liberadas (0)

Faturadas (0)

Rejeitadas (0)

Longa permanência (0)

Número AIH Tipo 1 - Inicial ▾ Apresentação ▾ Competência

Pront Data da Internação Data de saída Status da AIH

Incluído por:

Paciente Conta AIH CID Secundário Procedimentos Críticas

Dados do Pessoais

Nome Nascimento Idade

Sexo ▾ Raça/Cor ▾ Etnia -- NAO SE APLICA-- ▾

Número CNS Tipo de Documento ▾ N° Documento

Responsável Nome da Mãe

Nacionalidade BRASIL ▾

Endereço

Tipo de Logradouro ▾ Logradouro

Número Complemento

CEP UF ▾ Município



Bairro Telefone

Tela cadastro de paciente

⚙ Faturamento ▾ Cadastro ▾ Relatórios ▾ Administração ▾ ✖ Logout Usuário: fof

Apresentação: 202103 ▾

Nome:

Prontuário:  

☐ Do usuário ☐ Com AIH

Não Faturadas (> 100)

Pendentes/Erros (0)

Liberadas (0)

Faturadas (1106)

Número AIH 332.110.199.100-9 Tipo 1 - Inicial ▾ Apresentação 202103 ▾ Competência 202101







Pront Data da Internação 06/01/2021 Data de saída 20/01/2021 Status da AIH FATURADA

Incluído por: joycegomes

Paciente Conta AIH CID Secundário Procedimentos Críticas

Lista Edição Recomendados

Adicionar procedimento

Seq	Código	Procedimento	Qtd	Executor	CBO	Apurar valor para	Competência	Ações
1	0303060190	TRATAMENTO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	1	CLAVIO LUIZ RIBEIRO FILHO	225125	CNES Proprio	202101	 
2	0205010032	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	1			CNES Proprio	202101	 
3	0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	1			CNES Proprio	202101	 



Tela cadastro de exame

O sistema ainda oferece ao faturista sugestões de procedimentos compatíveis com os procedimentos principais realizados para o paciente.

⚙ Faturamento ▾ Cadastro ▾ Relatórios ▾ Administração ▾ ✖ Logout Usuário: fof

Apresentação: 202103 ▾

Nome:

Prontuário:  

☐ Do usuário ☐ Com AIH

Não Faturadas (> 100)

Pendentes/Erros (0)

Liberadas (0)

Faturadas (1106)

Número AIH 332.110.199.100-9 Tipo 1 - Inicial ▾ Apresentação 202103 ▾ Competência 202101

Pront Data da Internação 06/01/2021 Data de saída 20/01/2021 Status da AIH FATURADA

Incluído por: joycegomes

Paciente Conta AIH CID Secundário Procedimentos Críticas

Erros e avisos

Criticidade	Competência	Mensagem	Dt liberacao
✓ AVISO	202101	Procedimento 0303060190 sem lançamento de OPM compatível.	09/02/2021

Erros passíveis de pedido de liberação

Competência	Mensagem	Motivo Liberação	Responsavel Liberação	Dt liberacao
Nenhum registro encontrado				

Tela sugestões de procedimentos

Ao final da competência é realizada exportação para o SISAIIH.

[Faturamento](#) ▾ [Cadastro](#) ▾ [Relatórios](#) ▾ [Administração](#) ▾ [Logout](#) Usuário: fof

Filtro

Apresentação: 202104 ▾ Situação: FATURADAS ▾ [Pesquisar](#) [Exportar](#)

[Lista](#) [Diárias](#) [Partos](#)

0 registro(s)

Paciente	AIH	Prontuário	Internação	Alta	Procedimento principal	CID	Competencia	Leito
Nenhum registro encontrado								

Tela de exportação para o SISAIIH

O módulo oferece relatórios de acompanhamento e controle da produção.

20:50 0,3KB/s 76%

186.208.112.146:18080/sits-faturamento/;jsessionid=63CB66C064B22BDC2D203E9C

[Faturamento](#) ▾ [Cadastro](#) ▾ [Relatórios](#) ▾ [Administração](#) ▾ [Logout](#) Usuário: juliam

- Valores
- Profissionais - Analítico
- Prévia por AIH
- Lista de AIH's - Analítico
- Relatório totais por tipo de procedimento
- Relatório de índice de apresentação AIH

TS Tecnologia em Saúde

-421

Tela relatórios de acompanhamento e controle da produção



clientes); o foco de atuação da IEC é a plena satisfação de todos os atores envolvidos no processo, e para tanto, de modo diferenciado, busca alcançar, através de ações de melhoria continuada, a criação de padrões de prestação de serviços de altíssima qualidade.

Um dos direcionadores do "fazer" da IEC é o oferecimento de oportunidades iguais para todos os colaboradores, construindo seus processos decisórios baseados em princípios de meritocracia. A política da empresa proíbe qualquer tipo de discriminação, sejam elas pautadas em características genéticas, de raça, cor, credo, orientação sexual, gênero, instrução, situação civil, idade, nacionalidade, deficiência mental ou física, dentre outras.

Fundamentada em sua política de Recursos Humanos e do art. 93 da Lei nº 8.213/91, a **IEC** disponibiliza 2% das vagas para deficientes.

Disposta a garantir oportunidades iguais de trabalho para pessoas que possuem algum tipo de deficiência, sempre que possível, realiza as adaptações necessárias para o desenvolvimento das atividades laborais.

g.1.1. Políticas e procedimentos de Gestão de Pessoas.

g.1.1.1. Políticas contra as trocas de favorecimentos e/ou vantagens

Nenhum colaborador está autorizado a condicionar a entrega ou corte de qualquer favorecimento ou compensação à aceitação de qualquer tipo de trocas de favores. Sendo expressamente proibido qualquer tipo de cobrança pelo atendimento e/ou pelo medicamento distribuído. Do outro lado, todos os colaboradores são instruídos a recusar tais pedidos ou receber qualquer tipo de favorecimento e/ou vantagens financeira ou não. Devendo reportar imediatamente ao Superintendente e/ou equivalente.

Qualquer empregado que for descoberto recebendo qualquer benefício indevido será disciplinado de acordo com a política da empresa e o que rege as Consolidações das Leis Trabalhistas (CLT), desde advertência até demissão por justa causa, podendo ser denunciado criminalmente.

g.1.1.2. Benefícios Extras Oferecidos aos Colaboradores

- Cartão Alimentação
- De Governo Federal em relação ao Programa de Alimentação do Trabalhador – PAT - instituído pela Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976 e regulamentado



pelo Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991, que priorizam o atendimento aos trabalhadores de baixa renda, isto é, aqueles que ganham até cinco salários mínimos mensais. Poderá oferecer aos colaboradores da sede, crédito de até R\$ 500,00 (500,00 Reais) mensais por meio de empresas como Ticket, Sodex ou similar.

- SESC - Através de convenio firmada com o SESC, o colaborador poderá utilizar as dependências da instituição, aonde poderá usufruir de aulas de esportes, recreação, e todas as vantagens oferecidas pelo sistema, podendo contar com hospedagens em outras unidades pelo País.

g.1.1.3. Práticas de Trabalho

DEVERES NO TRABALHO

Seu superior irá lhe explicar as responsabilidades do seu trabalho e o padrão de desempenho esperado. A flexibilidade é necessária, por isso suas responsabilidades podem mudar ao longo do tempo. Em acréscimo às suas responsabilidades e deveres normais, você pode ser solicitado a participar de projetos especiais ou ajudar em outros trabalhos importantes do seu departamento ou da empresa em geral. Sua cooperação e ajuda são imprescindíveis nestes casos.

A empresa se reserva ao direito de, a qualquer momento, com ou sem notificação prévia, alterar as suas responsabilidades, realocar ou transferir postos de trabalho, assim como delegar responsabilidades adicionais, desde que não cause prejuízos ao colaborador.

Todos os trabalhadores diretos e indiretos deverão exercer suas atividades devidamente uniformizados e identificados por crachá, sempre visível.

ESCALAS E HORÁRIOS DE TRABALHO: PERÍODOS DE REFEIÇÃO E DESCANSO

O horário comercial da IEC é entre 8hs e 18h, de segunda-feira a sexta-feira. As unidades de saúde que realizam atendimentos de urgência e emergência funcionam 24hs durante os sete dias da semana, ininterruptamente. O colaborador poderá ter no máximo de 15 minutos de atraso sem ser descontado.

Os colaboradores não plantonistas possuem uma hora para alimentação e terão direito a 10 minutos de descanso a cada 4 horas de trabalho.

O tempo despendido pelo empregado até o local de trabalho e para o seu retorno, por qualquer meio de transporte, não será computado na jornada de trabalho.

Os plantonistas deverão se alimentar nas unidades, conforme escala estabelecida na unidade de trabalho, e têm direito, a pelo menos, 10 minutos de descanso a cada 4 horas de trabalho.

HORA EXTRA

Quando necessário, os colaboradores poderão ser requisitados a realizarem horas extras. Todo o trabalho nesta modalidade deverá ser previamente autorizado por escrito por um supervisor/coordenador. A empresa fornece compensação adequada para todas as horas extras trabalhadas de acordo com a lei.

REGISTRO DE FREQUÊNCIA

- É o meio utilizado pela instituição para atender à legislação trabalhista que obriga a manter o controle da assiduidade e pontualidade dos colaboradores. Todos devem registrar (bater ponto) seus próprios horários de entrada e saída diariamente.
- Os colaboradores, admitidos e lotados em unidades fora da sede, (ex.: UPAs, Hospitais, etc.) farão a marcação da sua frequência diária através de marcação biométrica digital junto ao relógio de ponto. (A digital do colaborador será colhida no processo de admissão.).
- Os colaboradores administrativos lotados na sede farão a marcação da sua frequência através do controle de ponto manual, onde a marcação da frequência será diária.
- A marcação de ponto efetuada de forma incompleta, ou seja, só no início ou só no término da jornada será registrado como ponto incompleto, o colaborador também deve comunicar à chefia imediata.



- A não marcação de ponto de forma reincidente pode implicar em ato de indisciplina e fica sujeito à rescisão do contrato de trabalho.
- No período correspondente a férias, licença doença, licença acidentária, licença maternidade, assim como, em dias de ausências por motivos legais previstos na legislação e no Acordo Coletivo da categoria, o ponto será abonado como falta justificável.
- O Registro de Frequência pode ser consultado a qualquer momento através de envio de solicitação por e-mail ao Departamento de Recursos Humanos.
- Estão isentos de efetuar o registro de frequência os colaboradores que exerçam cargos de gestão, aos quais se equiparam para este efeito, exemplo: Superintendentes, Diretores, Coordenadores, Gerentes e outros. A isenção de registro de frequência, não desobriga, entretanto, ao colaborador de cumprir o horário de trabalho definido em contrato.

ABONO DE FALTAS E ATRASOS

É a revisão do registro de falta ou atraso não justificada na frequência do colaborador, que, após os trâmites administrativos necessários, poderá gerar o abono mesma.

O relatório padrão “Relatório de Exceções”, deverá ser enviado ao departamento de Recursos Humanos sempre até o dia 20 de cada mês para apuração e lançamento em folha de pagamento.

A solicitação de abono de falta ou atraso deverá ser solicitada unicamente através do Relatório de Exceções do ponto enviada mensalmente pelo supervisor/coordenador.

A chefia imediata do colaborador deverá anexar ao relatório, comprovação documental que justifique a ausência ou atraso. A folha de exceções referente àquele colaborador deverá ser preenchida com as informações da justificativa.

Caso não haja prova documental para tal abono, automaticamente o desconto da falta ou do atraso será efetuado em contracheque.

Não poderão ser abonados atrasos ou faltas sem prova documental, por simples liberalidade.

As faltas legais são abonadas automaticamente por dispositivo legal (Art. 473 - O colaborador poderá deixar de comparecer ao serviço sem prejuízo do salário (...) –CLT), desde que o respectivo comprovante esteja anexado.

- Até 2 (dois) dias consecutivos, em caso de falecimento do cônjuge, ascendente, descendente, irmão ou pessoa que, declarada em sua carteira de trabalho e previdência social, viva sob sua dependência econômica;
- Até 3 (três) dias consecutivos, em virtude de casamento;
- Por 1 (um) dia, em caso de nascimento de filho no decorrer da primeira semana;
- Por 1 (um) dia, em cada 12 (doze) meses de trabalho, em caso de doação voluntária de sangue devidamente comprovada;
- Até 2 (dois) dias consecutivos ou não, para o fim de se alistar eleitor, nos termos da lei respectiva;
- No período de tempo em que tiver de cumprir as exigências do Serviço Militar referidas na letra "c" do art. 65 da Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964 (Lei do Serviço Militar);
- Nos dias em que estiver comprovadamente realizando provas de exame vestibular para ingresso em estabelecimento de ensino superior;
- Pelo tempo que se fizer necessário, quando tiver que comparecer a juízo;
- Pelo tempo que se fizer necessário, quando, na qualidade de representante de entidade sindical, estiver participando de reunião oficial de organismo internacional do qual o Brasil seja membro (Incluído pela Lei nº 11.304, de 2006);
- Demais casos poderão ser analisados pela Direção de Recursos Humanos.

AFASTAMENTO POR ACIDENTE DE TRABALHO



- É o benefício que tem direito o colaborador que fica incapaz para o trabalho, mesmo que temporariamente, por acidente de trabalho ou trajeto por mais de 15 dias consecutivos mediante atestado médico. Deverá ser imediatamente enviado após a ocorrência (máximo 24 h) de acidente de trabalho ou de trajeto.
- O colaborador deverá comunicar imediatamente a Unidade e a Medicina do Trabalho o fato ocorrido para que seja preenchido o CIAT (Comunicação Interna de Acidente de Trabalho);
- Caso o colaborador entre em contato primeiro com a Unidade, a mesma deverá providenciar o preenchimento do CIAT e caso o colaborador esteja em condições, encaminhá-lo para Medicina do Trabalho. O CIAT deverá ser encaminhado à Medicina do Trabalho;
- Caso o colaborador entre em contato primeiro com a Medicina do Trabalho, a mesma deverá colher os dados para a averiguação e emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);
- Após o preenchimento da CAT, o colaborador deverá ser encaminhado ao médico do trabalho para a avaliação da necessidade de afastamento ou não;
- Caso haja necessidade de afastamento, o colaborador deverá ser encaminhado pela Medicina do Trabalho para a perícia da Previdência Social, mediante encaminhamento gerado pelo site da Previdência Social.

AFASTAMENTO POR AUXÍLIO DOENÇA

É o benefício a que tem direito o colaborador que fica incapaz para o trabalho, mesmo que temporariamente, por doença por mais de 30 dias consecutivos mediante atestado médico.

O colaborador ou portador por ele designado deverá comparecer ao RH de sua unidade portando o atestado médico de 15 dias com indicação de afastamento para avaliação médica.

O colaborador deverá ser encaminhado, após os primeiros 30 dias, a Previdência Social mediante formulário de Requerimento de Benefício por Incapacidade fornecido com data, local e horário da perícia médica (o respectivo encaminhamento é gerado pelo site da Previdência Social).

A partir de então o colaborador é considerado afastado, devendo retornar a Medicina do Trabalho logo após a cada perícia agendada, ou data determinada pelo médico do trabalho.

A unidade onde o colaborador atua deverá ser informada pelo RH/Medicina do Trabalho com relação ao período de afastamento de suas atividades.

Para que o colaborador faça jus ao benefício de Auxílio doença é necessário que o mesmo tenha pelo menos 12 meses de contribuição junto a Previdência Social a título de carência, sendo de responsabilidade exclusiva do respectivo órgão este deferimento.

AFASTAMENTO POR LICENÇA MATERNIDADE

A Licença-Maternidade é um benefício devido à colaboradora gestante, sendo pago diretamente pela empresa. O período da licença Maternidade é de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário.

O início do afastamento da colaboradora de seu trabalho deve ser determinado por atestado médico.

A colaboradora ou representante legal deverá, mediante atestado médico, notificar ao RH, imediatamente, após o recebimento do atestado médico de 120 dias.

Quando a colaboradora encontrar-se vinculada a mais de um empregado, fará jus ao Salário-Maternidade relativo a cada emprego. Neste caso, também não haverá limite para o pagamento do Salário-Maternidade, sendo mantido em cada emprego o salário integral.

Para fins de concessão de salário-maternidade, considera-se parto o evento ocorrido a partir da 23ª semana (6º mês) de gestação, inclusive em caso de natimorto.



No caso de mãe-adotiva e de segurada, o benefício será pago pelo INSS. Conforme disposto na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o período de duração da licença maternidade deverá seguir os seguintes critérios:

- Adoção ou guarda judicial de criança até 1 (um) ano de idade, o período de licença será de 120 (cento e vinte) dias;
- Adoção ou guarda judicial de criança a partir de 1 (um) ano até 4 (quatro) anos de idade, o período de licença será de 60 (sessenta) dias;
- Adoção ou guarda judicial de criança a partir de 4 (quatro) anos até 8 (oito) anos de idade, o período de licença será de 30 (trinta) dias.

A licença-maternidade só será concedida mediante apresentação do termo judicial de guarda à adotante ou guardiã.

ENTREGA DE ATESTADOS MÉDICOS

Todos os atestados médicos deverão ser entregues em até 2 (dois) dias contados a partir da data de emissão do mesmo, não devendo o colaborador aguardar o retorno ao trabalho para a respectiva entrega. Havendo no local o Serviço de Medicina do Trabalho, o colaborador deverá se apresentar para avaliação médica a fim de validar ou não a apresentação dos atestados médicos e também para que o médico do trabalho acompanhe o seu restabelecimento.

Em casos em que o colaborador esteja impossibilitado de locomover-se, o documento poderá ser entregue por parente, vizinho, amigo ou alguém de sua confiança, também respeitando o prazo de 2 dias contados a partir da data de sua emissão.

REMUNERAÇÃO, ISENÇÃO E DESCONTOS

PAGAMENTO DOS SALÁRIOS

Os pagamentos serão realizados até o 5º dia útil através de depósito/transferência em conta corrente/conta salário do colaborador.

Obs.: A empresa não permite adiantamentos.

IMPOSTO DE RENDA PESSOA FÍSICA – IRFP

Desconto realizado sobre a remuneração do colaborador. É composto do somatório de salário-base + gratificações + insalubridade/periculosidade + adicional noturno, horas extras, repouso semanal remunerado sobre horas extras, de acordo com a tabela de descontos informada pela Receita Federal:



DEPENDENTES PARA O IMPOSTO DE RENDA

Para fins de determinação da base de cálculo do imposto, e redução do IRRF (Imposto de renda retido na fonte) descontado em folha.

O colaborador deverá entregar a declaração no ato da admissão com a cópia do documento comprobatório. Em caso de nascimento de filho após admissão, a declaração deverá ser preenchida e entregue até o dia 20 de cada mês ao RH.

São considerados dependentes da pessoa física, para fins da legislação do Imposto de Renda:

- Cônjuge ou companheiro(a) com quem o contribuinte tenha filho ou viva há mais de 5 anos, inclusive para relações homo afetivas;
- Filho(a) ou enteado(a) de até 21 anos de idade, ou de qualquer idade se incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) de até 24 anos que cursam ensino superior ou escola técnica de segundo grau;
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem amparo dos pais, de quem o contribuinte detenha a guarda judicial, até 21 anos, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- Irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), até 24 anos, se ainda estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau;

- Pais, avós e bisavós que, em 2012, não tenham recebido rendimentos superiores ao valor de isenção;
- Sogro ou a sogra podem ser dependentes se seu filho ou filha estiver declarando em conjunto com o genro ou a nora;
- Menor pobre até 21 anos que o contribuinte crie e eduque e de quem detenha a guarda judicial;
- Pessoa absolutamente incapaz (como menores, enfermos e deficientes), da qual o contribuinte seja tutor ou curador;

ISENÇÃO E DESCONTOS DE INSS

A isenção do desconto previdenciário, para os colaboradores que exerçam atividades simultâneas, em mais de uma empresa, sujeita ao RGPS (Regime Geral de Previdência Social), observados os limites mínimo e máximo do salário

de contribuição vigentes. Os limites atualizados podem ser consultados no site da Previdência Social e/ou através do departamento de Recursos Humanos.



Para apuração correta do salário de contribuição, o segurado deverá apresentar ao Departamento de Recursos Humanos do IEC os seguintes documentos:

- Os comprovantes de pagamento das remunerações como segurado relativos à competência anterior à da prestação de serviços (teto máximo) ou do mês corrente (abaixo do teto);
- Declaração, sob as penas da lei, de que é segurado colaborador. Tanto o comprovante de pagamento quanto a declaração devem consignar o valor sobre o qual é descontada a contribuição naquela atividade ou que a remuneração recebida atingiu o limite máximo do salário de contribuição;



- Também devem constar no comprovante de pagamento ou na declaração: o nome empresarial da empresa ou empresas, com número do CNPJ, ou o colaborador doméstico que efetuou ou efetuará o desconto sobre o valor por ele declarado;
- Declaração que abrange várias competências quando o segurado colaborador receber mensalmente remuneração igual ou superior ao limite máximo do salário de contribuição, declaração mencionada anteriormente poderá abranger várias competências dentro do exercício, devendo ser renovada, após o período indicado na referida declaração ou ao término do exercício em curso, ou ser cancelada, caso haja rescisão do contrato de trabalho, o que ocorrer primeiro.
- Guarda de Documentos: O segurado colaborador deverá manter sob sua guarda, pelo prazo decadencial previsto na legislação tributária, cópia da declaração juntamente com os comprovantes de pagamento, para fins de apresentação ao INSS – Instituto Nacional do Seguro Social ou à fiscalização da RFB – Receita Federal do Brasil, quando solicitado;
- A(s) declaração(es) deverá(ão) ser renovada(s) a cada 6 (seis) meses, sendo ela(s) imprescindível(is) para a não realização do desconto;
- Envio ao Departamento de Recursos Humanos: O segurado colaborador, poderá enviar por fax ou e-mail a referida declaração (somente para agilizar o processo de lançamento em folha de pagamento) e posteriormente entregar o documento na unidade em que trabalha;
- Não serão aceitas declarações fora do prazo estabelecido. A ausência dará a empresa o direito de efetuar o referido desconto;
- É de responsabilidade do segurado colaborador, comunicar a empresa qualquer alteração no salário de contribuição ou desligamento.

PENSÃO ALIMENTÍCIA

É a determinação judicial para o desconto a título de Pensão Alimentícia em folha de pagamento em favor de pensionista/beneficiário.



Mediante a admissão, é de obrigação do colaborador a entrega de uma cópia do ofício da determinação judicial, caso a já possua. Junto ao ofício, anexar dados da(o) pensionista como: nome completo, CPF, dados bancários (nome do Banco, agência e conta corrente). Dados do(s) dependente(s) para a pensão: cópia da Certidão de Nascimento.

O desconto e o pagamento da Pensão Alimentícia passarão a ser de obrigação da empresa após a entrega de cópia do ofício da determinação judicial.

BENEFÍCIOS

ADICIONAL NOTURNO

Acréscimo de 20% sobre o valor da hora diurna trabalhada no período entre 22:00h e 5:00h (vinte e duas e cinco horas).

Para os profissionais plantonistas, o adicional noturno será considerado o período entre de 22:00h e 07:00h (vinte e duas e sete horas).



ADICIONAIS DE PERICULOSIDADE E INSALUBRIDADE

Adicionais definidos pela legislação previdenciária/trabalhista a serem pagos ao colaborador para compensar o exercício de funções que, por suas características, o expõe a desgaste prejudicial à saúde ou à situação de risco considerável.

- Insalubridade - Trabalho que expõe o colaborador ao contato com agentes nocivos à saúde;
- Periculosidade - Trabalho que submete o colaborador à situação de constante risco de vida.

A média dos valores dos adicionais integra a base de cálculo de férias, 13º salário, verbas rescisórias, contribuições previdenciárias, FGTS e IR.

SALÁRIO FAMÍLIA

É o benefício pago aos segurados colaboradores e aos trabalhadores avulsos com salário mensal, conforme limite estipulado pelo INSS, para auxiliar no sustento dos filhos de até 14 anos ou inválidos de qualquer idade.

O (a) contratado (a) deverá entregar a declaração no ato da admissão com a cópia do documento comprobatório. Em caso de nascimento após a admissão, a declaração deverá ser preenchida e entregue até o dia 20 de cada mês ao RH.

Documentação:

- Requerimento do salário família;
- Termo de responsabilidade;
- Certidão de Nascimento do filho (cópia);
- Filho equiparado: Equiparam-se aos filhos, mediante declaração escrita do segurado e comprovação de dependência econômica, o enteado e o menor que estejam sob sua tutela, que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação;
- Atestado de vacinação obrigatória, quando dependente menor de oito anos;
- Comprovação de frequência escolar do filho ou equiparado; quando dependente maior de sete anos, deverá ser apresentada no mês de fevereiro de cada ano, sob pena de suspensão do benefício.



DÉCIMO TERCEIRO SALÁRIO

Gratificação natalina a que os colaboradores têm por direito. Corresponde a 1/12 (um doze avos) de sua remuneração a cada mês trabalhado no ano.

O pagamento do 13º salário será concedido em 2 (duas) parcelas, sendo a primeira paga no mês novembro, até, no máximo, o dia trinta do referido mês.



O valor do 13º salário é composto do somatório de salário-base + gratificação de função + insalubridade/periculosidade + gratificação eventual, adicional noturno, PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL – PIS

O PIS (Programa de Integração Social) foi instituído para possibilitar a participação dos trabalhadores no desenvolvimento das empresas, através da distribuição dos benefícios entre os colaboradores.

Benefício concedido pela CEF (Caixa Econômica Federal) através do pagamento de: Abono Salarial - Benefício equivalente a 1 (um) salário-mínimo, vigente na data de pagamento, que ocorre anualmente no contracheque do mês de agosto.

Condições para que o trabalhador receba Abono Salarial:

Esteja cadastrado há pelo menos 5 (cinco) anos no Fundo de Participação PIS/PASEP;
Tenha percebido remuneração de até 2 (dois) salários-mínimos médio mensal no período trabalhado;

Tenha exercido atividade remunerada pelo menos durante 30 (trinta) dias no ano-base.

RESCISÃO DE CONTRATO

DISPENSA SEM JUSTA CAUSA

Iniciativa do Empregador. Nesse caso, o colaborador faz jus ao recebimento das seguintes parcelas:

- Saldo de salários;
- Décimo Terceiro Salário proporcional;
- Férias proporcionais, acrescidas de mais 1/3;
- Aviso-prévio de 30 dias;
- Salário-Família, integral ou proporcional;
- Valor do FGTS correspondente ao mês, imediatamente, anterior ao da rescisão, caso não tenha sido efetuado o seu recolhimento, e do referente ao mês do ocorrido;
- 40% do saldo da conta vinculada acrescidos dos valores correspondentes ao saldo do FGTS.
- **DISPENSA COM JUSTA CAUSA**
- A empresa somente está obrigada ao pagamento das seguintes parcelas:
- Saldo de salários;
- Salário-Família, integral ou proporcional.



PEDIDO DE DEMISSÃO

- O empregado, ao pedir demissão, tem direito ao recebimento de:
- Saldo de salários;
- Décimo Terceiro Salário proporcional;
- Férias proporcionais, acrescidas de mais 1/3;
- Salário-Família, integral ou proporcional.
- As verbas rescisórias são calculadas levando em consideração: salário-base, repouso semanal remunerado, gratificação de função, insalubridade, periculosidade, gratificação eventual, gratificação de projeto, adicional noturno, horas extras, repouso semanal remunerado sobre horas extras e horas sobreaviso.
- As verbas rescisórias deverão ser pagas até o primeiro dia útil imediato ao término do contrato; ou
- Até o décimo dia, contado da data da notificação da demissão, quando da ausência de aviso prévio, indenização do mesmo ou dispensa de seu cumprimento.

PRÁTICAS DE TRABALHO

PEDIDOS DE RECOMENDAÇÃO

Todos os pedidos de recomendação devem ser dirigidos ao RH. Nenhum outro gerente, supervisor ou empregado está autorizado a emitir recomendações para colaboradores atuais ou antigos. A política de recomendações para antigos colaboradores é abrir somente as datas de entrada e saída na empresa e o título do último cargo que ele ocupou. Se forem autorizadas outras informações por escrito, a empresa também fornecerá ao possível empregador o salário e benefícios que você recebia além de outras informações pertinentes horas extras e repouso semanal remunerado sobre horas extras. REGISTROS

DE PESSOAL

É de responsabilidade do funcionário garantir que as informações pessoais de seu cadastro estejam atualizadas e corretas. Informar ao departamento de Recursos Humanos, imediatamente, em caso de mudança de endereço, número de telefone, etc.

Em caso de alterações dos dados, deverá dirigir-se ao RH ou gerência da unidade e preencher formulário específico, ao tempo que entregará cópia do documento com a respectiva alteração.

Alteração de dados pessoais: Para informar alteração de nome e/ou estado civil, o colaborador deverá apresentar cópia do documento de identificação comprobatório;

Atualização de endereço residencial: O colaborador deverá encaminhar ao RH comprovante de residência atualizado;

Alteração de dados bancários: Deverá ser encaminhada ao RH cópia do documento comprobatório (cartão bancário ou formulário de abertura de conta fornecido pela agência bancária) onde constem os respectivos dados do banco, agência e conta para recebimento dos salários. O colaborador deverá ser o titular da conta corrente informada.

O empregado poderá visualizar seu arquivo pessoal, conforme previsto por lei, na presença de um representante da empresa em horário conveniente para ambos. Nenhum documento pode ser copiado, com exceção daqueles assinados previamente pelo colaborador.

A empresa restringe o acesso ao arquivo pessoal dos colaboradores para apenas o pessoal autorizado. Qualquer pedido para visualizar informações deve ser solicitado ao Recursos Humanos. Apenas o RH ou as pessoas designadas por ele podem liberar informações sobre colaboradores atuais ou antigos. A empresa irá sempre cooperar com pedidos relacionados a questões jurídicas.

