



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX  
COMISSÃO PERMANENTE DE LICITAÇÃO

**DISPENSA EMERGENCIAL  
Nº 037/2023 – FMS-PMBEX**

**PROPOSTA TÉCNICA:  
INSTITUTO NACIONAL DE  
GESTÃO DE SAÚDE, CNPJ:  
03.028.642/0001-97**



## TERMO DE CREDENCIAMENTO

A Organização Social INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE, com sede na Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Conjunto 72, Bairro Vila Clementino, São Paulo, SP, CEP 04038-040, CNPJ Nº 03.028.642/0001-97, representada por seu Presidente Sr. Luiz Cristiano dos Santos Dantas, CREDENCIA o Sr. FÁBIO ROBERTO TURNES, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/SP sob o nº 271.330, e do CPF 848.798.749-49, domiciliado e residente na Rua Tianguá nº 97, apto 124, Vila Mascote, São Paulo (SP) para representá-la perante o Município de BAYEUX/PB no processo de Chamamento Público do Programa de Gestão Pactuada de Saúde, podendo praticar todos os atos inerentes ao certame, inclusive interpor e desistir de recursos em todas as fases do processo.

São Paulo (SP), 17 de dezembro de 2023.

Documento assinado digitalmente  
**LUIZ CRISTIANO DOS SANTOS DANTAS**  
Data: 17/12/2023 21:11:25 -0500  
Verifique em <https://validar.br.gov.br>

**INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE**  
CNPJ: 03.028.642/0001-97  
Luiz Cristiano dos Santos Dantas - Presidente



## PROCURAÇÃO

INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE, organização social inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.028.642/0001-97, com sede na Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Conjunto 72, Bairro Vila Clementino, São Paulo, CEP 04038-040, neste ato representada pelo seu representante legal, LUIZ CRISTIANO DOS SANTOS DANTAS, brasileiro, casado, empresário, portador do RG nº 3.220.937-9 e inscrito no CPF/MF nº 315.003.688-73, nomeia e constitui seu bastante procurador Sr. FÁBIO ROBERTO TURNES, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/SP sob o nº 271.330, e do CPF 848.798.749-49, domiciliado e residente na Rua Tianguá nº 97, apto 124, Vila Mascote, São Paulo (SP), a quem confere amplos poderes para representar a Outorgante perante o Chamamento Público da PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX/PB, com poderes especiais para: 1) analisar, assinar e rubricar propostas, atas e toda documentação relacionada com a convocação; 2) a outorgada, isoladamente pode interpor recursos; 3) desistir da interposição de recursos; 4) formular questionamentos; 5) retirar documentos e propostas, bem como praticar todos os demais atos necessários ao desempenho desta representação neste chamamento, enfim representar em todos os atos e termos. A presente procuração é válida até 31.06.2024.

São Paulo (SP), 17 de dezembro de 2023.



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA

NÚMERO DE INSCRIÇÃO 03.028.642/0001-97 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL	DATA DE ABERTURA 30/03/1998
---	---	--------------------------------

NOME EMPRESARIAL INSTITUTO NACIONAL DE GESTAO DE SAUDE
---

TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) FUNDAÇÃO NACIONAL DE GESTAO DE SAUDE	PORTE DEMAIS
--	-----------------

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 86.80-7-00 - Atividades de apoio à gestão de saúde
---

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDARIAS 86.30-5-89 - Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente 94.99-5-00 - Atividades associativas não especificadas anteriormente 70.20-4-00 - Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica 86.21-6-01 - UTI móvel 86.21-6-02 - Serviços móveis de atendimento a urgências, exceto por UTI móvel 86.30-5-02 - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares 86.90-9-99 - Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente
---

CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 330-1 - Organização Social (OS)
--

LOGRADOURO R TENENTE GOMES RIBEIRO	NÚMERO 212	COMPLEMENTO CONJ 72
---------------------------------------	---------------	------------------------

CEP 04.038-040	BARRIO/DISTRITO VILA CLEMENTINO	MUNICÍPIO SAO PAULO	UF SP
-------------------	------------------------------------	------------------------	----------

ENDEREÇO ELETRÔNICO CONTATO@INGDS.ORG.BR	TELEFONE (11) 1819-3793
---	----------------------------

ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****
--

SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA	DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 03/11/2005
-----------------------------	--

MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL
------------------------------

SITUAÇÃO ESPECIAL *****	DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****
----------------------------	------------------------------------

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.863, de 27 de dezembro de 2018.

Emitido no dia 07/07/2023 às 14:40:04 (data e hora de Brasília).

Página: 1/1



# 3º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo

Oficial: Bel. José Maria Siviero

Praça Padre Manoel da Nóbrega, 20 - Centro

Tel.: (0XX11) 3116-3070 - Email: 3rtd@3rtd.com.br - Site: www.3rtd.com.br

## REGISTRO CIVIL DE PESSOA JURÍDICA

### Nº 788.398 de 07/07/2023

Certifico e dou fé que o documento em papel, contendo 44 (quarenta e quatro) páginas, foi apresentado em 23/06/2023, protocolado sob nº 923.556, tendo sido registrado sob nº 788.398 e averbado no registro nº 770.543 no Livro de Registro A deste 3º Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de São Paulo, na presente data.

Denominação

INSTITUTO NACIONAL DE GESTAO DE SAUDE

CNPJ nº 03.028.642/0001-97

Natureza:

NOVO ESTATUTO

São Paulo, 07 de julho de 2023

Danilo Monteiro de Campos  
Escrevente Autorizado

Este certificado é parte integrante e inseparável do registro do documento acima descrito.

**ET Eunápio Torres** Bel. Maria Emília Coutinho Torres  
Rua Toledo, 100 - Vila União, 010 - São Paulo, SP  
Telefone: (011) 3119-1134 - Site: www.3rtd.com.br

Selo Digital: ANV47617-G6TV  
consulte a autenticação em [www.3rtd.com.br](http://www.3rtd.com.br)

Função: TATIANA PEREIRA  
João Pessoa - 18 de Novembro de 2023

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original com ela coincidente. Dou fé sob o nº 788.398 de 07/07/2023  
BRASIL, 21 de Junho de 2023. O Oficial

*Assinatura Escrita da Sra. Escrevente*

Embalamentos	Estado	Secretaria da Fazenda	Registro Civil	Tribunal de Justiça
RS 172,62	RS 106,24	RS 72,57	RS 19,67	RS 25,41
Ministério Público	ISS	Condição	Outras Despesas	Total
RS 17,97	RS 7,81	RS 0,00	RS 0,00	RS 622,29



Para verificar o conteúdo integral do documento, acesse o site: [servicos.cdtsjp.com.br/validarregistro](http://servicos.cdtsjp.com.br/validarregistro) e informe a chave abaixo ou utilize um leitor de qrcodes.

00210817713756213



Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico:

<https://selodigital.tjsp.jus.br>

Selo Digital  
1131834PJCE000046415EA237



## ESTATUTO SOCIAL DA INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE

### CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, FORO, FILIAIS E PRAZO DE DURAÇÃO.

ARTIGO 1º - O INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE, é uma associação de direito privado, sem fins econômicos, de interesse coletivo sem cunho político, partidário ou religioso, constituída por tempo indeterminado, com a finalidade de atender a todos que a ela se dirigirem, independente de classe social, nacionalidade, sexo, raça, cor ou crença religiosa, que adota a expressão fantasia "FUNDAÇÃO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE", ou FENAGESA, ou FENAGESA-TEC, doravante designada Instituto, rege-se pelo presente Estatuto Social, por seu Regimento Interno e pelas disposições legais aplicáveis.

ARTIGO 2º - O Instituto tem sede e foro na cidade de Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Conjunto 72, Bairro Vila Clementino, São Paulo, CEP 04038-040.

Parágrafo Único - O Instituto, por deliberação do Conselho de Administração, poderá abrir, transferir e/ou encerrar filiais em qualquer parte do território nacional.

ARTIGO 3º - O prazo de duração do Instituto é indeterminado.

### CAPÍTULO II - FINALIDADE

ARTIGO 4º - O Instituto tem por finalidade principal o seguinte:

I - celebrar convênios e contratos com entidades públicas, privadas, inclusive financeiras, nacionais ou estrangeiras, ficando limitada à capacidade dos recursos financeiros repassados para o fim a que se destinarem;

II — organizar, instalar e manter, na medida do possível, estabelecimentos destinados à promoção da saúde e à inclusão de pessoas com deficiência através da reabilitação e readaptação profissional, bem como à proteção e assistência integral às gestantes, às crianças e adolescentes, aos idosos, às famílias e promover a inclusão social de menores aprendizes, estagiários de cursos técnicos e de graduação e voluntários nas áreas de interesse do Instituto.

III - realizar a gestão administrativa, técnica, logística, financeira, assistencial e social no todo, a parte ou através de cooperação com outra instituição parceria em estabelecimentos e programas de saúde, tais como: Hospitais e Maternidades, Serviços de Especialidades Médicas Clínicas/Cirúrgicas de Média e Alta Complexidade, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Saúde da Família, Centros de Atenção Psicossocial, Clínicas de Recuperação, Centros de Especialidades Odontológicas, Ambulatório de Especialidades, Serviços de Urgência e Emergência, Pronto Socorros, Unidades de Pronto Atendimento e de Atendimento Pré-Hospitalar, Serviço de Transporte Terrestre e/ou Aéreo para Pacientes de Média e Alta Complexidade, Serviços de Transporte Sanitário para Pacientes de Baixa Complexidade, Serviços de Exames Clínicos, Laboratoriais e Patológicos, Serviços de Imagens, Banco de Sangue, Equipes para Captação e Transporte de Órgãos e Serviços Auxiliares;

**ET Eunápio Torres**  
Rua Santa Eulália, 110 - Vila Euzébio - São Paulo - SP  
Telefone: (11) 3104-1234

Selo Digital: ANV47818-L2JH  
Funcionário: TATIANA FERNAND  
15 de Fevereiro de 2022

Boa Maria Emília Camargo  
Rua Santa Eulália, 110 - Vila Euzébio - São Paulo - SP  
Telefone: (11) 3104-1234

Certifica que a presente cópia é reprodução fiel do original que se encontra no Arquivo (Art. 208 - II do CPC)



IV - implantar, atualizar e gerir os Serviços de TI e Telemedicina, com softwares e hardwares para Gestão de Serviços de Saúde e Hospitalar;

V — Fazer promoções para angariar donativos, recursos e contribuições e ainda aceitar auxílios, contribuições ou doações, contanto que não implique em sua subordinação a compromissos e interesses que conflitem com seus objetivos e finalidades ou que comprometam seus princípios constitucionais;

VI - prestar serviços de assessorias e consultorias para todas às Instituições e/ou Serviços de Saúde sendo Públicos, Privados ou Filantrópicos;

VII - Responsabilizar-se pela gestão e operação de serviços e unidade de saúde, tais como, hospitais, policlínicas, unidades odontológicas, laboratórios, unidades radiológicas, banco de olhos, e outros conforme estabelecido em contratos de gestão.

VIII - prestação de serviços na área da saúde;

IX - atendimento à população nas áreas da atenção básica, com ênfase na estratégia da saúde da família, visando a assistência integral à saúde, considerando os diferentes níveis de complexidade do SUS;

X - atendimento à população em situações emergenciais na área da saúde visando a segurança humana, tais como emergências médicas decorrentes de nova doença no país ou de catástrofe, sem limitação de outras;

XI - fomento e promoção de publicações com matérias concernentes aos objetivos do Instituto

XII - cooperação com outras organizações e/ou instituições com objetivos similares;

XIII - captação de recursos junto a instituições nacionais e internacionais para financiamento de projetos e/ou programas próprios ou de outras entidades com objetivos semelhantes aos do Instituto

XIV - prestação de serviços, produção e venda de produtos decorrentes de suas atividades, cujas receitas deverão ser aplicadas em projetos compatíveis com o objeto social do Instituto, podendo, inclusive licenciar ou ceder marca e direitos autorais;

XV - desenvolvimento de quaisquer outras atividades correlatas, necessárias à realização dos objetivos da instituição.

PARÁGRAFO 1º - No desenvolvimento do seu objeto social, o Instituto promoverá ações e prestará serviços de assistência social - em sentido amplo - gratuitos e permanentes a quem deles necessitar, não fazendo distinção alguma quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, condição





social. atuação política ou credo religioso e quaisquer outras formas de discriminação,.

PARÁGRAFO 2º - A gratuidade preconizada pelo Instituto será aplicada a população vulnerável ou em risco econômico e social será realizada dentro dos critérios e requisitos estabelecidos pela sua Diretoria.

PARÁGRAFO 3º - Os parâmetros para definição dos critérios e requisitos para a gratuidade serão, dentre outros, os determinados pelas normas que regulam as entidades beneficentes de assistência social.

PARÁGRAFO 4º - Poderá o Instituto, para a consecução do seu objeto social:

- (a) celebrar acordos, convênios, contratos de gestão, termos de parcerias e contratos de financiamento de programas e projetos com pessoas físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras, particulares ou públicas, devendo prever nesses acordos, convênios, termos de parceria, de colaboração, de fomento e/ou contratos, uma parcela financeira específica para manutenção de suas atividades administrativas, proporcionais aos custos e necessidades de cada compromisso;
- (b) participar de outras entidades ou empresas, públicas ou privadas, cuja finalidade seja coincidente com o seu objeto social; e
- (c) praticar todos os demais atos direta ou indiretamente relacionados como seu objeto social.

### CAPÍTULO III - PATRIMÔNIO E FONTES DE RECURSOS

ARTIGO 5º - O patrimônio do Instituto é constituído de:

- (a) Fundo Social;
- (b) Resultados líquidos provenientes de suas atividades;

PARÁGRAFO ÚNICO - O Fundo Social será constituído por

- (a) legados e doações de bens móveis e imóveis, desde que não estejam gravados por quaisquer encargos;
- (b) contribuições voluntárias;V
- (c) patrocínios, colaborações financeiras para pesquisas, publicações, conferências, seminários para consecução dos objetivos sociais da instituição;
- (d) receitas auferidas com a venda de produtos e/ou serviços, artigos educacionais e científicos, realização de eventos, campanhas, fóruns técnico- científicos (seminários, simpósios e congressos) e cursos;
- (e) bens e valores adquiridos;
- (f) quaisquer receitas provenientes da administração dos bens do Instituto.