Registros médicos não são incluídos no arquivo pessoal. Somente serão visualizados se: (1) a lei permitir; (2) o médico particular do empregado requisitar com uma autorização escrita pelo mesmo; ou (3) for necessária para caso de compensação para o funcionário.

CONDUTAS PROIBIDAS

Não é possível listar todos os comportamentos que são inaceitáveis no ambiente de trabalho, porém, segue abaixo, alguns exemplos de condutas que podem resultar em ações disciplinares, incluindo a demissão.



- Roubo, remoção ou posse não autorizada de propriedade da empresa;
- Falsificação de registros;
- Trabalhar alcoolizado;
- Posse, distribuição, venda, transferência, uso ou estar sob a influência de drogas no espaço de trabalho ou dentro do horário de trabalho;
- Brigar, ameaçar ou violentar pessoas dentro do ambiente de trabalho;
- Bagunça ou barulho no ambiente de trabalho;
- Conduta negligente ou imprópria que acarretem em danos na propriedade da empresa, do cliente ou de parceiros;
- Insubordinação ou falta de respeito;
- Violação de regras da empresa e de segurança ou saúde;
- Fumar em áreas proibidas;
- Qualquer tipo de assédio e discriminação;
- Posse de materiais perigosos ou não autorizados, como explosivos e armas de fogo no ambiente de trabalho;
- Faltas excessivas e/ou sem notificação;
- Ausência não autorizada do posto de trabalho durante o dia.

POLÍTICA DE TOLERÂNCIA ZERO COM VIOLÊNCIA NO AMBIENTE DE TRABALHO

Atos ou ameaças de violência física, incluindo intimidação, assédio e/ou coerção, que envolvam ou afetem a empresa, seus colaboradores e que ocorram dentro do local ou horário de trabalho não são tolerados.

Esta proibição se aplica a todo pessoal envolvido nas operações da empresa, incluindo, mas não se limitando ao seu pessoal, terceirizados, funcionários temporários e qualquer outra pessoa dentro da propriedade da empresa. As violações desta política, por qualquer indivíduo ou ação individual mesmo fora do local de trabalho que afete os interesses da empresa, irão acarretar em ações disciplinares e/ou legais, quando apropriado.

ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS

O uso de álcool e drogas são proibidos. As seguintes situações são estritamente proibidas pela empresa:

Posse, uso ou estar sob influência de álcool ou drogas ilícitas durante o trabalho;



Dirigir veículo da empresa ou seu próprio veículo enquanto estiver realizando atividades para a empresa sob a influência de álcool, droga ilegal ou substância controlada;

Distribuição, venda, compra ou oferta de venda ou compra de álcool, drogas ilegais e substâncias controladas durante o trabalho.

A violação das regras acima e dos padrões de conduta não são toleradas sendo base para ações disciplinares podendo resultar em demissão. De modo a aplicar esta política, o IEC se reserva ao direito de conduzir buscas na propriedade da empresa e de implementar outras medidas necessárias para coibir e detectar abusos desta política.

PONTUALIDADE E PRESENÇA

Os colaboradores devem se apresentar diariamente para trabalhar, no horário correto e preparados para começar. Além disso, é esperado que eles permaneçam no local indicado durante todo o período para o qual foram contratados, exceto para as refeições, descansos previstos em lei ou quando receberem autorizações.

Nas impossibilidades de comparecer ao trabalho, os colaboradores devem avisar a seus superiores o que ocorreu e a duração da ausência por telefone, e-mail ou outro meio de comunicação.

Excesso de ausências e/ou atrasos, com justificativas ou sem, não são tolerados. Atrasos de mais de uma hora por três vezes no mesmo mês irá resultar em advertência e possível desconto de salário

A não apresentação para trabalhar sem notificação para o supervisor por mais de 30 (trinta) dias será considerado abandono de emprego.

CONFIDENCIALIDADE

Informações sobre a empresa, seus colaboradores, seus usuários, fornecedores e parceiros devem ser mantidas em sigilo e liberadas apenas para aqueles que precisam obtê-las e foram devidamente autorizados. Caso haja dúvidas sobre a permissão para liberar determinada informação é necessário sanar a dúvida com o supervisor.



Todos os registros e arquivos da empresa, em qualquer formato, são confidenciais e devem permanecer dentro da mesma; não devem ser abertos para pessoas de fora a não ser que exista uma permissão explícita. Informações confidenciais não podem ser removidas da instituição a não ser com uma autorização explícita e por escrito.

Os colaboradores podem precisar assinar um termo de confidencialidade como uma condição do emprego ou para nele permanecerem.

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E INTERNET

Os sistemas de informação do IEC e seus recursos eletrônicos são fornecidos para o uso, revisão e monitoramento das atividades com o objetivo de ajudar o funcionamento do projeto. Como resultado, as informações estão sempre disponíveis para um grande número de pessoas, logo a política de segurança de informação de dados não permite instalar ou baixar qualquer software para os computadores sem permissão por ordem de serviço, com vistas a evitar perda ou divulgação de informações de forma não autorizada.

Dentre as proibições de uso dos sistemas de tecnologia da informação, cita-se: Apresentação ou transmissão de imagens sexualmente explícitas, Ofensa e ou

discriminação aos colegas de trabalho, Ganhos comerciais individuais, O infrator estará sujeito as punições cabíveis, indo de advertência à demissão.

Obs.: O IEC pode a qualquer momento negar o acesso de qualquer colaborador aos sites ou funções de seus equipamentos eletrônicos de comunicação, seja temporária ou permanentemente.

PRÁTICAS DE TRABALHO

PROPRIEDADE DA EMPRESA E POLÍTICA DE REVISTA

Armários, mesas, veículos e qualquer outro equipamento fornecido pela empresa e/ou pelo parceiro público, são de sua propriedade e/ou guarda e devem ser mantido de acordo com as regras e regulamentos. A empresa se reserva no direito de inspecionar toda sua propriedade e/ou unidades sob a sua gestão, para garantir o cumprimento das regras e regulamentos, sem aviso prévio.

É necessário ter uma autorização para retirar objetos da empresa e/ou das unidades sob a sua gestão. Todas as propriedades devem ser devolvidas caso o funcionário seja demitido ou se demita. Salienta-se que quando o colaborador está de posse de algum bem da instituição, este é seu fiel depositário podendo inclusive ressarcir-la em caso de quebra, roubo, etc.

SEGURANÇA

A Segurança das propriedades assim como dos funcionários e clientes depende de que cada indivíduo esteja em constante alerta a riscos. Por essa razão, fique atento com os seguintes:

Informe imediatamente seu supervisor sobre pessoas suspeitas ou agindo de forma suspeita dentro ou perto da unidade em que trabalha;

Informe imediatamente seu supervisor sobre perda de chaves, passes de segurança, etc.

ARRUMAÇÃO

Todos os colaboradores devem manter suas estações de trabalho limpas e organizadas, além das áreas de uso comum.

SAÚDE E SEGURANÇA

A saúde e segurança dos colaboradores é uma grande preocupação. Neste ínterim, qualquer acidente ou doença no trabalho deve ser reportado, imediatamente, ao seu supervisor para que a empresa possa tomar todas as atitudes cabíveis para o mais rápido reestabelecimento da saúde de seu profissional.

g.1.1.4. Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes. Criação de Comissão Específica.



Uma declaração de POLÍTICA DE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR – PSST, redigida e divulgada ajuda a promover um programa de saúde do trabalhador eficaz. Tal política refletirá as necessidades específicas dos trabalhadores inseridos em seus locais de trabalho, devendo ser revista e atualizada regularmente. Os dicionários definem "política" como "um plano claro de ação, ou método de ação, que foi escolhido deliberadamente e que guiam ou tem influência nas

decisões futuras". Ao estabelecer princípios e regras, uma PSST orienta ações de saúde do trabalhador. Uma política indica o comprometimento da hierarquia e dos trabalhadores com a saúde e segurança. A declaração deve incluir a intenção de tratar as obrigações legais aplicáveis não como objetivo maior, mas como o padrão mínimo de ação.

Como Política de Segurança no trabalho e Prevenção de Acidentes, a IEC realizar a integração entre os programas de prevenção e saúde do trabalhador (Programa de Prevenção Riscos Ambientais e Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional), integração entre os departamentos envolvidos nos programas e os demais líderes da empresa, promover a comunicação institucional nos níveis gerenciais/coordenação, cumprir as “metas do programa” criado, organização devido ao estabelecimento de cronograma de ação, programação orçamentária para a área de segurança no trabalho, identificação e antecipação dos riscos ambientais detectados no âmbito interno da organização, elaboração de cronograma para treinamentos e palestras de acordo com a atividade econômica da empresa, controle de gastos com relação à compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), facilita a elaboração de um banco de dados sobre acidentes do trabalho (coleta de informação mais precisa), elaboração de cronograma para treinamentos e palestras de acordo com a atividade econômica da empresa, controle de gastos com relação à compra de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), controle de qualidade dos EPIs comprados (Equipamentos com Certificado de Autorização).



POLÍTICA DE SEGURANÇA E SAÚDE DO TRABALHADOR ATUANDO NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DO TRABALHO.



Na prevenção de acidentes, a IEC realizará inspeções periódicas e programadas geral e/ou por setor, Inspeções periódicas e programadas em máquinas e equipamentos, emissão de relatórios informando as condições insalubres e inseguras no ambiente laboral, elaboração de calendário de Reuniões gerenciais e de coordenação das atividades envolvendo a segurança no trabalho (engenheiros, gestores, assistentes técnicos, membros da CIPA, mestres de obras, representantes do empregador, supervisão entre outros), imediata detecção de medidas preventivas e corretivas para neutralizar ou minimizar os riscos ambientais detectados na frente de trabalho, facilitar a coordenação em geral do programa e favorece os ajustes quando

necessário (flexibilidade), no seu escopo tem um planejamento voltado para as situações de emergência.

TREINAMENTOS.

Para que um treinamento e/ou palestra possa surtir o efeito desejado para todos os envolvidos na política de segurança e saúde do trabalho, são necessários alguns itens, que serão a seguir descritos:

- Conteúdo programático de acordo com a função e atividade do colaborador, visando informar os riscos e/ou agentes agressores que os trabalhadores estão expostos no ambiente laboral.
- Um bom treinamento é composto de uma carga horária onde o aluno possa assimilar o conteúdo programático.
- Profissional habilitado e qualificado para ministrar o treinamento.
- Empregar todos os materiais didáticos pedagógicos disponíveis na empresa (data show, apostilas, vídeos etc.).
- Métodos de avaliação que realmente venha a avaliar de forma correta e adequada se o aluno realmente conseguiu apreender as instruções e as informações prioritárias.



PROPOSTAS DE TEMAS PARA TREINAMENTOS / SEGURANÇA DO TRABALHO.

- Prevenção e Combate a incêndios na empresa (prática e teoria);
- Atendimento Pré-Hospitalar (prática e teoria);
- Análise de Acidente do Trabalho (investigação, causa e efeito);
- Metodologia para realizar inspeções básicas em máquinas, equipamentos e instalações;
- Análise de riscos (metodologia e aplicação);
- Tipos de EPI's empregados no local;
- Uso correto de EPI's, higienização, guarda e conservação;
- Responsabilidades trabalhistas (empregador / empregado).
- Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS);



- Doenças ocupacionais relacionadas ao Trabalho (DORT).
- Os 5 Sentidos e aplicação no ambiente laboral.
- Gestão pela qualidade total (GQT).
- Legislação previdenciária.

EXAMES MÉDICOS

PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL - PCMSO

O exame médico admissional, assim como os exames periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissional, está incluído no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), que tem como objetivo a promoção e preservação da saúde e do conjunto de trabalhadores e também está baseado no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). Todos os empregadores estão obrigados a elaborar e implementar o PPRA e o PCMSO.

Esse exame compreende:

- a) Avaliação clínica, abrangendo anamnese ocupacional e exames físico e mental;
 - b) Exames complementares a critério do médico;
 - c) Avaliação de riscos ambientais (PPRA).
- Periódico

A avaliação clínica no exame médico periódico deve observar os seguintes prazos:

- a) anualmente, para os colaboradores menores de 18 anos e maiores de 45 anos de idade;
- b) a cada 2 anos, para os colaboradores entre 18 e 45 anos de idade.

No caso de trabalhadores expostos a riscos ou situações de trabalho que impliquem o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou ainda, para aqueles que

sejam portadores de doenças crônicas, os exames devem respeitar a seguinte periodicidade:

- a) a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente de inspeção do trabalho, ou ainda, como resultado;
 - b) a cada 6 meses, para os trabalhadores expostos a condições hiperbáricas
- De Retorno ao Trabalho

O exame médico de retorno ao trabalho somente será obrigatório quando o empregado ficar afastado da atividade por período igual ou superior a 30 dias, em virtude de: doença ou acidente, de natureza ocupacional, ou parto.

Esse exame deve ser realizado, obrigatoriamente, no primeiro dia de volta ao trabalho.

- De Mudança de Função

Esse exame somente será obrigatório quando a nova função expor o empregado a riscos diferentes daqueles a que estava exposto antes da mudança.

O referido exame deverá ser realizado antes de o empregado passar a exercer a nova função.

- Demissional

O exame médico demissional poderá deixar de ser exigido dependendo da data em que o empregado realizou seu último exame.

O exame médico independente se admissional, periódico, de retorno, de mudança de função ou demissional, será custeado integralmente pelo Instituto Elisa Castro e realizado por médico indicado pela empresa, com especialização em medicina do trabalho.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO DOS RISCOS AMBIENTAIS - PPRA

PPRA - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais, Trata-se de uma legislação federal, especificamente a Norma Regulamentadoras no 09, emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego no ano de 1994. Que tem como objetivo estabelecer uma

metodologia de ação que garanta a preservação da saúde e integridade dos trabalhadores, frente aos riscos dos ambientes de trabalho.

A elaboração e implementação do PPRA é obrigatória para todos os empregadores e instituições. Não importa o grau de risco ou a quantidade de empregados. Assim, todos estão obrigados a ter PPRA, cada um com suas próprias características e complexidade. Estando legalmente habilitados para elaborar a PPRA, os Técnicos de Segurança, Engenheiros de Segurança e Médicos do Trabalho.

LAUDO TÉCNICO DAS CONDIÇÕES AMBIENTAIS DO TRABALHO - LTCAT

O LTCAT é um documento obrigatório, exigido em especial pelo INSS, a todas as empresas que possuem empregados, cujas atividades ou operações, insalubres ou não insalubres, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, os expõem a agentes nocivos (físicos, químicos ou biológicos, ou ainda a associação destes).

Este laudo além de identificar os riscos do ambiente de trabalho para sua eliminação ou ao menos sua minimização, a fim de prevenir acidentes e doenças decorrentes de suas atividades, é concluir se há, ou não, a insalubridade e decorrente disto o direito à Aposentadoria Especial.

São avaliados os riscos de forma qualitativa e quantitativa procedendo-se em seguida o enquadramento de acordo com os parâmetros legais, em especial, referente aos Limites de Tolerância.

O responsável pela elaboração e assinatura do LTCAT é o Engenheiro de Segurança do Trabalho devidamente credenciado junto ao CREA – Conselho Regional de Engenharia e Arquitetura.

Política de segurança no Trabalho e Prevenção de acidentes (CIPA)

Constituição da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

Segundo a NR – 05 a constituição da CIPA fica definida dessa forma:

A CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes deve ser constituída por estabelecimento, definido como cada uma das unidades da empresa funcionando em locais diferentes como: fábrica, refinaria, oficina, escritório, etc. Há situações que essa definição é complexa, portanto sempre o órgão regional do MTE deve ser consultado;

São obrigadas a constituir CIPA e manter em funcionamento as empresas privadas, públicas, sociedades de economia mista, órgãos da administração direta e indireta, instituições beneficentes, associações recreativas, cooperativas, bem como outras instituições que admitam trabalhadores como empregados;

A empresa que possuir no mesmo município dois ou mais estabelecimentos, deverá garantir a integração das CIPA e dos designados, conforme o caso, com o objetivo de harmonizar as políticas de segurança e saúde no trabalho;

Com o objetivo de promover as ações preventivas para evitar acidentes e doenças relacionadas ao trabalho as empresas instaladas em centros comerciais ou industriais, estabelecerão, através das CIPA ou designados mecanismos de integração;

A NR-05 foi criada para regulamentar os artigos 163, 164 e 165 da CLT, isto significa que os estatutários e as cooperativas que não possuir empregados regidos pela CLT, estão isentas de constituir CIPA. A obrigatoriedade da constituição da CIPA e de mantê-la cabe às empresas onde tiverem empregados regidos pela CLT;

Nos órgãos públicos, onde trabalhem funcionários estatutários e funcionários regidos pela CLT, a CIPA deverá ser constituída e dimensionada de acordo com o número de funcionários regidos pela CLT e é somente esses que poderão votar e serem candidatos.

Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços deve-se considerar o local ou estabelecimento onde o funcionário atuará e não onde o mesmo esteja registrado. Deve-se observar ainda os itens 5.47, 5.48, 5.49 e 5.50 da NR – 05;

Em algumas situações a constituição da CIPA torna-se um tanto quanto complexa e sendo assim o órgão regional do ministério do Ministério do Trabalho deve ser consultado, pois cabe a ele dirimir todas as dúvidas referente à constituição da CIPA assim como a

aplicação da NR – 05 e demais Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho

Dimensionando a CIPA

A CIPA será composta de representantes do empregador e representantes dos empregados em igual número de membros titulares e membros suplentes.

O dimensionamento será feito com base no Quadro – I da NR – 05, ressalvadas as alterações disciplinares em atos normativos para setores econômicos específicos, cuja legislação específica deve prevalecer sobre a NR – 05 devendo portanto não haver conflito, como por exemplo o que ocorre com as NR – 18, NR – 22 e NR 29.

A CIPA não é mais dimensionada com base na graduação de risco da empresa, porém o grau de risco continua sendo usado para outras normas, como o dimensionamento do SESMET na NR – 04.

O dimensionamento da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes é feito com base em:

Número de empregados do estabelecimento dentro do prazo legal estabelecido para o processo eleitoral;

Número do CNAE – Código Nacional de Atividade Econômica;

O Quadro I da NR – 05 estabelece a obrigatoriedade da CIPA para empresas que possuam 20 ou mais empregados. A empresa que possuir número inferior de empregados deve designar um responsável para cumprimento dos objetivos da NR – 05 conforme estabelece o item 5.6.4 da NR – 05).

Introdução ao Roteiro de Implantação da CIPA

Conhecendo a quantidade necessária e legal de integrantes para a formação da CIPA da sua empresa, teremos abaixo o roteiro de implantação da CIPA com toda a documentação necessária, incluindo os modelos de documentos prontos em formato DOC para que você possa utilizar.



Visando mais objetividade, o roteiro de implantação foi subdividido em etapas, considerando todos os aspectos legais e estruturais para a Implantação da CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Etapa 01: Comunicado ao Sindicato da Categoria

O processo eleitoral para escolha dos representantes dos empregados deve ser iniciado com prazo mínimo de 60 dias antes do término da gestão. Prazo esse que poderá ser ampliado, mas nunca reduzido, dependendo da vontade da IEC, que é a responsável pela convocação das eleições para a CIPA.



Será protocolado junto ao sindicato da categoria majoritária da empresa um comunicado informando o processo de eleição para a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidente. (Mínimo de 60 dias)

Etapa 02: Criação da CE - Comissão Eleitoral

Nessa etapa, a CIPA com gestão em curso e através do presidente e vice-presidente em conjunto com os demais membros titulares deverão constituir a CE – Comissão Eleitoral. Deverá haver consenso entre os membros da CIPA e presidente e vice-presidente para a escolha dos integrantes da CE, cuja quantidade será definida a critério do presidente e vice-presidente. Geralmente o presidente e vice-presidente da CIPA integram a CE.

Inclua na pauta da próxima reunião ordinária ou convoque uma reunião extraordinária para a constituição da CE - Comissão Eleitoral. (A partir de 55 dias)

Como ainda não existe a CIPA na unidade em questão, ou seja, a CIPA será implantada pela 1ª vez, a CE deverá ser indicada pelo empregador. Depois de formada a CE, caberá a esta toda a autoridade em se tratando de eleição, ficando sobre sua responsabilidade as seguintes atribuições:

Datas para início e fim das inscrições dos candidatos, rubrica nas cédulas, data e horário da votação, divulgação dos inscritos, resultados, resolução de qualquer problema atrelado ao processo eleitoral, guarda das cédulas, etc.

Etapa 03: Preparação da Ficha de Inscrição e Edital de Inscrição



Nessa etapa, deverá ser preparada a ficha de inscrição e o edital de inscrição comunicando que estão abertas as inscrições aos interessados em se candidatar para uma vaga na CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da sua empresa.

A publicação e divulgação do Edital de Inscrição deverá ocorrer no prazo mínimo de 45 dias antes do término da gestão em curso ou do início da primeira CIPA (se for o caso) e deverá ser feita de modo a possibilitar que todos os interessados possam participar.

Etapa 04: Inscrição dos Candidatos

Conforme estabelece a NR-05, as inscrições para candidatos à CIPA devem ficar abertas pelo período mínimo de 15 dias, visando dessa forma garantir a oportunidade de participação de todos os interessados.

Os empregados que se candidatarem à CIPA deverão receber um comprovante de inscrição, pois é obrigatório, e nele deverá conter a data da efetivação do ato e a assinatura de quem a recebeu.

Pelo período mínimo de 15 dias, os interessados deverão se inscrever como candidatos à CIPA.

O emprego deverá ser garantido a todos os inscritos até o fim do processo eleitoral, pois segundo o artigo 10 do ADCT determina a garantia de emprego aos cipeiros desde sua inscrição até um ano após o mandato e como até o fim do processo eleitoral não sabemos quem serão os eleitos, todos devem ter essa garantia.

Etapa 05: Edital de Convocação de Eleição

Nessa etapa será preparado e divulgado o edital de convocação de eleição, com no mínimo 45 dias antes do término da gestão em curso. O referido edital deverá ser fixado em local de fácil acesso e visível a todos os empregados da empresa, pois a participação, depende dessa divulgação.

Etapa 06: Listagem de Empregados, Cédula, Urna e definir o Secretário e Presidente da Mesa

Dando continuidade ao processo de implantação da CIPA, nessa etapa, deverá ser preparada a listagem dos empregados para assinatura, a cédula de votação e urna, definir quem será o presidente e o secretário da mesa.

Etapa 07: Eleição

A eleição deverá ser realizada no prazo mínimo de 30 dias antes do término da gestão em curso. A eleição deverá ocorrer em dia normal de trabalho na empresa, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação do maior número de empregados da empresa. O voto é secreto.

Etapa 08: Apuração dos Votos

A apuração dos votos deverá ocorrer em dia normal de trabalho com acompanhamento de representantes do empregador e dos empregados, em número que deverá ser definido pela CE - Comissão Eleitoral.

Havendo participação inferior a 50% dos empregados na votação, a apuração não deverá ser feita. Ao se detectar essa possível situação a comissão eleitoral deverá providenciar nova eleição para no máximo dez dias contados à partir da eleição cancelada. Dessa forma os empregados deverão ser comunicados e providencias devem ser tomadas para que os empregados deixem de votar novamente.

Não havendo possibilidade de apuração dos votos no mesmo dia das eleições, a CE deverá providenciar sua guarda segura e inviolável.

Etapa 09: Ata de Eleição dos Representantes dos Empregados

Nessa etapa, você deverá elaborar a ata de eleição dos representantes dos empregados da CIPA contendo o resultado das votações e possíveis ocorrências durante o processo de votação.

O resultado da eleição deverá ser fixado em local visível a todos os empregados do Instituto Elisa Castro de modo que todos possam tomar conhecimento dos resultados e dos eleitos.

Etapa 10: Representantes do Empregador.

O Instituto Elisa Castro deverá designar (escolher) os representantes (titulares e suplentes) do empregador para compor a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes. Vale lembrar que os membros que representam o empregador deverão ser escolhidos, em igual quantidade dos membros que representam os empregados.

Os designados pelo empregador para compor a CIPA poderão ocupar essa função por vários mandatos consecutivos, inclusive o presidente.

Etapa 11: Treinamento para Membros da CIPA.

Essa é uma importante etapa, o treinamento para a nova CIPA do Instituto Elisa Castro. Conforme estabelece o item 5.32 da NR-05, a empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

O treinamento deverá ser repetido quando o trabalhador for novamente membro eleito ou indicado ou ainda quando o mesmo já tiver participado e concluído o treinamento.

Etapa 12: Reunião para Instalação e Posse da CIPA.

Nessa etapa, deverá ocorrer a reunião para instalação e posse da nova ou da primeira Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho da empresa. A nova comissão terá mandato de 01 anos a contar da data da posse em questão.

Etapa 13: Indicação do Secretário e Substituto e Confecção do Calendário Anual de Reuniões Ordinárias.

Instalada e devidamente empossada a CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, deverá ser indicado o Secretário e Substituto, preferencialmente não membro da comissão, e criado o Calendário Anual das Reuniões Ordinárias.

As RO - Reuniões Ordinárias da CIPA deverão ocorrer em horário de funcionamento normal da empresa e de trabalho dos membros titulares de modo que seja observado o melhor horário comum, visando facilitar a presença dos membros da CIPA sem alteração brusca de suas funções na empresa, garantindo dessa forma a qualidade de sua participação.

As datas e horários das reuniões mensais da CIPA deverão ser estabelecidas e cumpridas a rigor.

A CIPA deixa de possuir um registro e consequente número;

Não há mais a obrigatoriedade de se manter um livro de atas, porém, a obrigatoriedade de lavrar as atas da CIPA permanece. A novidade é que elas poderão ser datilografadas, digitadas e impressas e posteriormente assinadas não havendo mais a necessidade de serem manuscritas;



Após cada posse da CIPA, a empresa levará até às DRT's ou postos da DRT cópia das atas de eleição, posse e do Calendário Anual das Reuniões Ordinárias. Os originais receberão um carimbo de protocolização e as cópias arquivadas no órgão;

Toda a documentação relacionada à CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes deverá ser guardada em arquivo próprio pelo período de 05 anos e ficar à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho.

Cronograma do Processo Eleitoral da CIPA.

Dias	Ação
60 Dias	Convocação das Eleições
55 Dias	Constituição da Comissão Eleitoral
45 Dias	Publicação e Divulgação do Edital

15 dias	Inscrição de Candidatos
30 Dias	Início da Eleição
00 Dias	Término do Mandato Anterior

g.1.1.5. Normas para Seleção Simplificada de Pessoal, Contrato de Trabalho e Avaliação de Desempenho Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção.

g.1.1.5.1. Processo Seletivo Simplificado

O processo seletivo será baseado exclusivamente em etapas como análise curricular, avaliação de títulos e realização de entrevistas e aplicação de prova objetiva. Tendo todas as medidas para garantir a observância dos princípios da moralidade e da impossibilidade, evitando-se excessiva subjetividade por parte da organização na seleção dos candidatos.

O Processo, após publicação no sítio eletrônico da instituição e/ou jornal de grande circulação na região, se dará nas seguintes etapas:

1 - Inscrição; 2 - Avaliação Curricular; 3 - Comprovação de titulação; 4 - Prova Objetiva, e; 5 – Entrevista.

1. Inscrição

Será realizada pela internet, através do endereço eletrônico do Instituto Elisa Castro ou por “link” informado no próprio sítio eletrônico. Aonde o proponente a vaga deverá preencher seus dados pessoais, cargo pretendido, sua titulação e sua experiência profissional.

2. Avaliação Curricular

Avaliação Curricular será realizada por profissionais gabaritados a realizar esta função, entre eles Pós Doutores, Doutores, Mestre e Especialistas. Esta fase terá caráter classificatório.

3. Comprovação de Titulação

Serão convocados para a comprovação dos títulos e experiências declaradas no ato da inscrição, os candidatos que obtiverem maior pontuação classificados até o limite de 10% (dez) além do número de vagas, para seus respectivos cargos, disponibilizados no edital.

Essa Fase terá caráter classificatório e eliminatório, caso o proponente não comprove a titulação mínima exigida para a área selecionada.

4. Prova Objetiva

Serão convocados para a prova objetiva os candidatos que obtiverem classificação dentro do limite de vagas oferecidas na área selecionada no ato da inscrição. A prova será composta de questões relacionadas ao cargo selecionado no ato da inscrição. O candidato que zerar as questões estará automaticamente eliminado.

5. Entrevista

Serão convocados para a entrevista com os coordenadores das respectivas áreas os candidatos aprovados nas fases anteriores.

6. Admissão



Após aprovação no processo seletivo, o candidato deverá apresentar ao departamento de Recursos Humanos para efetivação da contratação munido dos seguintes documentos:

- Laudo do Exame Médico Admissional – ASO (Serviço prestado por terceiros contratado pela instituição);
- Carteira Profissional;
- 1 foto 3x4;
- Comprovante da Contribuição Sindical do ano em curso (devidamente pago e no qual conste o CNPJ e o nome do Sindicato);
- Comprovante de concessão de aposentadoria (INSS ou outro regime – somente para aposentados);

Cópia autenticadas dos documentos abaixo:

- Carteira de Identidade;
 - Título de Eleitor;
 - Certificado de Reservista (somente sexo masculino);
 - C.P.F;
 - PIS/PASEP ou Nada Consta;
 - Certidão de Nascimento ou Casamento;
 - Certidão de Nascimento dos filhos menores de 14 anos;
 - Cópia do Cartão da Criança, que a partir de 01/07/91, substitui a carteira de vacinação dos filhos entre 1 e 7 anos de idade;
 - Certificado de Escolaridade;
 - Comprovante de residência (conta recente de Luz, Telefone ou Gás);
 - Comprovante de conta corrente a ser definido pela instituição;
 - Carteira do Conselho Regional (apenas para profissões regulamentadas). Caso não possua a carteira definitiva, apresentar a Licença Provisória do Conselho;
- g.1.1.5.2. Seleção e acompanhamento do Colaborador**
- Definição - estabelece as ações e procedimentos padronizados para todos os processos de seleção de recursos humanos de todas as categorias profissionais necessárias para o desenvolvimento do projeto;
 - Recrutamento - é o processo de atração e identificação de candidatos qualificados para atender às necessidades de pessoal da instituição.