**ET Eunápio Torres**  
Rua Lúcio Ribeiro Cavalcanti, 340 - Vila São José - CEP: 13050-000 - Sorocaba/SP  
Tel: (13) 3333-1111

**Selo Digital: ANV47820-7QRU**  
Funcionário: TATIANA FERNAND  
1080 Passos - 15 de Novembro de 2020

Cartão que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Deut.º (Art. 260 - II do CPC)  
Banc: 213 PARPB - 100 FICP.1 - 001 0/16

**Bel Maria Emília Coutinho**  
Realização: Fórum Jurídico, 140 - Vila São José - CEP: 13050-000 - Sorocaba/SP  
Tel: (13) 3333-1111



ARTIGO 6º - Constituem fontes de recursos do Institute

- (a) as provenientes dos títulos, ações ou papéis financeiros de sua propriedade;
- (b) as rendas próprias dos imóveis que possuir;
- (c) as receitas decorrentes de atividades próprias ou daquelas provenientes da prestação de serviços;
- (d) os juros bancários e outras receitas eventuais;
- (e) as rendas em seu favor, constituídas por terceiros;
- (f) os usufrutos instituídos a seu favor; e
- (g) a receita de venda de produtos, livros, materiais didáticos, sistemas operacionais de sua manufatura, assistência técnica decorrente de negociação com terceiros e direitos relativos à propriedade intelectual e industrial.

ARTIGO 7º - Caberá à Diretoria a aceitação de doações ad referendum do Conselho de Administração.

ARTIGO 8º - Caberá ao Conselho de Administração aprovar a alienação de bens integrantes do patrimônio do Instituto para aquisição de outros mais rentáveis ou convenientes, ou ainda aprovar permuta vantajosa para o Instituto, com justificativas enviadas ao Conselho Fiscal.

ARTIGO 9º - Os bens imóveis do Instituto só poderão ser gravados com autorização do Conselho de Administração e de acordo com o Plano de Aplicação de Recursos aprovados pelo Conselho Fiscal.

ARTIGO 10 - Os bens e direitos integrantes do patrimônio do Instituto só poderão ser utilizados para a realização de seus fins.

CAPÍTULO IV - ASSOCIADOS, ADMISSÃO, SEUS DIREITOS E DEVERES, EXCLUSÃO DO QUADRO SOCIAL E RENÚNCIA

ARTIGO 11 - O INSTITUTO terá as seguintes classes de membros associados:

- (a) Associados Efetivos;
- (b) Associados Colaboradores.

PARÁGRAFO 1º - Associados Efetivos são os associados indicados pela Diretoria.

PARÁGRAFO 2º - Associados Colaboradores são os cidadãos propostos por 03 (três) Associados Efetivos e aprovados pelo Conselho de Administração.

PARÁGRAFO 3º - O ingresso de associados se dará mediante convite um Associado Efetivo e a aceitação de tal convite pela pessoa convidada.

ARTIGO 12 - Os associados do Instituto terão os seguintes Direitos e Deveres:





I. São direitos dos Assos Efetivos:

- (a) participar, votar e ser votado nas Assembleias Gerais;
- (b) usar o título do cargo em publicações;
- (c) tomar parte em conclaves e reuniões do Instituto;
- (d) comparecer às reuniões da Diretoria ou dos Conselhos do Instituto;
- (e) ter acesso a relatórios financeiros e das atividades do Instituto

II. São direitos dos Associados Colaboradores:

- (a) usar o título do cargo em publicações;
- (b) tomar parte em conclaves e reuniões do Instituto;
- (c) ter acesso a relatórios financeiros e das atividades da mesma.

III. São deveres dos Associados Efetivos:

- (a) manter seu cadastro atualizado no Instituto;
- (b) comparecer às reuniões e Assembleias a que forem convocados;
- (c) justificar com antecedência o não comparecimento às reuniões e Assembleias a que forem convocados;
- (d) cumprir e fazer cumprir o estatuto social.

IV. São deveres dos Associados Colaboradores:

- (a) manter seu cadastro atualizado no Instituto;
- (b) comparecer às reuniões e Assembleias, a que forem convocados.

ARTIGO 13 - A exclusão de qualquer associado poderá ser efetuada a critério da Diretoria, quando houver conflitos de interesse ou qualquer desacordo com as diretrizes do Instituto, devendo ser ratificadas em reunião do Conselho de Administração.

PARÁGRAFO 1º - Deixará de fazer parte do Instituto o Associado Efetivo que no prazo de 03 (três) anos consecutivos não comparecer a nenhuma reunião oficial do Instituto ou faltar ao cumprimento das suas obrigações.

PARÁGRAFO 2º - O não atendimento aos deveres e/ou ausências às Assembleias ou reuniões convocadas, não justificadas e ocorridas por 03 (três) vezes consecutivas ou 05 (cinco) alternadas, será motivo de exclusão, em aprovação do Conselho de Administração e ratificada em Assembleia.

PARÁGRAFO 3º - O associado excluído será comunicado, por escrito, para que apresente sua defesa e rec no da decisão de exclusão, ao Conselho de Administração, até 30 dias anteriores à Assembleia Geral, quando a decisão tomada pelo Conselho de Administração será ratificada.

**ET Eunápio TAXIS** Realiza a administração em toda a rede de táxis  
Rua Renato Ribeiro Coutinho, 396 - Alpinópolis  
Bairro: 13011-224 - São Paulo - SP

**Selo Digital: ANV47622-C040**  
Assinatura e autenticação em rede de computadores

Funcionário: TATIANA FERNAND  
São Paulo - 16 de Novembro de 2023

Verifique que a presente cópia é reprodução fiel do original que se lhe enviou. Dou fé (Art. 269 - II do CPC)  
E-mail: 0.13.FA0PEN.1.01.FER.16.03.03.0.16

O Oficial





(d) destituir os Diretores, membros do Conselho de Administração, sençlo que a destituição dos Diretores se dará por proposta do Conselho de Administração, conforme determina o artigo 25. alínea 'c'.

ARTIGO 17 - a Assembleia Geral reunir-se-á:

Ordinariamente, uma vez por ano para:

- apreciar o relatório anual da Diretoria; e
- examinar, discutir e deliberar sobre as contas, o balanço patrimonial e as demais demonstrações financeiras, que deverão ser apresentados com parecer da auditoria independente, se for o caso.

l. Extraordinariamente, sempre que o interesse social assim o exigir.

ARTIGO 18 - A Assembleia Geral será convocada pelo presidente do Conselho de Administração, ou pela presidente da Diretoria, ou pelo requerimento de 1/5 (um quinto) dos Associados com direito a voto e com pelo menos 7 (sete) dias de antecedência da data de sua realização, através de circulares, memorando, cartas, emails, telefone ou outros meios julgados convenientes, na qual constará a ordem do dia

PARÁGRAFO 1º - A Assembleia Geral será realizada na sede do Instituto ou em outro local previamente notificado devendo constar do edital de convocação o dia, a hora, o local de sua realização, assim como a pauta da reunião e informações sobre as matérias a serem tratadas, de forma que o Associado possa participar da Assembleia com o devido conhecimento dos assuntos a serem discutidos.

PARÁGRAFO 2º - A Assembleia Geral será presidida pelo Diretor Presidente por seu substituto estatutário, sendo escolhido, dentre os presentes, o Secretário da Assembleia.

PARÁGRAFO 3º - Da Assembleia poderão participar, para esclarecer assuntos de interesse do Instituto, não associados convidados pelo Conselho de Administração ou pela Diretoria.

ARTIGO 19 - A Assembleia Geral será instalada na hora prevista no edit de convocação, com a presença de, no mínimo, na primeira convocação, 2/3 (dois terços) dos Associados Efetivos e, com qualquer número em segunda convocação, ressalvado o caso de convocação para dissolver, liquidar e extinguir o Instituto, para a qual se exige, a presença de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos Associados Efetivos, em qualquer das convocações.

ARTIGO 20 - As deliberações da Assembleia Geral serão tomadas por maior e votos dos Associados Efetivos presentes, ressalvados os casos de deliberações para:

- destituir os membros do Conselho de Administração, para a qual se exige o voto favorável de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos Associados Efetivos presentes à Assembleia Geral;



R

PARÁGRAFO 4º - Qualquer Associado poderá renunciar à essa condição por meio de carta enviada ao Diretor Presidente e sua renúncia será considerada efetiva a partir da data de seu recebimento pelo Instituto.

ARTIGO 14 - Os associados, mesmo que investidos na condição de membros da diretoria executiva, conselho de administração, não respondem, nem mesmo subsidiariamente, pelos encargos e obrigações sociais do Instituto.

#### CAPITULO V - ÓRGÃOS DO INSTITUTO

ARTIGO 15 - São órgãos do Instituto:

- I. Assembleia Geral;
- II. Conselho de Administração;
- III. Diretoria;

PARÁGRAFO 1º - O INSTITUTO não distribui bens, parcelas do patrimônio líquido, lucros, dividendos, bonificações, participações ou parcelas do seu patrimônio ou vantagens a associados, inclusive em razão de desligamento, retirada ou falecimento de associado ou membro, da entidade: a dirigentes, doadores, conselheiros ou técnicos e/ou mantenedores, sendo que os membros do Conselho de Administração não receberão qualquer remuneração, benefícios ou vantagens, diretos ou indiretos, por qualquer forma ou título, em razão das competências, funções ou atividades que lhes são atribuídas por este Estatuto, ressalvada a ajuda de custo por reunião da qual participem.

PARÁGRAFO 2º - Os membros da Diretoria, do Conselho de Administração não responderão, nem mesmo subsidiariamente, pelas obrigações assumidas pelo Instituto.

PARÁGRAFO 3º - Para a consecução das finalidades do Instituto, o Conselho de Administração estabelecerá, por Regimento Interno, a estrutura e competência da Diretoria, em consonância com aquelas já estabelecidas neste Estatuto.

#### CAPITULO VI - ASSEMBLEIA GERAL

ARTIGO 16 - A Assembleia Geral, órgão soberano da instituição, será constituída por todos os associados, com direito a voto e, em pleno gozo de seus direitos estatutários com competência privativa para:

- (a) Eleger 55% (cinquenta e cinco por cento) dos membros do Conselho de Administração;
- (b) decidir sobre reformas e alterações do presente Estatuto;
- (c) aprovar a prestação de contas, o balanço patrimonial e as demais demonstrações contábeis e financeiras apresentados pela Diretoria ouvido o Conselho Fiscal e, se for o caso, auditoria independente; e





- (b) alterar o Estatuto, para a qual se exige, de acordo com o previsto nesses estatutos, o voto favorável de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração e de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos Associados Efetivos presentes à Assembleia Geral; e
- (c) dissolver, liquidar e extinguir o Instituto, para as quais se exige, de acordo com o previsto no artigos 25 (k) e 41 deste Estatuto, o voto favorável de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração e de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos Associados Efetivos.

ARTIGO 21 - Não será admitida a representação por procuração na Assembleia Geral.

## Capítulo VII - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Artigo 22 - O Conselho de Administração é o órgão administrativo superior do Instituto e será composto por 3 (três) membros, eleitos pela Assembleia Geral observando os critérios abaixo para atender aos requisitos de qualificação:

- I. 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;
- II. 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;
- III. até 10% (dez por cento) de membros eleitos dentre os membros ou associados, no caso de associação civil;
- IV. 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;
- V. até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto.

ARTIGO 23 - O mandato do Conselho de Administração será de 4 (quatro) anos e a cada 2 (dois) anos, será renovado o mandato de 50% dos seus membros, permitida uma recondução.

ARTIGO 24 - O Conselho de Administração reunir-se-á ordinariamente ao menos 03 (três) vezes ao ano e extraordinariamente a qualquer tempo, quando convocado pela Diretoria ou por 1/5 de seus membros.

PARÁGRAFO 1º - As reuniões do Conselho de Administração serão convocadas mediante aviso escrito no qual deve constar a agenda do encontro, entregue a cada um dos Conselheiros com pelo menos 5 (cinco) dias de antecedência.

PARÁGRAFO 2º - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser presididas por Presidente escolhido pelos Conselheiros presentes e somente serão instaladas quando a maioria simples de seus membros estiver presente na reunião.

PARÁGRAFO 3º - O Diretor Presidente do Instituto deve participar das Reuniões do Conselho, sem direito a voto.

PARÁGRAFO 4º - As deliberações do Conselho de Administração serão tomadas por maioria



simples de votos dos Conselheiros presentes.

PARÁGRAFO 5º - Das reuniões do Conselho de Administração serão lavradas atas, as quais serão assinadas pelos Conselheiros presentes na reunião.

ARTIGO 25 - O Conselho de Administração é o órgão de Administração do Instituto destinado a zelar pelo equilíbrio financeiro, excelência das atividades, elevado padrão ético de atuação e sustentabilidade da Associação, competindo-lhe, especificamente, além de outras matérias previstas neste Estatuto e na legislação aplicável:

- (a) estabelecer as diretrizes, normas e princípios gerais de condução das atividades do Instituto;
- (b) aprovar propostas de contratos de gestão do Instituto;
- (c) aprovar a proposta de orçamento, acompanhar o orçamento do Instituto e sua execução, o programa de investimento, o Plano Anual de Trabalho e o Plano de Aplicações de Recursos;
- (d) nos impedimentos ou dispensas de membros da Diretoria do Instituto, designar substitutos até a próxima eleição;
- (e) designar os membros da Diretoria e propor à Assembleia Geral a destituição dos referidos membros;
- (f) aprovar indicações para Associados Colaboradores;
- (g) aprovar o Regimento Interno do Instituto que deve dispor, no mínimo, sobre a sua estrutura, gerenciamento, cargos e competências;
- (h) fiscalizar o cumprimento das diretrizes e metas definidas assim como, aprovar os demonstrativos financeiros e contábeis e as contas anuais do Instituto, com o auxílio de auditoria independente;
- (i) determinar auditorias, inclusive por auditores independentes, se for o caso, da aplicação dos recursos disponíveis no Instituto;
- (j) aprovar as alterações deste Estatuto e a extinção do Instituto por maioria deno mínimo de 2/3 (dois terços) de sts membros, submetendo, no caso de alterações, à deliberação da Assembleia Geral;
- (k) aprovar por maioria de no mínimo de 2/3 (dois terços) de seus membros, regulamento próprio contendo os procedimentos para a contratação de obras e serviços, de compras e alienações, assim como as normas de recrutamento e seleção de pessoal, o plano de cargos, salários e carreira dos funcionários do Instituto;
- (l) aprovar a aceitação pela Diretoria, de doações para o Instituto e deliberar sobre a alienação e/ou permuta de bens integrantes de seu patrimônio e/ou a oneração de bens imóveis, conforme disposto nos artigos 7º, 8º e 9º deste Estatuto;
- (m) aprovar e encaminhar ao Ministério de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, quando for o caso, ou ao órgão supervisor da execução do contrato de gestão, convênios e/ou instrumentos equivalentes, os demonstrativos financeiros e contábeis, os relatórios gerenciais e de atividades da entidade, elaborados pela Diretoria, sujeitando-se à fiscalização do Tribunal de Contas





## CAPITULO VII - DIRETORIA

ARTIGO 26 - A Diretoria será composta de 3 (três) membros, sendo Diretor Presidente, Diretor Vice-Presidente e Diretor Administrador Financeiro, eleitos pelo Conselho de Administração, para mandatos de (quatro) anos, permitida a reeleição.

PARÁGRAFO 1º - Não serão elegíveis para a Diretoria, pessoas que estejam investidas de cargo ou função diretiva na Administração Pública com a qual a instituição mantenha contratos, convênios ou outros instrumentos desta natureza, por meio dos quais receba verbas ou recursos públicos.

PARÁGRAFO 2º - Os diretores eleitos ou indicados para compor a Diretoria não poderão ser parentes consanguíneos ou afins até o terceiro grau de Presidente da República, Ministros, Governadores, Vice-Governadores, Prefeitos, Vice-Prefeitos, Secretários de Estado, Secretários Municipais, Deputados e Vereadores.

PARÁGRAFO 3º - Nas ausências temporárias de membros da Diretoria do Instituto, os diretores poderão acumular funções com a dos demais.

PARÁGRAFO 4º - Em caso de vacância em qualquer cargo da Diretoria, o Conselho de Administração deve designar o substituto, o qual servirá até a próxima eleição. Referido substituto poderá ser, a critério do Conselho de Administração, um outro membro da Diretoria, que, neste caso, passará a acumular cargos dentro da Diretoria.

ARTIGO 27 - A Diretoria reunir-se-á sempre que os interesses sociais e/ou da Associação o exigirem.

PARÁGRAFO 1º - As reuniões da Diretoria serão convocadas por qualquer Diretor, com pelo menos 2 (dois) dias de antecedência e definição da respectiva agenda da reunião.

PARÁGRAFO 2º - As reuniões da Diretoria deverão ser presididas por seu Diretor-Presidente e somente serão instaladas quando a maioria de seus membros estiverem presentes na reunião. W,

PARÁGRAFO 3º - As deliberações da Diretoria serão tomadas por maioria de votos dos diretores presentes.

PARÁGRAFO 4º - Das reuniões da Diretoria serão lavradas atas registradas e arquivadas na sede do Instituto, as quais serão assinadas pelos Diretores presentes.

ARTIGO 28 - Compete à Diretoria, além de outras matérias previstas neste Estatuto e na legislação aplicável:

(a) submeter à Assembleia Geral a proposta de programação e orçamento anual do Instituto;

**ET Eunápio Torres**  
Instituto de Planejamento e Desenvolvimento

Drª Maria Estelle Cavallini Torres  
Rua Rio de Janeiro, 100 - Alto da Moura  
Tel: (51) 3229-1234 Site: www.eunapio.com.br

Selo Digital: ANV47827-J85

Consulte a validade em: <https://selodigital.gov.br/>

Funcionário: TATIANA FERVINO

Issuado em: 18 de Novembro de 2023

Reserva todos os direitos de reprodução  
Linha: 000 (Art. 988 - I) do CPC



Balanço Patrimonial e as demais Demonstrações Contábeis e Financeiras;

- (b) aprovar a aquisição de bens imóveis; aceitar doações ad referendum do Conselho de Administração e submeter à deliberação do Conselho de Administração propostas para a alienação, permuta de bens e oneração de bens imóveis, conforme disposto neste Estatuto;
- (c) aprovar o orçamento anual e respectivos demonstrativos contábeis e financeiros do Instituto;
- (d) aprovar relatórios anuais das atividades realizadas pelo Instituto;
- (e) manifestar-se publicamente em nome do Instituto ou designar quem possa fazê-lo;
- (f) aprovar os planos estratégicos do Instituto, para submissão ao Conselho de Administração; e
- (g) resolver, quando não puderem ser supridas pelo Código Civil e legislação pertinente, os casos omissos relativos ao Estatuto e ao Regimento Administrativo Interno, que não sejam de competência da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração.

ARTIGO 29 - Compete ao Diretor Presidente:

- (a) cumprir e fazer cumprir este Estatuto, o Regimento Interno, o Regimento Interno de Recursos Humanos e o Código de Ética e de Conduta Profissional dos Funcionários;
- (b) representar o Instituto, ativa ou passivamente em juízo ou fora dela;
- (c) presidir as Assembleias Gerais e/ou reuniões de Diretoria
- (d) autorizar despesas e promover o pagamento de obrigações;
- (e) outorgar procuração em nome do Instituto, estabelecendo poderes específicos, que salvo se destinadas a processos administrativos ou judiciais, terão prazo de validade não superior a seu mandato; e
- (f) participar das reuniões do Conselho de Administração, sem direito a voto. ARTIGO 30º - Compete ao Diretor Administrativo Financeiro:

- (a) planejar e controlar a atividade financeira e elaborar os orçamentos do Instituto;
- (b) supervisionar e orientar a preparação da escrituração contábil e a prestação de contas anual, em conjunto com o Diretor Presidente;
- (c) autorizar pagamentos em conjunto com o Diretor Presidente;

ARTIGO 31º - Compete ao Diretor Vice Presidente

- (a) desenvolver e manter programas de apoio de recursos sociais como subsídio às atividades do Instituto;
- (b) estabelecer contatos com os meios de comunicação com o objetivo de divulgar as atividades do Instituto e promover sua imagem institucional;
- (c) apoiar a Diretoria nos esforços para obtenção de recursos; e
- (d) supervisionar o trabalho de divulgação da instituição.
- (e) presidir as Assembleias Gerais e/ou reuniões de Diretoria na ausência ou impedimento do Diretor Presidente;
- (f) substituir o Diretor Presidente em suas ausências e/ou impedimentos, podendo outorgar procurações, com prazo de validade não superior ao seu mandato.

ARTIGO 32 - A Diretoria decidirá sobre a contratação, a avaliação e a demissão de um



Reª Maria Emilia Cruzinho Ebra  
Rua Senador Wladimir Coutinho, 390 - Alto da  
Tribuna - CEP: 13.134-124 - São João do Rio Preto

Selo Digital: ANV47628-NB00

Conteúdo autenticado em https://repositorio.sp.gov.br/

Funcionário: TATIANA FERNAND

João Pessoa - 18 de Novembro de 2023

Cartão que apresenta cópia e reprodução fiel do original que me foi enviado. Documento assinado digitalmente em 18/11/2023 às 10:18:00





profissional, com capacitação especial, para auxiliá-la na condução das atividades do Instituto, executando suas determinações, o qual, por sua vez, contratará seus colaboradores em nome do Instituto, observado o disposto neste estatutos.

ARTIGO 33 - São expressamente proibidos e serão nulos de pleno direito quaisquer atos praticados por membros dos Conselhos, por membros da Diretoria, por procuradores ou por empregados do Instituto que sejam estranhos ao objeto social e aos negócios do Instituto, tais como avais, fianças, endossos e outras garantias de favor, a menos que tais atos tenham sido previamente aprovados pela Assembleia Geral.

### CAPITULO IX - EXERCÍCIO SOCIAL E DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS

ARTIGO 34 - A remuneração dos membros da diretoria será fixada pelo Conselho de Administração, em conformidade com os critérios estabelecidos neste Estatuto Social e de acordo com as práticas de mercado.

**Parágrafo único** - A remuneração dos membros da diretoria deve ser justa e adequada às suas responsabilidades e atribuições, sendo revista periodicamente pelo Conselho de Administração, com base em indicadores de desempenho e comparações com empresas do mesmo segmento de atuação.

ARTIGO 35 - O exercício social coincide com o ano civil, iniciando em 1º de janeiro e findando em 31 de dezembro de cada ano.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Ao final de cada exercício será levantado o Balanço Patrimonial e as demais Demonstrações Contábeis e Financeiras, que serão submetidas à apreciação do Conselho Fiscal e à auditoria independente, para posterior apresentação pela Diretoria à Assembleia Geral Ordinária.

ARTIGO 36 - O INSTITUTO dará publicidade de sua Prestação de Contas anual, incluindo as certidões negativas de débitos com a Receita Federal, Previdência Social e com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS, colocando-os à disposição para exame de qualquer cidadão, e se for o caso, publicará em jornal um resumo dos documentos que a instrumentalizam.

ARTIGO 37 - O INSTITUTO mantém escrituração de suas receitas e despesas transcritas em livros revestidos de formalidades capazes de assegurar sua exatidão.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O superávit porventura apurado, será obrigatoriamente aplicado na consecução dos objetivos da entidade, observando estritamente o disposto neste Estatuto e legislação pertinente.

ARTIGO 38 - O INSTITUTO publicará anualmente, em Diário Oficial do Município ou do Estado com o qual firmar Contrato de gestão, os relatórios financeiros e relatórios de execução.

**ET Município Torres**  
Rua Maria Estela Cavalcanti Torres, 391 - Vila Brasil - Torres/RS  
Telefone: (51) 3716.3734 - Site: www.torres.rs.gov.br

**Selo Digital: ANV47604-0D8G**  
Consulte a autenticação em: [www.torres.rs.gov.br](http://www.torres.rs.gov.br)

Funcionário: TATIANA FERNAND  
CDD: Passiva - 16 de Novembro de 2023

Verifique que a presente cópia é reprodução fiel do original que se foi emitido. Decreto Lei 200 - II do CPD  
E-mail: 3.12.PARFISC@TORRES.RS.GOV.BR



ARTIGO 39 - O INSTITUTO mantém escrituração contábil regular que registra as receitas e despesas, bem como a aplicação em gratuidade de forma segregada, em consonância com as normas emanadas do Conselho Federal de Contabilidade e observância dos princípios fundamentais de contabilidade e das Normas Brasileiras de Contabilidade.

PARÁGRAFO 1º - O INSTITUTO manterá em boa ordem, pelo prazo de 10 (dez) anos, contado da data da emissão, os documentos que comprovem a origem e a aplicação de seus recursos e os relativos a atos ou operações realizados que impliquem modificação da situação patrimonial.

PARÁGRAFO 2º - O INSTITUTO cumpre as obrigações acessórias estabelecidas na legislação tributária.

PARÁGRAFO 3º - O INSTITUTO mantém as demonstrações contábeis e financeiras devidamente auditadas por auditor independente legalmente habilitado nos Conselhos Regionais de Contabilidade, quando necessário.

#### CAPITULO X - DISSOLUÇÃO, LIQUIDAÇÃO E EXTINÇÃO

ARTIGO 40 - O INSTITUTO será dissolvido apenas por decisão judicial transitada em julgado ou se ocorrerem insuperáveis dificuldades para a consecução de suas finalidades, a juízo da Assembleia Geral em decisão tomada por, no mínimo, 2/3 (dois terços) de seus Associados Efetivos, por proposta de, no mínimo, 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração.

PARÁGRAFO 1º - Na hipótese prevista neste artigo, a Assembleia Geral, ouvi, previamente, o Conselho de Administração, indicará os liquidantes, que dirigirão os procedimentos de liquidação do Instituto.

PARÁGRAFO 2º - Concluída a liquidação com a extinção do Instituto, os que integram o seu acervo patrimonial deverão ser destinados a entidades sem fins lucrativos congêneres, por decisão da Assembleia Geral, obedecido o quórum de deliberação previsto no caput deste artigo, ou a entidades públicas, nos termos da legislação em vigor.

PARÁGRAFO 3º Em caso de extinção ou desqualificação do Instituto como Organização Social, o patrimônio, os legados ou as doações que lhe forem destinados em decorrência do contrato de gestão, bem como os excedentes financeiros decorrentes de suas atividades como Organização Social, será(ão) obrigatoriamente e integralmente incorporado(s), ao patrimônio de outra organização social qualificada no âmbito da União, Estado e/ou Município da mesma área de atuação, ou ao patrimônio da União, Estado e/ou Município, conforme for determinado pelo ente público competente, na proporção dos recursos e bens por este alocados.

**ET Eunépio Torres**  
Rua São João, 200 - São Paulo - SP  
CNPJ: 06.908.123/0001-00

**Bel Maria Estelita Custódio Torres**  
Rua São João, 200 - São Paulo - SP  
CNPJ: 06.908.123/0001-00

**Selo Digital: ANV47805-2CJY**  
Consulte a autenticidade em: [www.torres.org.br](http://www.torres.org.br)

Funcionário: TATIANA FERNAND  
São Paulo - 16 de Novembro de 2023

Cartão que apresenta cópia à reprodução fiel do original que me foi enviado. Deu fé em 16/11/2023 - 11:40 CPC  
Escr: 0,10 PARFEN; 1,00 PARFEN 2018; 0,10

O Oficial







### CAPITULO XI - DISPOSIÇÕES GERAIS

ARTIGO 41 - Em todos os atos e compromissos do Instituto serão observados com todo rigor os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, economicidade e da eficiência.