- Seleção - é o processo de escolha dos candidatos recrutados internamente ou externamente para o preenchimento de vagas em aberto.
- Público-alvo – Candidatos de diferentes áreas e formação profissional;
- Implantação - Para a implantação do projeto, assim como em seu desenvolvimento, sempre será utilizado o processo de recrutamento e seleção, contratação e avaliações do indivíduo em suas atividades;
- Plano de organização – o desenvolvimento da estratégia de seleção é realizado através de instrumentos preestabelecidos, através de processo seletivo simplificado, com publicação em edital do número de vagas necessárias, avaliação curricular, caso necessário prova de conhecimentos específicos, entrevista e avaliação de desempenho trimestral do colaborador selecionado.

g.1.2. Contrato de trabalho

Na Maioria, os colaboradores do Instituto Elisa Castro são contratados através da CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas, na qual, com fundamento no artigo 442 da CLT, consta como definição do conceito de contrato de trabalho: -" contrato individual de trabalho é o acordo tácito ou expresso, correspondente à relação de emprego".

Objeto - o objeto do contrato de trabalho é a prestação de serviço subordinado e não eventual do empregado ao empregador, mediante o pagamento de salário.

Requisitos - continuidade. O trabalho deve ser prestado com continuidade. Aquele que presta serviços apenas eventualmente não é empregado. Subordinação- o obreiro exerce sua atividade com dependência ao empregador, por quem é dirigido. O empregado é, por conseguinte, um trabalhador subordinado, dirigido pelo empregador. Essa subordinação pode ser econômica, técnica, hierárquica, jurídica ou até mesmo social. O empregado é subordinado economicamente ao empregador por depender do salário que recebe.

Onerosidade - não é gratuito o contrato de trabalho, mas oneroso. O empregado recebe salário pelos serviços prestados ao empregador. Pessoalidade - o Contrato de trabalho é

"*Intuitu personae*", ou seja, realizado com uma certa e determinada pessoa. O Empregado não pode fazer-se substituir por outra pessoa, sob pena do vínculo se formar com a última.

Características - O Contrato de Trabalho é bilateral, consensual, oneroso, comutativo e de trato sucessivo. O contrato de trabalho não é um pacto solene, pois independe de quaisquer formalidades, podendo ser ajustado verbalmente ou por escrito (art. 443 CLT).

g.1.3. Avaliação de desempenho do Colaborador

Sua primeira avaliação de desempenho será feita depois de completar 3 (três) meses de emprego. Depois ocorrerá a anual ou na data próxima ao aniversário da sua contratação ou quando a empresa julgar necessário. A frequência da avaliação de desempenho pode variar de acordo com fatores como: o tempo de serviço; a posição na empresa; desempenho passado; mudanças nas responsabilidades ou problemas de desempenho recorrentes.

Sua avaliação de desempenho também irá rever a qualidade e quantidade do trabalho realizado, seu conhecimento sobre o seu trabalho, suas iniciativas, e atitudes. Aumentos salariais e promoções, caso existam, dependem inteiramente de decisão da empresa, da avaliação de desempenho, dentre outros.

AVALIADO:			CARGO:		
AVALIADOR:			ADMISSÃO: / /		
FATORES	RUIM (1)	RAZOÁVEL (2)	BOM (3)	EXCELENTE (4)	CONCEITO ATRIBUÍDO
DISCIPLINA Adaptabilidade às normas e procedimentos instituídos pela Organização	Dificuldade em Acatar as instruções recebidas, ocasionando problemas disciplinares	Às vezes mostra-se reticente em cumprir as ordens recebidas, porém, sem perturbar o ambiente de trabalho	Geralmente observa as ordens e regulamentos. É disciplinado	Sempre cumpre ordens e recomendações. Sua conduta é impecável e serve como modelo	
COMPORTAMENTO NO TRABALHO Conduta pessoal do colaborador. Maneira de ser que o caracteriza em suas atividades.	Pouco educado e, às vezes, grosseiro/ agressivo/ Irônico.	Geralmente educado, porém, suas atitudes às vezes são desagradáveis	Educado, mantém bom relacionamento	É muito simpático e solícito. Dá-se bem com todos.	
PONTUALIDADE / ASSIDUIDADE Comprometimento do colaborador, o qual cumpre integralmente sua jornada de trabalho	Faltas e atrasos frequentes	Alguns atrasos e/ou faltas	Não falta nem chega atrasado	Chega sempre um pouco antes do início do horário	



INTERESSE PELO TRABALHO Dedicação e esforço pessoal em aperfeiçoar-se, visando a assunção de novos encargos e responsabilidade	Indiferente. Desmotivado.	Mostra algum interesse. Não se esforça.	Interessa-se pelo trabalho. Tem vontade de progredir e se esforça.	Muito interesse pelo trabalho. Esforça-se para progredir, incentivando colegas.	
TOTAL					

g.1.4. Sugestão de Condutas para combater absenteísmo e estimular produção.

O funcionário que se abstém de executar suas atividades ou funções laborais está cometendo o absenteísmo. Inclui-se no hall de faltas as justificadas e as sem justificações, por exemplo, faltar ao trabalho devido a algum tipo de doença, problemas familiares, motivos pessoais, dificuldades financeiras, dificuldades de transporte, falta de motivação, entre outras.

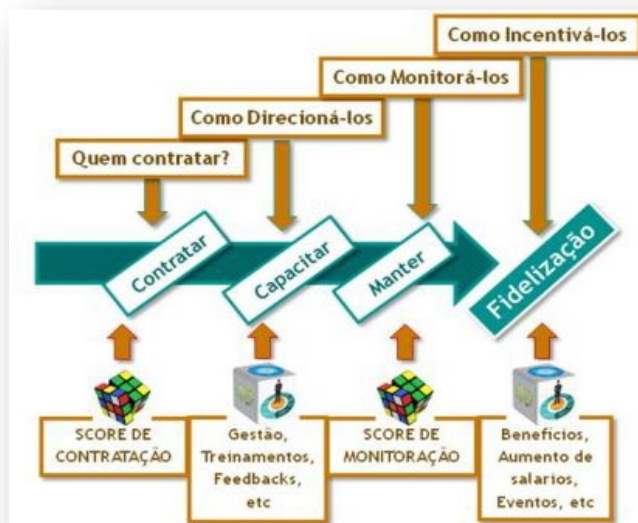
O que muitas organizações não têm conhecimento é que o absenteísmo traz uma série de problemas, aumentando os custos e dificultando a concretização dos seus objetivos e principalmente impacto nos resultados operacionais e financeiros.

O contraponto do absenteísmo, revela para os gestores da organização que algo muito de ruim está acontecendo internamente. Alguns das razões que podem fomentar a ocorrência do absenteísmo são: certos colaboradores estarem perturbando o bem-estar do grupo; ou que os funcionários da empresa estão insatisfeitos com a forma de tratamento interna; ou que está havendo uma incorreta distribuição das tarefas, sobrecarregando uns em detrimento de outros, falta de motivação, insatisfação com salários; estagnação na carreira, e muito mais. Estes motivos fazem com que diversos subsistemas de RH reforcem sua atenção, de modo, a minimizar a ocorrência deste absenteísmo.

Para se combater ou evitar o absenteísmo devemos conhecer quais fatores que potencializam a ocorrência deste ato:



- ✓ **Pseudo Líderes** - Líderes despreparados delegam ordens de forma arbitrária, o que afugenta os membros de sua equipe.
- ✓ **Falta de estrutura** - Funcionários que se sentem “amarrados” na execução de suas atividades, por não disporem de recursos mínimos para tal, devido a uma inadequada infraestrutura que os dê suporte, são fortes candidatos ao absenteísmo.
- ✓ **Metas Inatingíveis** - O estabelecimento de metas, geralmente, já é o suficiente para causar grande estresse nos colaboradores. Quando essas metas são impossíveis de se alcançar, então, podem oprimir os colaboradores da empresa e, neste momento, talvez por não saberem lidar com a situação, fogem do ambiente de trabalho
- ✓ **Problemas na Comunicação** - Qualquer comunicação ineficiente ou até mesmo a falta de comunicação na empresa leva os funcionários a fazerem interpretações errôneas sobre determinadas situações. Esta situação leva os integrantes da empresa a se sentirem desestimulados enquanto funcionários e, conseqüentemente, aumenta o número de absenteísmo na empresa.
- ✓ **Falta de Motivação** - Funcionários desmotivados, devido a brigas, clima ruim entre seus companheiros, falta de pagamento, por falta de feedback de seus líderes, imaturidade profissional, ou outros motivos mais, tendem a faltar ao trabalho.
- ✓ **Doenças Ocupacionais** - O exercício da atividade profissional de forma inadequada faz com que o organismo do trabalhador seja agredido, seja fisicamente ou mentalmente, o que eleva a taxa de absenteísmo na empresa.
- ✓ **Assedio Moral** - O assédio moral, fator de extrema gravidade para a empresa como um todo, é um dos que mais contribuem para a ausência do funcionário no ambiente de trabalho. São várias as formas em que o assédio moral pode ocorrer, mas o que





importa é que trata-se de um assunto grave e deve ser tratado com austeridade pelas organizações.

- ✓ **Clima Organizacional** - Quando o clima organizacional é pesado, isso impacta no comportamento das pessoas que tendem a se sentirem desmotivadas. Quem nunca ouviu um profissional falar algo do tipo: "Quando penso em acordar e ir para aquele lugar pesado, todos os dias... Prefiro arrumar uma desculpa e ficar em casa".
- ✓ **Falta de Feedback** - Quando não há feedback do líder para o liderado, o colaborador pede a noção do que a empresa espera dele e muitas vezes se existe a possibilidade de desenvolver novas competências que o façam ascender internamente. Lembremos aqui que os talentos buscam desafios a cada momento e muitos não se adaptam à zona de conforto.
- ✓ **Qualidade de vida** - O absenteísmo também aumenta quando o ambiente prejudica a saúde do profissional, levando-o a adoecer e se afastar por doenças ocupacionais. O funcionário pode até tentar trabalhar adoentado, mas chegará o momento em que seu corpo pedirá socorro e isso pode comprometer tanto a integridade dele, como dos demais colegas de trabalho.
- ✓ **Falta de Profissionalismo** - Há profissionais que com o passar do tempo acreditam que por terem anos de empresa, são considerados indispensáveis e começar literalmente a abusar. Esquecem que podem ser substituídos. Nesse momento, vale um diálogo aberto entre líder e liderado, a fim de que tudo seja resolvido sem que medidas mais rigorosas precisem ser adotadas.
- ✓ **Falta de Meritocracia** - Se o preferencialíssimo chega a adentrar na empresa, em determinado momento aquele profissional que tem a "estima" passará a utilizar os benefícios que recebe e dentre esses, passará a chegar atrasado ou mesmo a faltar um dia de trabalho em benefício próprio. Isso será facilmente percebido pelos demais membros da equipe e prejudicará a imagem a liderança junto ao time.

Podemos concluir que, indiferente das causas, sempre há ligação com a motivação do indivíduo, seja consigo próprio ou com o meio em que está inserido.

Para a Redução do absenteísmo, o primeiro passo após identificar o que está acarretando tal comportamento no colaborador iremos implementar as seguintes medidas:

CLIMA ORGANIZACIONAL

A competitividade do mercado exige que os profissionais se doem cada vez mais ao trabalho para entregar resultados maiores e melhores continuamente.

De fato, o indivíduo se sente motivado a partir de estímulos, mas cobranças excessivas geram o efeito contrário, uma vez que pode causar danos físicos e psicológicos por conta do trabalho em excesso.



Atingir resultados extraordinários sem prejudicar a qualidade de vida dos colaboradores é, portanto, uma necessidade para que se trabalhe com assertividade nas estratégias de otimização e integralização de pessoas e processos.

RH Presente

A presença do profissional de Recursos Humanos em todos os departamentos da companhia serve de termômetro para avaliar o clima, identificar falhas gestão e encontrar soluções, antes que a empresa sofra algum tipo de prejuízo.

COMUNICAÇÃO

Uma comunicação eficiente é aquela que se faz compreender claramente por todos os envolvidos no diálogo.

No ambiente organizacional, a comunicação acontece predominantemente por telefone e e-mail, devido à facilidade e a preocupação com a produtividade. Esse fator exige atenção redobrada das pessoas, uma vez que a margem para dupla interpretação é maior quando não se está conversando frente a frente.



Outra questão que estes meios de comunicação acarretam é o afastamento entre os colaboradores da empresa, que não têm a oportunidade de se relacionar de forma mais próxima e acabam sentindo-se isolados, afetando assim sua motivação.

O fator comunicacional é extremamente relevante, pois a partir dele é possível construir um ambiente colaborativo por meio das relações saudáveis estimuladas por um diálogo claro entre as partes.

PLANO DE CARREIRA



Todo profissional almeja evolução e, naturalmente, oferece o melhor de si para conquistar seu espaço na empresa em que trabalha. Para alcançar esse objetivo, é indispensável compreender como é possível atingir seu estado desejado e saber onde deverá direcionar suas energias.

Uma organização que não oferece um plano de carreira definido possui um grande número de absenteísmo e rotatividade, pois ninguém está disposto a se doar por algo incerto. Por isso, há a importância de deixar claro quais são as possibilidades de crescimento na empresa para que não haja futuras frustrações de ambas as partes.

FEEDBACK

O feedback é um ato simples que gera grande impacto na diminuição do absenteísmo e na desmotivação do indivíduo, pois tem como objetivo contribuição contínua no avanço do profissional e da empresa.

O feedback é uma necessidade básica para o colaborador, pois é uma forma de conduzir seu desenvolvimento a partir de observações pontuais de seu líder.

Seu objetivo é advertir quando necessário, mas também reconhecer e parabenizar os resultados.



Adoção de um programa de melhoria da Qualidade de Vida.

Um programa com o objetivo de estimular a melhoria da qualidade de vida em casa e no trabalho, contribui significativamente para reduzir outros fatores causadores de absenteísmo, tais como, a insatisfação no trabalho, alcoolismo, problemas domésticos e doenças. Além destas ações, destaco as campanhas de prevenção contra doenças como hipertensão, vacinação da gripe, febre amarela, campanha contra o câncer de próstata, AIDS, colesterol e diabetes. Além disso, é recomendável que todos os colaboradores da organização também possam participar de aulas de ginástica laboral que poderão ser coordenadas por pessoas devidamente preparadas.

Qualidade do ambiente interno no trabalho

Não há nada mais desagradável para uma pessoa do que conviver em um ambiente que não tenha as mínimas condições de limpeza. É notório que um local que oferece higiene, evita que as pessoas adquiram alguns problemas de saúde como viroses, dermatites, comprometimento das vias respiratórias, entre outros. Por isso, quando a empresa mantém um constante processo de manutenção que assegure a limpeza, muitos afastamentos licença médica podem ser evitados. Dentre algumas ações simples, podemos destacar: revisão no ar condicionado; banheiro e refeitórios limpos; lixo devidamente acondicionado etc.

Promover a Integração dos funcionários

Durante eventos comemorativos, aproveitando a oportunidade dos profissionais estarem em um momento de integração, a companhia tem a alternativa de promover ações voltadas à qualidade de vida do trabalhador. Isso inclui desde palestras ministradas por profissionais da área de saúde que foquem suas apresentações em temáticas direcionadas de combate ao alcoolismo, ao tabagismo, às doenças cardiovasculares, bem como estímulo à mudança para hábitos alimentares saudáveis. Quando a pessoa cuida da própria saúde, o reflexo positivo é sentido no dia a dia corporativo.

Incentivar o trabalho em equipe

A concepção de individualismo já não faz parte da cultura de uma empresa globalizada e que deseja sobreviver à concorrência. Nesse sentido, a gestão deve focar ações específicas para o estímulo ao espírito de equipe. Quando se atua em uma companhia,

onde as pessoas entendem que unidas vão "mais longe", a vontade de atender às expectativas da empresa aumenta.

Preocupar-se e buscar melhoria ao ir e vir dos funcionários

Muitos profissionais chegam atrasados no expediente porque enfrentam diariamente o trânsito caótico dos centros urbanos. Existe também quem perca horas de trabalho (considerando-se o período de seis meses, por exemplo), porque a empresa onde atual é de difícil acesso. Seja pela carência de transporte coletivo ou devido à região onde a companhia instalou-se, quando a organização tem recursos para investir no transporte dos colaboradores, observa que esse investimento vale a pena quando é realizado um levantamento das horas de ausência versus a manutenção do veículo.

A ergonomia também contribui para a redução do absenteísmo

Através da adequação bancadas, mesas e cadeiras ergonômicas na área de trabalho e manuseio de produtos e/ou equipamentos. Por exemplo, é recomendável o uso de apoio de punho para utilização de micros, evitando a DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho a LER (Lesão por Esforço Repetitivo). É recomendável que as cadeiras possuem ajustes de lombar e altura além de descansador para os pés.

Premie a Assiduidade

Outra ação de incentivo que combate o absenteísmo na organização é a adoção de um programa que premia a assiduidade dos colaboradores. Essa premiação motiva o comprometimento das pessoas com a empresa e aumenta a dedicação ao trabalho.

g.1.5. Registro e Controle de Frequência

É de responsabilidade do funcionário garantir que as informações pessoais de seu cadastro estejam atualizadas e corretas. Informar ao departamento de Recursos Humanos, imediatamente, em caso de mudança de endereço, número de telefone, etc.

Em caso de alterações dos dados, deverá dirigir-se ao RH ou gerência da unidade e preencher formulário específico, ao tempo que entregará cópia do documento com a respectiva alteração.



- Alteração de dados pessoais: Para informar alteração de nome e/ou estado civil, o colaborador deverá apresentar cópia do documento de identificação comprobatório;
- Atualização de endereço residencial: O colaborador deverá encaminhar ao RH comprovante de residência atualizado;
- Alteração de dados bancários: Deverá ser encaminhada ao RH cópia do documento comprobatório (cartão bancário ou formulário de abertura de conta fornecido pela agência bancária) onde constem os respectivos dados do banco, agência e conta para recebimento dos salários. O colaborador deverá ser o titular da conta corrente informada.

O empregado poderá visualizar seu arquivo pessoal, conforme previsto por lei, na presença de um representante da empresa em horário conveniente para ambos. Nenhum documento pode ser copiado, com exceção daqueles assinados previamente pelo colaborador.

A empresa restringe o acesso ao arquivo pessoal dos colaboradores para apenas o pessoal autorizado. Qualquer pedido para visualizar informações deve ser solicitado ao Recursos Humanos. Apenas o RH ou as pessoas designadas por ele podem liberar informações sobre colaboradores atuais ou antigos. A empresa irá sempre cooperar com pedidos relacionados a questões jurídicas.

Registros médicos não são incluídos no arquivo pessoal. Somente serão visualizados se: (1) a lei permitir; (2) o médico particular do empregado requisitar com uma autorização escrita pelo mesmo; ou (3) for necessária para caso de compensação para o funcionário.

Controle de ponto



É o meio utilizado pela instituição para atender à legislação trabalhista que obriga a manter o controle da assiduidade e pontualidade dos colaboradores. Todos devem registrar (bater ponto) seus próprios horários de entrada e saída diariamente.

Os colaboradores, admitidos e lotados em unidades fora da sede, farão a marcação da sua frequência diária através de marcação biométrica digital junto ao relógio de ponto. (A digital do colaborador será colhida no processo de admissão.).

O relógio de ponto Biométrico, em cumprimento da legislação pertinente, devesse:

- Mostrador do relógio de tempo real contendo hora, minutos e segundos;
- Possuir o mecanismo impressor, integrado e de uso exclusivo do equipamento, que permita a emissão de comprovante de cada marcação efetuada;
- Armazenamento permanente onde os dados armazenados não possam ser apagados ou alterados, direta ou indiretamente;
- Porta padrão USB externa (denominada Porta Fiscal), para pronta captura dos dados armazenados na memória pelo Auditor-Fiscal do Trabalho;
- Estabelece os formatos de relatórios e arquivos digitais de registros de ponto que o empregador deverá manter e apresentar à fiscalização do trabalho;

O novo sistema ainda proíbe qualquer ação que desvirtue os fins legais, tais como:

- Restrições de horário à marcação do ponto por parte do empregador;
- Marcação automática do ponto (intervalo intrajornada), utilizando-se horários predeterminados ou o horário contratual;

- Exigência, por parte do sistema, de autorização prévia para marcação de sobre jornada;
- Existência de qualquer dispositivo que permita a alteração dos dados registrados pelo empregado.

Os colaboradores administrativos lotados na sede farão a marcação da sua frequência através do controle de ponto manual, onde a marcação da frequência será diária.

A marcação de ponto efetuada de forma incompleta, ou seja, só no início ou só no término da jornada será registrado como ponto incompleto, o colaborador também deve comunicar à chefia imediata.

A não marcação de ponto de forma recorrente pode implicar em ato de indisciplina e fica sujeito à rescisão do contrato de trabalho.

No período correspondente a férias, licença doença, licença acidentária, licença maternidade, assim como, em dias de ausências por motivos legais previstos na legislação e no Acordo Coletivo da categoria, o ponto será abonado como falta justificável.

O Registro de Frequência pode ser consultado a qualquer momento através de envio de solicitação por e-mail ao Departamento de Recursos Humanos

Estão isentos de efetuar o registro de frequência os colaboradores que exerçam cargos de gestão, aos quais se equiparam para este efeito, exemplo: Superintendentes, Diretores, Coordenadores, Gerentes e outros. A isenção de registro de frequência, não desobriga, entretanto, ao colaborador de cumprir o horário de trabalho definido em contrato.

g.1.6. Férias

Férias é o período de descanso anual, que deve ser concedido ao empregado após o exercício de atividades por um ano, ou seja, por um período de 12 meses, período este denominado "aquisitivo". Os 12 meses subsequentes à aquisição do direito é chamado de "concessivo".



O valor das férias é composto do somatório de remuneração de férias (salário-base gratificação de função + insalubridade + periculosidade + gratificação eventual, adicional noturno, horas extras, repouso semanal remunerado sobre horas extras + 1/3 sobre remuneração de férias).

Todo empregado terá direito anualmente ao gozo de um período de férias, sem prejuízo da remuneração. (Art. 129 - CLT).

g.1.7. Critérios para afastamento

- a) Os membros de uma família, que trabalharem no mesmo estabelecimento ou empresa, terão direito a gozar férias no mesmo período, se assim o desejarem e se disto não resultar prejuízo para o serviço. (Art. 136, §1 - CLT);
- b) O empregado estudante, menor de 18 (dezoito) anos, terá direito a fazer coincidir suas férias com as férias escolares. (Art. 136, §2 - CLT);
- c) Lactantes, se assim desejarem (critério da empresa);
- d) Colaboradores que possuam dependentes em idade escolar (critério da empresa);
- e) Antiguidade (critério da empresa);
- f) Idade (critério da empresa);
- g) Outros casos não previstos.

g.1.8. Proposta de escala de férias

Considerando que o **Período aquisitivo** corresponde aos 12 meses de trabalho, que dá ao colaborador o direito a **férias** de 30 dias (ininterruptas ou não) e que o atendimento na unidade não pode sofrer solução de continuidade, o IEC propõe a escala demonstrada na planilha a seguir, organizada de forma não prejudicar o atendimento a população.

Cabe ressaltar que as substituições desses colaboradores irão ocorrer através de RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) e/ou Contratação por Tempo Determinado.

I – Modelo de Pesquisa de satisfação do Usuário como instrumento voltado para a garantia da melhoria da qualidade

e.1) Relação Humana

e.1.1) Serviço de Atendimento ao Usuário

Respeito com os clientes

Para fins deste Código de Conduta, serão considerados “Clientes”, os pacientes e usuários, seus representantes legais, seus acompanhantes ou visitantes.

O IEC e seus Integrantes se comprometem a:

- Tratar todos os clientes com educação, humanismo, respeito, gentileza e compreensão. Este também deve ser o espírito no relacionamento entre os Integrantes. Dar respostas claras e rápidas para atender aos anseios do paciente quanto às informações sobre os serviços ou tratamentos aos quais estiver sendo submetido.
- Evitar comentários pessoais sobre outros membros da equipe ou sobre eventos ocorridos no ambiente de trabalho. Questões sobre relacionamento intra ou extra-equipe devem ser tratadas nas vias adequadas, jamais diante dos Clientes. Caso tenham alguma dificuldade com determinado Cliente, solicitar a presença de seu superior para auxiliá-lo na melhor conduta para aquela situação.
- Não incomodar os Clientes com questões pessoais e desnecessárias.
- A abordagem por parte dos Integrantes deverá sempre visar à prestação de serviço de qualidade por parte do IEC.
- Agir com discrição, solicitando apenas as informações necessárias dos Clientes.
- Divulgar as informações dos pacientes apenas quando estritamente necessário ao desempenho da atividade do cuidado.
- Manter o foco no paciente, atrelando o resultado à qualidade de vida do paciente.
- Garantir a eficiência no tempo de internação e de atendimento.
- Nas situações em que a relação entre a equipe de cuidado e o Cliente estiver desgastada, insustentável ou caso seja solicitado pelo Cliente, o IEC compromete-se, sempre que possível, a oferecer uma equipe alternativa para garantir a continuidade da assistência, seja médica ou de enfermagem ou qualquer outra.
- O IEC e seus Integrantes se comprometem a adotar os mais rigorosos procedimentos para a proteção das informações dos pacientes.
- Essa medida é necessária para que os pacientes se sintam confortáveis em dividirem com o IEC e seus Integrantes, possibilitando que a equipe de cuidado tome sempre as melhores decisões.
- Todas as informações de paciente são confidenciais, sejam elas referentes a dados pessoais ou ao estado de saúde. O IEC e seus Integrantes não permitirão a divulgação,

em qualquer mídia, de quaisquer informações dos pacientes, salvo em casos autorizados pelo paciente ou por ordem judicial.

- O acesso ao prontuário e resultados de exames do paciente só pode ser feito pelos Integrantes autorizados, que estão obrigados à manutenção do sigilo das informações de seu conteúdo.
- É vedado a esses Integrantes permitir o manuseio e acesso aos prontuários por pessoas não obrigadas pelo sigilo profissional.
- Em razão do sigilo das informações contidas no prontuário, o acesso por Integrante que não for responsável pelo paciente será limitado às situações emergenciais, sendo necessário sempre justificar adequadamente a razão do acesso.

Respeito com as pessoas

O IEC e seus Integrantes respeitam a diversidade, bem como as características e as escolhas pessoais de cada indivíduo e não permitirão qualquer tipo de discriminação com base em etnia, credo, nacionalidade, sexo, idade, cidadania, religião, origem regional, deficiências físicas, estado civil, entre outros.

Ressaltando o Controle Social no SUS

O **Controle Social** é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo que a população tenha voz na avaliação e monitoramento da qualidade dos serviços de saúde. O **Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)** e a **Pesquisa de Satisfação** são ferramentas que promovem o Controle Social, ao permitir que os usuários expressem suas opiniões, sejam elas elogios, sugestões ou críticas, sobre o atendimento recebido na UPA Il Tamoios.

Por meio desses instrumentos, os usuários poderão:

- **Avaliar diretamente o serviço** que receberam, contribuindo para a transparência e a responsabilização da gestão da unidade.
- **Fazer denúncias anônimas ou identificadas** sobre qualquer falha ou problema no atendimento, garantindo que suas queixas sejam registradas e tratadas com seriedade.

- **Participar ativamente** do processo de melhoria dos serviços, pois as informações coletadas serão analisadas e encaminhadas para a gestão da unidade e para a Secretaria Municipal de Saúde, possibilitando a implementação de melhorias com base no feedback dos usuários.

Canais de denúncias

Os Integrantes que suspeitarem ou descobrirem qualquer conduta indevida deverão reportar imediatamente à Ouvidoria, por um dos canais de denúncia. Além dos Integrantes, qualquer outra pessoa poderá fazer uma denúncia, crítica ou sugestão.

Deverão ser feitas de forma ética, transparente e não deverão ter como objetivo satisfazer interesses próprios, de Terceiros ou denegrir a imagem de terceiros.

O denunciante poderá fazer a denúncia de forma anônima ou identificada pelo e-mail: ouvidoria@IECestao.org.br, pelo site e telefone (21) 2242-8104.

Totem- Programa de qualidade

Ao acessar a saída nosso paciente e família, acessarão o Totem de qualidade onde através de uma tela “touchscreen” emitirão sua avaliação respondendo perguntas simples por toque na tela. Serão inseridas perguntas sobre sua satisfação e de seus acompanhantes sobre o atendimento médico, qualidade dos atendentes, acolhimento, limpeza, presteza e etc.



PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Como você avalia nossa equipe?



CONFIRMAR

PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Como você avalia nossos serviços?



CONFIRMAR

Estes dados geram relatórios instantâneos que podem ser analisados pela administração da unidade ou mesmo pela Secretaria. Haverá outros totens em outras áreas estratégicas

da unidade hospitalar. Os dados serão encaminhados para a ouvidoria que terá a responsabilidades de preparar relatórios e encaminhar propostas ao treinamento e educação continuada. Manteremos também um canal direto entre os pacientes, seus acompanhantes e a ouvidoria que por sua vez terá acesso direto com a administração visando à solução rápida dos eventos.

Serviço de avaliação de opinião de usuários

O Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU) media e prioriza a qualidade no atendimento prestado pela unidade. Este destina-se ao atendimento de usuários e funcionários que queiram manifestar-se sobre os serviços prestados, seja por dúvida, queixa, elogio ou sugestões. Este serviço será implantado imediatamente após o início das atividades na unidade.

Estrutura

O SAU está ligado tecnicamente ao NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), e deve possuir minimamente 01 profissional qualificado para realizar as atribuições deste serviço.