ARTIGO 42 - O INSTITUTO aplica suas rendas, recursos e eventuais resultados operacionais - superávit apurado em suas demonstrações contábeis - integralmente em território nacional, na manutenção e desenvolvimento de seus objetivos institucionais, prestando serviços diretamente aos segmentos carentes da população, na área da assistência e desenvolvimento social.

ARTIGO 43 - O INSTITUTO aplica as subvenções e dotações recebidas nas finalidades a que estejam vinculadas.

ARTIGO 44 - O INSTITUTO não constitui patrimônio exclusivo de um grupo determinado de indivíduos, famílias, entidades de classe ou de sociedade sem caráter beneficente de assistência social.

ARTIGO 45 - Os recursos advindos dos Poderes Públicos deverão ser aplicados dentro do Município de sua sede, ou no caso de haver unidades prestadoras de serviços a ela vinculadas, no âmbito do Estado concessor.

ARTIGO 46 - O presente Estatuto poderá ser alterado a qualquer tempo, mediante aprovação de 2/3 (dois terços) dos Associados Efetivos, presentes à Assembleia Geral, convocada para essa finalidade, por proposta de 2/3 (dois terços) dos membros do Conselho de Administração.

São Paulo, 02 de Maio de 2023.

Assinaturas



**Andressa de Oliveira**  
(Diretor Presidente)



**Fábio Roberto Turnes**  
Administrador - OAB/SP nº 271.330

Stamp of the Office of Registrars of Titles and Documents and Civil of the Judicial Forum - S.P. (Ofício de Registros de Títulos e Documentos e Civil do Foro Judicial - S.P.). It includes a QR code, the number '17500', and the text 'FELTA APOSTILHA Nº 242'. A circular stamp of the Municipality of Indaiatuba is also visible. The text 'SUBDISTRITO INDIATUBA' and 'INDAIATUBA' are printed vertically. A signature is written over the stamp.

ET Eunápio Torres  
Empreendimento 77-00000

Drª Maria Estela Cassiano Torres de Freitas  
Rua Sotero Ribeiro Cristóvão, 306 - Alcântara 7 - Jd. Freixo  
Telefone: 3073.3116/3374 - E-mail: www.eunapio.com.br

Selo Digital: ANV47908-UCNR

Consulte a autenticidade em: [selo.digital.br/ucnr](http://selo.digital.br/ucnr)  
Funcionário: TATIANA FERNAND  
Data: 18 de Novembro de 2023

Verifique que a presente cópia e reprodução fiel do original que lhe foi entregue. Dou fé (Art. 369 - 3º do CPC)  
BRASIL, 12 FEVEREIRO DE 2023



## INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE

CNPJ 03.028.642/0001-97

### ATA DE ASSEMBLÉIA EXTRAORDINÁRIA DE 02/05/2023.

Aos 02/05/2023, às 09.30h, reuniu-se os membros associados, conforme lista de presença em anexo, do Instituto Nacional de Gestão de Saúde, inscrito no CNPJ 03.028.642/0001-97, com sede na Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Conjunto 72, Bairro Vila Clementino, São Paulo, CEP 04038-040, sob a presidência do Diretor Presidente Vinicius Augusto Gusmão Giantaglia, para tratar sobre o seguinte assunto:

**Ordem do dia:** a) Renúncia da diretoria b) Renúncia do conselho de administração c) Eleição de nova diretoria; d) Eleição do conselho administrativo; e) inclusão de artigos no estatuto social da organização.

**Deliberações:** a) Após a comunicação da renúncia da atual diretoria nos seguintes cargos:

Diretor Presidente: Vinicius Augusto Gusmão Giantaglia, brasileiro, empresário, divorciado, portador do RG nº 28.432.525-9 SSP/SP, e CPF nº 218.600.618-93, residente e domiciliado a Rua Celso de Azevedo Marques, nº 361, Apto 32 B, Parque da Mooca, São Paulo, CEP: 03122-010;

Diretor Vice-Presidente: Adriano Fernandes da Mota, brasileiro, tecnólogo em radiologia médica, casado sob o regime de comunhão parcial de bens, portador do RG nº 29.291.404-0 SSP/SP, e CPF nº 293.134.438-99, residente e domiciliado a Rua Paraibuna, nº 164, Bairro Quinta da Paineira, São Paulo, CEP: 03151-120;

Diretora Administrativo Financeiro: Edna Cezaretto, brasileira, nutricionista, casada sob o regime de comunhão parcial de bens, portadora do RG nº 9.141.184-1 SSP/SP, e CPF nº 269.229.458-08, residente e domiciliado a Rua José Batista de Sousa Filho, nº 331, Bairro Caxingui, São Paulo, CEP: 05515-040;

Secretária: Rosana Batista de Almeida, brasileira, nutricionista, solteiro, portador do RG nº 33.121.014 SSP/SP, e CPF nº 314.110.078-08, residente e domiciliado a Rua François Coty, nº 124, Apto 2105, Bairro Cambuci, São Paulo - SP, CEP: 01524-030.





b) Após a comunicação da renúncia de parte dos seguintes membros do atual conselho administrativo.

**Priscila Pinheiro Leoncio dos Santos**, Brasileira, solteira, maior, empresaria, portadora do RG: 35.426.015-0 SSP/SP e do CPF: 332.449.968-25, residente e domiciliada a Rua Sócrates Abrahão, Nº 16 - casa 11 CEP: 05782-470 São Paulo/SP;

**Fábio Andrei da Silva Geraldo**, brasileiro, solteiro, maior, portador do RG: 27.691.032 - 1 SSP/SP e do CPF: 194.609.668-70, residente e domiciliado a Rua Dr. Valentino sola Nº154, Jd. da Glória, CEP 04114-010, São Paulo - SP;

**Bianca Geddo Figueiredo**, brasileira, solteira, medica, portadora do RG: 46.684.389 SSP/SP e do CPF: 392.305.248-08, residente e domiciliada a Rua Tavares Bastos, 68, CEP 05012-020, São Paulo, SP;

**Cleide Maria Cunha Ribeiro**, brasileira, solteira, maior, autônoma, portadora do RG: 18.634.289-5 SSP/SP e do CPF: 089.501.868-90, residente e domiciliada a Rua Pitangui, 216 Apto 7, Tatuapé - CEP: 03077-090, São Paulo/SP.

c) Na mesma assembléia se fez a eleição dos diretores para a continuidade do mandato até 20/11/2024 e por unanimidade dos votos os seguintes cargos:

Diretor Presidente: **Luiz Cristiano dos Santos Dantas**, brasileiro, empresário, casado, RG nº 3.220.937-9 SSP/SP, CPF nº 315.003.688-73, residente e domiciliado à Rua Bra de Bela Vista, 389, Cj 25 T, Vila Congonhas, São Paulo/SP, CEP 04612-001;

Diretora Vice- Presidente: **Andressa de Oliveira**, brasileira, empresária, solteira, RG nº 43.862.482-8 SSP/SP, CPF nº 310.216.768-37, residente e domiciliada à Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Conjunto 72, Bairro Vila Clementino, São Paulo, CEP 04038-040;

Diretor Administrativo e Financeiro: **Luan Lucena da Silva**, brasileiro, empresário, solteiro, RG nº 39679264 SSP/SP, CPF nº 481.129.018-64, residente e domiciliado à Rua Ângela Giusti Zampese, 185, Parque Imperial - Ferraz de Vasconcelos/SP - CEP: 08510-100;

Secretária: **Carla Carolina Lins Simões Costa**, brasileira, empresária, casada, RG nº 44.273.492-X, CPF nº 358.032.858-11, residente e domiciliada a Rua Julia Ferreira da Silva, nº 440, Casa 02, Bairro Jardim Santa Margarida, São Paulo/SP, CEP: 04930-210.



Diante do exposto, foram apresentados os nomes para ocupar os cargos da Diretoria dando continuidade no mandato até 20/11/2024, a proposta foi aceita por unanimidade, foram eleitos e empossados conforme segue.

d) Na mesma assembléia se fez a eleição de mais um membro para o conselho administrativo que serão formado por 3 (três) membros, para continuidade no mandato até 20/11/2024 e por unanimidade dos votos:

**Luiz Carlos da Silva Martins de Oliveira**, brasileiro, solteiro, nascido em 19/09/1965, empresário, portador do RG: 35.869.241-6 SSP /SP e CPF: 542.756.524-87 residente e domiciliado a Rua Baronesa de Bela Vista, Nº 411, cj 25 T, Vila Congonhas, CEP 04612-002.

Diante do exposto, foram apresentados os nomes para ocupar os cargos do conselho administrativo dando continuidade no mandato até 20/11/2024, Junto com os demais membros já eleitos em última assembléia:

**Gabriel Bocalini Soares da Silva**, brasileiro, solteiro, médico, portador do RG 41.791.102-6 SSP/SP e do CPF: 349.881.028-66, residente e domiciliado a Avenida Ipiranga, 896, apt 132, CEP: 01039-000, São Paulo/SP;

**Guilherme Pasquetti**, brasileiro, casado, administrador, portador do RG: 48.742.513-3 SSP/SP e CPF: 377.991.498-09, residente e domiciliado a Rua Professor Rodolfo São Tiago Nº 157, 201 B - Belenzinho CEP 03059-050 - São Paulo/SP;

A proposta foi aceita por unanimidade e o novo membro foi eleito e empossado conforme segue.

**ET Eunápio Torres** *Re: Maria Estela Cristina Torres*  
Prestador de Serviços de Intermediação de Imóveis - S.A.  
CNPJ nº 07.042.888/0001-00 - São Paulo/SP - Tel: (11) 3219-1234

**Boleto Digital: ANV47886-88PK**  
Código de Autenticação: ANV47886-88PK (00 1) 01

Funcionário: TATIANA FERRARO  
Data Pagável: 14 de fevereiro de 2024

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi enviado. Data: 01/11/2024 - 10:05:00  
EUNÁPIO TORRES: 1.000.000 - C.C. 0.001.000.016





e) Os constituintes da assembléia dissertaram e decidiram em alterar e adicionar novos artigos no estatuto social. (artigos 22 e 34) Nesses artigos se delibera sobre questões de eleição do conselho de administração da empresa e suas condições; e sobre a remuneração dos membros da diretoria, sua fixação e suas condições.

**Artigo 22** - O Conselho de Administração é o órgão administrativo superior do Instituto e será composto por 3 (três) membros, eleitos pela Assembleia Geral observando os critérios abaixo para atender aos requisitos de qualificação:

I. 20 a 40% (vinte a quarenta por cento) de membros natos representantes do Poder Público, definidos pelo estatuto da entidade;

II. 20 a 30% (vinte a trinta por cento) de membros natos representantes de entidades da sociedade civil, definidos pelo estatuto;

III. até 10% (dez por cento) de membros eleitos dentre os membros ou associados, no caso de associação civil;

IV. 10 a 30% (dez a trinta por cento) de membros eleitos pelos demais integrantes do conselho, dentre pessoas de notória capacidade profissional e reconhecida idoneidade moral;

V. até 10% (dez por cento) de membros indicados ou eleitos na forma estabelecida pelo estatuto.

**ARTIGO 34** - A remuneração dos membros da diretoria será fixada pelo Conselho de Administração, em conformidade com os critérios estabelecidos neste Estatuto Social e de acordo com as práticas de mercado.

**Parágrafo único** - A remuneração dos membros da diretoria deve ser justa e adequada às suas responsabilidades e atribuições, sendo revista periodicamente pelo Conselho de Administração, com base em indicadores de desempenho e comparações com empresas do mesmo segmento de atuação.



SERVIÇOS DE NOTARIAS  
 100 - SÃO PAULO - SP  
 Rua ... nº ...  
 Tel: ...

02105123

Nova Diretoria

249 INDIANÓPOLIS

*[Handwritten signature]*

Luiz Cristiano dos Santos Dantas

Oficial de Registro de Vitais e Documentos e Civil na Pessoa Jurídica - SP  
 MICROFILME Nº 788398

*[Handwritten signature]*

Andressa de Oliveira

TABELIÃO

*[Handwritten signature]*

Luan Lucena da Silva

249 INDIANÓPOLIS

*[Handwritten signature]*

Carla Carolina Lins Simões Costa

Conselho Administrativo:

50 Oficial Reg Civil P N Subd Sic Erogada

*[Handwritten signature]*

Gabriel Bocalini Soares da Silva

*[Handwritten signature]*  
*[Handwritten signature]*

Guilherme Pasquetti

*[Handwritten signature]*

Luiz Carlos da Silva Martins de Oliveira

NOTA  
 124828  
 FIRMAS 1  
 511027AA0817766

TABELIÃO DE NOTAS SÃO PAULO - HENRIQUE DE ALMEIDA  
 Reconheço, por semelhança, a firma s/v escrivão de illu  
 LUCENA DA SILVA e em 16.8.2023  
 Selo: 511027AA0817766  
 SÃO PAULO, 17 de Junho de 2023  
 Em Testemunho  
 JOÃO ANSELMO GONCALVES - ESCRIVÃO  
 Valido somente com o Selo de Autenticidade.

TABELIÃO DE NOTAS  
 SÃO PAULO - SP  
 JOÃO ANSELMO GONCALVES  
 ESCRIVÃO AUTORIZADO  
 Avenida Francisco de Assis, 100

Drª Maria Emilia Coutinho Torres de Freitas  
 EUNÁPIO TORRES  
 Selo Digital: ANV47618-XZAU  
 Cópia e Autenticada em 12/06/2023  
 Autenticado em 12/06/2023  
 Cópia que apresenta sigla e reprodução de  
 original, que emite o código QR e o código  
 Selo: 511027AA0817766

OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
 100 - SÃO PAULO - SP  
 Reconheço, por semelhança, a firma de: GUILHERME LINA PASQUETTI  
 São Paulo, 12 de junho de 2023.  
 Em testemunho da verdade.  
 ALESSANDRA APARECIDA LOUREIRO TORRES VASQUES - ESC. AUTOR  
 Preço da firma R\$ 12,20 ; Valor total R\$ 12,30!