O dimensionamento da equipe do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) deve ser compatível com a demanda e complexidade e realidade da unidade.

Formas de pesquisa

Deve ser adotado pela unidade ou serviço de saúde para apuração da satisfação do usuário pesquisas por meio de formulários e URA-automatizada, além dos canais diretos como telefone, aplicativo de mensagem (ex. WhatsApp), e-mail, atendimento direto e visita à paciente internado.

- Pesquisa Direta: visita a pacientes internados e busca ativa por meio de formulários.
- Pesquisa Indireta: pesquisa automatizada nos pós alta (TOTEM) e formulários espontâneos.
- Atendimento Direto: área física do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário), telefone ou e-mail.

Formulário de pesquisa

O formulário de pesquisa de satisfação a ser utilizado deve atender ao padrão estabelecido pelo NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente), sendo que este deve conter no mínimo a unidade de atendimento, a identificação opcional do usuário, espaço para manifestar sugestões, elogios e/ou críticas, dados para contato com o SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) e a avaliação do grau de satisfação do usuário dividido em grupos estabelecidos abaixo:

1. Disponibilidade e interesse dos profissionais
2. Clareza das orientações
3. Agilidade do atendimento
4. Limpeza das instalações físicas
5. Qualidade da alimentação
6. Indicação do Serviço
7. Utilização do Serviço

O grau de satisfação do usuário será medido de 1 a 5 sendo:



- 1 Insatisfeito
- 2 Pouco Satisfeito
- 3 Indiferente
- 4 Satisfeito

5 Muito Satisfeito

Modelo de formulário a ser utilizado

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO – SAL				
Nome (opcional):				
Telefone para retorno: () Paciente () Acompanhante				
Data: __/__/__				
1. Recepção		Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou
Satisfeito	Insatisfeito			
Espera para o atendimento da recepção				
Clareza das orientações recebidas				
Qualidade do Atendimento				
2. Portaria		Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou
Clareza das orientações recebidas				
Qualidade do Atendimento				
3. Instalações		Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou
Acomodações				
Ambiente				
4. Limpeza		Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou
Área Externa				
Área Interna				
Banheiros				
5. Médicos		Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou
Espera para Atendimento				
Clareza nas informações				
Tempo de atendimento				
6. Enfermagem		Satisfeito	Insatisfeito	Não Utilizou
Espera para Atendimento				
Clareza nas informações				
Tempo de atendimento				
7. De maneira geral avalie os serviços oferecidos, dando nota de 1 a 5, onde 5 é a maior nota e 1 é a menor nota.				
1	2	3	4	5

Os questionários deverão estar disponíveis nas recepções e serem entregues a todos os usuários.

A periodicidade e local onde deverão ser entregues estes formulários, será estabelecida pelo SAL (Serviço de Atendimento ao Usuário) em procedimento específico.

As reclamações dos usuários devem ser registradas como ocorrências (não conformidades), conforme processo estabelecido pela Qualidade.

Devem ser analisados todos os formulários recebidos, sendo considerado a população total da referida competência.

É importante que as pesquisas sejam realizadas em horários distintos, levando em consideração a fragmentação das 24 (vinte e quatro) horas do dia ou o horário de funcionamento do serviço de saúde para assegurar a credibilidade da pesquisa.

Pesquisa audível – URA

A pesquisa audível será realizada com usuários da unidade e serviço de saúde após a alta, tendo por objetivo descobrir a sua opinião, nota, conceito e avaliação objetiva e/ou subjetiva nos serviços prestados.

A pesquisa deve ser realizada por telefone de forma automatizada via sistema sem a presença e intervenção humana.

O Sistema deve fornecer o desenvolvimento da pesquisa e avaliação com a execução da coleta de dados e tabulação das mesmas.

Os serviços serão avaliados, por meio de scripts (perguntas), ou seja, um modelo padrão desenvolvido e adotado pelo IEC.

O profissional do SAL (Serviço de Atendimento ao Usuário) deve prover o sistema com a listagem dos pacientes atendidos em cada serviço, excluídos os óbitos, conforme metodologia de pesquisa amostral definida para realização da mesma.

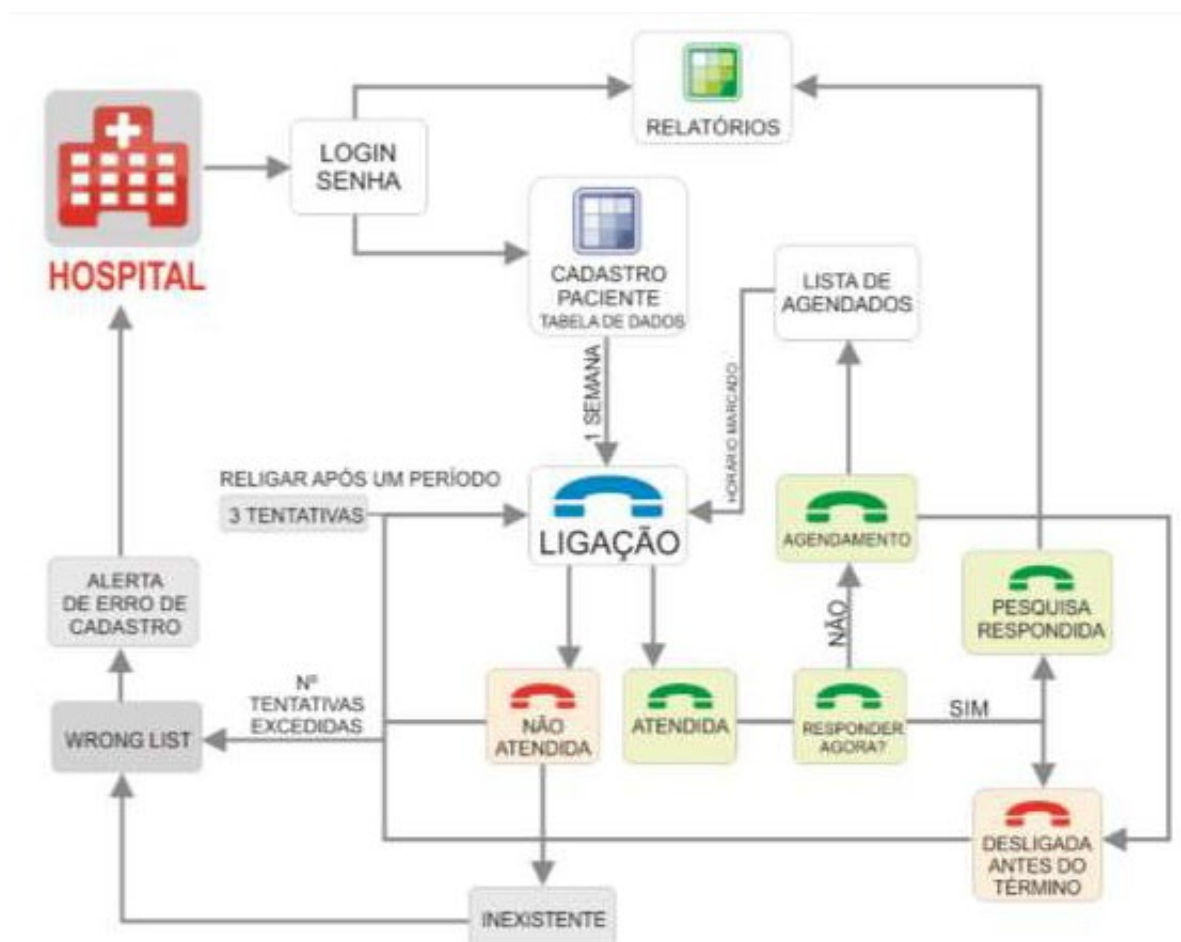
A listagem deve conter: Nome da Instituição, nome do usuário, serviço utilizado, data da internação e número do telefone para contato.

O grau de satisfação do usuário deve ser medido conforme citado anteriormente.

Cabe ao responsável pelo SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) analisar os relatórios online que deverão estar disponíveis na página Web de controle dos resultados das

pesquisas e definir quem, por quanto tempo e com que tipo de nível de acesso fará a liberação das consultas ou outras interações que se façam necessárias junto ao sistema.

Cabe também ao responsável pelo SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) acessar o OUIDOR SUS, analisar as demandas e definir quem, irá responder e fará o monitoramento do tempo de resposta para cumprimento da meta de resposta ao sistema. O processo de realização da pesquisa de satisfação audível está esquematizado conforme figura a seguir:



Metodologia de definição da amostra

O tamanho amostral deve ser definido conforme segue:

“A amostragem pode ser adequada quando o tamanho da população for muito grande e o custo e o tempo apropriados na obtenção de informações de toda a população forem muito expressivos. (...) Adicionalmente, é fácil aplicar enquetes a amostras menores e ainda exercer o controle de qualidade do processo de entrevistas.” AAKER, pág. 378, 2004.”

Para cálculo da amostra, será utilizada a fórmula abaixo:

Onde:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

N	Amostra a ser calculada	
N	População	Total de saída do mês anterior
Z	Variável normal padronizada associada ao nível de confiança	Nível de confiança = 95% Variável = 1,96
P	Verdadeira probabilidade do evento	Como esta é desconhecida, utilizar 50% (0,5)
E	Erro amostra	Erro máximo esperado de 5% (0,05)

Tabulação e análise dos dados

Considerando que a tabulação é a padronização e codificação das respostas de uma pesquisa bem como a maneira ordenada de dispor os resultados numéricos para que a leitura e a análise sejam facilitadas;

Já a análise de dados é a descrição do quadro de tabulação referente aos valores relevantes e que por meio da representação gráfica dos resultados, podemos estabelecer uma correspondência entre os termos numéricos de uma série estatística e uma figura geométrica, entendemos que os resultados finais devem ter representação gráfica, lembrando que o gráfico não deve desfigurar a realidade nem tornar complexa a visão e a análise geral, deve partir de um texto com base nas respostas obtidas no projeto e voltado aos objetivos da pesquisa.

O relatório final deve servir como base na coleta de dados e fatores estratégicos para planejar e distribuir ações nos diferentes planos mercadológicos e comunicacionais; com base nele será possível descobrir problemas que vão direcionar as estratégias futuras da unidade hospitalar e serviços de saúde bem como acompanhar a satisfação global dos usuários em relação aos serviços de saúde prestados pelo IEC.

O nível de satisfação dos usuários deve ser apurado mensalmente, tendo como competência o período do mês (de 01 a 31).

O resultado da pesquisa realizada em formulário deve ser tabulado pelo profissional do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) e deve conter as perguntas e resposta obtidos nos formulários de pesquisa e/ou totem de opinião classificadas nos critérios definidos, representadas graficamente.

A análise crítica, embasada no resultado final da pesquisa deve partir do responsável pelo SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) em concordância com o NQSP (Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente) e Direção da IEC. Os registros desta análise devem ser mantidos, assim como ações registradas para as melhorias no atendimento.

O resultado da pesquisa audível será tabulado pelo sistema.

O IEC trabalhará para que o nível de satisfação do usuário seja superior a 90%.

Divulgação dos resultados

Os resultados referentes à satisfação do usuário deverão ser encaminhados mensalmente conforme planilha abaixo:

CRONOGRAMA PARA EXECUÇÃO E ENTREGA DOS RELATÓRIOS						
ETAPAS	Elaboração dos Relatórios	Entrega dos Relatórios para o responsável pelo SAU.	Análise do responsável pelo SAU.	Análise Crítica do NQSP	Análise Crítica da Direção da IEC	Divulgação dos Resultados ao Contratante
PRAZOS	1o. E 2o. Dia útil do mês subsequente	3o. Dia útil	3o. E 4o. Dia útil	5o. Dia útil	6o. Ao 8o. Dia útil	10o. Dia útil

SAU -Serviço de Atendimento ao Usuário

NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente

Visita de acolhimento

Cabe ao SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) realizar visitas aos pacientes em observação com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetividade da satisfação no atendimento.

Deverão ser considerados como critério para visita os pacientes em observação de 5 a 7 dias, salvo em casos identificados pelo SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) como necessidade imediata.

Ocorrências

As ocorrências registradas pelo SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) devem ser analisadas e enviadas para respostas (análise crítica) e elaboração de planos de ação junto à liderança responsável pelo setor envolvido e quando cabível retornar ao usuário para finalização do processo (telefone).

No caso de paciente ainda internado o retorno deve ser dado no leito.

As manifestações ou não conformidades decorrentes da pesquisa audível no pós-alta

devem ser tratadas da mesma forma.

As manifestações anônimas devem ser registradas seguindo o critério de clareza das informações e se a letra estiver legível.

Nota: as manifestações anônimas deveram ser finalizadas no momento da abertura uma vez que não haverá possibilidade de serem tratadas por não possuir dados pessoais do usuário como nome e forma de contato.

As manifestações deverão ser tratadas conforme criticidade sendo prazo de devolutiva deve ser o que segue:

Manifestações Prioritárias – 24 horas para resposta (01 dia)

Manifestação originada de mídia, pacientes internados, pessoalmente e diagnóstico que envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 24 (vinte e quatro) horas.

Manifestações Críticas – 48 horas para resposta (02 dias)

Reclamações gerais como alimentação e limpeza, que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 2 (dois) dias.

Manifestações não críticas – 120 horas para resposta (05 dias)

Reclamações gerais, recebidas por meio de formulário de opinião e que não envolva risco direto ao paciente. Devem ser tratadas em 5 (cinco) dias.

Achados e perdidos

- Cabe ao SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) catalogar os achados e perdidos em livro de protocolo próprio.
- Anotar todos os dados necessários (nome do Usuário e ou colaborador e local onde foi encontrado o objeto) bem como identificar o usuário.
- É de responsabilidade do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) entregar o objeto, colher a assinatura do usuário e/ou colaborador em livro de protocolo.
- Objeto de valor deve ser registrado em livro de protocolo e encaminhado ao setor financeiro para ser guardado no cofre.

- Objetos não reclamados em 6 (seis) meses devem ser destinados à doação mediante registro próprio autorizado pela direção.

Visitas técnicas

As visitas técnicas têm o intuito possibilitar o “benchmarking” aos profissionais e fornecedores do setor saúde. Devem ser restritas a profissionais da área da saúde, estudantes monitorados e fornecedores do setor.

As manifestações devem ser realizadas por meio de impresso próprio contendo no mínimo as seguintes informações:

- Dados pessoais e comerciais;
- Número de visitantes;
- Objetivo da visita; e
- Projeto e área a ser visitada.

Cabe ao SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) analisar a solicitação de visita, agendar com o Departamento/setor a ser visitado e receber/encaminhar o profissional na data da visita.

O SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) deve manter indicador de satisfação da visita técnica, deve dispor de uma apresentação institucional e comunicar regras gerais validadas pela gerência administrativa.

Auditoria do RAG

RAG consiste numa lista de verificação contemplando itens tratados como critérios essenciais e/ou desejáveis à qualificação da gestão hospitalar, aplicável a todas as áreas de uma unidade de saúde.

Cabe ao SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário) trabalhar esses requisitos com todos do serviço. Esses requisitos representam boas práticas de gestão e devem ser observados como referencial de organização para a área de Atendimento ao Usuário.

Anualmente, de forma ordinária, e sempre que julgar necessário, a Sede/Operações (NQSP - Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente) fará auditoria na unidade hospitalar visando identificar o nível de aderência ao RAG, bem como ao Manual do SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário).

**e.2) Sistemática de pesquisa da opinião ou nível de satisfação do usuário:
Instrumento de pesquisa, frequência, sistemática das ações corretivas, divulgação;**

Cabe ao SAU realizar pesquisas diretas aos pacientes em atendimentos nas unidades da RUE, com o intuito de divulgar o serviço e avaliar a efetiva satisfação do usuário. As visitas são sistematizadas e calculadas segundo critérios de amostragem. Serão ouvidos pacientes de todas as unidades de Urgência e Emergência.

PESQUISA DIRETA – SAL			
1- Seu sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____			
2- Com que frequência você utiliza os serviços no Pronto Socorro Araçatuba. () Diariamente (todos os dias) () Semanalmente (todas as semanas) () Mensalmente (todos os meses) () Eventualmente (de 03 á 06 vezes no ano) () Esporadicamente (de 01 ou 02 vezes no ano)			
Avaliando os Serviços de Saúde	C	P.C	N.C
1. Limpeza e organização do local.			
2. Ambiente e acomodação para espera e atendimento.			
3. Qualidade dos atendimentos nos Equipamentos utilizados			
4. Medicamentos e materiais disponíveis.			
5. Informações prestadas por telefone.			
6. Informações solicitadas na recepção.			
7. Cumprimento de horário de trabalho pelos profissionais			
8. Atendimento da equipe médica.			
9. Atendimento da equipe de enfermagem.			
10. Atendimento de funcionários da recepção.			
11. Atendimento de exames laboratoriais			
12. Atendimento do setor de RX			

13. Outros			
Pontos positivos identificados:			
Pontos Negativos identificados:			
De maneira geral avalie os serviços oferecidos, dando nota de 1 a 5, onde 5 é a maior nota e 1 é a menor nota. Nota :			

O IEC tem como premissa criar condições que levem a busca da excelência no atendimento ao usuário, visando a satisfação com os serviços que serão prestados pelas Unidades gerenciadas.

Além dos mecanismos acima citados, o IEC irá disponibilizar um número de WhatsApp e afixar cartazes, em locais estratégicos da unidade nas redes sociais da instituição, divulgando o canal e estimulando os usuários a se manifestarem.

II - Comissões

a.1) Comissão de Prontuários

a.1.1) Proposta de Constituição

Em cumprimento a RESOLUÇÃO CFM nº 1.638/2002, Publicada no D.O.U. de 9 de agosto de 2002, Seção I, p.184-5, em seu Art. 3º - “Tornar obrigatória a criação das Comissões de Revisão de Prontuários nos estabelecimentos e/ou instituições de saúde onde se presta assistência médica” e no Art. 4º - “A Comissão de que trata o artigo anterior será criada por designação da Direção do estabelecimento, por eleição do Corpo Clínico ou por qualquer outro método que a instituição julgar adequado, devendo ser coordenada por um médico.”.

a.1.2) Composição

Norteadada pela resolução acima citada, o Instituto Elisa Castro criará a Comissão de Revisão de Prontuários (CRP). Sendo composta por 1(um) médico(a), 2(dois) enfermeiro(a)s e 1(um) colaborador(a) administrativo.

a.1.3) Objetivos

Tendo como finalidade atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da

assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

a.1.4) Metas

Analisar, verificar e apurar 100% dos prontuários, sempre primando pelo correto preenchimento das evoluções diárias.

a.1.5) Frequência das reuniões

A comissão de prontuários deverá se reunir, pelo menos, uma vez ao mês.

a.1.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE PRONTUÁRIO	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS
2º Mês	TAXA DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS CORRETAMENTE FINALIZADOS APÓS O ATENDIMENTO
3º Mês	ANÁLISE DA TAXA DE TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS
4º Mês	TAXA DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS DAS SALAS AMARELA E VERMELHA
5º Mês	TAXA DE USUÁRIOS ADULTOS CLASSIFICADOS QUANTO AO RISCO
6º Mês	DISSEMINAR A LEGISLAÇÃO VIGENTE QUANTO AO QUESITO PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO
7º Mês	DEFINIR REUNIÕES DE INTERAÇÃO COM A COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
8º Mês	PADRONIZAR A ORGANIZAÇÃO DO SAME
9º Mês	VERIFICAR A EFICIÊNCIA DO SERVIÇO MÉDICO ATRAVÉS DA ANÁLISE DO PRONTUÁRIO
10 Mês	ORIENTAR A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
11º Mês	ANALISAR IMPRESSOS E SUGERIR MODIFICAÇÕES
12º Mês	ANALISAR TODOS OS PRONTUÁRIOS NÃO PREENCHIDOS CORRETAMENTE OU INCOMPLETOS

a.1.6) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE PRONTUÁRIOS (CRP).

II. FINALIDADE:

Atender a resolução CFM No. 1638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo. É um órgão de assessoria diretamente vinculado à autoridade máxima da Instituição.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de um membro médico, um membro do Setor de Administrativo e dois enfermeiros.

Para realização dos trabalhos da comissão aos seus membros deverá ser disponibilizado um específico horário de suas atividades assistenciais - esse número de horas será definido pela Diretoria da Unidade.

O tempo mínimo de dedicação por membro será definido pela Diretoria Geral, de acordo com as necessidades e perfil da Instituição.

A critério da Diretoria e acordado com a comissão, a carga horária total do membro poderá ser de uso exclusivo na comissão, desde que respeitadas as necessidades dos serviços.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento.

A relação dos membros de cada mandato deverá ser afixada no quadro de avisos das unidades e a cada doze meses, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será designado pelo Diretor Geral do PSC/PSI. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala de reuniões, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em 3 reuniões consecutivas, sem justificativa, ou ainda 6 reuniões não consecutivas, com ou sem justificativa, durante 12 meses gerará sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

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

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

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico, pelo Diretor Clínico ou pelo Diretor Geral.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal, atendendo orientação do Termo de Compromisso de Gestão firmado junto à Secretaria Municipal de Saúde.

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Revisão de Prontuário:

I - A avaliação dos itens que deverão constar obrigatoriamente:

- a) Identificação do paciente em todos os impressos, anamnese, exame físico, exames complementares, e seus respectivos resultados, hipóteses diagnósticas, diagnóstico definitivo e tratamento efetuado e outros documentos pertinentes ao atendimento.
- b) Obrigatoriedade de letra legível do profissional que atendeu o paciente, bem como de assinatura e carimbo ou nome legível do profissional e respectiva inscrição no conselho de classe.

c) Obrigatoriedade do registro diário da evolução clínica do paciente, bem como a prescrição médica consignando data e hora.

d) Tipo de Alta.

II– Recomendar inclusão e exclusão de formulários, impressos e sistemas, bem como a conservação dos prontuários visando a qualidade dos mesmos.

III - Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência.

IV - Manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade com a qual deverão ser discutidos os resultados das avaliações feitas.

V - Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente.

VI - Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

a) Convocar e presidir as reuniões.

b) Indicar seu vice-presidente.

c) Representar a comissão junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

d) Subscrever todos os documentos e resoluções da comissão previamente aprovados pelos membros desta.

e) Fazer cumprir o presente regimento.

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

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

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

a) Organizar a ordem do dia.

b) Receber e protocolar os processos e expedientes.

c) Lavrar a ata das sessões/reuniões.

d) Convocar os membros da comissão para as reuniões determinadas pelo presidente.

e) Organizar e manter o arquivo da comissão.

f) Preparar a correspondência.



g) Realizar outras funções determinadas pelo presidente relacionadas ao serviço desta secretaria.

h) Solicitar ao SAME (Serviço de Arquivo Médico) todos os prontuários que serão avaliados, assim como devolvê-los em 24 horas após o trabalho realizado.

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

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

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

O regimento entrará em vigor após ser homologado pela Diretoria e designação dos membros.

a.2) Comissão de Revisão de Óbitos

a.2.1) Proposta de Constituição

As Resolução CRM Nº 114/2005A tornam obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Óbitos em estabelecimentos hospitalares. Esta comissão é instrumento indispensável para o estudo epidemiológico dos óbitos ocorridos nas Unidades de Saúde, além de permitir a correção e aprimoramento de deficiências ocorridas na assistência ao paciente. Deve ser implantada obrigatoriamente em cada Unidade de Saúde, devido à importância do estudo individualizado dos óbitos ocorridos nas mesmas. Desta forma a IEC

a.2.2) Composição

A comissão será composta por 3 (três) médicos, 1(um) enfermeiro e 1 (um) assistente social.

a.2.3) Objetivos

A finalidade desta comissão é analisar todos os óbitos, causas, procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos. A comissão tem os seguintes objetivos: Analisar e emitir pareceres sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados, elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que foram a óbito, realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos, Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbitos, convocar o médico que atestou o óbito caso as informações sejam conflitantes, criar instruções necessárias para melhorar a qualidade das informações dos prontuários de óbito, correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, zelar

pelo sigilo ético das informações, Assessorar a coordenação da UPA em assuntos de sua competência.

a.2.4) Metas

Analisar, verificar e apurar 100% dos óbitos ocorridos na unidade.

a.2.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.2.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO REVISÃO DE ÓBITOS
2º Mês	ANALISAR E EMITIR PARECER SOBRE OS ASSUNTOS RELATIVOS À ÓBITOS QUE LHE FORAM ENVIADOS
3º Mês	ANÁLISE DA TAXA DE ÓBITOS
4º Mês	TAXA DE REVISÃO DE ÓBITOS
5º Mês	TAXA DE USUÁRIOS QUE VIERAM A ÓBITO
6º Mês	DISSEMINAR A LEGISLAÇÃO VIGENTE
7º Mês	DEFINIR REUNIÕES DE INTERAÇÃO COM A COMISSÃO
8º Mês	PADRONIZAR A ORGANIZAÇÃO
9º Mês	VERIFICAR A EFICIÊNCIA DO SERVIÇO MÉDICO ATRAVÉS DA ANÁLISE DO PRONTUÁRIO
10 Mês	ORIENTAR A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
11º Mês	ANALISAR IMPRESSOS E SUGERIR MODIFICAÇÕES
12º Mês	ANALISAR TODOS OS PRONTUÁRIOS NÃO PREENCHIDOS CORRETAMENTE OU INCOMPLETOS

a.2.6) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS (CRO)

II. FINALIDADE:

Atender a resolução CRM No. 114/2005. Analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

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

III. COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos, um enfermeiro e um assistente social, podendo ser superior a isso.

IV. MANDATO:

O mandato deverá ser de 12 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. A relação dos membros de cada mandato deverá ser publicada em Diário Oficial do Estado a cada dois anos, bem como a substituição de qualquer membro, a qualquer momento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor de Departamento. Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

No caso de substituição de um ou mais membros, bem como no início de cada mandato, os nomes dos integrantes deverão ser encaminhados à Coordenadoria de Serviços de Saúde – Setor de Comissões Hospitalares.

V. SEDE:

A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada por cada hospital, com a infra-estrutura básica necessária para seu funcionamento.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião.

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

Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, bem como de normas de preenchimento e qualidade do atestado de óbito ou relatórios de biópsias, será designado um relator ou convidado um consultor, o qual apresentará parecer sobre o assunto, em prazo pré-estabelecido. Da mesma forma poderão ser convidados outros profissionais gabaritados para participar das reuniões, desde que autorizado em plenária prévia.

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

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Técnico de Departamento, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-presidente.

Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Clínica.

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

VII. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições da Comissão de Óbitos:

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

- k) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- l) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- m) Desenvolver atividades de caráter técnico-científico com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição.

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

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

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

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

As atribuições do vice-presidente serão assumir as atividades do presidente na sua ausência.

São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

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

VIII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

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

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

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

a.3) Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

a) Proposta de Constituição (membros, finalidade)

a.3.1) Proposta de Constituição

O Programa de Controle de Infecção Hospitalar será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, órgão de assessoria à Direção. A CCIH da UPA 24 hs - Pacheco, é de natureza técnico-científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

a.3.2) Composição

A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços: Serviço médico, Serviço de enfermagem, Serviço de farmácia, Laboratório, Higienização e Administração.

a.3.4) Objetivos

A CCIH tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

a.3.3) Metas

Deverá monitorar todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

a.3.4) Frequência da Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.3.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/ELABORAR, IMPLEMENTAR O PROGRAMA DE INFECÇÃO HOSPITALAR
2º Mês	PADRONIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE FLUXO DE NOTIFICAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA



3º Mês	CAPACITAÇÃO DE LAVAGEM DE MÃOS
4º Mês	PADRONIZAÇÃO PARA USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS, GERMICIDA E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR
5º Mês	ELABORAR REGIMENTO INTERNO
6º Mês	DISSEMINAR REGIMENTO INTERNO
7º Mês	DEDETIZAÇÃO DA UNIDADE
8º Mês	REUNIÕES COM EQUIPE DE EPIDEMIOLOGIA
9º Mês	IMPLANTAÇÃO DE NORMAS TÉCNICAS OPERACIONAIS NO QUE TANGE AO CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
10 Mês	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS PARA USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, GERMICIDAS E MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR (REAVALIAÇÃO)
11º Mês	TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS
12º Mês	ANALISE ESTATÍSTICO ANUAL TAXA DE PACIENTES COM INFECÇÃO HOSPITALAR

a.3.5) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DAS CATEGORIAS E FINALIDADES

Art. 1º. O Programa de Controle de Infecção Hospitalar será constituído por uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – CCIH, órgão de assessoria à Direção. A CCIH da UPA 24hs - Pacheco, é de natureza técnico- científica permanente, de acordo a Lei nº 9.431, de 06 de janeiro de 1997 e com a Portaria 2616 de 12 de maio de 1998.

Art. 2º. A CCIH tem por finalidade desenvolver um conjunto de ações deliberadas e sistemáticas, com vistas à redução máxima possível da incidência e da gravidade das infecções hospitalares, e assim, melhorar a qualidade da assistência prestada.

Parágrafo Único. Endente-se por infecção hospitalar, também denominada institucional ou nosocomial, qualquer infecção adquirida após a internação de um paciente em hospital e que se manifesta durante a internação ou mesmo após a alta, quando puder ser relacionada com a hospitalização.

CAPÍTULO II

DA ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO

SECÇÃO I - ESTRUTURA

Art. 3º. A estrutura da CCIH compreende o Grupo de Controle de Infecção Hospitalar.

Art. 4º. A fim de assegurar o suporte técnico, científico e operacional indispensável à eficiência da CCIH, a Diretoria Clínica e Administrativa proporcionará a infra-estrutura necessária.

SECÇÃO II - COMPOSIÇÃO

Art. 5º. A CCIH terá composição multidisciplinar e multiprofissional e seus membros serão de dois tipos: Consultores e Executores. Os membros Consultores devem contar com profissionais da saúde, de nível superior, formalmente designados, representantes dos seguintes serviços: Serviço médico, Serviço de enfermagem, Serviço de farmácia, Laboratório, Higienização e Administração

Parágrafo Único. As indicações deverão recair sobre profissionais com conhecimento em infecção hospitalar.

Art. 6º. Caberá ao Diretor a designação dos integrantes da CCIH, através de Portaria específica.

§ 1º O núcleo básico citado anteriormente, poderá ser acrescido de representantes de outros serviços de áreas afins.

§ 2º O Presidente ou Coordenador da CCIH será um dos membros da mesma, designado pela Direção da Instituição.

§ 3º Os membros executores da CCIH representam o serviço de controle de infecção hospitalar e, portanto, são os executores das ações programadas de controle de infecção hospitalar.

SECÇÃO III – DOS MEMBROS

Art. 7º. A CCIH será constituída por, no mínimo, os seguintes componentes:

- I - Um médico
- II - Um representante do serviço de enfermagem
- III - Um representante da farmácia
- IV - Um representante do laboratório

VI- Um secretário/ digitador

Parágrafo Único. Um dos membros executores deve ser, preferencialmente, enfermeiro,

Art. 8º. A carga horária diária mínima, dos membros executores, deverá ser de 6h para o enfermeiro e 4h para os demais profissionais.

SECÇÃO IV – FUNCIONAMENTO

Art. 9º. A CCIH será instalada em sala das dependências do hospital, designada para esse fim.

Art. 10. As reuniões ordinárias da CCIH ocorrerão uma vez por mês, na sala de reuniões do hospital e, extraordinariamente, quando se fizer necessário.

Art. 11. A sequência das reuniões da CCIH serão as seguinte: I- Verificação da presença do Presidente; II- Verificação de presença e existência de “quorum”; III- Leitura e aprovação da ata anterior; VI- Informes e Leitura e discussão da ordem do dia.

Art. 12. A cada reunião os membros consignarão sua presença em folha própria e a secretária lavrará uma ata com exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

CAPÍTULO III

DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 13. A Direção do Hospital:

Constituir formalmente a CCIH;

Designar os componentes da CCIH, por ato próprio;

Propiciar a infra-estrutura necessária à correta operacionalização da CCIH; IV- Aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos colegiados deliberativos e formuladores de política da instituição como, por exemplo, os conselhos deliberativos e conselhos técnicos, independente da natureza da entidade mantenedora do hospital;

Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela Coordenação Estadual/Distrital de Controle de Infecção Hospitalar;

Informar o órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH, e às alterações que venham a ocorrer.

Art. 14. À CCIH compete:

Elaborar, implantar, manter e avaliar um Programa de Controle de Infecções Hospitalares adequado às características e necessidades da instituição;

Implantar e manter sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

Propor e cooperar na elaboração, implementação e supervisão da aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas visando à prevenção e controle das infecções hospitalares;

Propor, elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de normas e rotinas técnico-administrativas, visando limitar a disseminação de agentes nas infecções em curso no hospital, através de medidas de isolamento e precauções;

Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas de esterilização, desinfecção, limpeza e anti-sepsia;

Notificar e acompanhar os casos de acidente com material biológico;

Cooperar com o núcleo de educação permanente e demais setores da unidade para a capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais no que diz respeito ao controle de infecções hospitalares e prevenção de acidentes;

Elaborar e divulgar, regularmente, relatórios;

Definir, em cooperação com a Comissão de Farmácia e Terapêutica, política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico hospitalares;

Elaborar o regimento interno da CCIH;

Cooperar com a ação de fiscalização do Serviço de Vigilância Sanitária do órgão estadual ou municipal de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades sanitárias competentes;

Notificar, na ausência do núcleo de epidemiologia, ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, atendidos em qualquer dos serviços ou unidades do hospital, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva;

Notificar ao Serviço de Vigilância Sanitária do organismo de gestão estadual ou municipal do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados;

Realizar reuniões periódicas;

Monitorar o controle de qualidade da água utilizada na instituição;

Alimentar os sistemas de informação do Hospital com os dados pertinentes à CCIH.

Art. 15. Ao Presidente ou Coordenador da CCIH:

Cumprir e fazer cumprir as determinações da CCIH aprovadas pela direção;

Representar a CCIH nos órgão colegiado, deliberativo e formador de política da instituição, como por exemplo, os conselhos técnicos, independentemente da natureza da entidade mantenedora da instituição de saúde;

Convocar periodicamente as lideranças da instituição para tomadas de decisões de situações identificadas pela CCIH;

Promover a convocação e coordenar as reuniões, com os membros executores;

Assegurar atualização técnica e científica dos membros da CCIH;

Elaborar documentos, pareceres e relatórios pertinentes ao Controle das Infecções Hospitalares;

Indicar membros para a realização de estudos, levantamentos e emissões de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão.

Art. 16. Ao representante do Serviço Médico:

Apoiar a implementação de ações de Controle de Infecção nas áreas específicas de sua responsabilidade;

Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar;

Promover e participar de atividades de ensino e atualização baseado no plano de ação de controle de Infecção Hospitalar;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Prestar assessoria técnica em relação ao uso de antimicrobianos;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Participar de eventos científicos referentes à área;

Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

Participar do parecer técnico para aquisição de produtos médico-hospitalares.

Art. 17. Ao representante do Serviço de Enfermagem:

Colaborar para que haja adesão máxima do Serviço de Enfermagem à política de Controle de Infecções adotadas pela Instituição;

Participar da vigilância epidemiológica das infecções hospitalares;

Promover e participar de atividades técnico-científicas e atualização referente ao plano de ação de controle de Infecção Hospitalar, visando à melhoria da qualidade da assistência no serviço de enfermagem;

Supervisionar a indicação e realização de procedimentos com risco em desenvolver Infecção Hospitalar;

Emitir parecer técnico sobre produtos e equipamentos a serem adquiridos pela instituição;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Manter-se alerta quanto à saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Participar da elaboração de relatórios da CCIH;

Prestar assessoria técnica aos profissionais.

Art. 18. Ao representante da Farmácia:

Fornecer mensalmente o levantamento de consumo de antimicrobiano por clínica, especialidade e paciente;

Participar da definição da Política de utilização de medicamentos e produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Informar o uso adequado de produtos e medicamentos que visem a garantia da qualidade da assistência prestada;

Colaborar com a avaliação microbiológica e emitir Parecer Técnico sobre produtos químicos e medicamentos a serem adquiridos pela instituição;

Assegurar a qualidade das condições de armazenamento e prazo de validade de medicamentos e soluções germicidas;

Cuidar para que não interrompa o tratamento com antimicrobiano;

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 19. Ao representante do Laboratório:

Orientar a equipe de saúde quanto à coleta de amostras para exames microbiológicos e interpretação de resultados;

Manter arquivos dos dados microbiológicos, permitido estudos e levantamentos;

Realizar levantamento periódico da frequência de microrganismos isolados nas I.H. e da prevalência das cepas resistentes aos antimicrobianos;

Participar das reuniões periódicas da CCIH .

Art. 20. Ao representante da Administração:

Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

Estimular a comunidade hospitalar, quanto à adesão das atividades que visem à prevenção e controle das IH, demonstrando, que são desejadas e necessárias à instituição;

Definir política de controle de qualidade (promover manutenção preventiva e periódica dos equipamentos; garantir a realização semestral da lavagem e desinfecção dos tanques da instituição);

Participar das reuniões periódicas da CCIH.

Art. 21. Ao representante da Higienização

Apoiar as ações de controle com vista à prevenção e controle de Infecção Hospitalar;

Orientar e supervisionar a aplicação das técnicas desinfecção, limpeza e anti-sepsia da unidade hospitalar e equipamentos;

Participar da definição da Política de utilização de produtos químicos, juntamente com a Comissão de Farmácia e Terapêutica;

Participar das reuniões periódicas da CCIH;

Colaborar com a Elaboração do Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos;

Manter-se alerta quanto á saúde dos funcionários, realizando acompanhamento quando necessário.

Art. 22. À Secretária

Assistir as reuniões;

Lavar termos de abertura e encerramento do livro de Ata e Protocolo;

Auxiliar na elaboração dos documentos da comissão (relatórios, ofícios, pareceres);

Manter suprimento de materiais de consumo diário;

Providenciar o cumprimento das diligências determinadas.

CAPÍTULO IV

DO SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

Art. 23. A comunicação escrita utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

Agenda de reunião

Instrumento de comunicação interna/externa da CCIH, utilizado para disciplinar as reuniões, que deverá ser distribuída aos participantes, 24 h antes da reunião, tendo como responsável, o coordenador da mesma em alinhamento com os demais.

Livro de ata

Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões. A ata deverá ser assinada pelo presidente e demais membros, quando se sua aprovação.

Súmula

Instrumento em que são registradas e descritas, de forma sucinta, as decisões, conclusões e orientações das reuniões. Deverá ser distribuída aos participantes até 48 horas após a realização da reunião. É elaborada por quem coordena a reunião ou alguém por delegação deste.

Programa de ação anual

Disparador do processo de planejamento da CCIH. “É um conjunto hierarquizado de prioridades da instituição de saúde. Apresenta em linhas gerais estratégias adotadas a médio e longo prazo, dando subsídios para o planejamento e transformações de metas em resultados.

Relatórios

Interpretação e análise de indicadores técnicos, administrativos ou financeiros que podem subsidiar tomadas de decisões e facilitar o processo de acompanhamento dos resultados.

Comunicação Interna

Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da CCIH (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição.

Comunicado

Instrumento que contém avisos e/ou determinações da CCIH destinado a todo o hospital ou algumas áreas ou serviço.

Art. 24. A comunicação oral utilizada interna e externamente pode ocorrer através dos seguintes instrumentos:

Reuniões de Alinhamento Gerencial

Compõem o processo de alinhamento entre os membros da CCIH. Têm por objetivo discutir as ações a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, tomadas de decisões administrativas e repasse de informações/orientações gerais, segundo cronograma anual.

Reuniões de alinhamento técnico

Compõem o processo de alinhamento entre a CCIH e as demais áreas ou serviço. Com o objetivo de discutir as ações técnicas a serem desenvolvidas pelas diversas áreas em curto período de tempo, os pontos críticos e tomadas de decisões relativas à qualidade, segundo às necessidades das áreas ou serviços.

Reuniões de acompanhamento, avaliação e julgamento.

São reuniões mensais estabelecidas oficialmente em cronograma divulgado anualmente e compõem o processo de acompanhamento, avaliação e julgamento da CCIH, áreas ou serviço. Têm por objetivo formalizar e disciplinar o processo de planejamento e de acompanhamento, avaliação e julgamento. São responsáveis, ainda, por promover a integração das equipes e das ações desenvolvidas.

Reuniões extraordinárias

São as reuniões que ocorrem extra aos Processos de Planejamento. Podem ser convocadas sempre que necessário para busca de apoios na identificação de soluções e oportunidades de servir. Têm por objetivo refletir o modelo participativo de gestão, em que todo profissional ou parceiro do hospital pode promover o diálogo nos diversos níveis hierárquicos.

CAPÍTULO V

DO SISTEMA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA.

Art. 25. Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares é a observação ativa, sistemática e continua de sua ocorrência e de sua distribuição entre pacientes, hospitalizados ou não, e dos eventos e condições que afetam o risco de sua ocorrência, com vistas à execução oportuna das ações de prevenção e controle.

Art. 26. O método de vigilância Epidemiológica deve atender às características do hospital, à estrutura do pessoal e a natureza do risco da assistência, com base em critérios de magnitude, gravidade, redutibilidade das taxas ou custo.

Serão utilizados os métodos prospectivos, retrospectivos e transversais, visando determinar taxas de incidência ou prevalência.

Art. 27. Serão realizados métodos de busca ativa de coleta de dados para Vigilância Epidemiológica das infecções hospitalares.

Art. 28. Todas as alterações de comportamento epidemiológico deverão ser objeto de investigação epidemiológica específica.

Art. 29. Os indicadores mais importantes a serem obtidos e analisados periodicamente no hospital e, especialmente nos serviços de Berçário de Alto Risco e UTI (adulto) são;

Taxas de Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de episódios de Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no mesmo período;

Taxa de Pacientes com Infecção Hospitalar, calculada tomando como numerador o número de doentes que apresentaram Infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o total de saídas (altas, óbitos e transferências) ou entradas no período;

Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por localização topográfica no paciente, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada topografia, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

Distribuição Percentual das Infecções Hospitalares por Clínica/ Unidade de Internação, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar em cada



clínica/ unidade de internação, no período considerado, e como denominador o número total de episódios de infecção hospitalar ocorridos no período;

Taxa de Infecções Hospitalares por Procedimentos, calculada tendo como numerador o número de pacientes submetidos a um procedimento de risco que desenvolveram infecção hospitalar e como denominador o total de pacientes submetidos a este tipo de procedimento.

Pode-se utilizar no denominador, para o cálculo dos indicadores epidemiológicos dos incisos I, II e IV, o total de pacientes dia, no período.

O número de pacientes dia é obtido somando-se os dias totais de permanência de todos os pacientes no período considerado.

Outros procedimentos de risco poderão ser avaliados, sempre que a ocorrência respectiva o indicar, da mesma forma que é de utilidade o levantamento das taxas de infecção do sítio cirúrgico, por tipo de cirurgia, cirurgião e por especialidade.

Frequência das Infecções Hospitalares por Microrganismos ou por etiologias, calculada tendo como numerador o número de episódios de infecção hospitalar por microrganismo e como denominador o número de episódios de infecções hospitalares que ocorreram no período considerado.

Coeficiente de Sensibilidade aos Antimicrobianos, calculado tendo como numerador o número de cepas bacterianas de um determinado microrganismo sensível e determinado antimicrobiano e como denominador o número total de cepas testadas do mesmo agente com antibiograma realizado a partir das espécimes encontradas.

Indicadores de uso de antimicrobianos.

Percentual de pacientes que usaram antimicrobianos (uso profilático ou terapêutico) no período considerado. Pode ser especificado por clínica de internação ou por tipo de antimicrobiano. É calculado tendo como numerador o total de pacientes em uso de antimicrobiano e como denominador o total de tratamento com antimicrobiano iniciados no mesmo período.

Frequência com que cada antimicrobiano é empregado em relação aos demais, é calculada tendo como numerador o total de tratamentos iniciados com determinado antimicrobiano o período, e como denominador o total de tratamentos com antimicrobianos iniciados no mesmo período.

Taxa de letalidade associada à infecção hospitalar, é calculada tendo como numerador o número de óbitos ocorridos de pacientes com infecção hospitalar no período considerado, e como denominador o número de pacientes que desenvolveram infecção hospitalar no período.

Consideram-se obrigatórias as, informações relativas aos indicadores epidemiológicos dos incisos I, II, III e XI, no mínimo com relação aos serviços de Berçário de alto risco, UTI (adulto/pediátrica/neonatal) e queimados.

Art. 30. Relatórios e Notificações.

A CCIH deverá elaborar periodicamente um relatório com os indicadores epidemiológicos interpretados e analisados. Esse relatório deverá ser divulgado a todos os serviços e à direção, promovendo-se seu debate na comunidade hospitalar.

O relatório deverá conter informações sobre o nível endêmico das infecções hospitalares sob vigilância e as alterações de comportamento epidemiológico detectadas, bem como as medidas de controle adotadas e os resultados obtidos.

É desejável que cada cirurgião receba, anualmente, relatório com as taxas de infecção em cirurgias limpas referentes às suas atividades, e a taxa média de infecção de cirurgias limpas entre pacientes de outras cirurgias de mesma especialidade ou equivalente.

O relatório da vigilância epidemiológica e os relatórios de investigações epidemiológicas deverão ser enviados às Coordenações Estaduais/ Distritais e à Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde, conforme as normas específicas das referidas Coordenações.

CAPÍTULO VI

DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO

Art. 31. A CCIH deve participar do processo educativo dos clientes internos e externos com vistas à prevenção e controle das infecções hospitalares, envolvendo atividades de educação permanente, reciclagem e treinamento técnico, com aulas teórica e prática, principalmente as relacionadas ao controle de infecção hospitalar.

Parágrafo único. O projeto de educação deverá ser elaborado através do levantamento das necessidades do cliente e do serviço, realizando o diagnóstico, determinando coberturas e metas e identificando facilitadores.

CAPÍTULO VII

DO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO, JULGAMENTO E RESULTADOS.

Art. 32. O sistema de acompanhamento do P.C.I.H. da instituição será operacionalizado através dos seguintes instrumentos: Vigilância em serviço dos setores; Vigilância Epidemiológica das Infecções Hospitalares, Análise dos indicadores mencionados na legislação vigente, preferencialmente por unidade de produção, Controle de qualidade da água, Controle de qualidade da validação da esterilização.

Art. 33. A avaliação e julgamento dos resultados das ações do P.C.I.H. acontecerão através dos seguintes instrumentos: Análise do plano de ação para o cumprimento das metas e prazos; Comparação dos resultados obtidos com os índices esperados. Após construção do nível endêmico da instituição usá-lo como instrumento de comparação; Aplicação de questionário visando à avaliação das ações de controle de infecção hospitalar nas diversas áreas da instituição.

CAPÍTULO VII

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 34. A CCIH convidará pessoas ou entidades que possam colaborar com o desenvolvimento de seus trabalhos, sempre que julgar necessário;

Art. 35. O Diretor da instituição poderá, a qualquer tempo e por motivo justificável, promover a substituição dos membros da CCIH;

Art. 36. Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidas pelo Presidente da CCIH e em grau de recurso pelo Diretor da instituição;

Art. 37. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da CCIH, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da instituição.

a.4) Comissão de Ética Médica

a.4.1) Proposta de Constituição

Considerando a RESOLUÇÃO CFM n.º 1.657/2002 em seu Art. 1º Todos os estabelecimentos de assistência à saúde e outras pessoas jurídicas que se exerçam a Medicina, ou sob cuja égide se exerça a Medicina em todo o território nacional, devem eleger, entre os membros de seu Corpo Clínico, conforme previsto nos seus Regimentos

Internos, Comissões de Ética Médica nos termos desta resolução. Desta forma, embasado na resolução citada, o IEC propõe a criação da Comissão de Ética Médica

a.4.2) Composição

A Comissão de Ética Médica será composta por 3 membros efetivos e 3 membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico da unidade, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

a.4.3) Objetivos

Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da instituição, atuar como controle de qualidade das condições de trabalho e prestação de assistência médica na instituição, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias, denunciar às instâncias superiores, inclusive ao CRM, as eventuais más condições de trabalho na instituição, colaborar com o CRM divulgando resoluções, normas e pareceres, assessorar as diretorias clínicas, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência e Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do CRM e do próprio CRM ou por iniciativa própria.

a.4.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar as condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências.

a.4.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.4.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/ELABORAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
2º Mês	ANÁLISE DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS CADASTRADOS NO CNES
3º Mês	CAPACITAÇÃO JUNTO A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
4º Mês	DISSEMINAÇÃO DO REGULAMENTO INTERNO
5º Mês	SUPERVISIONAR O SERVIÇO DA ATIVIDADE MÉDICA
6º Mês	IMPLANTAR MODELO DE SINDICÂNCIA
7º Mês	ELABORAR RELATORIOS SOBRE AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
8º Mês	ATUALIAZAÇÃO DO CADASTRO MÉDICO
9º Mês	ELABORAR CURSO DE CAPACITAÇÃO DO CORPO MÉDICO
10 Mês	PROMOVER DIVULGAÇÃO DE PROTOCOLOS



11º Mês	PADRONIZAR A ORGANIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS MÉDICOS NO SAME
12º Mês	DISSEMINAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

a.4.6) Proposta de Regimento Interno

Capítulo I - Das Definições.

Artigo 1º - A Comissão de Ética Médica é o órgão representativo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Constituída nos termos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Apresenta as funções opinativas, educativas e fiscalizadoras do desempenho Ético da Medicina.

Artigo 2º - A Comissão de Ética Médica será composta por membros efetivos e membros suplentes, eleitos dentre o corpo clínico, sendo um Presidente e um Secretário, ambos membros titulares.

- a) Os membros titulares poderão solicitar a participação dos membros suplentes no desenvolvimento dos trabalhos;
- b) Na ausência do Presidente, as atribuições serão desempenhadas pelo Secretário da Comissão de Ética Médica.

Capítulo II - Das Competências

Artigo 3º - A todos os Membros da Comissão de Ética Médica compete:

- a) Eleger o Presidente e Secretário;
- b) Comparecer a todas as reuniões da Comissão de Ética Médica, discutindo e votando as matérias em pauta;
- c) Desenvolver as atribuições conferidas à Comissão de Ética Médica previstas neste regimento;
- d) Garantir o exercício do amplo direito de defesa para aqueles que vierem a responder a sindicâncias.

Artigo 4º - A Comissão de Ética Médica reunir-se-á uma vez por mês e extraordinariamente quando convocada pelo Presidente.

- a) A Comissão de Ética Médica poderá deliberar com a presença da maioria simples de seus membros;

b) As deliberações da Comissão de Ética Médica serão tomadas por maioria simples de votos;

Capítulo III - Das Atribuições da Comissão de Ética Médica.

Artigo 5º - São atribuições da Comissão de Ética Médica:

- a) Orientar e fiscalizar o desempenho ético da profissão dentro da Instituição;
- b) Verificar as condições oferecidas pela instituição para o exercício profissional, bem como a qualidade do atendimento prestado aos pacientes, sugerindo modificações que venham julgar necessárias;
- c) Denunciar às instâncias superiores, inclusive o Conselho Regional de Medicina, as eventuais más condições de trabalho na instituição;
- d) Colaborar com o Conselho Regional de Medicina divulgando resoluções, normas e pareceres;
- e) Assessorar a diretoria clínica, administrativa e técnica da instituição, dentro de sua área de competência;
- f) Proceder Sindicância a pedido de interessados, médicos, Delegacias do Conselho Regional de Medicina e do próprio Conselho ou por iniciativa própria, visando dirimir conflitos e dúvidas existentes na instituição.

Capítulo IV - Do Processo de Sindicância.

Artigo 6º - As Sindicâncias instauradas pela Comissão de Ética Médica obedecerão aos seguintes preceitos contidos neste regimento:

- a) Reclamação por escrito e devidamente identificada;
- b) Comunicação escrita do Diretor Clínico;
- c) Deliberação da própria Comissão de Ética Médica;
- d) Solicitação da Delegacia Regional do Conselho Regional de Medicina;
- e) Solicitação do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro.

Parágrafo 1º - As peças deverão ser capeadas e organizadas em ordem cronológicas.

Parágrafo 2º - Se houver alguma denúncia envolvendo um Membro da Comissão de Ética Médica, o mesmo deverá se afastar exclusivamente da Sindicância.

Artigo 7º - Aberta a Sindicância, a Comissão de Ética Médica informará o fato aos envolvidos concedendo-lhes um prazo de 15 (quinze) dias úteis após o recebimento do aviso, para apresentação de relatório escrito acerca da questão, oportunidade em que

será facultado a exibição do rol de testemunhas, garantindo-se a produção de todas as provas.

Parágrafo único: As Sindicâncias deverão ser concluídas no prazo máximo de 60 dias, prorrogáveis por igual período a critério do Presidente, mediante solicitação justificada por escrito ao Conselho Regional de Medicina.

Artigo 8º - Todos os documentos relacionados com os fatos, quais sejam: prontuários, fichas clínicas, ordens de serviços e outros, que possam colaborar no deslinde da questão, deverão ser complicados à Sindicância.

a) O acesso a estes documentos é facultado somente às partes e a Comissão de Ética Médica;

b) Toda e qualquer peça compilada a Sindicância deverão ser capeadas, organizadas e numeradas em ordem cronológica e numérica.

Artigo 9º - O Presidente da Comissão de Ética Médica nomeará pelo menos um membro sindicante para convocar e realizar audiências, analisar documentos e elaborar relatório à Comissão.

Artigo 10º - Finda a coleta de informações, a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos sobre a existência ou não de indícios de conduta antiética e/ ou infração administrativa.

Parágrafo único: Caso necessário a Comissão de Ética Médica poderá solicitar novas audiências dos envolvidos ou testemunhas, bem como, produzir novas provas.

Artigo 11º - Estando evidenciada a existência de indícios de infração administrativa, o resultado deverá ser encaminhado aos Diretores Clínicos, conforma previsão do Regimento Interno do Corpo Clínico da Instituição, para que determine as providências a serem adotadas.

Artigo 12º - Havendo indícios de infração ético-profissional, cópia da Sindicância deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, pôr se tratar do único órgão com competência para julgar infrações éticas neste Estado.

Artigo 13º - Os casos omissos serão avaliados e decididos em Sessão Plenária do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.

Capítulo V - Das Eleições:

Artigo 14º - Os Membros da Comissão de Ética Médica serão eleitos dentre os integrantes do Corpo Clínico da IEC, obedecidas as normas regimentais, através de voto secreto e

direto de seus pares. Os médicos que ocupam os cargos de Diretores Clínicos, Administrativos e Técnicos não podem candidatar-se a Comissão de Ética Médica.

Parágrafo único - Os Membros da Comissão de Ética Médica que posteriormente tornarem-se Diretores Clínicos, administrativos ou Técnicos, deverão pedir afastamento enquanto durar seu mandato.

Artigo 15º - A Comissão que estiver cumprido o mandato fará a escolha de um Comissão Eleitoral que se responsabilizará pela organização, apuração e proclamação dos resultados do pleito.

Artigo 16º - As eleições para as Comissões de Ética Médica serão realizadas no Dia do Médico, isto é no dia 18 de outubro, nos anos pares.

a) A convocação das eleições será feita através de Edital que deverá conceder um prazo mínimo de 15 (quinze dias) para as inscrições das chapas, o qual será encerrado em 48 (quarenta e oito) horas antes das eleições;

b) O processo eleitoral será aberto e encerrado pelo Presidente da Comissão Eleitoral ou por seu eventual substituto;

c) A apuração será realizada imediatamente após o encerramento do Processo Eleitoral, por escrutinadores nomeados pela Comissão Eleitoral, podendo ser assistida por todos os interessados e acompanhados por fiscais das chapas concorrentes;

d) Será considerada eleita a chapa que obtiver o maior número de votos. A respectiva Ata Eleitoral deverá ser encaminhada ao Conselho Regional de Medicina do Estado do São Paulo para os devidos assentamentos.

Artigo 17º - Os Protestos e recursos contra e qualquer fato relativo ao processo eleitoral, deverão ser formalizados por escrito dentro de no máximo em 48 (quarenta e oito) horas após as eleições e encaminhadas em primeira instância à Comissão Eleitoral, em Segunda instância a Comissão de Ética Médica e por último às instâncias superiores (Conselho Regional de Medicina e Conselho Federal de Medicina).

Artigo 18º - Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Eleitoral.

Artigo 19º - As Comissões de Ética Médica eleitas no período de 6(seis) meses anteriores às eleições oficiais, serão automaticamente reconduzidas não necessitando nova eleição.

Artigo 20º - Os membros da Comissão de Ética Médica que deixarem de prestar serviços na instituição, serão automaticamente afastados de suas funções na Comissão.

Capítulo VI - Das Disposições Gerais

Artigo 21º - Os membros deverão:

- a) Os integrantes eleitos desta Comissão de Ética Médica desempenharão funções em caráter honorífico e prestarão serviços de grande relevância ao Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;
- b) A Comissão de Ética Médica manter sob caráter confidencial as informações recebidas;
- c) O presente Regimento Interno poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão de Ética Médica, através da maioria absoluta de seus membros;
- d) O presente Regimento Interno entrará em vigor na data de aprovação pela Sessão Plenária da Comissão de Ética Médica.
- e) Aprovada a Resolução nº 1.657/02 do Conselho Federal de Medicina, que altera alguns artigos da Resolução nº 83/98 do Conselho Regional de Medicina, que foi utilizada na redação deste presente Regimento.

a.5) Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente

a.5.1) Proposta de Constituição

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o programa nacional de segurança do paciente (PCQSP), o IEC irá instituir a Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente.

a.5.2) Composição

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. um representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

a.5.3) Objetivos

Modelar, definir e atualizar a gestão da qualidade, em concordância com os objetivos estratégicos da instituição por meio da padronização dos processos, disseminação da

cultura da qualidade e incentivo a inovação e excelência, atuando com apoio das outras comissões e grupos de trabalho na busca contínua de melhorias.

Implementação de metas de segurança do paciente, assegurando os direitos do paciente e dos familiares, promovendo o acesso ao tratamento e continuidade, realizando a avaliação do paciente, cuidando ao paciente, realizando a educação do paciente e dos familiares, realizando o gerenciamento e uso de medicamentos, capacitando recursos humanos, gerenciamento da comunicação e das informações (prontuário), a vigilância e controle de infecção hospitalar, direção e capacitação das lideranças e Gerenciamento e segurança das instalações.

a.5.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências e aplicação efetiva das medidas preconizadas.

a.5.5) Frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.5.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE QUALIDADE	
1º Mês	IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO
3º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAU/OUVIDORIA
4º Mês	EVENTO FESTIVO MENSAL (ANIVERSARIANTE DO MÊS)
5º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA BI
6º Mês	MELHORIA DO SISTEMA DE GESTÃO ORGANIZACIONAL
7º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
8º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
9º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
10 Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
11º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES

a.5.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados à disposição do usuário. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do IEC.

Art. 3º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente tem por finalidade assessorar a Superintendência do IEC, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a

gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 6º Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 7º - Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em dano à saúde.

I - Eventos relacionados a produtos:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.
- c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

II - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

III - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.



- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.
- f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- g) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

IV - Eventos ambientais:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

V - Eventos criminais potenciais:

- a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- b) Sequestro de paciente de qualquer idade.
- c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.



Art. 8º O Núcleo De Qualidade e Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 10º A Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 14º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15º A Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de CQSPs.