115329  
 FIRMA  
 C11079AB0025926





## 10. ANEXO – COMPROVAÇÕES TÉCNICAS





### **ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA**

A secretaria Municipal de Saúde de Goianésia, inscrita no CNPJ sob o nº 36.975.571/0001-99, com sede na Rua 33, nº 240, Centro, Goianésia-GO, com base no Art. 30 da Lei 8666 de 21/06/1993, vem através deste atestar para os devidos fins que o Instituto Nacional de Gestão de Saúde - INGDS, entidade sem fins lucrativos, inscritano CNPJ sobo nº 03.028.842/0001-97, com sede na Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Cj 72, Vila Clementino, São Paulo - SP Cep: 04038-040, vem cumprindo de forma satisfatória o serviço referente ao Contrato de Gestão nº 502/2015, assinado dia 01/10/2015, que tem como objeto o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na U.P.A Unidade de Pronto Atendimento (médio porte com 13 leitos), situada na Av. Contorno, Qd. 397, Lt. ATM, entre ruas 08, 09 e 10, Setor Universitário, CEP: 76380-000, Goianésia-GO, não havendo em nossos registros fatos que desabonem sua conduta e desempenho.

Goianésia-GO, 05 de janeiro de 2017

---

Secretária Municipal de Saúde  
Robson De Silva Tavares  
CPF 663 141 801-48  
RG 18037202ª Via DQAC-GO

# INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE

Lista de Presença da Assembléia Geral Extraordinária realizada no dia 02 de Maio de 2023, às 9.30h.

Nome RG Assinatura

Cecilia Cordeiro	47273492-X	<i>[Handwritten Signature]</i>
Sergio Daverle Nascimento	1979044-2	<i>[Handwritten Signature]</i>
Luís S. Mattioli	0.358692416	<i>[Handwritten Signature]</i>
Wagner L. Oliveira	40.802.432-8	<i>[Handwritten Signature]</i>
Luiz Lucena	39.679.264-9	<i>[Handwritten Signature]</i>
Celso B. de S. S. Silva	41.291102-6	<i>[Handwritten Signature]</i>
Ernesto F. L. R. Pereira	487425137	<i>[Handwritten Signature]</i>
Aluísio S. R. da Silva	292914040	<i>[Handwritten Signature]</i>
Edna Cezarescio	9241191	<i>[Handwritten Signature]</i>
Thiago F. S. S. S. S.		<i>[Handwritten Signature]</i>
Leonar Batista de Almeida	33121.014-9	<i>[Handwritten Signature]</i>



**ET Eunápio Torres** | **Drª Maria Estela Coimbra Torres de Fátima**  
 Rua Ruy Barbosa, 330 - Al. Glória - São Paulo - SP  
 CEP: 05312-024 | Fone: (11) 3061-1000

**Selo Digital: ANV47575-NPHN**  
 Coração e assinatura em tinta - confira aqui: [http://www.etc.org.br](#)  
 Função: TATIANA FERNANDES  
 Cód. Pessoa: 02 de 10/07/2010 de 2013

Cartão que a presente cede a reprodução fiel de  
 original que se foi emitido. Dou 16 (16) 200 - 10 de OFCI  
 Emissão: 03/05/2023 1:28:58 PM - 03/05/2023

QR Code

**ET Eunápio Torres**  
 Rua Santa Eudália, 100 - Vila Nova Conceição - São Paulo - SP - CEP: 04543-000  
 Telefone: (011) 1199-1134 - Site: www.eunapio.com.br

**Selo Digital: ANV47790-47A2**  
 Conteúdo e integridade do documento verificada em 18/11/2023  
 Funcionário: TATIANA PERMANO  
 João Passos - 18 de Novembro de 2023

Certifica que a presente cópia é reprodução fiel do original que lhe foi exibido. Cofre (Art. 305 - II do CPC)  
 Selo: 3,12 TARPEN 128 PPMJ 000 000 010

0 Oficial




### ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Atestamos para os devidos fins que o Instituto Nacional de Gestão de Saúde, empresa inscrita sob o CNPJ nº 03.028.642/0001-97, estabelecida à Avenida Juscelino Kubitschek, 1050, Vila Nova Conceição - São Paulo - SP CEP- 04543-000, forneceu os serviços abaixo para HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARINA LTDA., empresa privada, do ramo da saúde, registrada sob o CNPJ nº 62.747.688/0001-25, com sede na avenida Santa Catarina 2775, Vila Santa Catarina, São Paulo, Capital, por seu Diretor Administrativo, Dr. Fábio Roberto Turnes, brasileiro, solteiro, advogado, portador da cédula de identidade RG nº 2.418.420, CPF nº 848.798.749-49 e registro junto a Ordem dos Advogados do Brasil OAB/SP sob o nº 271.330, no período compreendido entre abril de 2008 a maio de 2012, com alto grau de qualidade, não existindo nada que a desabone.

Informações sobre a unidade a qual o serviço foi prestado:

<b>Nome:</b> SANTA MARINA HOSPITAL GERAL E MATERNIDADE	<b>CNES:</b> 2080257	<b>CNPJ:</b> 62747688000125
<b>Nome Empresarial:</b> HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARINA LTDA	<b>CPF:</b> --	<b>Personalidade:</b> JURÍDICA
<b>Logradouro:</b> AV SANTA CATARINA	<b>Número:</b> 2775	
<b>Complemento:</b>	<b>Município:</b> SAO PAULO	<b>UF:</b> SP
<b>Bairro:</b> VIL SANTA CATARINA	<b>CEP:</b> 04378500	<b>Dependência:</b> INDIVIDUAL
<b>Sub Tipo Unidade:</b>	<b>Gestão:</b> MUNICIPAL	
<b>Tipo Unidade:</b> HOSPITAL GERAL		

**PROFISSIONAIS SUS**

Médicos	0
Outros	0

**PROFISSIONAIS NÃO SUS**

Total	0
-------	---

**Atendimento Prestado**

<b>Tipo de Atendimento:</b> AMBULATORIAL INTERNACAO SADT URGENCIA	<b>Convênio:</b> PARTICULAR PARTICULAR PARTICULAR PARTICULAR
<b>Fluxo de Clientela:</b> ATENDEMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA	

**Leitos**

ESPEC - CIRURGICO		Leitos Existentes	Leitos SUS
Código	Nome Leitos		
02	CARDIOLOGIA	21	0
06	GINECOLOGIA	10	0
03	CIRURGIA GERAL	19	0
ESPEC - CLINICO		Leitos Existentes	Leitos SUS
Código	Nome Leitos		
33	CLINICA GERAL	36	0



**ET Eunápio Torres**  
 Rua Maria Emília Cravinho Torres de Freitas  
 Rua Nereu Filizola Cruzada, 300 - Vila Planas - João Pessoa PB  
 Telefone: (51) 3324-1234 Site: www.hospitaltorres.com.br

**Selo Digital: ANV47731-8DU1**  
 Consulte a autenticidade em: [www.cnpj.gov.br](http://www.cnpj.gov.br)  
 Funcionário: TATIANA FERREIRO  
 Data Emissão: 15 de fevereiro de 2025

Carimbo que apresenta cópia e reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé (Art. 206 - II do CPC).  
 Emissão: 0,10 FAXPPE; 1,00 PEP; 0,00 ISS 0,10

0 Oficial




116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
116	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
120	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
121	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
122	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
142	SERVICO DE ENDOSCOPIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
126	SERVICO DE FISIOTERAPIA	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
133	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	PROPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
136	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
139	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	PROPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
149	TRANSPLANTE	PROPRIO	SIM	NÃO	SIM	NÃO

**Serviços e Classificação**

Código:	Serviço:	Classificação:	Terceiros:	CNES:
148 - 005	HOSPITAL DIA	CIRURGICO/DIAGNOSTICO	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	DIAGNOSTICO EM AUDIOLOGIA/OTOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
107 - 005	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE AUDITIVA	IMPLANTE COCLEAR	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 004	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	VASECTOMIA	NÃO	NAO INFORMADO
110 - 003	SERVICO DE ATENCAO A SAUDE REPRODUTIVA	LAQUEADURA	NÃO	NAO INFORMADO
112 - 002	SERVICO DE ATENCAO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	ACOMPANHAMENTO DO PRE-NATAL DE ALTO RISCO	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 002	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CIRURGIA CARDIOVASCULAR (ADULTO)	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 001	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	ELETROFISIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
116 - 005	SERVICO DE ATENCAO CARDIOVASCULAR / CARDIOLOGIA	CARDIOLOGIA INTERVENACIONISTA (HEMODINAMICA)	NÃO	NAO INFORMADO
120 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR ANATOMIA PATOLOGICA EOU CITOPATO	EXAMES CITOPATOLOGICOS	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	ULTRASONOGRAFIA	NÃO	NAO INFORMADO
121 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	RADIOLOGIA	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 003	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	EXAME ELETROCARDIOGRAFICO	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 002	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE DE HOLTER	NÃO	NAO INFORMADO
122 - 001	SERVICO DE DIAGNOSTICO POR METODOS GRAFICOS DINAMICOS	TESTE ERGOMETRICO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 001	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO DIGESTIVO	NÃO	NAO INFORMADO
142 - 002	SERVICO DE ENDOSCOPIA	DO APARELHO RESPIRATORIO	NÃO	NAO INFORMADO
126 - 004	SERVICO DE FISIOTERAPIA	ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA CARDIOVASCULARES E PNEUMOFUNCI	NÃO	NAO INFORMADO
133 - 001	SERVICO DE PNEUMOLOGIA	TRATAMENTO DE DOENÇAS DAS VIAS AEREAS INFERIORES	NÃO	NAO INFORMADO
136 - 001	SERVICO DE SUPORTE NUTRICIONAL	ENTERAL	NÃO	NAO INFORMADO
139 - 001	SERVICO DE TRIAGEM NEONATAL	TRATAMENTO RECEM NASCIDO COM HIPOTIREOIDISMO E FENILCETONURI	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 015	TRANSPLANTE	ACDES PARA DOAÇÃO E CAPTAÇÃO DE ORGÃOS E TECIDOS	NÃO	NAO INFORMADO
149 - 014	TRANSPLANTE	ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE TRANSPLANTADO	NÃO	NAO INFORMADO

*R*





Selo Digital: ANV47723-YUMC

Consulte a autenticidade em: [etp.eta.com.br](http://etp.eta.com.br)

Publicação: TATIANA FERIANI

Jágo Pessoa - 10 de Novembro de 2023

Certifico que apresenta cópia de reprodução fiel do original que está no estado: Guia (art. 210 - II de CPC)  
Emissão: 3.13 PARPR: 1.08 PDF: 16.40 MB G.10

O Oficial



**SANTA MARINA HOSPITAL**

BOMBA DE INFUSÃO DE HEMODERIVADOS	15	15	NÃO
EQUIPAMENTO DE CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA	3	3	NÃO
EQUIPAMENTO PARA HEMODIALISE	3	3	NÃO
EQUIPAMENTOS DE AFERESE	1	1	NÃO
FORNO DE BIER	1	1	NÃO

**Resíduos/Rejeitos**

**Coleta Seletiva de Rejeito:**

- RESÍDUOS BIOLÓGICOS
- RESÍDUOS QUÍMICOS
- RESÍDUOS COMUNS

**Instalações Físicas para Assistência**

**URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**Instalação:**

	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CONSULTÓRIOS MÉDICOS	12	0
SALA DE ATENDIMENTO INDIFERENCIADO	1	0
SALA DE CURATIVO	1	0
SALA DE GESSO	1	0
SALA PEQUENA CIRURGIA	1	0
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - INDIFERENCIADO	3	22
SALA REPOUSO/OBSERVAÇÃO - PEDIÁTRICA	1	6

**AMBULATORIAL**

**Instalação:**

	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS	4	0
CLÍNICAS INDIFERENCIADO	12	0
SALA DE CIRURGIA AMBULATORIAL	1	0
SALA DE ENFERMAGEM (SERVIÇOS)	2	0
SALA DE NEBULIZAÇÃO	1	0
SALA DE PEQUENA CIRURGIA	2	0

**HOSPITALAR**

**Instalação:**

	Qtde./Consultório:	Leitos/Equipos:
SALA DE CIRURGIA	4	0
SALA DE RECUPERAÇÃO	1	4
SALA DE CIRURGIA	2	0
SALA DE CURETAGEM	1	0
SALA DE PARTO NORMAL	2	0
SALA DE PRE-PARTO	2	9
LEITOS DE ALOJAMENTO CONJUNTO	0	30
LEITOS RN NORMAL	0	50
LEITOS RN PATOLÓGICO	0	8

**Serviços de Apoio**

cod.:	Serviço:	Características:
10	AMBULANCIA	TERCEIRIZADO
04	CENTRAL DE ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
03	FARMACIA	PRÓPRIO
06	LACTÁRIO	PRÓPRIO
08	LAVANDERIA	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
11	NECROTÉRIO	PRÓPRIO
05	NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.N.D.)	PRÓPRIO
01	S.A.M.E. OU S.P.P.(SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
09	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO E TERCEIRIZADO
02	SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

**Serviços Especializados**

Cod.:	Serviço:	Característica:	Ambulatorial:		Hospitalar:	
			SUS:	não SUS:	SUS:	não SUS:
148	HOSPITAL DIA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
107	SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
107	SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE AUDITIVA	PRÓPRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM
110	SERVIÇO DE ATENÇÃO A SAÚDE REPRODUTIVA	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
112	SERVIÇO DE ATENÇÃO AO PRE-NATAL, PARTO E NASCIMENTO	PRÓPRIO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Atestamos, que os serviços foram prestados de forma ininterrupta, operando de maneira cooperada na estruturação, operacionalização e disponibilização de mão de obra médica.