Art. 17º Esta Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá as seguintes normas:

- Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar.
- Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013
- Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013
- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de
- Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 18º O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente,

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;

- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. m representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19º Princípios e diretrizes da Comissão:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20º Competências da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;

- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- XVIII. apoiar a Sede no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade;
- XX. sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;

XXI. estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21º Os membros da Comissão devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

- a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;
- c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- d) Proteção à identidade do notificador;
- e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro da Comissão estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23º As matérias examinadas nas reuniões da Comissão têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 24º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;

- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 26º O mandato dos membros da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente terá a duração de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 26º São princípios do NQSP:

- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art.27º - Compete ao NQSP:



- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;



- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- XVIII. apoiar a Sede do IEC no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 30º As reuniões da NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 31º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Art. 32º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 33º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro da NQSP.



Art. 34º A convocação para reunião da NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 35º A NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.

Art. 36º As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros da NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 37º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 38º Os membros da NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Art. 39º As reuniões da NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 40º As deliberações da CQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador da CQSP.

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 41º O apoio administrativo ao CQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 42º São consideradas atividades administrativas:

- a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades da CQSP;
- b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda da CQSP;
- c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO CQSP

Art. 43º A CQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam a CQSP.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pela CQSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante da CQSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pela CQSP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 45º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 46º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

a.6) Comissão de ética de Enfermagem

a.6.1) Proposta de constituição

Seguindo a Orientação da resolução COFEN nº 172/94 que normatiza a criação da Comissão de Ética de Enfermagem, o IEC implantará a referida comissão na unidade em questão.

a.6.2) Composição

A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por três (03) Enfermeiros e dois (02) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes.

a.6.3) Objetivos

- a) Garantir a conduta ética dos profissionais de Enfermagem na instituição.
- b) Zelar pelo exercício ético dos profissionais de Enfermagem na instituição, combatendo o exercício ilegal da profissão, educando, discutindo e divulgando o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.
- c) Notificar ao Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição irregularidades, reivindicações, sugestões, e, as infrações éticas

a.6.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar as condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências.

a.6.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.6.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS DE PROCEDIMENTOS
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
3º Mês	MONITORAMENTOS DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM
4º Mês	NOMEAÇÃO DE MEMBROS
5º Mês	DISSEMINAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
6º Mês	MONITORAR O CRONOGRAMA DE CAPACITAÇÃO
7º Mês	DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS A ÉTICA DE ENFERMAGEM
8º Mês	ESTABELECEER NORMAS PARA SINDICÂNCIA
9º Mês	CAPACITAÇÃO DE TODA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
10 Mês	VERIFICAR POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MODIFICAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
11º Mês	VERIFICAR E ATUALIZAR NORMAS E ROTINAS
12º Mês	VERIFICAR SE O CORPO TÉCNICO ESTÁ ATENDENDO AS LEGISLAÇÕES VIGENTES

b.6.7) Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

CAPÍTULO I

Da Natureza e Finalidade

Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem – CEE, composta por voto direto da categoria profissional, realizado em XX/XX/XXXX, atendendo a Resolução COFEN n172/94 que normatiza a criação da mesma nas instituições de saúde, sendo aprovada e homologada pelo ato solene pelo Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 2º A CEE é um órgão representativo do Conselho Regional de Enfermagem, de caráter permanente, com funções educativas, fiscalizadoras e consultivas do exercício profissional e ético de Enfermagem nesta Instituição.

Art. 3º A atuação da CEE limita-se ao exercício ético legal dos profissionais nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

Art. 4º A CEE reger-se-á pelo presente Regimento, devidamente aprovado pelos membros que compõem esta comissão, em reunião ordinária no dia XX/XX/XXX.

CAPÍTULO III

Da Organização e Composição

Art. 5º A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por três (03) Enfermeiros e dois (02) Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem efetivos e seus respectivos suplentes, observando os seguintes critérios:

I -Ter, no mínimo, um (01) ano de efetivo exercício profissional;

II - Ter no mínimo, um (01) ano de vínculo empregatício com a entidade; III- Estar em pleno gozo dos direitos profissionais;

IV - Inexistir investigações ou condenações em processos éticos, disciplinar, civil ou penal nos últimos cinco (05) anos;

Art. 6º A CEE será composta por 1 (um) presidente, 1 (um) vice-presidente,

1 (um) secretário e seus membros titulares e respectivos suplentes, eleitos pelos componentes da profissão.

Parágrafo único: O cargo de presidente somente poderá ser ocupado por Enfermeiro lotado nesta instituição.

Art. 7º O Enfermeiro que exerça cargo de Responsável Técnico (RT) não poderá participar da CEE.



Art. 8º O mandato da CEE será de 3 (três) anos, sendo admitido somente uma reeleição dos componentes por igual período.

Art. 9º O afastamento dos membros integrantes da CEE poderá ocorrer por término de mandato, afastamento temporário, desistência ou destituição.

I- Término de mandato: quando o membro integrante da CEE cumpre período de 3 (três) anos de gestão.

II- Afastamento temporário: membro integrante afasta-se por prazo determinado, por um período de no máximo 6 (seis) meses, ou quando estiver sendo submetido a processo ético.

§1º O afastamento deverá ser solicitado por escrito no prazo mínimo de 15 (quinze) dias da data de início.

§2º O afastamento devido processo ético deverá ser comunicado pelo Presidente ao membro integrante da CEE por escrito mediante ateste de recebimento.

III - Desistência: ocorre quando o membro integrante decide, por vontade própria, retirar-se da comissão.

Parágrafo único: A decisão deverá ser comunicada ao Presidentes da comissão, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

IV - Destituição: afastamento definitivo do membro integrante mediante decisão da CEE, tomada em reunião ordinária, constando o fato em ata.

§ 1º A destituição ocorrerá nos seguintes casos:

- a) Ausência, não justificada, em 3 reuniões consecutivas e 6 reuniões intercaladas no período de 1 (um) ano;
- b) Ter sido condenado em processo ético, civil ou penal.

§ 2º A destituição implica na perda do direito a nova candidatura para integrar a CEE.

Parágrafo único: Diante de qualquer forma de afastamento, o Presidente da CEE deverá comunicar o fato ao COREN.

Art. 10º A substituição do integrante da CEE poderá ser efetivada da seguinte maneira:

I - Vacância por término de mandato, atendendo os critérios estabelecidos no Art.5.

II - Vacância por afastamento temporário a substituição será feita pelo respectivo suplente, sendo indicado um suplente em caráter temporário, se o afastamento durar por mais de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único: A vaga de suplente temporário será preenchida:

a) Por escolha dos membros da CEE;

b) Por indicação da Direção de Enfermagem, cabendo a CEE avaliação acerca do perfil e interesse do candidato para as atividades inerentes ao cargo.

III - Vacância por desistência ou por destituição, a substituição será feita pelo respectivo suplente que passará para efetivo, concluindo o mandato do desistente ou destituído.

CAPÍTULO III

Das Competências

Art. 11º A CEE é reconhecida pela Direção de Enfermagem, estabelecendo com a mesma uma relação de independência e autonomia, em assuntos pertinentes à Ética.

Parágrafo Único: A Comissão de Ética de Enfermagem deverá notificar a Coordenação de Enfermagem o cronograma de suas atividades.

Art. 12º Compete à CEE:

I - Divulgar o Código de Ética de Enfermagem e demais normas disciplinares do exercício profissional na Instituição;

II - Representar o COREN junto à Instituição;

III - Orientar a equipe de enfermagem a desenvolver uma assistência com qualidade e dentro dos pressupostos éticos;

IV - Prestar consultoria e orientações sobre assuntos referentes ao exercício ético nesta Instituição;

V - Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre os problemas, desafios e limites na prestação da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos;

VI - Promover e participar de eventos visando à reflexão, aprimoramento e atualização, buscando uma assistência de Enfermagem com qualidade e livre de riscos;

VII - Promover medidas educativas que orientem os Profissionais de Enfermagem sobre problemas, desafios e limites nas prestações da assistência de Enfermagem em consonância com os princípios éticos;

VIII - Sensibilizar os Profissionais de Enfermagem sobre as condutas éticas no exercício da profissão;

IX - Melhorar as relações entre profissionais e entre profissionais e clientes;

X - Auxiliar o Enfermeiro RT e equipe de Enfermagem no gerenciamento de conflitos;

XI-Participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;

XII - Integrar o Comitê de Ética da Instituição;

XIII - Verificar as situações encontradas, identificar os problemas e propor soluções para minimizar os conflitos. Trabalhar de forma educativa e conscientizando o Profissional de Enfermagem nestes eventos;

XIV - Manter uma relação de independência e autonomia com a Direção de Enfermagem em assuntos pertinentes à Ética.

XV - Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do Coren, sempre que necessário;

- XVI- Elaborar o cronograma e planejamento de suas atividades;
- XVII - Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas;
- XVIII - Colaborar com o Coren no combate ao exercício ilegal da profissão e nos procedimentos de sindicância;
- XIX - Encaminhar à Comissão de Ética do Coren a relação nominal dos membros da Comissão de Ética para atualização no cadastro do Coren.
- XX - Encaminhar à Comissão de Ética de Ética do Coren o Regimento Interno da Comissão de Ética para apreciação.
- XXI - Reunir-se, no mínimo, uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário;
- XXII - Elaborar e/ou atualizar o Regimento Interno da CEE;
- XXIII - Registrar ata de todas as reuniões;
- XXIV - Notificar o Enfermeiro RT quanto aos casos analisados, mesmo que não sejam sindicantes, para acompanhamento do resultado apurado, através de relatórios e pareceres da CEE;
- XXV - Estimular a participação democrática dos profissionais de enfermagem na CEE em todos os processos eleitorais, na divulgação de trabalhos, nas atividades da CEE e nos procedimentos sindicantes;
- XXVI - Assegurar o sigilo, durante a apuração dos fatos, e em procedimentos de apuração de ocorrência, mantendo a imparcialidade em todo o procedimento de apuração, em respeito à legislação vigente.

Art. 13º Ao presidente compete, privativamente:

- I - Convocar, presidir e coordenar, conforme pauta elaborada pelo mesmo, as reuniões da CEE;

II - Propor atividades de planejamento semestral e redação de documentos que serão discutidos e submetidos à aprovação da CEE;

III - Averiguar as denúncias recebidas envolvendo profissionais de enfermagem e instaurar sindicância diante dos indícios de infração ético-administrativa;

IV - Delegar, para as sindicâncias instauradas, um presidente, um secretário e um vogal, estabelecendo suas respectivas funções;

V - Encaminhar relatório final da sindicância à Direção de Enfermagem para conhecimento e providências administrativas, bem como o envio do relatório final arrolado de documentos comprobatórios e respectivas declarações de oitivas para o COREN, para julgamentos e providências cabíveis;

VI - Representar a CEE na instituição e no COREN, ou quando se fizer necessário;

VII - Encaminhar as decisões da CEE ao setor competente, de acordo a situação;

VIII - Elaborar, junto com os demais membros integrantes, o relatório anual, garantindo o envio de 1 (uma) cópia, até o dia 10 (quinze) dias de setembro de cada ano à Direção de Enfermagem e ao COREN;

IX - Representar o COREN em eventos, conforme solicitação do órgão.

Art.14º Aos membros titulares compete:

I - Comparecer e participar das reuniões, e quando impedido de comparecer, convocar a presença do suplente;

II - Emitir parecer sobre as questões propostas e participar, por meio de voto, das decisões a serem tomadas pela CEE;

III- Participar da elaboração e execução de atividades e de relatórios anuais, bem como de programas relacionados aos aspectos éticos, promovidos pela CEE ou por outras entidades;

IV- Representar a CEE quando solicitado pelo presidente.

Art. 15º Ao secretário compete:

- I - Secretarias as atividades da CEE;
- II - Dar encaminhamento das deliberações do Presidente;
- III - Registrar as atas em reunião;
- IV - Providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos;
- V - Representar a CEE nos impedimentos do Presidente e suplente respectivo.

Art. 16º Aos membros suplentes compete:

- I - Participar das reuniões;
- II - Subsidiar os respectivos titulares nos seus impedimentos, inclusive o suplente do Presidente, assumindo as competências do membro titular.
- III - Participar da elaboração e execução das atividades promovidas pela CEE.

CAPÍTULO III

Do Funcionamento

Art. 17º A CEE reunir-se-á, ordinariamente, a cada 30 (trinta) dias, sob convocação do Presidente, devendo a própria comissão estabelecer o cronograma de reuniões.

Parágrafo único: As reuniões extraordinárias ocorrerão conforme necessidade sendo a mesma convocada pelo Presidente ou por autoconvocação pela maioria dos membros, ou pelo COREN.

Art.18º As reuniões acontecerão com quórum mínimo de 50% mais um dos membros do grupo, verificada até 15 (quinze) minutos após a hora marcada para o início da mesma.

Parágrafo único: Na ausência de quórum a reunião deverá ser suspensa e feita nova convocação.

Art. 19º As reuniões deverão ser presididas pelo Presidente da comissão ou, na sua ausência, pelo seu suplente.

Art. 20º As reuniões devem ser lavradas em ata, pelo secretário nomeado, constando relação dos presentes, as justificativas dos ausentes, o registro das decisões e os encaminhamentos deliberados.

Art. 21º Em caso de o membro titular estar impedido de comparecer à reunião ordinária ou extraordinária, este deverá solicitar ao seu suplente o comparecimento.

§ 1º Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar formalmente sua ausência com antecedência de até 3 (três) dias.

§ 2º Os membros titulares e/ou suplentes deverão comunicar antecipadamente sua ausência em reuniões por ocasião de férias ou licenças, com antecedência de até 5 (cinco) dias, sendo substituído pelo seu suplente em todo o período de ausência.

§ 3º Os membros titulares e/ou suplentes poderão justificar até 2 (duas) ausências consecutivas, sendo no máximo 3 (três) anos.

Art. 22º Qualquer membro que deixar de comparecer a 3 (três) reuniões consecutivas, sem justificativas, será destituído da comissão, devendo ser substituído conforme determina o Art. 10.

Art. 23º As decisões/deliberações da CEE serão tomadas pela maioria simples de seus membros titulares ou de seus suplentes, quando na condição de substituto, sendo prerrogativa do Presidente o 'voto de Miverva' em caso de empate.

§ 1º Os membros efetivos terão direito a vez e voto.

§ 2º Os membros suplentes poderão participar de todas as reuniões com direito a voz e, nos casos em que estejam substituindo um membro titular, terão direito ao voto.

§ 3º É indicada a participação dos membros suplentes em todas as reuniões, independentemente de estarem ou não substituindo membros titulares.

Art. 24º Os atos da CEE relativos às sindicâncias e diligências, serão estritamente sigilosos.

Art. 25º A sindicância deverá ser instaurada mediante:

I- Denúncia por escrito, devidamente identificada e, se possível, fundamentada; II- Denúncia por escrito do Responsável Técnico de Enfermagem;

III- Deliberação da própria CEE;

IV- Determinação do COREN.

Art. 26º Para a execução da sindicância o Presidente da CEE deverá nomear e convocar 3 (três) membros, sendo: 1 (um) enfermeiro que assumirá a função de Presidente, 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem para a função de Secretário e 1 (um) enfermeiro, técnico em enfermagem ou auxiliar em enfermagem para a função de Vogal.

Art. 27º A Comissão de Sindicância constituída terá como atribuições:

I - Convocar ou convidar as pessoas envolvidas nas denúncias;

II - Tomar depoimentos;

III - Analisar documentos;

IV - Elaborar Relatório Conclusivo, considerando o Código de Ética em Enfermagem, sem emissão de juízo de valor, no prazo de 30 (trinta) dias a partir da data de abertura da sindicância, podendo ser prorrogável por igual período sob justificativa apresentada ao Presidente da CEE.

Art. 28º Aberta a sindicância para esclarecimentos, a Comissão de Sindicância deverá:

I - Comunicar os fatos aos principais envolvidos;

II - Proceder a convocação dos envolvidos por meio de memorando, com antecedência máxima de 5 (cinco) dias, para a realização das oitivas (depoimentos), com data, horário e local determinados, devendo ser registrado em Livro de Protocolo da CEE.

§ 1º Caso o convocado não compareça na data da sindicância, deverá apresentar justificativa por escrito à CEE em até 48h (quarenta e oito horas) após a referida data.



§ 2º Diante de justificativa de não comparecimento, deverá ser feita segunda e última convocação, com prazo máximo de 3 (três) dias.

§ 3º Em caso de não comparecimento e não apresentação de justificativa, a CEE deverá comunicar o fato ao COREN.

Art. 29º Todos os documentos relacionados aos fatos da denúncia deverão ser mantidos junto à sindicância, ficando sob esta comissão a responsabilidade de guarda e de sigilo.

Parágrafo único: O acesso a estes documentos e aos autos é facultado somente às partes envolvidas e à CEE, preservando o sigilo.

Art. 30º O Presidente da sindicância conduzirá a tomada de depoimentos e o secretário será responsável pelo registro, cabendo ao Vogal acompanhar todo o processo e colaborar no que for necessário.

Art. 31º Ao final de cada depoimento, o depoente deverá ler e, se concordar com o que estiver assentado, assinar o relato. Caso contrário, é permitido ao depoente fazer quaisquer alterações no texto até o momento de sua assinatura. Cada integrante da Comissão de Sindicância deverá assinar.

§ 1º havendo mais de uma página, todas deverão ser rubricadas pelos presentes e assinadas com nome completo na última página.

§ 2º Caso necessário, a CEE poderá solicitar novas diligências para melhor elucidar os fatos.

Art. 32º Quando evidenciada existência de indícios de infração ética, o Presidente da CEE deverá encaminhar Relatório Final com o processo devidamente instruído ao COREN, para tramitação competente.

Art. 33º Quando o fato for de menor gravidade e que não tenha acarretado danos a terceiros, sem infringir o Código de Ética em Enfermagem, a CEE poderá proceder com a conciliação entre as partes envolvidas, proceder orientações e emitir Relatório Final para o COREN.

§ 1º Ocorrendo a conciliação, a CEE lavrará o fato em ata específica.

§ 2º Não ocorrendo conciliação, a sindicância seguirá com os trâmites normais.

Art. 34º Ocorrendo denúncia envolvendo membro da CEE, o mesmo deverá ser afastado da comissão, enquanto perdurar a sindicância.

Art. 35º Havendo vínculo ou qualquer relação com as partes representadas, qualquer integrante da comissão poderá optar em não participar da sindicância após deliberação dos membros da Comissão de Sindicância.

Art. 36º Ao término da sindicância deverá ser entregue um comunicado ao denunciado informando os devidos encaminhamentos.

CAPÍTULO IV

Do Processo Eleitoral

Art. 37º O escrutínio para eleição dos membros da CEE será realizado por meio de voto facultativo, secreto e direto.

Art. 38º Ao Presidente da CEE compete convocar eleição para novos membros no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 39º A CEE vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral (CE), no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias, antes do término do mandato em curso, a qual será responsável pela condução e organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 39º A CE será composta por 3 (três) membros da CEE, elegendo entre seus componentes 1 (um) Presidente e 1 (um) Secretário.

Parágrafo único. É incompatível a condição de membro da CE com a de candidato para compor a CEE seguinte.

Art. 40º Os materiais necessários para o desenvolvimento de todo o processo eleitoral serão de responsabilidade da Direção de Enfermagem desta instituição, devendo ser solicitado pela CE.

Art. 41 O Processo Eleitoral observará as seguintes condições:

I - Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;

II - Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo de inscrição será de 15 dias;

III - Realização da eleição no prazo mínimo de 30(trinta) dias antes do término do mandato da CEE;

IV - Realização da eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos votantes;

V - Voto secreto;

VI - Apuração de votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento dos candidatos que assim desejarem;

VII - Guarda pela CEE de todos os documentos comprobatórios do processo eleitoral.

Parágrafo único. O Presidente da CEE deverá encaminhar cópia do edital de convocação da eleição ao COREN no mesmo dia em que for publicado na instituição.

Art. 42º Os profissionais de enfermagem deverão atender aos seguintes requisitos:

I - Mínimo de 1 (um) ano de inscrição definitiva;

II - Estar em dia com as obrigações junto ao COREN, apresentando Certidão Negativa;

III - Não estar envolvido em processo ético junto ao COREN;

IV - Não responder a processo administrativo na instituição.

Art. 43º A CE deverá encaminhar ao COREN a relação de inscritos, para averiguação das condições de elegibilidade e em seguida realizar o processo de divulgação das eleições;

Art. 44º Somente poderão votar os profissionais de enfermagem devidamente inscritos no COREN e que não estejam em débito com este órgão, não estejam envolvidos em processos éticos e não estejam respondendo a processo administrativo na instituição.

§ 1º A CE deverá solicitar ao COREN relação dos empregados da instituição que estão devidamente inscritos e sua condição junto ao órgão.

§ 2º A CE deverá solicitar a Divisão de Gestão de Pessoas a relação de profissionais de enfermagem que estejam respondendo a processo administrativo.

Art. 45º A eleição será legítima somente se houver número de votantes metade mais um, por categoria profissional e com vínculo empregatício na instituição.

Parágrafo único. Quando o número de votantes for inferior ao estabelecido deverá ocorrer uma nova eleição.

Art. 46º A apuração dos votos será realizada pela CE na presença dos interessados, imediatamente após o encerramento do pleito.

Art. 47º Somente as cédulas sem rasuras e os votos que não apresentarem dúvidas ou dúvida interpretação serão considerados válidos.

Art. 48º Serão considerados eleitos os candidatos que obtiverem maior número de votos válidos, respeitando o dimensionamento da CEE.

Art. 49º Como critério de desempate, tem-se:

I- Profissional com maior tempo de inscrição no COREN.

II- Maior tempo de serviço na instituição.

III- Maior idade.

Art. 50º A CE proclamará o resultado da eleição por meio de edital interno, imediatamente após a apuração dos votos.

§ 1º A CE divulgará lista nominal de todos os candidatos votados.

§ 2º A lista nominal deverá conter:

- I- Nome dos membros efetivos, categoria profissional e número de inscrição junto ao COREN.
- II- Nome dos membros suplentes, categoria profissional e número de inscrição junto ao COREN.
- III- Nome dos demais candidatos, categoria profissional e número de inscrição junto ao COREN.

Art. 51º A CE enviará ao COREN o resultado do pleito em até 5 (cinco) dias.

Art. 52º Os protestos e recursos contra qualquer fato relativo ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, em duas vias, à CE em até 48h (quarenta e oito horas) após a data de divulgação dos resultados.

Parágrafo único. Os recursos serão analisados pela CE e encaminhados ao departamento jurídico do COREN para os devidos julgamentos em um período de 5 (cinco) dias.

Art. 53º Os membros eleitos assumirão o mandato após homologação das eleições pelo COREN.

Parágrafo único. Somente após homologação do Plenário do COREN e a nomeação em portaria é que a nova CEE estará oficialmente autorizada a iniciar suas atividades definidas neste regimento.

Art. 54º Os casos omissos serão resolvidos pela CE, podendo esta formalizar consultas ao COREN

CAPÍTULO V

Das Disposições Gerais

Art. 55º A CEE norteará suas atividades pelo Regimento Interno e pelas normas ético-legais estabelecidas pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN e COREN.

Art. 56º Este regimento poderá ser alterado por proposta da CEE, da Direção de Enfermagem e da Comissão de Ética do COREN.

Art. 57º A Direção de Enfermagem da instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da CEE.

Art. 58º Os casos omissos deverão serão resolvidos pela CEE sob consulta ao COREN.

Art. 59º Este Regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

a.7) Comissão Gerenciamento De Resíduos de Saúde

a.7.1) Proposta de Constituição

O IEC se preocupa com a responsabilidade ambiental em suas atividades, gerenciando a produção de seus resíduos de saúde e orgânicos, de acordo com as legislações vigentes como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA N° 222 de 28 de março de 2018 e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) N° 358 de 29 de abril de 2005 e outras que vierem a atualizá-las ou substituí-las.

a.7.2) Composição

- Um farmacêutico;
- Um médico;
- Um enfermeiro.

a.7.3) Objetivos

Gerenciar a produção de seus resíduos de saúde e orgânicos, de acordo com as legislações vigentes como a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da ANVISA N° 222 de 28 de março de 2018 e Resolução do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) N° 358 de 29 de abril de 2005

a.7.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências

a.7.5) Frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.7.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE RESÍDUOS	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/ IMPLANTAÇÃO DA COLETA SELETIVA DE RESÍDUOS
2º Mês	CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS PARA A COLETA SELETIVA DE RESÍDUOS
3º Mês	IMPLANTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DOS TIPOS DE RESÍDUOS GERADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
4º Mês	IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA PARA QUANTIFICAR OS DIFERENTES TIPOS DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE GERADOS PELA UNIDADE
5º Mês	MONITORAR AS ETAPAS DO MANEJO DOS RESÍDUOS EXISTENTES NAS UNIDADES
6º Mês	CONFECÇÃO DO PGRSS
7º Mês	CAPACITAÇÃO DO PGRSS
8º Mês	IMPLANTAÇÃO DE MATERIAIS DE EXPEDIENTES
9º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMAS INTELIGENTES DE GESTÃO
10 Mês	IMPLANTAÇÃO DE MECANISMO PARA NEUTRALIZAÇÃO DE CARBONO
11º Mês	VERIFICAR E MONITORAR O RECOLHIMENTO DOS RESÍDUOS
12º Mês	MONITORAMENTO PARA LIMPEZA DA CAIXA D AGUA

a.7.7) Proposta de Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO

Comissão de Resíduos

I. FINALIDADE

Atender a legislação vigente e proporcionar proteção à saúde e meio ambiente através do correto gerenciamento de resíduos desta instituição e implementação do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS).

II. COMPOSIÇÃO:

A Comissão de Resíduos será composta por um farmacêutico; um médico e um enfermeiro.

III. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

As reuniões ordinárias da Comissão de Resíduos serão realizadas conforme cronograma estipulado pelos membros, a qual os mesmos receberão uma cópia do calendário das reuniões. A duração do mandato será de 01 anos prorrogável.

Serão feitas reuniões ordinárias, e extraordinárias quando necessárias convocadas pela Presidência. Os membros que faltarem a três reuniões ordinárias consecutivas ou 05 (cinco) intercaladas, sem justificativa, serão automaticamente excluídos da Comissão.

IV. ATRIBUIÇÕES:

São atribuições desta comissão:

- a) Normatizar as rotinas de armazenamento e descarte de todos os resíduos gerados na Instituição;
- b) Coordenar a elaboração e implementação do plano de gerenciamento de resíduos da instituição;
- c) Coordenar a elaboração e implementação das normas de segurança para manipulação e Transporte dos resíduos, supervisionando o cumprimento destas;
- d) Em caso de acidente envolvendo resíduos, tomar decisões, visando minimizar os impactos, e evitar reincidências;
- e) Divulgar à comunidade a política de gerenciamento de resíduos e manter uma rotina de educação e orientação quanto ao gerenciamento dos resíduos gerados na instituição por meio de cursos, manuais, palestras, vídeos, cartazes, etc.
- f) Representar a instituição junto a institutos, órgãos de controle sanitário e limpeza pública e outros ligados ao gerenciamento de resíduos com ausência da presidência da comissão de forma acordada com a Diretoria;
- g) Estabelecer um programa de atividades e metas para o gerenciamento dos resíduos definindo prazos a serem cumpridos;
- h) Estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS.

São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Convocar as reuniões ordinárias e extraordinárias;
- b) Presidir as reuniões, coordenar os debates;
- c) Representar a CGRSS, junto à direção do Hospital;
- d) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

São atribuições do Vice - Presidente da Comissão:

a) Substituir o Presidente em todas as suas atribuições na falta do mesmo; São atribuições e competências da secretaria da Comissão:

- a) Preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da comissão;
- b) Preparar atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais membros;
- c) Executar outras atividades que lhe forem atribuídas pela comissão;
- d) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

São atribuições dos demais membros da Comissão:

- a) Participar das reuniões, debatendo e votando nos temas em exame;
- b) Encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à comissão devendo estas serem entregues a secretaria da comissão com antecedência mínima de 72 (setenta e duas) horas da reunião;
- c) Requisitar a secretaria da comissão, à Presidência da Comissão e aos demais membros informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;
- d) Cumprir e fazer cumprir este regimento.

V. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto. O presente regimento entra em vigor na data de sua aprovação em reunião da Comissão de Resíduos.

a.8) Núcleo De Qualidade e Segurança Do Paciente

a.8.1) Proposta de Constituição

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 529 de 1º de abril de 2013, que institui o programa nacional de segurança do paciente (PCQSP), o IEC irá instituir a Comissão De Qualidade e Segurança do Paciente.

a.8.2) Composição

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. um representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

a.8.3) Objetivos

Modelar, definir e atualizar a gestão da qualidade, em concordância com os objetivos estratégicos da instituição por meio da padronização dos processos, disseminação da cultura da qualidade e incentivo a inovação e excelência, atuando com apoio das outras comissões e grupos de trabalho na busca contínua de melhorias.

Implementação de metas de segurança do paciente, assegurando os direitos do paciente e dos familiares, promovendo o acesso ao tratamento e continuidade, realizando a avaliação do paciente, cuidando ao paciente, realizando a educação do paciente e dos familiares, realizando o gerenciamento e uso de medicamentos, capacitando recursos humanos, gerenciamento da comunicação e das informações (prontuário), a vigilância e controle de infecção hospitalar, direção e capacitação das lideranças e Gerenciamento e segurança das instalações.

a.8.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências e aplicação efetiva das medidas preconizadas.

a.8.5) Frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.8.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE QUALIDADE	
1º Mês	IMPLANTAÇÃO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE PESQUISA DE SATISFAÇÃO
3º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE SAU/OUVIDORIA
4º Mês	EVENTO FESTIVO MENSAL (ANIVERSARIANTE DO MÊS)
5º Mês	IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA BI
6º Mês	MELHORIA DO SISTEMA DE GESTÃO ORGANIZACIONAL
7º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
8º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
9º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
10 Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
11º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES
12º Mês	REUNIÃO COM AS COMISSÕES – IMPLANTAÇÃO DE AJUSTES

a.8.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º Este regimento atende as normas instituídas pela ANVISA, autoridade regulamentar brasileira encarregada, entre outras responsabilidades, de acompanhar o desempenho de produtos da área da saúde quando são lançados no mercado e colocados

à disposição do usuário. A ANVISA define se um produto de saúde será mantido ou retirado do mercado. Todos os problemas detectados pela Anvisa são comunicados à OMS, o que beneficia a saúde do Brasil e do mundo.

Art. 2º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente é uma instância colegiada, de natureza consultiva e deliberativa, deve estar diretamente ligado a Superintendência do IEC.

Art. 3º - O Núcleo De Qualidade E Segurança Do Paciente tem por finalidade assessorar a Superintendência do IEC, estabelecendo políticas e diretrizes de trabalho, a fim de promover uma cultura hospitalar voltada para a segurança dos pacientes, por meio do planejamento, desenvolvimento, controle e avaliação de programas, que visem garantir a qualidade dos processos assistenciais do Hospital.

Art. 4º As boas práticas de funcionamento do serviço de saúde são componentes da garantia da qualidade que asseguram que os serviços são ofertados com padrões de qualidade adequados.

Art. 5º Para efeitos deste regimento a cultura da segurança é o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde.

Art. 6º Considerar-se-á dano o comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.

Art. 7º - Evento adverso é a ocorrência imprevista, indesejável ou potencialmente perigosa na instituição de saúde que resulta em dano à saúde.

I - Eventos relacionados a produtos:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de medicamentos.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produtos para saúde.

- c) Óbito ou evento grave associado ao uso de produtos biológicos (vacina e hemoderivados, sangue e hemocomponentes, outros tecidos e células) contaminados.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de produto em desacordo com a indicação do fabricante (conforme registrado na Anvisa).

II - Eventos relacionados à proteção do paciente:

- a) Alta ou liberação de paciente de qualquer idade que seja incapaz de tomar decisões, para outra pessoa não autorizada.
- b) Óbito ou lesão grave de paciente associado à fuga do paciente.
- c) Suicídio de paciente, tentativa de suicídio ou dano auto infligido que resulte em lesão séria durante a assistência dentro do serviço de saúde.

III - Eventos relacionados à gestão do cuidado:

- a) Óbito ou lesão grave de paciente associados a erro de medicação (ex.: erros envolvendo prescrição errada, dispensação errada, medicamento errado, dose errada, paciente errado, hora errada, velocidade errada, preparação errada, via de administração errada).
- b) Óbito ou evento adverso grave associado a erro transfusional.
- c) Óbito ou lesão grave materna associada ao trabalho de parto ou parto em gestação de baixo risco.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados à queda durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- e) Qualquer úlcera de pressão estágio 3, 4 ou não classificável adquirida após internação/ comparecimento no serviço de saúde.
- f) Óbito ou lesão grave de paciente associados à embolia gasosa durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- g) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de perda irrecuperável de amostra biológica insubstituível.
- i) Óbito ou lesão grave de paciente resultante de falha no seguimento ou na comunicação de resultados de exames de laboratório, patologia ou radiologia.

IV - Eventos ambientais:



- a) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado a choque elétrico durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- b) Qualquer incidente no qual sistema designado para fornecer oxigênio ou qualquer outro gás ao paciente não contenha gás, contenham o gás errado ou estejam contaminados com substâncias tóxicas.
- c) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador associado à queimadura decorrente de qualquer fonte durante a assistência dentro do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente associados ao uso de contenção física ou grades da cama durante a assistência dentro do serviço de saúde.

V - Eventos criminais potenciais:

- a) Qualquer tipo de cuidado prescrito ou prestado por qualquer um se fazendo passar por médico, enfermeiro, farmacêutico ou por outro prestador de cuidado de saúde licenciado.
- b) Sequestro de paciente de qualquer idade.
- c) Abuso ou agressão sexual de paciente ou colaborador dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.
- d) Óbito ou lesão grave de paciente ou colaborador resultante de agressão física (espancamento) que ocorra dentro ou nas proximidades do serviço de saúde.

Art. 8º O Núcleo De Qualidade e Segurança do Paciente visa a totalidade das ações sistemáticas necessárias para garantir que os serviços prestados estejam dentro dos padrões de qualidade exigidos para os fins a que se propõem.

Art. 9º A Gestão de risco será desenvolvida através da Aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional.

Art. 10º A Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente é a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente.

Art. 11º A criação do plano de segurança do paciente em serviços de saúde apontará as situações de risco e descreve as estratégias e ações definidas pelo serviço de saúde para a gestão de risco visando a prevenção e a mitigação dos incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde.

Art. 12º Define que a segurança do paciente é a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde.

Art. 13º Conceitua-se serviço de saúde como sendo o estabelecimento destinado ao desenvolvimento de ações relacionadas à promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde, qualquer que seja o seu nível de complexidade, em regime de internação ou não, incluindo a atenção realizada em consultórios, domicílios e unidades móveis.

Art. 14º Considera-se tecnologias em saúde o conjunto de equipamentos, medicamentos, insumos e procedimentos utilizados na atenção à saúde, bem como os processos de trabalho, a infra-estrutura e a organização do serviço de saúde.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 15º A Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente tem a missão de proteger a saúde da população e intervir nos riscos advindos do uso de produtos e dos serviços a ela sujeitos, por meio de práticas de vigilância, controle, regulação e monitoramento sobre os serviços de saúde e o uso das tecnologias disponíveis para o cuidado.

Art. 16º Objetiva promover e apoiar a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de CQSPs.

Art. 17º Esta Comissão De Qualidade E Segurança do Paciente, durante as ações de implantação e implementação e a manutenção obedecerá as seguintes normas:

- Portaria MS nº 2616 de 12 de maio de 1998. Estabelece as normas para o programa de controle de infecção hospitalar.
- Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013 Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013
- Resolução - RDC Nº 36, de 25 de Julho de 2013
- Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de
- Vigilância Sanitária– Brasília: Anvisa, 2014.

CAPÍTULO III

DA COMPOSIÇÃO

Art. 18º O Núcleo de Segurança do Paciente deve ser composto, minimamente,

- I. um representante da Superintendência;
- II. um representante da Gerência;
- III. um médico representante Médico;
- IV. um representante multiprofissional;
- V. um enfermeiro representante da Enfermagem;
- VI. um farmacêutico representante da Farmácia;
- VII. m representante da Gerência Administrativa.
- XIII. Os enfermeiros líderes da unidade;

CAPÍTULO IV

DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art.19º Princípios e diretrizes da Comissão:

- I. A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;

- II. A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- III. A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- IV. A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- V. A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- VI. A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- VII. A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art. 20º Competências da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;
- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde e ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;

- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;
- XVIII. apoiar a Sede da EBSEH no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;
- XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade;
- XX. sensibilizar os profissionais, a comunidade acadêmica e os usuários quanto a importância da Segurança do Paciente;
- XXI. estabelecer vínculo com a comunidade acadêmica, com intuito de disseminar a cultura de segurança do paciente.

CAPÍTULO V

DOS DEVERES E RESPONSABILIDADES

Art. 21º Os membros da Comissão devem exercer suas funções com celeridade seguindo os seguintes princípios:

- a) Proteção à honra e à imagem dos pacientes envolvidos em incidentes em saúde;
- b) Proteção à honra e à imagem dos profissionais envolvidos em incidentes em saúde;

- c) Proteção à honra e à imagem dos fabricantes de produtos relacionados a queixas técnicas e incidentes em saúde;
- d) Proteção à identidade do notificador;
- e) Independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- f) Foco nos processos durante na apuração dos fatos e no processo decisório.

Art. 22º Eventuais conflitos de interesse, efetivos ou potenciais, que possam surgir em função do exercício das atividades dos membros do Núcleo deverão ser informados aos demais integrantes ao abrir o item de pauta.

Parágrafo Único. O membro da Comissão estará impedido, caso seja aberto para votação, de votar em qualquer item de pauta envolvendo a área que representa.

Art. 23º As matérias examinadas nas reuniões da Comissão têm caráter sigiloso, ao menos até sua deliberação final, quando será decidida sua forma de encaminhamento.

Parágrafo Único. Os membros do Núcleo não poderão manifestar-se publicamente sobre quaisquer assuntos tratados neste fórum, cabendo ao Presidente do Núcleo o encaminhamento de assuntos a serem publicados para apreciação da Superintendência.

Art. 24º As atribuições do Coordenador incluirão, entre outras, as seguintes atividades:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Produzir e expedir documentos;
- III. Distribuir tarefas;
- IV. Conduzir os trabalhos; e
- V. Coordenar o apoio administrativo.

Art. 25º O Secretário e o seu Substituto terão as atribuições de fornecer o apoio técnico e administrativo necessários ao funcionamento da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente.

CAPÍTULO VI

DO MANDATO

Art. 26º O mandato dos membros da Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente terá a duração de 1 (um) ano, podendo ser reconduzidos.

Parágrafo Único. Independente da motivação sobre a destituição de membro do Comissão De Qualidade E Segurança Do Paciente, essa ocorrerá sob apreciação e ato da Superintendência.

CAPÍTULO VII

DAS PRERROGATIVAS E COMPETÊNCIAS DA COMISSÃO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Art. 26º São princípios do NQSP:

- a) A garantia da proteção à honra e à imagem dos pacientes, profissionais, fabricantes de produtos e notificadores envolvidos em incidentes em saúde;
- b) A garantia da independência e imparcialidade de seus membros na apuração dos fatos;
- c) A melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- d) A disseminação sistemática da cultura de segurança;
- e) A articulação e a integração dos processos de gestão de risco;
- f) A garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde;
- g) A promoção da gestão do conhecimento sobre a segurança do paciente.

Art.27º - Compete ao NQSP:

- I. promover ações para a gestão de riscos no âmbito da instituição;
- II. analisar e avaliar as notificações sobre incidentes e queixas técnicas selecionadas pelo Setor/Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;
- III. desenvolver ações para a integração e a articulação multiprofissional no âmbito da instituição;
- IV. promover mecanismos para identificar e avaliar a existência de não conformidades nos processos e procedimentos realizados e na utilização de equipamentos, medicamentos e insumos propondo ações preventivas e corretivas;

- V. promover e acompanhar ações de melhoria de qualidade alinhadas com a segurança do paciente, especialmente aquelas relacionadas aos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
- VI. estabelecer, avaliar e monitorar barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- VII. elaborar, divulgar e manter atualizado o Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, divulgação delegáveis a outros serviços na instituição;
- VIII. avaliar e monitorar as ações vinculadas ao Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde;
- IX. priorizar a implantação dos Protocolos de Segurança do Paciente determinados pelo Ministério da Saúde, ANVISA e realizar o monitoramento dos respectivos indicadores, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- X. compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XI. acompanhar o processo de notificação ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- XII. acompanhar os alertas sanitários e outras comunicações de risco divulgadas pelas autoridades sanitárias;
- XIII. desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de capacitação em segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XIV. Desenvolver, implantar, avaliar, monitorar e manter atualizado o plano de comunicação social em saúde quanto aos temas referentes à segurança do paciente, sendo a etapa de implantação delegável a outros serviços do hospital;
- XV. promover e acompanhar ações de disseminação sistemática da cultura de segurança com foco no aprendizado e desenvolvimento institucional;
- XVI. elaborar proposta de metas e indicadores para inserção nos processos de contratualização;
- XVII. elaborar plano de pesquisa sobre segurança do paciente para desenvolvimento da instituição, em parceria com a Gerência de Ensino e Pesquisa ou equivalente;

XVIII. apoiar a Sede do IEC no desenvolvimento de estratégias de segurança do paciente para a rede da Empresa;

XIX. participar de eventos e demais ações promovidas pelo IEC sobre segurança do paciente e qualidade.

CAPÍTULO VIII

DAS REUNIÕES

Art. 30º As reuniões da NQSP serão realizadas em caráter ordinário (quinzenal), em dia, local e horário preestabelecido, de acordo com a conveniência de seus membros, devendo estas, serem comunicadas com no mínimo 72 horas de antecedência.

Art. 31º As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Presidente ou a pedido de qualquer membro da NQSP, de acordo com a urgência da matéria.

Parágrafo Único - As reuniões extraordinárias serão convocadas, no mínimo, com 48 (quarenta e oito) horas de antecedência

Art. 32º As reuniões serão conduzidas pelo Coordenador e, na falta deste, pelo seu substituto formal.

Art. 33º Na convocação para reunião deverá constar a pauta, podendo esta ser proposta por qualquer membro da NQSP.

Art. 34º A convocação para reunião da NQSP será feita pelo Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente e operacionalizada pelo Secretário ou Secretário Substituto, quando serão enviados a pauta e os respectivos subsídios para apreciação e manifestação.

Art. 35º A NQSP poderá incluir mensalmente em uma das suas reuniões, apresentação de trabalhos ou relatos de interesse científico, podendo para isto contar com a participação de convidados de sua escolha.



Art. 36º As reuniões serão realizadas com no mínimo 1/3 dos membros da NQSP, porém as resoluções relacionadas diretamente a eventos adversos graves deverão ser tomadas com a presença de 50% dos membros mais um.

Art. 37º De cada reunião será lavrada ata, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas e lista de presença.

Art. 38º Os membros da NQSP que faltarem a 03 (três) reuniões consecutivas, injustificadamente, serão automaticamente considerados desligados e o pedido de sua substituição encaminhado ao Superintendente.

Art. 39º As reuniões da NQSP serão contabilizadas dentro da carga horária de trabalho de cada membro, bem como a carga horária utilizada para participar dos grupos de trabalho caso esteja inserido em algum.

CAPÍTULO IV

DAS DELIBERAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

Art. 40º As deliberações da CQSP serão preferencialmente estabelecidas por consenso entre os seus membros.

§ 1º - As votações, quando necessárias, serão abertas e acompanhadas de defesa verbal registradas em ata.

§ 2º - As decisões serão tomadas em votação por maioria simples dos presentes.

§ 3º - Em caso de empate na votação, a decisão final caberá ao Coordenador da CQSP.

CAPÍTULO X

DO SUPORTE AO FUNCIONAMENTO

Art. 41º O apoio administrativo ao CQSP será realizado pelo pessoal administrativo do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente em parceria com a secretaria das comissões.

Art. 42º São consideradas atividades administrativas:

a) Prestar subsídios e informações relacionadas as atividades da CQSP;



- b) Elaborar e arquivar atas, processos, relatórios, documentos, correspondências e a agenda da CQSP;
- c) Realizar o agendamento, a preparação e a expedição das convocações para as reuniões e o provimento do apoio logístico para as mesmas

CAPÍTULO XI

DOS GRUPOS DE TRABALHO DO CQSP

Art. 43º A CQSP poderá criar grupos de trabalho para tratamento de assuntos específicos, podendo solicitar a participação de profissionais que não pertençam a CQSP.

§ 1º - Os grupos de trabalho serão compostos por no máximo 6 (seis) e no mínimo 3 componentes tendo reconhecido saber e competência profissional no tema, todos indicados pela CQSP e nomeados pela Superintendência.

§ 2º - Cada grupo de trabalho será coordenado por um representante da CQSP.

§ 3º - O membro que acumular faltas não justificadas em duas reuniões consecutivas será desligado do grupo de trabalho.

§ 4º - As atribuições do Coordenador do grupo de trabalho incluirão, sem prejuízo de outras:

- I. Coordenar as discussões;
- II. Definir responsabilidades dos componentes;
- III. Conduzir os trabalhos; e
- IV. Responsabilizar-se pela entrega tempestiva dos produtos demandados pela CQSP.

CAPÍTULO XII

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 44º Este regulamento poderá ser modificado no todo ou em parte, por proposta dos membros da comissão, mediante aprovação em reunião convocada para esta finalidade.

Art. 45º Os casos omissos serão resolvidos pelo núcleo em reunião para isto convocada com a presença do Superintendente.

Art. 46º O presente Regulamento entra em vigor na data de sua aprovação e publicação.

a.9) Comissão Interna De Prevenção De Acidentes - CIPA

a.9.1) Proposta de Constituição

O IEC irá implantar a CIPA de acordo com Legislação vigente e mais a frente irá demonstrar como pretende implantar a referida comissão.

a.9.2) Composição

A Comissão será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora - NR5, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978, sendo de forma paritária por representantes do empregador, nomeados pela direção, e representantes dos empregadores, eleitos mediante votação

a.9.3) Objetivos

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

a.9.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar 100% das condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências e aplicação efetiva das medidas preconizadas.

a.9.5) frequência das Reuniões

Além das reuniões ordinárias mensais, poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes

a.9.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA



1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DOS PROTOCOLOS
2º Mês	CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS
3º Mês	ELABORAÇÃO/IMPLANTAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
4º Mês	IMPLANTAÇÃO DAS ROTINAS DOS PROCEDIMENTOS
5º Mês	MONITORAMENTO DAS AÇÕES
6º Mês	QUALIFICAÇÃO DAS PRESTAÇÕES DE SERVIÇO AO PÚBLICO INTERNO (SEGURANÇA, RADIOSSEGURANÇA E BIOSSEGURANÇA)
7º Mês	REUNIÕES PERIÓDICAS COM AS EQUIPES
8º Mês	DISSEMINAÇÃO DO CONCEITO DE SEGURANÇA NO TRABALHO
9º Mês	DIFUSÃO DO REGIMENTO INTERNO E PROTOCOLOS DA UNIDADE
10 Mês	DIFUSÃO E FORTELECIMENTO DE AÇÕES DE USO DE EPI
11º Mês	ORGANIZAR CURSOS DE CAPACITAÇÃO
12º Mês	DIFUSÃO DAS ROTINAS DOS PROCEDIMENTOS PADRONIZADOS

a.9.7) Proposta de Regimento Interno

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO, FINALIDADE E CAMPO DE APLICAÇÃO

Art. 1º - O IEC, deverá constituir e manter a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA, conforme preconizado na Norma Regulamentadora - NR5 do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada na Portaria n.º 3214/08 de junho de 1978.

Art. 2º - O presente regimento interno tem por objetivo regulamentar a organização e o funcionamento, bem como agregar as principais regras que deverão disciplinar o desenvolvimento dos trabalhos da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA.

Parágrafo único. Este regulamento obedece fielmente à legislação em vigor, vez que apenas acrescenta dispositivos complementares, permanecendo perfeitamente aplicável o regime trabalhista estabelecido em lei ou, ainda, o que for estabelecido em Acordo ou Convenção Coletiva de Trabalho da respectiva categoria.

O IEC, reger-se-á pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis e pelos dispositivos deste Regimento.

CAPÍTULO 2 - DO OBJETIVO

Art. 3º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

CAPÍTULO 3 - DA ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO

SECÇÃO I

ESTRUTURA

Art. 4º - A Direção da unidade proporcionará o suporte técnico, científico e operacional, com a finalidade de assegurar a estrutura indispensável à eficiência da Comissão.

SECÇÃO II

COMPOSIÇÃO

Art. 5º. A Comissão será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora - NR5, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978, sendo de forma paritária por representantes do empregador, nomeados pela direção, e representantes dos empregadores, eleitos mediante votação.

Art. 6º. Caberá a direção a designação, anualmente, dos representantes da instituição, titulares e suplentes, que irão integrar a comissão, por meio de ato normativo.

§ 1º. O empregador designará dentre os seus representantes, o Presidente da CIPA;

§ 2º. Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo IEC e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

§ 3º. Os representantes dos empregados eleitos, escolherão o Vice-presidente entre os mais votados.

CAPÍTULO 4 - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 7º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Art. 8º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo do artigo 469, da CLT.

Art. 9º - Os membros da CIPA, eleitos e designados serão empossados no primeiro dia útil após o término do mandato anterior.

Art. 10º - Será indicado, de comum acordo com os membros da CIPA, um secretário e seu substituto, entre os componentes ou não da comissão, sendo neste caso necessária a concordância do empregador.

Art. 11º - A documentação referente ao processo eleitoral da CIPA, incluindo as atas de eleição e de posse e o calendário anual das reuniões ordinárias, deve ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 12º - A documentação indicada no Art. 11º deve ser encaminhada ao Sindicato dos Trabalhadores da categoria, quando solicitada.

Art. 13º - O empregador deve fornecer cópias das atas de eleição e posse aos membros titulares e suplentes da CIPA, mediante recibo

Art. 14º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de empregados da empresa, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO 5 - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 15º - A CIPA terá por atribuição:



- I) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores, com assessoria do serviço de Saúde Ocupacional e Segurança do Trabalho - SOST;
- II) Elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;
- III) Participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;
- IV) Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;
- V) Realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;
- VI) Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- VII) Participar, com o SOST, das discussões promovidas pelo hospital, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;
- VIII) Requerer ao SOST, ou ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- IX) Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programas de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programas de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, NR7 e NR9, respectivamente, bem como de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- X) Divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

- XI) Participar, em conjunto com o SOST, ou com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- XII) Requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;
- XIII) Requisitar ao hospital as cópias das Comunicações de Acidente de Trabalho - CAT's emitidas;
- XIV) Promover, anualmente, em conjunto com o SOST, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;
- XV) Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 16º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 17º - Cabe aos empregados:

- I) Participar da eleição de seus representantes;
- II) Colaborar com a gestão da CIPA;
- III) Indicar à CIPA, ao SOST e ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho.;
- IV) Observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 18º - Cabe ao Presidente da CIPA:

- I) Convocar os membros para as reuniões da CIPA;
- II) Coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador e ao SOST as decisões da comissão;
- III) Manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
- IV) Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
- V) Delegar atribuições ao Vice-Presidente.



Art. 19º - Cabe ao Vice-Presidente:

- I) Executar atribuições que lhe forem delegadas;
- II) Substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários.

Art. 20º - O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

- I) Cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
- II) Coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
- III) Delegar atribuições aos membros da CIPA;
- IV) Promover o relacionamento da CIPA com o SOST;
- V) Divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
- VI) Encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA;
- VII) Constituir a comissão eleitoral.

Art. 21º - O Secretário da CIPA terá por atribuição:

- I) Acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
- II) Preparar as correspondências; e
- III) Outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO 6 - DO FUNCIONAMENTO

Art. 22º - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 23º - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado. Como o hospital funciona (24) vinte e quatro horas, o turno das reuniões será decidido, por meio de votação, entre os membros da comissão (indicados e eleitos) que estiverem presentes na data da posse.



Art. 24º - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de (50%) cinquenta por cento mais um, do total de componentes.

Art. 25º – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 26º - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 27º - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 28º - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

- I) Houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
- II) Ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal;
- III) Houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 29º - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 30º - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 31º - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de (04) quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 32º - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 33º - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em (02) dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 34º - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em (02) dois dias úteis.

Art. 35º - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 36º - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 37º - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de (30) trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO 7 - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 38º Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 39º A empresa estabelecerá mecanismos para comunicar o início do processo eleitoral ao sindicato da categoria profissional.

Art. 40º O Presidente e o Vice-Presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 41º Nos estabelecimentos onde não houver CIPA, a Comissão Eleitoral será constituída pela empresa.

O processo eleitoral observará as seguintes condições:



- a. Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 45 (quarenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- b. Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- c. Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- d. Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- e. Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- f. Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
- g. Voto secreto;
- h. Apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
- i. Faculdade de eleição por meios eletrônicos;
- j. Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 42º Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 43º As denúncias sobre o processo eleitoral deverão ser protocolizadas na unidade descentralizada do MTE, até trinta dias após a data da posse dos novos membros da CIPA.

Art. 44º Compete a unidade descentralizada do Ministério do Trabalho e Emprego, confirmadas irregularidades no processo eleitoral, determinar a sua correção ou proceder a anulação quando for o caso.

Art. 45º Em caso de anulação a empresa convocará nova eleição no prazo de cinco dias, a contar da data de ciência, garantidas as inscrições anteriores.



Art. 46º Quando a anulação se der antes da posse dos membros da CIPA, ficará assegurada a prorrogação do mandato anterior, quando houver, até a complementação do processo eleitoral.

Art. 47º Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 48º Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 49º Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

SECÇÃO I

SISTEMA DE COMUNICAÇÃO

A comunicação, interna e/ou externamente, deverá ocorrer junto a superintendência de acordo como o que segue:

- I) Calendário de reuniões: Instrumento de comunicação interno-externa utilizado para informar as datas de todas as reuniões ordinárias, tendo como responsável, o secretário da comissão;
- II) Ata: Instrumento em que será registrada a exposição sucinta dos trabalhos, conclusões, deliberações e resoluções das reuniões;
- III) Memorando: Correspondência interna destinada a tratar de assuntos de interesse da comissão (técnicos, administrativos ou financeiros), podendo ser utilizada entre as áreas ou serviços da instituição;
- IV) Memorando circular: Instrumento que contém avisos e/ou determinações da comissão, destinado a todo o serviço ou algumas áreas ou serviço;
- V) Justificativa de ausência em reuniões ordinárias:
 - a) Documento padrão aprovado pela Comissão destinado ao controle e registro das ausências.



- b) Fica instituído que o prazo para justificativa de faltas será de 24 horas de antecedência a data da reunião.
- c) Em casos excepcionais motivados na data pré-determinada, deverão ser justificados no primeiro dia útil após a reunião em formulário próprio e específico.

Art. 50º - A comunicação verbal utilizada interna e externamente pode ocorrer através de reuniões Gerenciais e técnicas, ordinárias e/ou extraordinárias, com a finalidade de elaborar, implementar, acompanhar e avaliar as ações propostas.

SECÇÃO II

DO MANDATO

Art. 51º. O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano

SECÇÃO III

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 52º. Os casos omissos e as dúvidas, surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirigidos pelo Presidente da Comissão em conjunto com a direção.

Art. 53º. O presente regimento poderá ser alterado, mediante proposta da Comissão, através da maioria absoluta dos seus membros, submetida ao Diretor da instituição.

Art. 54º. Este Regulamento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

a.10. Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral

a.1) Proposta de Constituição

A Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral será constituída para garantir que a nutrição enteral e parenteral seja administrada de forma adequada e segura, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, promovendo a segurança alimentar e nutricional dos pacientes. O papel da comissão será assegurar que todos os aspectos da administração de nutrição enteral e parenteral, incluindo seleção, preparação, administração, monitoramento e documentação, estejam alinhados às boas práticas, normas legais e protocolos clínicos.

a.2) Composição

A comissão será composta por:



- **2 Nutricionistas Clínicos:** Responsáveis por elaborar e revisar as dietas enterais e parenterais, garantindo a personalização conforme a necessidade de cada paciente.
- **1 Médico Intensivista:** Supervisão e adequação das prescrições nutricionais em pacientes críticos.
- **1 Enfermeiro Especializado:** Responsável pela coordenação da administração das terapias nutricionais, cuidando dos processos de higiene e segurança alimentar.
- **1 Farmacêutico:** Responsável pela preparação segura e correta dos suplementos nutricionais, conforme normas técnicas de manipulação.

a.3) Objetivos

- Assegurar a correta prescrição, preparo, armazenamento e administração da nutrição enteral e parenteral;
- Garantir a implementação dos protocolos de segurança nutricional;
- Reduzir riscos relacionados à administração de nutrição enteral e parenteral, minimizando erros nutricionais;
- Promover a capacitação contínua da equipe envolvida na administração nutricional;
- Realizar auditorias regulares para garantir o cumprimento das diretrizes vigentes.

a.4) Metas

- Realizar auditorias trimestrais em 100% dos casos de nutrição enteral e parenteral;
- Reduzir em 15% os incidentes relacionados à administração de nutrição enteral e parenteral no prazo de 12 meses;
- Implementar novos protocolos de segurança nutricional em 100% das unidades até o 6º mês de atuação.

a.5) Frequência das Reuniões

Reuniões mensais para discussão dos casos críticos e revisão das práticas nutricionais. Reuniões extraordinárias serão convocadas em caso de incidentes graves ou urgentes.

a.6) Cronograma das Reuniões

1º Mês: Nomeação dos membros da comissão e definição de protocolos operacionais; 2º Mês: Treinamento da equipe sobre novos protocolos de administração; 3º Mês: Avaliação de casos críticos e análise de auditorias nutricionais; 4º Mês: Revisão do impacto das capacitações realizadas; 5º Mês: Integração com a Comissão de Farmácia e Terapia para a revisão de procedimentos medicamentosos; 6º Mês: Avaliação dos indicadores de



segurança alimentar; 7º Mês: Análise dos incidentes ocorridos e redefinição de metas; 8º Mês: Elaboração de relatório semestral de atividades; 9º Mês: Reavaliação dos protocolos de higienização; 10º Mês: Discussão de inovações tecnológicas em nutrição enteral e parenteral; 11º Mês: Análise de relatórios de melhorias e implementação de novas práticas; 12º Mês: Elaboração do relatório anual e proposta de atualização dos protocolos.

a.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

Comissão de Nutrição Enteral e Parenteral (CNEP).

II.

FINALIDADE:

Garantir que os procedimentos de nutrição enteral e parenteral sejam realizados com segurança, eficácia e conforme as melhores práticas. A comissão visa garantir a administração adequada e segura das soluções nutricionais em pacientes, além de promover a capacitação da equipe e a atualização contínua dos protocolos.

III.

COMPOSIÇÃO:

A composição mínima da comissão será de dois nutricionistas, um médico intensivista, um enfermeiro especializado e um farmacêutico. Poderão ser incluídos outros profissionais conforme a necessidade e especificidade das atividades.

IV.

MANDATO:

Os membros da comissão terão mandato de 12 meses, podendo ser renovado conforme critério da diretoria técnica. A substituição dos membros poderá ocorrer em casos de impedimentos, renúncia ou não cumprimento das atribuições.

V.

SEDE:

A comissão terá sede no espaço de reuniões da Nutrição Clínica, dotada de infraestrutura adequada para reuniões e consultas.

VI.

FUNCIONAMENTO

E

ORGANIZAÇÃO:

As reuniões serão realizadas mensalmente, com registro em ata de todas as deliberações e decisões. As ausências não justificadas em mais de três reuniões consecutivas resultarão na exclusão automática do membro. A comissão também poderá convocar reuniões extraordinárias sempre que houver situações emergenciais ou discussões relevantes.