Serviços realizados:

- Disponibilização de mão de obra médica dentro das especialidades de Clínica Geral, Pediatria, Ortopedia e Ginecologia.
- Atividades de Gestão e Cogestão da unidade hospitalar.
- Pronto Socorro Adulto (Clínica; Cirurgia, Cardiologia e Ortopedia) - 13.000 atendimentos/mês
- Pronto Socorro Pediátrico - 8.000 atendimentos / mês
- Pronto Socorro Obstétrico e Ginecológico- 3.500 atendimentos / mês
- Unidade de Terapia Intensiva Adulto - 30 Leitos
- Unidade Intensiva Coronariana - 10 leitos
- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - 20 leitos
- Unidade de Terapia Intensiva Neo Natal-36 leitos

São Paulo, 30 de maio de 2012.



Hospital e Maternidade Santa Marina Ltda.  
Fabio Roberto Turnes



**ET Eunápio Torres**  
Rua Tanzi Ilustre, 400 - Maracanã - São Paulo - SP  
Telefone: (11) 3219-1214 / Site: www.eunapio.com.br

**Selo Digital: ANV47722-GXB0**  
Consulte a autenticidade em: [www.eunapio.com.br](http://www.eunapio.com.br)

Funcionário: TATIANA FERREIRO  
J.A. Ferrero - 16 de Novembro de 2012

Documento que apresenta este selo é reprodução fiel do original que nele foi emitido. Doutra (Art. 200 - II da CPC)  
Emitido em: 16/11/2012 10:00:00

Q Code

**ATUALIZAÇÃO DE NOTAS E TÍTULOS**  
**CONFIRMADO**  
**TOP SECRET**  
16/11/2012 10:00:00



## ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

ANGELO BADIA NETO, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 10.515.816, e de CPF nº 082.811.788-84, médico, com registro perante o CREMESP sob o nº 51.016, na qualidade de Diretor Técnico da ASSOCIAÇÃO HOSPITAL PERSONAL DE CUIDADOS ESPECIAIS, CNPJ nº 08.620.828.0001-54, localizado na Rua Camê, nº 1.016, Parque da Moóca, São Paulo Capital, CEP 13121-020, organização hospitalar registrada junto ao CREMESP sob o nº 943.933, vem através deste ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA, expedido com a finalidade de comprovação de atuação, certificar que o INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE - FUNDAÇÃO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, dedicada ao desenvolvimento de ações na área da saúde, empresa sem fins lucrativos, registrado sob o CNPJ nº 03.028.642/0001-97, com sede na cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, na Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, conjunto 72, executa em regime de contratação, por leito de assistência, ações de apoio em retaguarda aplicados a 72 (setenta e dois), leitos de média complexidade e 18 (dezoito), leitos de unidade de terapia intensiva, existentes e operantes junto a Associação Hospital Personal de Cuidados Especiais, acima qualificado.

As ações realizadas pelo INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE, ocorrem desde, 20 DE DEZEMBRO DE 2018, de forma ininterrupta, em período de 24 (vinte e quatro) horas e 7 (sete) dias por semana. O processo de contratação encontra-se vigente e operante em data atual, gerando seus efeitos jurídicos e vinculação entre as partes, configuradas por ASSOCIAÇÃO HOSPITAL PERSONAL DE CUIDADOS ESPECIAIS na condição de contratante e INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE na condição de contratada.

Os leitos dentro do volume total de 90 (noventa), estão sob a responsabilidade do INSTITUTO ED GESTÃO DE SAÚDE, no que se refere à corpo de enfermeiros, técnicos de enfermagem, atuação



de equipamentos; abastecimento de insumos ; abastecimento de medicamentos através de farmácia  
 satélite, dispensação de insumos e medicamentos aos leitos; pessoal, procedimento e peças, aplicado a  
 manutenção dos equipamentos alocados; procedimentos nutricionais aos pacientes; realização de  
 exames completos prescritos e dentro dos parâmetros contratuais.

Atesta-se que o INSTITUTO NACIONAL ED GESTÃO DE SAÚDE, CNPJ 03.028.642-0001-  
 97, encontra-se executando as ações descritas neste atestado de capacidade técnica, aplicada à 90  
 (noventa) leitos dentro das dependências da ASSOCIAÇÃO HOSPITAL PERSONAL DE CUIDADOS  
 ESPECIAIS, de forma regular e cumprindo a totalidade das ações descritas neste atestado de capacidade  
 técnica, com desempenho regular e dentro dos padrões e práticas técnicas definidas pela unidade  
 hospitalar e seus responsáveis.

Nome:		CNES:	CNPJ:
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL PERSONAL CUIDADOS ESPECIAIS		5607442	08620826000154
Nome Empresarial:		CPP:	Personalidade:
ASSOCIAÇÃO HOSPITAL PERSONAL CUIDADOS ESPECIAIS		-	JURÍDICA
Logradouro:		Número:	
RUA CARME		1016	
Complemento:		Município:	UF:
		SAO PAULO	SP
Tipo Unidade:		Gestão:	Dependência:
HOSPITAL GERAL		MUNICIPAL	INDIVIDUAL

PROFISSIONAIS SUS  
 Médicos  
 Outros:



0  
 0  
 10

PROFISSIONAIS NÃO SUS  
 Total:

Atendimento Prestado

Tipo de Atendimento:  
 INTERNACAO  
 Fluxo de Clientes:  
 ATENDIMENTO DE DEMANDA ESPONTANEA E REFERENCIADA

Convênio:  
 PARTICULAR

Leitos

secao - clinica		Leitos Existentes	Leitos SUS
Código	Nome Leitos	70	0
32	CLINICA GERAL		

**Equipamentos**

**Serviços de Apoio**

cod.s	Serviço:	Características:
03	FARMÁCIA	PRÓPRIO
04	LABORATÓRIO	PRÓPRIO
05	NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (S.A.D.)	PRÓPRIO
06	S.A.M.E. OU S.P.P. (SERVIÇO DE PRONTUÁRIO DE PACIENTE)	PRÓPRIO
09	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS	PRÓPRIO
08	SERVIÇO SOCIAL	PRÓPRIO

**Serviços Especializados**

Cod.s	Serviço:	Características:	Ambulatorial:		Hospitalar:	
			SUS:	não SUS:	SUS:	não SUS:
049	TRANSPLANTE	PRÓPRIO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO

**Serviço e Classificação**

Código:	Serviço:	Classificação:	Terceiro:	CNES:
149-005	TRANSPLANTE	ACOES PARA DOACAO E CAPTACAO DE ORGAOS E TECIDOS	NÃO	NÃO INFORMADO

Por ser o contido neste documento, reflexo da realidade dos fatos, o acima qualificado na condição de Diretor Técnico da unidade hospitalar assistida pelos serviços, firma o presente para que ele venha a surtir seus regulares efeitos.

São Paulo, 1 DE ABRIL DE 2022.

*[Handwritten Signature]*

Ângelo Badia Neto  
Dir. Técnico Associação Hospital Personal de Cuidados Especiais



**Selo Digital: ANV47865-PRN7**  
 Consulte a autenticidade em: [www.totus.com.br](http://www.totus.com.br)

Funcionário: TATIANA FERNAND  
 - 185 Pádua - 16 de Novembro de 2022

Código que a presente cópia é reprodução fiel do original em sua totalidade. Digite (01.360 - 11 de CPF)  
 Email: 012 PAMPAN: 1.08 0174 1.92 088 018

© ONCIS

**Rede Maria Emília Cândida Torres**  
 Rua Ruy de Azevedo, 300 - Alaplan / São Paulo - SP  
 Telefone: (11) 3239-3333 / Site: [www.oncis.com.br](http://www.oncis.com.br)







PROPOSTA DE TRABALHO PARA A GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE VISANDO AÇÕES INTEGRAIS VOLTADAS A UPA 24H – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO, CUJA UNIDADE ESTÁ IMPLANTADA NO MUNICÍPIO DE BAYEUX (PB) - CNES 7927908.

DEZEMBRO/2023

**PLANILHA DE CUSTO  
CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA**

PROFISSIONAL	QTDE	CARGA HORÁRIA	VALOR HORA	TOTAL
<b>MÉDICOS</b>				
Diretor Técnico / Coordenador	1	60	R\$ 160,00	R\$ 9.600,00
Médico Visitador	1	180	R\$ 120,00	R\$ 21.600,00
Médico Pediatra	1	183	R\$ 125,00	R\$ 22.875,00
Médico Especialista/interconsulta a Distância	1	24	R\$ 90,00	R\$ 2.160,00
Médico Clínico Geral de Apoio (visando garantir as transferências e intercorrências)	1	183	R\$ 120,00	R\$ 21.960,00
Médico Clínico Geral (3 DIA/2 NOITE)	4	1464	R\$ 120,00	R\$ 175.680,00
Médico Ortopedista	1	183	R\$ 120,00	R\$ 21.960,00
Médico de Ultrassom	1	183	R\$ 90,00	R\$ 16.470,00
<b>TOTAL MENSAL</b>				<b>R\$ 292.305,00</b>

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO -**

**BAYEUX**

Itens de Custeio		Mês 1	TOTAL 180 DIAS
<b>1. Pessoal e Reflexo</b>			
01.01	Salários	R\$ 376.394,80	R\$ 2.258.368,80
01.02	Encargos e Gratificações (se houver)		
01.03	Fundo de Reserva (13º e Férias)	R\$ 307.928,59	R\$ 1.847.571,52
01.04	Fundo de Reserva (Rescisões)		
01.05	Benefícios	R\$ 39.176,40	R\$ 235.058,40
<b>TOTAL (A)</b>		<b>R\$ 723.499,79</b>	<b>R\$ 4.340.998,72</b>

<b>2. Materiais e Medicamentos</b>			
02.01	Medicamentos	R\$ 55.000,00	R\$ 330.000,00
02.02	Materiais Médicos	R\$ 28.000,00	R\$ 168.000,00
02.03	Materiais de Escritório	R\$ 2.000,00	R\$ 12.000,00
02.05	Materiais de Manutenção	R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00
02.06	Materiais de Informática	R\$ 1.000,00	R\$ 6.000,00
02.07	Materiais de Higiene e Limpeza	R\$ 3.500,00	R\$ 21.000,00
02.08	Materiais Descartáveis	R\$ 2.000,00	R\$ 18.000,00
02.09	Insumos de Enfermagem	R\$ 1.000,00	R\$ 6.000,00
02.10	Uniformes e Crachás	R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00
02.11	Gêneros Alimentícios	R\$ 3.500,00	R\$ 30.000,00
<b>TOTAL (B)</b>		<b>R\$ 102.000,00</b>	<b>R\$ 627.000,00</b>



<b>3. Pessoas Jurídicas</b>			
03.01	Locação de Equipamentos	R\$ 18.500,00	R\$ 111.000,00
03.02	Médicos	R\$ 292.305,00	R\$ 1.753.830,00
03.03	Portaria e Segurança	R\$ 20.000,00	R\$ 120.000,00
03.04	Lavanderia e Esterilização	R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00
03.05	Advogado	R\$ 8.000,00	R\$ 48.000,00
03.06	Limpeza	R\$ 22.000,00	R\$ 132.000,00
03.07	Contabilidade	R\$ 8.000,00	R\$ 48.000,00
03.08	Laboratório	R\$ 35.000,00	R\$ 210.000,00
03.09	Gases Medicinais	R\$ 10.000,00	R\$ 60.000,00
03.10	Laudos a Distância por Telemedicina	R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00
03.11	Engenharia Clínica	R\$ 16.000,00	R\$ 96.000,00
03.12	Cozinha Industrial	R\$ 15.000,00	R\$ 90.000,00
03.13	Softwares	R\$ 9.000,00	R\$ 54.000,00
<b>TOTAL (C)</b>		<b>R\$ 461.805,00</b>	<b>R\$ 2.770.830,00</b>

<b>4. Gerências e Administrativas</b>			
04.02	Educação Permanente	R\$ 4.850,00	R\$ 29.100,00
04.03	Medicina Ocupacional /SESMT	R\$ 2.500,00	R\$ 15.000,00
<b>TOTAL (D)</b>		<b>R\$ 7.350,00</b>	<b>R\$ 44.100,00</b>

<b>TOTAL GERAL (A+B+C+D)</b>		<b>R\$ 1.294.654,79</b>	<b>R\$ 7.782.928,72</b>
------------------------------	--	-------------------------	-------------------------

O valor **mensal** para gerenciamento e operacionalização das atividades na UPA 24h proposto pelo INGDS é de R\$ 1.294.654,79 (Um milhão, duzentos e noventa e quatro mil, seiscentos e cinquenta e quatro reais e setenta e nove centavos).

O valor **semestral** para gerenciamento e operacionalização das atividades na UPA 24h BAYEUS proposto pelo INGDS é de R\$ 7.782.928,72 (sete milhões, setecentos e oitenta e dois mil, novecentos e vinte e oito reais e setenta e dois centavos).

LUIZ CRISTIANO DOS SANTOS DANTAS  
PRESIDENTE – INGDS



## SUMÁRIO

1	<b>APRESENTAÇÃO DADOS DA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1	Objeto. ....	7
2	<b>EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>9</b>
2.1	Comprovação Técnica .....	9
3	<b>CONHECIMENTO DE SITUAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS .....</b>	<b>10</b>
4	<b>PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES.....</b>	<b>13</b>
4.1	Estrutura Do Serviço. ....	13
4.2	Gestão Participativa .....	15
4.3	Organização de Serviços Assistenciais.....	16
4.4	Proposta de organização das atividades .....	19
4.4.1	As emergências .....	21
4.4.2	Urgências .....	21
4.4.3	Clínica Médica.....	21
4.4.4	Pediatria.....	22
4.4.5	Assistência de Enfermagem .....	22
4.4.6	SADT – Serviço De Apoio Diagnóstico E Terapêutico .....	26
4.5	Implantação de Fluxos .....	28
4.6	Implantação da Gestão .....	33
4.7	Implantação de Processos e Manuais .....	35
4.7.1	Manual e proposta de Gestão Financeira.....	35
4.7.2	Manual e proposta de Regimento Interno da Unidade.....	41
4.7.3	Manual e proposta p/ Regimento Interno do Serviço de Enfermagem.....	49
4.7.4	Manual e proposta de educação permanente em saúde/capacitação .....	69
4.7.5	Manual e proposta para atuação em protocolos .....	74
4.7.6	Manual para faturamento de procedimentos .....	74
4.7.7	Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes.....	78
4.8	Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar .....	82





4.9	Recursos Humanos .....	82
4.9.1	A Recursos Humanos proposto, descrição e carga horária .....	82
4.9.2	Tabela de Cronograma de Gestão de Pessoas .....	98
<b>5</b>	<b>ATIVIDADES VOLTADAS À QUALIDADE .....</b>	<b>124</b>
5.1	Ações Voltadas à Qualidade Objetiva – Comissões .....	125
5.1.1	Comissão De Ética Médica .....	125
5.1.2	Comissão De Ética de Enfermagem .....	128
5.1.3	Comissão De Prevenção de Acidentes pra Pacientes .....	134
5.1.4	Comissão De Controle E Infecção Hospitalar (CCIH) .....	137
5.1.5	Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – CIPA .....	141
5.1.6	Comissão De Óbitos .....	150
5.1.7	Comissão De Melhoria da Qualidade Assistencial .....	155
5.1.8	Apresentação dos Instrumento de Pesquisa de Satisfação do Usuário .....	157
5.1.9	Apresentação dos Instrumento de Pesq. de Satisfação do Trabalhador .....	161
5.2	Monitoramento de Indicadores de Desempenho .....	165
5.3	Atendimento e Produção Assistencial .....	166
5.4	Manutenção do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco .....	160
5.5	Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento .....	179
5.6	Referência e Contra-Referenciados em observação com relatório de alta transferência em consonância com as Redes de Atenção do Município .....	190
5.7	Ações voltadas à Qualidade Subjetiva .....	196
5.8	Acolhimento .....	196
5.9	Proposta De Modelo Gerencial .....	203
5.10	Laboratório de Análises Clínicas .....	207
<b>6</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS .....</b>	<b>230</b>
6.1	Higienização E Limpeza .....	230
6.2	Lavanderia .....	237
6.3	Guarda de Prontuário .....	242



6.4	Serviço De Arquivo De Médicos e Estatística .....	243
6.5	Gestão de tecnologia da informação.....	254
6.6	Gestão de Resíduos.....	268
6.7	Controle De Portaria.....	282
6.8	Segurança.....	285
6.9	Estrutura Administrativa .....	287
6.10	Unidade de faturamento.....	309
6.11	Central De Materiais E Esterilização .....	310
6.12	Central De Distrib. e Farmácia - Cadeia de Suprimentos e Apoio Logístico.....	313
	6.12.1 Almoarifado .....	317
	6.12.2 Farmácia .....	332
6.13	IN para Realização Procedimento de Compras Aquisição de Materiais.....	350
6.14	Termos de Ref. p/ Contratação de terceiros para Serviços contratados.....	365
6.15	Serviço de Atendimento à Urgências - SAU 192.....	370
6.16	Alimentação e Serviço de Nutrição e Dietética – SND.....	371
6.17	Serviço Social .....	376
6.18	Cronogramas de implantação e/ou execução das atividades.....	379
<b>7</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS .....</b>	<b>381</b>
	7.1 Manutenção Predial.....	381
	7.2 Manutenção de Equipamentos .....	386
<b>8</b>	<b>PLANILHA DE RECURSOS HUMANOS E DE CUSTEIO MENSAL .....</b>	<b>389</b>
<b>9</b>	<b>Validade da proposta .....</b>	<b>395</b>
<b>10</b>	<b>ANEXO – COMPROVAÇÕES TÉCNICAS .....</b>	<b>396</b>
<b>11</b>	<b>ANEXO – PROTOCLOS MÉDICOS E ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>397</b>



## 1 APRESENTAÇÃO - DADOS DA INSTITUIÇÃO

Razão Social: **INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE**

CNPJ: 03.028.642/0001-97

Sede: Rua Tenente Gomes Ribeiro, 212, Cj. 72, Vila Clementino, São Paulo, CEP 04038-040

Fone: (11) 51949501

E-mail: [contato@ings.org.br](mailto:contato@ings.org.br)

Site: [www.ings.org.br](http://www.ings.org.br)

Diretor Presidente: Luiz Cristiano dos Santos Dantas - CPF nº 315.003.688-73

## HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO, PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA

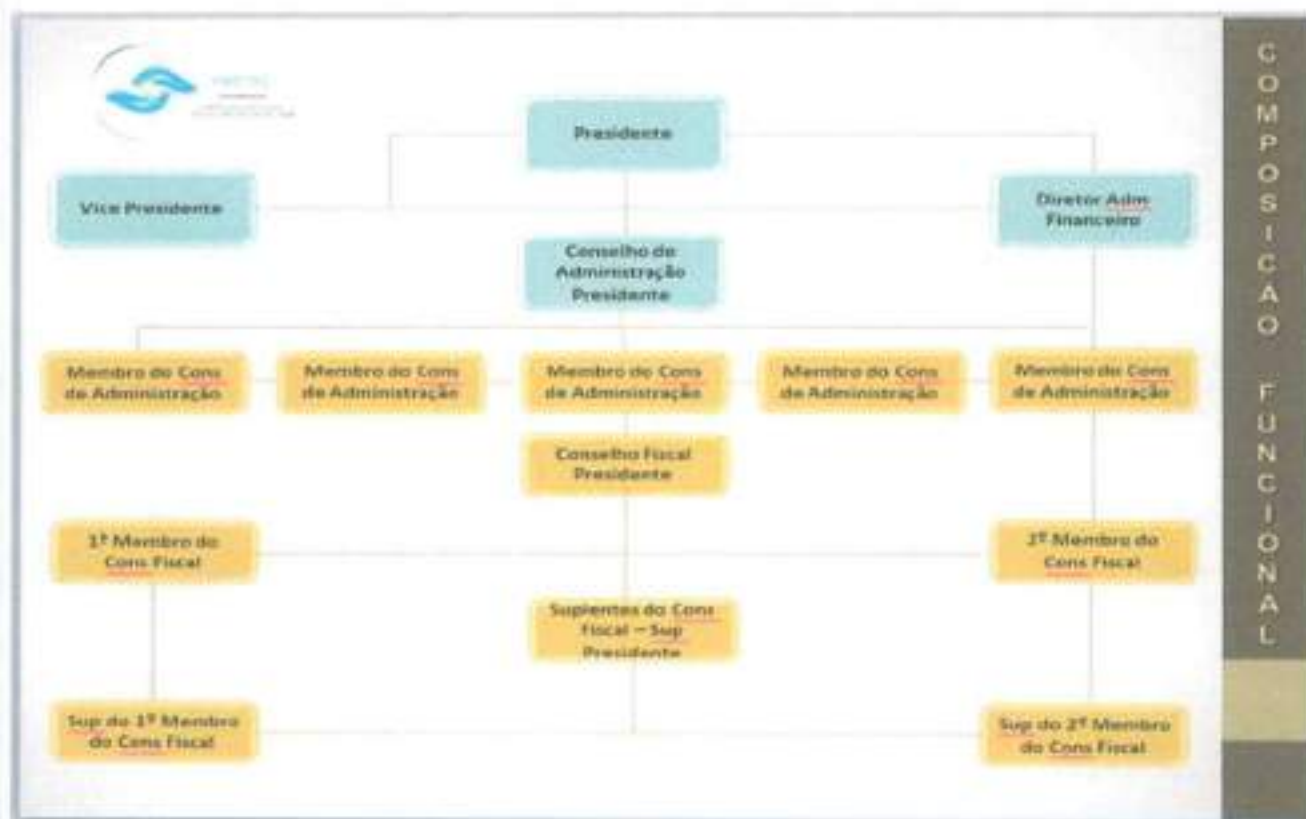
O INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE – INGDS é uma instituição não governamental, sem fins lucrativos, sendo qualificada como Organização Social de Saúde (OSS), com foco de atuação na área de saúde e que trabalha em parceria com Estados e Municípios, priorizando a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Atua a mais de 25 anos, por prazo indeterminado e regida pelo presente Estatuto e legislação regulamentadora, sem qualquer vinculação política ou religiosa, de caráter, assistencial e filantrópica, com ênfase na prestação de serviços gratuitos de Assistência Social, Educação e Saúde, na promoção, prevenção e atenção à saúde, nela inclusos assistência médica e odontológica ao Cidadão Assistido do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como atividades de promoção e desenvolvimento de Ensino e Pesquisa e de Operacionalização da Gestão em Serviços de Saúde.

Seguimos as diretrizes da Lei Federal nº 9.637, de 15 de maio de 1998, Leis Estaduais e Municipais vigentes que dispõem sobre a qualificação de entidades, desde 2006. Atua na área de saúde e Educação em todo território nacional.

Disponibilizamos a todos os nossos colaboradores a possibilidade de participar, juntamente com sua equipe e planejamento, no assessoramento, implementação e execução dos programas e projetos – objeto de parcerias com o Poder Público. Nossos colaboradores têm acesso ao trabalho e/ou atendimento da equipe de logística, que atua nas relações do trabalho, visando a aplicação do conhecimento na compreensão, intervenção e desenvolvimento das relações e dos processos inter/intrapessoais, inter/intragrupais, em suas articulações com as dimensões política, econômica, social e cultura.

## APRESENTAÇÃO DO ORGANOGRAMA DOS MEMBROS DIRETIVOS DA INGDS - INSTITUTO NACIONAL DE GESTÃO DE SAÚDE



### 1.1 Objeto

Trata-se de gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde visando ações integrais voltadas a UPA – Unidade de Pronto Atendimento, cuja unidade é denominada UPA 24h Bayeux.

Uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é uma estrutura de saúde que tem como objetivo oferecer atendimento emergencial e ambulatorial de baixa complexidade, visando o atendimento rápido e eficiente aos pacientes. Abaixo estão algumas características comuns de uma UPA:

- **Atendimento 24 horas:** As UPAs estão abertas 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive feriados. Elas estão preparadas para receber pacientes a qualquer momento, independentemente do horário.
- **Equipe multiprofissional:** As UPAs contam com uma equipe de profissionais de saúde multidisciplinar, que inclui médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros profissionais de saúde, dependendo da estrutura e demanda local.
- **Triagem e classificação de risco:** Ao chegar em uma UPA, os pacientes passam por uma triagem para determinar a gravidade do seu quadro clínico. Isso permite classificar os casos por ordem de urgência e priorizar o atendimento aos pacientes mais graves.



- **Atendimento de urgência e emergência:** As UPAs são preparadas para atender casos de urgência e emergência de baixa complexidade, como traumas leves, crises hipertensivas, cólicas renais, febre alta, entre outros. Elas não possuem capacidade para tratar casos de alta complexidade, que geralmente são encaminhados para hospitais especializados.
- **Exames e procedimentos básicos:** As UPAs têm capacidade para realizar exames e procedimentos básicos, como radiografias simples, suturas, curativos, coleta de amostras para exames laboratoriais, administração de medicamentos, entre outros.
- **Internação breve:** Em alguns casos, as UPAs possuem leitos de observação para internação breve de pacientes que necessitam de monitoramento por um curto período de tempo, até que seja definida a necessidade de transferência para um hospital.
- **Regulação de leitos:** As UPAs estão integradas a um sistema de regulação de leitos, que permite o encaminhamento adequado dos pacientes que necessitam de internação para hospitais de maior complexidade.
- **Acolhimento humanizado:** As UPAs buscam oferecer um atendimento humanizado, com respeito à dignidade e privacidade dos pacientes. Os profissionais são treinados para lidar com situações de emergência e proporcionar um ambiente acolhedor.

O Serviço de Atendimento de Urgência (SAU 192) é um serviço de emergência médica disponível no Brasil. Ele é responsável por prestar atendimento pré-hospitalar, oferecendo socorro médico especializado em casos de urgência e emergência. Abaixo estão as principais características do serviço.

### Característica Da Rede Da Assistência Do Município



Fonte: Google – Mapa do município Bayeux-PB

Isso pode ser feito por meio de notificações obrigatórias de profissionais de saúde, registros médicos, laboratórios, sistemas de informação de saúde e outros meios de coleta de dados.

Análise e interpretação de dados: Os dados coletados são analisados para identificar padrões, tendências e características relevantes. Isso pode envolver a aplicação de métodos estatísticos, modelagem matemática e técnicas de epidemiologia descritiva. A interpretação dos dados ajuda a compreender a natureza da doença, sua gravidade, os grupos populacionais afetados e os fatores de risco associados.

Deteção de surtos e eventos incomuns: A vigilância epidemiológica é especialmente importante na detecção precoce de surtos de doenças ou eventos de saúde incomuns. A análise dos dados permite identificar padrões anormais de ocorrência de doenças, como um aumento repentino no número de casos ou a identificação de grupos de pessoas afetadas por uma mesma doença. Essas informações ajudam a acionar uma resposta rápida para controlar e prevenir a disseminação da doença.

Comunicação e informação: A vigilância epidemiológica envolve a comunicação de informações relevantes para profissionais de saúde, autoridades de saúde pública e o público em geral. Isso inclui a divulgação de alertas, relatórios epidemiológicos, orientações de prevenção e outras informações para garantir que as pessoas estejam cientes dos riscos à saúde e das medidas a serem adotadas.

Intervenções e medidas de controle: Com base nas informações coletadas e analisadas, a vigilância epidemiológica orienta a implementação de intervenções e medidas de controle apropriadas. Isso pode incluir ações como vacinação, tratamento de casos, investigação de surtos, isolamento de indivíduos infectados, educação em saúde, melhoria de práticas sanitárias e outras estratégias destinadas a prevenir a propagação da doença.

A vigilância epidemiológica desempenha um papel fundamental na prevenção e controle de doenças, na resposta a surtos e na promoção da saúde pública. Ela fornece uma base de evidências para embasar as decisões de políticas de saúde e ajuda a garantir a saúde e bem-estar da população.