VII. ATRIBUIÇÕES:

- Revisar e atualizar periodicamente os protocolos de nutrição enteral e parenteral;
- Realizar auditorias nos procedimentos de nutrição;
- Garantir a capacitação contínua da equipe assistencial;
- Emitir pareceres técnicos sobre a adequação das dietas;

- Assegurar que todas as prescrições nutricionais estejam adequadamente registradas e arquivadas;
- Promover a integração entre a comissão e outros setores, como a farmácia e terapia intensiva.

a.11) Comissão de Farmácia e Terapia

a.1) Proposta de Constituição

A Comissão de Farmácia e Terapia será responsável por supervisionar o uso racional e seguro dos medicamentos e terapias prescritas aos pacientes. A comissão promoverá o uso criterioso e eficiente de fármacos, assegurando a compatibilidade entre tratamentos e prevenindo erros de medicação. Seu trabalho será embasado nas normas regulamentadoras vigentes e nas diretrizes clínicas de terapia medicamentosa.

a.2) Composição

- **2 Farmacêuticos Clínicos:** Responsáveis pela revisão e análise do uso racional dos medicamentos.
- **1 Médico Clínico Geral:** Supervisão dos protocolos terapêuticos.
- **1 Enfermeiro Supervisor:** Coordenação do controle de administração de medicamentos e monitoramento de reações adversas.
- **1 Representante Administrativo:** Apoio logístico e acompanhamento de indicadores.

a.3) Objetivos

- Monitorar o uso racional e seguro dos medicamentos;
- Prevenir e controlar eventos adversos relacionados ao uso de fármacos;
- Padronizar a terapêutica medicamentosa conforme melhores práticas e evidências científicas;
- Avaliar e reduzir as interações medicamentosas e os eventos adversos.

a.4) Metas

- Reduzir em 20% os incidentes relacionados a interações medicamentosas dentro de 6 meses;
- Revisar trimestralmente os protocolos de terapia medicamentosa em todas as unidades assistenciais;
- Implementar um sistema de controle de erros de medicação em 100% das unidades até o final do primeiro ano.

a.5) Frequência das Reuniões



As reuniões serão realizadas mensalmente, com convocação de reuniões extraordinárias conforme necessário, especialmente para a análise de casos de reações adversas graves ou erros de medicação.

a.6) Cronograma das Reuniões

1º Mês: Nomeação dos membros e definição dos protocolos operacionais; 2º Mês: Revisão dos medicamentos de alta vigilância e implementação de práticas seguras; 3º Mês: Avaliação de interações medicamentosas reportadas; 4º Mês: Discussão de incidentes críticos e relatórios de erros de medicação; 5º Mês: Integração com a Comissão de Nutrição para avaliar a compatibilidade medicamentosa com a nutrição enteral/parenteral; 6º Mês: Elaboração do relatório semestral de desempenho e ajustes necessários; 7º Mês: Reavaliação de medicamentos de uso contínuo em pacientes crônicos; 8º Mês: Discussão sobre novos medicamentos introduzidos no mercado e sua aplicação clínica; 9º Mês: Avaliação das capacitações realizadas com a equipe de enfermagem sobre administração segura; 10º Mês: Revisão dos registros e conformidade dos prontuários médicos; 11º Mês: Elaboração de relatório sobre incidentes relacionados a erros de medicação; 12º Mês: Proposta de atualização dos protocolos e metas para o próximo período.

a.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

Comissão de Farmácia e Terapia (CFT).

II. FINALIDADE:

Garantir o uso seguro, racional e eficaz dos medicamentos e terapias prescritas na instituição, prevenindo eventos adversos e promovendo a segurança dos pacientes.

III. COMPOSIÇÃO:

A comissão será composta por dois farmacêuticos clínicos, um médico clínico geral, um enfermeiro supervisor e um representante administrativo, podendo ser ampliada conforme a necessidade.

III. MANDATO:

O mandato dos membros será de 12 meses, podendo ser renovado. A substituição dos membros poderá ocorrer em caso de impedimento ou não cumprimento das atribuições.

V. SEDE:

A comissão terá sede na sala de reuniões da farmácia, com infraestrutura adequada para consultas e deliberações.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Reuniões mensais serão realizadas com registro em ata e encaminhamento de relatórios à diretoria técnica. As decisões serão tomadas por maioria simples, e a ausência injustificada em três reuniões consecutivas resultará na exclusão do membro.

VII. ATRIBUIÇÕES:

- Revisar e atualizar protocolos de terapia medicamentosa;
- Monitorar eventos adversos relacionados a medicamentos;
- Capacitar continuamente a equipe sobre o uso seguro de fármacos;
- Integrar a atuação com outros setores, como nutrição e UTI, para garantir a compatibilidade medicamentosa;
- Realizar auditorias periódicas nos prontuários médicos para verificar a conformidade dos registros de medicação.

a.12) Comissão de Educação Permanente

a.1) Proposta de Constituição

A Comissão de Educação Permanente tem como finalidade promover a capacitação contínua dos profissionais de saúde da instituição, garantindo que as práticas estejam sempre alinhadas às mais recentes evidências científicas e legislações vigentes. A comissão terá o papel de organizar e monitorar atividades de formação, reciclagem e atualização, voltadas à melhoria da qualidade do atendimento e à segurança do paciente, fortalecendo a cultura de aprendizagem e desenvolvimento constante.

a.2) Composição

A comissão será composta por:

- **1 Coordenador de Educação Permanente:** Responsável por liderar as iniciativas e promover a integração com os outros setores.
- **2 Enfermeiros Educadores:** Responsáveis por planejar e implementar programas de capacitação para as equipes de enfermagem e assistenciais.
- **1 Médico Representante do Corpo Clínico:** Responsável por garantir a atualização médica e a aplicação das melhores práticas clínicas.
- **1 Representante Administrativo:** Encarregado de coordenar a logística dos programas de capacitação e monitorar os indicadores de desempenho.

a.3) Objetivos

- Promover a capacitação contínua de todos os profissionais da instituição, incluindo áreas técnicas e administrativas;
- Organizar programas de formação baseados nas necessidades identificadas pelos setores assistenciais e pelos indicadores de desempenho da instituição;



- Fomentar a atualização constante da equipe multiprofissional, com foco na melhoria da qualidade do atendimento;
- Incentivar a adesão à educação continuada, facilitando o acesso a cursos, treinamentos e eventos científicos.

a.4) Metas

- Capacitar 100% da equipe assistencial em protocolos de segurança do paciente até o final do primeiro semestre;
- Implementar um programa de reciclagem anual para todas as áreas da instituição;
- Aumentar a adesão aos programas de educação permanente em 25% no prazo de 12 meses;
- Realizar avaliações de impacto dos programas de educação, com taxa de satisfação mínima de 85%.

a.5) Frequência das Reuniões

As reuniões ordinárias da comissão serão realizadas mensalmente, com convocação de reuniões extraordinárias sempre que necessário, para planejamento de atividades ou análise de indicadores de desempenho.

a.6) Cronograma das Reuniões

1º Mês: Nomeação dos membros e elaboração do plano anual de capacitação; 2º Mês: Identificação das principais necessidades de formação e definição de metas de capacitação; 3º Mês: Início dos programas de capacitação para a equipe assistencial; 4º Mês: Análise de adesão aos programas e ajustes conforme feedback; 5º Mês: Revisão de protocolos assistenciais e novos treinamentos para atualização; 6º Mês: Avaliação semestral dos resultados dos programas de capacitação; 7º Mês: Definição de novos cursos e treinamentos de reciclagem; 8º Mês: Discussão sobre novos temas e demandas do corpo clínico; 9º Mês: Avaliação de impacto das capacitações realizadas e elaboração de relatórios; 10º Mês: Planejamento para participação em eventos externos e workshops; 11º Mês: Reavaliação dos indicadores de desempenho e satisfação dos participantes; 12º Mês: Elaboração do relatório anual com avaliação completa dos programas de educação permanente.

a.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME:

Comissão de Educação Permanente (CEP).

II. FINALIDADE:

A comissão tem como objetivo garantir a educação contínua e permanente de todos os profissionais da instituição, promovendo o desenvolvimento das competências

necessárias para um atendimento de alta qualidade, conforme as exigências legais e as diretrizes das melhores práticas de assistência.

III. **COMPOSIÇÃO:**

A comissão será composta por um coordenador de educação permanente, dois enfermeiros educadores, um representante do corpo clínico e um representante administrativo. Poderão ser incluídos outros membros de acordo com a necessidade.

IV. **MANDATO:**

O mandato será de 12 meses, podendo ser renovado. A substituição dos membros será permitida conforme necessidade, e a ausência injustificada em três reuniões consecutivas resultará na exclusão automática do membro.

V. **SEDE:**

A comissão terá sede na área de treinamento da instituição, dotada de toda a infraestrutura necessária para as atividades de capacitação e reuniões.

VI. **FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:**

As reuniões ocorrerão mensalmente, e as decisões serão registradas em ata, com a assinatura dos membros presentes. As decisões serão tomadas por maioria simples, e relatórios serão emitidos periodicamente para a diretoria.

VII. **ATRIBUIÇÕES:**

- Organizar e implementar programas de capacitação, treinamentos e reciclagens para todos os profissionais da instituição;
- Garantir a participação efetiva dos profissionais nas atividades de educação permanente;
- Monitorar os indicadores de desempenho relacionados à capacitação e sua influência na qualidade do atendimento;
- Revisar e atualizar periodicamente o conteúdo dos programas de educação conforme as necessidades identificadas;
- Integrar a educação permanente com as demais comissões, garantindo que todos os setores estejam alinhados com os objetivos institucionais de melhoria contínua.

VIII. **DISPOSIÇÕES GERAIS:**

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da CEP em conjunto com a diretoria da instituição. O regimento poderá ser revisado periodicamente, conforme novas legislações e diretrizes. O regimento entrará em vigor após a sua aprovação formal e designação dos membros.

a.11) Comissão De Vigilância Epidemiológica

a.11.1) Proposta de constituição

O IEC implantará a comissão de Vigilância Epidemiológica na unidade em questão.

a.11.2) Composição

Minimamente composto por: Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica); Serviço de enfermagem; Serviço de farmácia; Serviço de laboratório/microbiologia

a.11.3) Objetivos

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

a.11.4) Metas

Fiscalizar, orientar, investigar as condutas realizadas na unidade e contribuir de forma efetiva na diminuição de intercorrências.

a.11.5) Frequência das Reuniões

A comissão deverá se reunir mensalmente e sempre que necessário.

a.11.6) Cronograma das Reuniões

COMISSÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA	
1º Mês	NOMEAÇÃO DOS MEMBROS DA COMISSÃO/IMPLANTAÇÃO DE ROTINAS DE PROCEDIMENTOS
2º Mês	IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLOS
3º Mês	MONITORAMENTOS DAS AÇÕES
4º Mês	NOMEAÇÃO DE MEMBROS
5º Mês	DISSEMINAÇÃO DO REGIMENTO INTERNO
6º Mês	MONITORAR O CRONOGRAMA DE CAPACITAÇÃO

7º Mês	DIVULGAÇÃO DE TEMAS RELACIONADOS A VIGILÂNCIA SANITÁRIA
8º Mês	ESTABELECEER NORMAS PARA SINDICÂNCIA
9º Mês	CAPACITAÇÃO DE TODA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
10 Mês	VERIFICAR POSSÍVEIS SUGESTÕES PARA MODIFICAÇÃO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR
11º Mês	VERIFICAR E ATUALIZAR NORMAS E ROTINAS
12º Mês	VERIFICAR SE O CORPO TÉCNICO ESTÁ ATENDENDO AS LEGISLAÇÕES VIGENTES

a.11.7) Proposta de Regimento Interno

I. NOME: COMISSÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

II. DEFINIÇÃO E FINALIDADE:

Pertence à Unidade de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, é responsável pelo planejamento e execução das ações de epidemiologia hospitalar, incluindo a vigilância epidemiológica das doenças de notificação compulsória /ou outros agravos de interesse para a saúde pública.

A vigilância epidemiológica tem como propósito fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde sobre doenças/agravos, fatores que a condicionam e medidas de controle. Além de constituir importante instrumento para subsidiar o planejamento, a organização, a operacionalização e a normatização de atividades técnicas correlatas no âmbito hospitalar.

A operacionalização da vigilância epidemiológica compreende um ciclo de funções específicas e Inter complementares, desenvolvidas de modo contínuo, permitindo conhecer o comportamento das doenças e agravos como alvo das ações, para que as medidas de intervenção pertinentes possam ser desencadeadas com oportunidade e eficácia.

III. COMPOSIÇÃO:

A composição se faz com membros com formação universitária.

Os membros consultores deverão ser representantes no mínimo dos seguintes serviços:

- Serviços médicos (cada clínica representativa ou que seja área crítica);
- Serviço de enfermagem;
- Serviço de farmácia;
- Serviço de laboratório/ microbiologia.

IV. MANDATO:

O mandato dos membros da Comissão de Vigilância Epidemiológica deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria.

O presidente da comissão, assim como todos os membros, será nomeado pelo Diretor.

Os cargos de vice-presidente e secretário poderão ser definidos pela comissão.

V. SEDE:

A sede da comissão será uma sala a ser disponibilizada com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento, disponibilizando acesso a computador.

VI. FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:

Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme necessidade de cada unidade, com data, local e horário, previamente definidos e informados, sendo no mínimo realizadas reuniões mensais.

A ausência de um membro em três reuniões consecutivas sem justificativa ou ainda seis reuniões não consecutivas sem justificativa durante 12 meses gera sua exclusão automática.

A reunião só acontecerá se houver *quórum* de pelo menos 50% de presença dos membros consultores (ou mínimo 2 participantes).

Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seus critérios, poderão realizar a reunião, desde que observado o parágrafo anterior.

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

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

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

Os assuntos tratados pela comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Além das reuniões ordinárias poderão ser realizadas reuniões extraordinárias para tratar de assuntos que exijam discussões emergentes ou urgentes, podendo ser convocadas pelo Diretor Geral, pelo Diretor Clínico, pelo Presidente ou Vice-Presidente.

O envio de informações e indicadores operacionais deverá ser mensal direcionada a Direção.

VII. DISPOSIÇÕES GERAIS:

Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros executores e consultores da Comissão de Ética de Enfermagem, em conjunto com o presidente da mesma e o diretor técnico da instituição.

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



ITEM 3 - COMPROVAÇÃO DA EXPERIÊNCIA E CAPACIDADE GERENCIAL

a) Atestados de capacidade técnica que certifique a experiência gerencia hospitalar.

A documentação comprobatória se encontra no Anexo A – Página 700

b) Atestados de capacidade técnica que certifique a experiência na Gestão de unidade de Saúde.

A documentação comprobatória se encontra no Anexo A – Página 700

c) Comprovação que a entidade possui no seu quadro funcional, Responsável Técnico Médico.

A documentação comprobatória se encontra no Anexo A – Página 783

d) Comprovação que a entidade possui no seu quadro funcional, Responsável Técnico Administrador.

A documentação comprobatória se encontra no Anexo A – Página 819

e) CEBAS.

Não possuímos CEBAS.

ITEM 4 - PROPOSTA ECONÔMICA

a) Recursos humanos

PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS (CLT)							
INSTITUTO ELISA DE CASTRO							
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO - UPA TAMPOIOS							
CATEGORIA PROFISSIONAL	CH / SEMANA	Quantidade de Profissionais	Salário Base	Insalubridade	Adicional Noturno	Gratificação	Salário Total
Gerente Operacional / Enfermeiro (RT)	40	1	R\$ 8.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ 2.000,00	R\$ 10.282,40
Gerente Administrativo	40	1	R\$ 8.000,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 8.282,40
Técnico de Enfermagem - Plantonista	30	70	R\$ 2.267,05	R\$ 282,40	R\$ 247,31	R\$ -	R\$ 195.772,88
Auxiliar de Almoxarifado	40	4	R\$ 1.600,00	R\$ 282,40	R\$ 174,55	R\$ -	R\$ 8.227,80
Controlador de Acesso	40	24	R\$ 1.600,00	R\$ 282,40	R\$ 174,55	R\$ -	R\$ 49.366,80
Recepcionista	40	8	R\$ 1.589,00	R\$ 282,40	R\$ 173,35	R\$ -	R\$ 16.358,00
Técnico de Laboratório **							
Agente de Serviços Gerais **							
Auxiliar Administrativo (Apoio)	40	4	R\$ 1.589,00	R\$ 282,40	R\$ 138,68	R\$ -	R\$ 8.040,32
Auxiliar Administrativo (Apoio - Diarista)	40	7	R\$ 1.589,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 13.099,80
Maquieiro	40	20	R\$ 1.589,00	R\$ 282,40	R\$ 173,35	R\$ -	R\$ 40.895,00
Motorista	30	2	R\$ 1.939,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.442,80
Analista de RH	40	1	R\$ 3.500,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.782,40
Analista de Compras	40	1	R\$ 3.500,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.782,40
Auxiliar de Rouparia	30	2	R\$ 1.412,00	R\$ 282,40	R\$ -	R\$ -	R\$ 3.388,80
SUBTOTAL		145					R\$ 365.721,80
ENCARGOS E PROVISIONAMENTO							
						%	VALOR
INSS - Empresa						20,0000%	R\$ 73.144,36
INSS - Terceiros + FAP						5,8000%	R\$ 21.211,86
SAT						2,0000%	R\$ 7.314,44
PIS						1,0000%	R\$ 3.657,22
FGTS						8,0000%	R\$ 29.257,74
13º SAL						8,3300%	R\$ 30.464,63
Abono de Férias						2,7800%	R\$ 10.167,07
Férias proporcionais acumuladas em caso de demissão coletiva						1,6667%	R\$ 6.095,36
Férias integrais com reposição de quadro						0,2700%	R\$ 987,45
Aviso Prévio indenizado						0,4200%	R\$ 1.536,03
Aviso Prévio (dias extras legais)						0,8333%	R\$ 3.047,68
13º salário (Lei nº 12.506/11)						0,1390%	R\$ 508,35
Férias e Abono Constitucional sobre Lei nº 12.506/11						0,1850%	R\$ 676,59
Multa/FGTS						4,0000%	R\$ 14.628,87
Encargos Patronais						1,2919%	R\$ 4.724,61
Outros Encargos & Provisionamento (REPOSIÇÃO PROFISSIONAL)						0,0000%	R\$ -
Total Provisões						19,9159%	R\$ 72.836,64
Total Encargos						36,8000%	R\$ 134.585,62
SUBTOTAL (Encargos + Provisões)						56,7159%	R\$ 207.422,27
BENEFÍCIOS							
TIPO DE BENEFÍCIO	QT. DIAS ÚTEIS	VLR. DIÁRIO P/ COLABORADOR	SUB TOTAL				
VALE TRANSPORTE	22	R\$ 9,50	R\$ 21.213,50				
SUBTOTAL			R\$ 21.213,50				
TOTAL GERAL (SALARIOS + ENCARGOS + PROVISÃO + BENEFÍCIOS)							R\$ 594.357,57
** Serviços foram terceirizados e estão alocados na planilha de custeio							



PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS - PESSOA JURÍDICA (PJ)					
INSTITUTO ELISA DE CASTRO					
PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO - UPA TAMPOIOS					
CATEGORIA PROFISSIONAL	CH / SEMANA	Quantidade de Profissionais	Salário Base	Custo Por Profissional	Custo Total
Diretor Médico	40	1	R\$ 25.000,00	R\$ 33.575,07	R\$ 33.575,07
Coordenador Médico - Clínica Médica	40	1	R\$ 20.000,00	R\$ 26.860,06	R\$ 26.860,06
Coordenador Médico - Pediatria	40	1	R\$ 20.000,00	R\$ 26.860,06	R\$ 26.860,06
Médico Clínico Geral - Segunda a Sexta-feira	24	25	R\$ 10.800,00	R\$ 14.504,43	R\$ 362.610,80
Médico Clínico Geral - Sábado e Domingo	24	10	R\$ 12.000,00	R\$ 16.116,04	R\$ 161.160,35
Médico Pediatra - Segunda a Sexta-feira	24	10	R\$ 10.800,00	R\$ 14.504,43	R\$ 145.044,32
Médico Pediatra - Sábado e Domingo	24	4	R\$ 12.000,00	R\$ 16.116,04	R\$ 64.464,14
Médico Rotina	20	3	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 40.290,09
Médico Ultrassonografista	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Radiologia / Diagnóstico por imagem (laudo)	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Cardiologista (Para Laudos de ECG e ECO)	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Médico - Comissão de Ética Médica	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Médico - Comissão de Óbito	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Médico - Comissão de Prontuário	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Médico - Comissão de Segurança do Paciente	20	1	R\$ 10.000,00	R\$ 13.430,03	R\$ 13.430,03
Enfermeiro Assistencial	30	30	R\$ 5.300,00	R\$ 6.931,73	R\$ 207.951,87
Assistente Social	30	6	R\$ 4.750,00	R\$ 6.212,40	R\$ 37.274,39
Farmacêutico	30	6	R\$ 4.750,00	R\$ 6.212,40	R\$ 37.274,39
Fisioterapeuta	30	6	R\$ 4.750,00	R\$ 6.212,40	R\$ 37.274,39
TOTAL GERAL (PRESTAÇÃO DE SERVIÇO ASSISTÊNCIAL EM FORMATO PJ)					R\$ 1.274.650,15

b) Planilha Financeira

PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 16288/2024

SELEÇÃO PÚBLICA Nº: 005/SEMUSA/2024

OBJETO: SELEÇÃO DE ENTIDADE DE DIREITO PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS, QUALIFICADA COMO ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE NA ÁREA DA SAÚDE, NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE CABO FRIO, PARA GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA UNIDADE MUNICIPAL DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA II 24H TAMOIOS CONFORME ESPECIFICAÇÕES, QUANTITATIVOS, REGULAMENTAÇÃO DO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO E ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE E DEMAIS OBRIGAÇÕES DISPOSTAS NO TERMO DE REFERÊNCIA.

ORGANIZAÇÃO SOCIAL: INSTITUTO ELISA DE CASTRO

CNPJ: 05.624.609/0001-55

INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO

ENDEREÇO: Av. Embaixador Aberlado Bueno, 3180 / Sala 701 a 710 - Barra da Tijuca, RJ.

TELEFONE: (24) 99857-3332

BANCO/AGÊNCIA: Itaú - 9144

CONTA BANCÁRIA Nº: 00993566

SITE/E-MAIL: www.institutoelisadecastro.org / elisacastroinstituto@gmail.com

PREÇO GLOBAL PROPOSTO
R\$ 31.293.692,56 (Trinta e um milhões, duzentos e noventa e três mil, seiscentos e noventa e dois Reais e cinquenta e seis centavos)

Cotamos para o objeto em seleção o valor **R\$ 31.293.692,56** (Trinta e um milhões, duzentos e noventa e três mil, seiscentos e noventa e dois Reais e cinquenta e seis centavos), e obedecemos rigorosamente às condições estipuladas constantes do presente Edital de Seleção.

VALIDADE DA PROPOSTA: 90 (NOVENTA) DIAS

Local e data: Rio de Janeiro, 27 de setembro de 2024.

[assinado digitalmente]

José Antônio Guimarães Cunha

CPF: 032.820.967-80

Presidente

INSTITUTO ELISA DE CASTRO - CNPJ: 05.624.609/0001-55

Av. Embaixador Aberlado Bueno, 3180 / Sala 701 a 710 - Barra da Tijuca, RJ CEP: 22775.040

666



	MÊS01	MÊS02	MÊS03	MÊS04	MÊS05	MÊS06
(A) PESSOAL						
Salários	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80
Outras Formas de Contratação	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15
Encargos	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24
Provisionamento (Férias e 13º salário)	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50
Provisionamento (Rescisões)	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52
Benefícios	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50
Projeção de Dissídio e Afastamento	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Outras (especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (A)	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71
(B) MATERIAIS E MEDICAMENTOS						
Medicamentos	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00
Material de Consumo	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
Outras (especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (B)	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00
(C) ÁREAS DE APOIO						
Água e Esgoto	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Energia Elétrica	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00
Alimentação (pacientes e funcionários)	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00
Coleta de Resíduos hospitalares	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Esterilização	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Exames Laboratoriais e de Imagem	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00
Lavanderia e Rouparia	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00
Limpeza e Higienização	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00
Manutenção Predial (preventiva e corretiva)	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00
Engenharia Clínica	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Segurança Patrimonial / Vigilância	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
Seguros	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
Transporte de apoio à Gestão e monitoramento do contrato	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Transporte - Ambulância Avançada (2)	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00
Uniformes e Identificação	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Dedetização e Limpeza de Caixa D'água	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
Manutenção de Equipamentos de climatização	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00
Gases Medicinais	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
Internet e Telefonia	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Outras - Prontuário Eletrônico	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00
TOTAL (C)	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00
(D) GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS						
Assessoria Jurídica	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Auditoria contábil, fiscal e financeira	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00
Contabilidade	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Educação continuada e permanente	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
Material de Escritório	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
Tecnologia da Informação	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Software de gestão de pessoas	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
Saúde ocupacional	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00
Vigilância Interna e CFTV	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Biometria	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00
Custos Bancários	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
Outas (especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Rateio Administrativo (3%)	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00
TOTAL (D)	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00
TOTAL DE CUSTEIO (A+B+C+D) = E	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71
Outros (Especificar)						
TOTAL (F)						
TOTAL GERAL DO CONTRATO DE GESTÃO = (E)+(F)	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71



	MÊS 07	MÊS 08	MÊS 09	MÊS 10	MÊS 11	MÊS 12
(A) PESSOAL						
Salários	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80	R\$ 365.721,80
Outras Formas de Contratação	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15	R\$ 1.274.650,15
Encargos	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24	R\$ 139.310,24
Provisionamento (Férias e 13º salário)	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50	R\$ 47.714,50
Provisionamento (Rescisões)	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52	R\$ 20.397,52
Benefícios	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50	R\$ 21.213,50
Projeção de Dissídio e Afastamento	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Outras (especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (A)	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71	R\$ 1.869.007,71
(B) MATERIAIS E MEDICAMENTOS						
Medicamentos	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00
Material de Consumo	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00	R\$ 45.000,00
Outras (especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL (B)	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00	R\$ 115.000,00
(C) ÁREAS DE APOIO						
Água e Esgoto	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Energia Elétrica	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00
Alimentação (pacientes e funcionários)	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00
Coleta de Resíduos hospitalares	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Esterilização	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 3.000,00
Exames Laboratoriais e de Imagem	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00	R\$ 110.000,00
Lavanderia e Rouparia	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00	R\$ 14.000,00
Limpeza e Higienização	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00	R\$ 68.000,00
Manutenção Predial (preventiva e corretiva)	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00	R\$ 28.000,00
Engenharia Clínica	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 20.000,00
Segurança Patrimonial / Vigilância	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
Seguros	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
Transporte de apoio à Gestão e monitoramento do contrato	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Transporte - Ambulância Avançada (2)	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00	R\$ 76.000,00
Uniformes e Identificação	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Dedetização e Limpeza de Caixa D'água	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
Manutenção de Equipamentos de climatização	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00	R\$ 13.000,00
Gases Medicinais	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00	R\$ 18.000,00
Internet e Telefonia	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Outras - Prontuário Eletrônico	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00	R\$ 7.000,00
TOTAL (C)	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00	R\$ 499.500,00
(D) GERENCIAIS E ADMINISTRATIVAS						
Assessoria Jurídica	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Auditoria contábil, fiscal e financeira	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00
Contabilidade	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00	R\$ 10.000,00
Educação continuada e permanente	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00	R\$ 12.000,00
Material de Escritório	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00	R\$ 5.000,00
Tecnologia da Informação	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 4.000,00
Software de gestão de pessoas	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 2.500,00
Saúde ocupacional	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00	R\$ 3.500,00
Vigilância Interna e CFTV	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 2.000,00
Biometria	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00
Custos Bancários	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00	R\$ 1.000,00
Outas (especificar)	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Rateio Administrativo (3%)	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00	R\$ 70.000,00
TOTAL (D)	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00	R\$ 124.300,00
TOTAL DE CUSTEIO (A+B+C+D) = E	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71
Outros (Especificar)						
TOTAL (F)						
TOTAL GERAL DO CONTRATO DE GESTÃO = (E)+(F)	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71	R\$ 2.607.807,71

PROTOCOLO DE ASSINATURA(S)

O documento acima foi proposto para assinatura digital na plataforma Certisign Assinaturas. Para verificar as assinaturas clique no link: <https://assinaturas.certisign.com.br/Verificar/79B0-6D89-3524-40B0> ou vá até o site <https://assinaturas.certisign.com.br:443> e utilize o código abaixo para verificar se este documento é válido.

Código para verificação: 79B0-6D89-3524-40B0



Hash do Documento

28734850EF1D23C2E7D85754DCDC239D318A39BDE217E2BC3E4ED88CEED652DD

O(s) nome(s) indicado(s) para assinatura, bem como seu(s) status em 27/09/2024 é(são) :

☒ José Antônio Guimarães Cunha - 032.820.967-80 em 27/09/2024 11:26 UTC-03:00

Tipo: Assinatura Eletrônica

Evidências

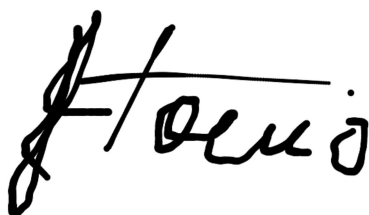
Client Timestamp Fri Sep 27 2024 11:26:53 GMT-0300 (Horário Padrão de Brasília)

Geolocation Latitude: -22.422364232699515 Longitude: -44.30145221852523 Accuracy: 9.67067116099015

IP 177.71.67.210

Identificação: Por email: elisacastroinstituto@gmail.com

Assinatura:



Hash Evidências:

623C69E46ADF2A5C8CB2092B3796C707BB8E1BD2A118095B45E35A310003A62D