## **Característica da Rede da Assistência do Município**

### **Características Demográficas e Socioeconômicas do Município de Bayeux (IBGE 2022)**

- População estimada: 82.742 pessoas (2023)
- Densidade Demográfica: 2.986,54 hab/km<sup>2</sup> (2023)
- Escolarização 6 a 14 anos - 96,40 % (2010)
- IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal - 0,649 (2010)
- PIB Per capita: R\$ 13.276,89 (2020)



## **Características Demográficas e Socioeconômicas do Município de Bayeux**

### **(IBGE 2022)**

- População estimada: 82.742 pessoas (2022)
- Densidade Demográfica: 2.986,54 hab/km<sup>2</sup> (2023)
- Escolarização 6 a 14 anos - 96,4 % (2010)
- IDHM Índice de desenvolvimento humano municipal - 0,649 (2010)
- PIB Per capita: R\$ 13.276,89 (2020)

## **2 EXPERIÊNCIA**

### **2.1 Comprovação Técnica**

A comprovação da EXPERIÊNCIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL segue Anexo a este Plano de Trabalho.

O INGDS, possui vasta experiência na gestão de serviços de saúde em diversos ramos de atuação. Abaixo segue a descrição de alguns deles:

## **NOSSOS SERVIÇOS**

### **• GESTÃO PLENA E FORNECIMENTO DE MÃO DE OBRA**

- ✓ Estudo de Viabilidade Técnica e Econômica
- ✓ Atendimentos de Urgência e Emergência
- ✓ Rede Básicas de Saúde
- ✓ Maternidade
- ✓ Contratação e disponibilização de profissionais da área da saúde
- ✓ Médicos em todas as especialidades
- ✓ Contratação e disponibilização de profissionais da área Administrativa
- ✓ Recepcionista, Ascensorista, Segurança e Auxiliar de serviços Gerais.
- ✓ Laboratórios Clínicos
- ✓ Informatização da Administração

- ✓ SND – Serviços de Nutrição e Dietética
- ✓ Sistema de Farmácias

### 3 CONHECIMENTO DE SITUAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS

Bayeux é um município localizado no estado da Paraíba, Brasil. A cidade faz parte da região metropolitana de João Pessoa e possui uma população de aproximadamente 83 mil habitantes. Vamos analisar algumas das principais características epidemiológicas de Baxeux:

**Demografia:** A população de Baxeux é relativamente jovem, com uma proporção significativa de crianças e adultos jovens. Essa faixa etária pode influenciar a prevalência de certas doenças, como infecções respiratórias e doenças transmitidas sexualmente.

**Infraestrutura de saúde:** Baxeux possui uma rede de atenção básica de saúde composta por unidades de saúde, que oferecem serviços de cuidados primários à população. Além disso, o município conta com hospitais e clínicas especializadas para atendimento secundário e terciário. A disponibilidade e qualidade desses serviços de saúde podem influenciar a resposta às doenças e a capacidade de detecção e controle de surtos epidemiológicos.

**Principais doenças:** As doenças mais comuns em Baxeux são semelhantes às do restante do país. Isso inclui doenças infecciosas como dengue, febre amarela, chikungunya e zika, transmitidas por mosquitos. Além disso, doenças respiratórias, como gripes e resfriados, também são comuns, especialmente durante os períodos de clima frio.

**Programas de prevenção e controle:** A Prefeitura de Baxeux possui programas de prevenção e controle de doenças, como campanhas de vacinação, monitoramento de casos de dengue e atividades de educação em saúde. Essas ações têm como objetivo promover a conscientização e adoção de práticas saudáveis na população, além de prevenir surtos e epidemias.

**Vigilância epidemiológica:** O município possui um sistema de vigilância epidemiológica, que monitora a ocorrência de doenças e surtos. Isso inclui a notificação obrigatória de certas doenças, o rastreamento de contatos e a investigação de casos suspeitos. A vigilância epidemiológica é fundamental para a detecção precoce de surtos e a implementação de medidas de controle adequadas.

A vigilância epidemiológica é um componente essencial da saúde pública que se concentra na coleta, análise e interpretação sistemática de dados sobre doenças e outros eventos de saúde em uma população. Seu objetivo principal é monitorar a ocorrência e distribuição de doenças, identificar tendências, detectar surtos e implementar medidas de controle adequadas. Aqui estão algumas características importantes da vigilância epidemiológica:

**Coleta de dados:** A vigilância epidemiológica envolve a coleta sistemática de dados sobre eventos de saúde relevantes, como casos de doenças, lesões ou outras condições de interesse público.



**ATUAÇÃO:**

Respeitar as diretrizes das Políticas Públicas de Saúde de qualquer Município, obedecendo as Legislações pertinentes a cada um deles, assim como a legislação Estadual e Federal.

**MISSÃO:**

Promover ações integradas de assistência à saúde.

**VISÃO:**

Ser reconhecida nacionalmente, como organização humanizada em assistência à saúde

**VALORES:**

Humanização

Qualidade

Responsabilidade

Inovação

Equidade

Integralidade



## 4 PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

### 4.1 Estrutura Do Serviço

Toda a assistência voltada a Unidade de Pronto Atendimento – UPA é organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização dos serviços, na organização de linhas de cuidado, na regulação do acesso e complementa os serviços assistenciais já existentes, os quais integram a rede de assistência municipal, consoante aos fluxos, protocolos e normas técnicas, originadas pelos órgãos competentes, tais como Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Vigilância em Saúde e demais.

#### Caracterização Da Unidades a ser gerenciada

UPA – UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	
Ambiente	Nº de salas
Área Recepção	2
Ambiente para Triagem	1
Consultórios Médicos	2
Leitos de Urgência e Emergência;	2
Leitos misto de Observação (leitos e poltronas)	4
Leitos de pediatria	2
Leitos isolamento	2
Sala de Medicação 04 poltronas e 15 cadeiras	1
Sala para Imobilização	1
Sala de procedimento	1
Farmácia Central	1
Farmácia Satélite	1



<b>Ambiente</b>
Entrada alternativa para Urgências
CME – Centro de Materiais e Esterilização
Higienização e Limpeza
Manutenção Equipamentos
Leitos misto de Observação (leitos e poltronas)
Administração
Sala de Radiologia – Raio-x.

<b>LEITOS CLÍNICOS DE RETAGUARDA HOSPITALAR</b>	
<b>Ambiente</b>	<b>Nº de salas</b>
Leito de Isolamento	1
Leitos de Clínica Geral	8
Leitos de Saúde Mental	0
Leitos Pediátricos	2

#### **4.2 Gestão Participativa**

O SUS tem como um de seus eixos principais a democratização e para cumprirem seu papel social, e a instituição deve, e irá, atender às necessidades do público interno e externo. A gestão conjunta deve propiciar os espaços e momentos de interação entre todos, como a equipe operacional, assistencial, gestores e usuários, para ajuste alinhar as expectativas, através de comunicação assertiva onde as várias razões possam ser analisadas e pactuadas. O grande desafio para todos nós que almejamos o fortalecimento dos serviços públicos é pensar e concretizar um sistema de gestão que assegure a implementação das diretrizes do SUS e garantindo motivação, capacidade de reflexão, aumento da autoestima, fortalecimento do protagonismo e da criatividade colaboradores e o senso de responsabilidade social ativa.

### 4.3 Organização de Serviços Assistenciais

#### a. Responsável técnico (médico)

Entre as funções do diretor técnico destaca-se: zelar pelo cumprimento dos contratos dos credenciados, pelas adequadas condições ambientais e físicas do ambiente de trabalho oferecidas pelos seus contratados aos pacientes e pela qualidade dos equipamentos e insumos oferecidos aos pacientes; zelar para que a auditoria de procedimentos médicos seja feita apenas por auditores médicos. A elaboração de escalas de plantão. O diretor técnico não tem agora só a responsabilidade de prover a contratação, ele tem que acompanhar as escalas, para diminuir essas lacunas e as faltas. Certificar-se da habilitação dos médicos, da sua qualificação como especialista com registro no Conselho de Medicina.

As principais atribuições do Diretor Técnico, a Resolução CFM nº 1.342/91 determina que cabe a ele:

- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- Cientificar à Mesa Administrativa da instituição das irregularidades que se relacionem com a boa ordem, asseio e disciplina hospitalares;
- Executar e fazer executar a orientação dada pela instituição em matéria administrativa;
- Representar a instituição em suas relações com as autoridades sanitárias e outras, quando exigirem a legislação em vigor;
- Manter perfeito relacionamento com os membros do Corpo Clínico da instituição;
- Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição;
- Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.
- Coordenação de Enfermagem

#### b. O Coordenador de Enfermagem

O coordenador é responsável pela organização do trabalho da equipe de enfermagem na unidade, e pelo desenvolvimento do processo de trabalho na assistência, estimular o trabalho em equipe por meio da participação, da comunicação, do exercício de autonomia e da criatividade. Promover e implementar a integração multiprofissional no cotidiano da assistência de enfermagem, incentivar o processo de sistematização da assistência de enfermagem, planejar e encaminhar as escalas de trabalho para o RH, incentivar a reflexão sobre a assistência de enfermagem, buscando



a eficiência e eficácia no processo de trabalho, planejar e realizar qualificação do trabalhador de enfermagem.

O coordenador deve, ainda, favorecer a descentralização da tomada de decisões, ampliando a participação dos profissionais de enfermagem, sem comprometer a eficiência e eficácia na assistência de enfermagem.

### **c. Supervisor Administrativo**

Compete à supervisão, ordenar os serviços de apoio administrativo da UPA:

- Supervisionar a produção dos serviços de apoio técnico e administrativo;
- Formular e propor políticas, diretrizes, normas e procedimentos que orientem e disciplinem as gestões de pessoas e de recursos materiais e patrimoniais;
- Verificar o cumprimento das diretrizes estabelecidas para a sua área de atuação;
- Supervisionar e apoiar as atividades da equipe de trabalho na unidade;
- Supervisionar a execução de plano permanente de capacitação, treinamento e desenvolvimento profissional dos profissionais nas áreas técnica, gerencial e intelectual;
- Participar interativamente no processo de planejamento das ações necessárias ao cumprimento dos objetivos institucionais, relativamente à gestão administrativa;
- Elaborar o plano anual de trabalho e propor melhorias de investimentos consoante às diretrizes e políticas estabelecidas;
- Zelar pela aplicação dos princípios éticos e constitucionais, e pelos objetivos institucionais nos atos praticados no âmbito da unidade;
- Supervisionar as atividades de produção da unidade, para posterior elaboração de relatório de atividades;
- Participar de reuniões na Secretaria de Saúde para discutir as demandas e ações e metas estabelecidas no contrato;
- Estabelecer um relacionamento estreito com a equipe da Secretaria, afinal a Unidade é, e será sempre uma unidade de saúde pertencente ao município, a OS está administrando em parceria;
- Manter a Comissão de Avaliação do Contrato e o Conselho Municipal de Saúde, atualizada de todas as ações e melhorias realizadas na Unidade;
- Elaborar em conjunto com a equipe corporativa todos os relatórios de metas mensal que serão encaminhados para a Secretaria;

- Participar de reuniões na sede da INGDS, para discutir e analisar os indicadores, planejamento das atividades, redimensionamento de equipe, apresentação dos resultados alcançados da produtividade.

#### **e. Serviço social**

Os assistentes sociais trabalham em parceria com outros profissionais, portanto a importância da consciência coletiva de todos, para que o bem-estar do paciente seja o foco principal. As principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de internação, urgência, emergência e atendimento.

#### **Compatibilização da proposta com as diretrizes da Secretaria de Saúde**

Os objetivos principais da unidade de atendimento - UPA em articulação com a INGDS são:

- Acolher os usuários e seus familiares sempre que buscarem atendimento na unidade de saúde;
- Articular-se com a rede de Atenção Básica de Saúde, SAU/192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando esses fluxos por meio de Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região;
- Proporcionar atendimento eficiente e com qualidade aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica;
- Prestar primeiro atendimento, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, para definir em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- Prover e apoiar retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica à Saúde;
- Trabalhar como local de apoio e estabilização de pacientes atendidos pelo SAU/192;
- Realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade apoiando a rede básica;
- Oferecer apoio diagnóstico e terapêutico ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- Manter pacientes em observação, por período de até 24 (vinte e quatro) horas, para definir o diagnóstico e/ou estabilizar clinicamente;
- Encaminhar para internação em serviços hospitalares, através das centrais reguladoras, os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24(vinte e quatro) horas de observação;



- Prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à RUE a partir da complexidade clínica, cirúrgica ou traumática do usuário;
- Identificar o paciente que necessita de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

#### 4.4 Proposta de organização das atividades

A excelência operacional atinge-se através da integração e coordenação das diversas funções e processos para que a tomada de decisões seja o mais célere possível. O objetivo máximo é atingir a qualidade da prestação do serviço e a satisfação do usuário. Interessa acima de tudo prestar serviços com padrão de qualidade.

Atualmente, o ponto forte de uma organização social de saúde deve residir na relação de proximidade que desenvolve com os gestores locais e na eficiência com que faz chegar os seus serviços à população.

A Instituição é o que ela faz, a gestão da INGDS aplicará metodologia de qualidade aos processos pois, é necessário e importante, requer muito trabalho e atenção. É um processo progressivo e contínuo, pois a todo o momento, busca-se a excelência, identificando melhorias e formas mais inovadoras de realizar o que é necessário, atuando como diferenciais competitivos e meios de se diminuir custos.

A (Qualidade) dentro de uma organização de saúde é um processo que necessita de planejamento e muito treinamento, para que faça parte da prestação do serviço e traga os benefícios esperados. É um processo diretamente dependente do apoio da administração, conscientização, participação e envolvimento de todos os colaboradores da instituição com liberdade para criar e sugerir, elogiar e criticar em sua área e outras, apenas com tais direitos e atribuições, poderá a organização atingir os seus objetivos e a satisfação dos usuários e dos colaboradores que atuam na unidade.

Para realização dos serviços será contratado para gestor da unidade um profissional de nível superior com **experiência na área de gestão de serviços de saúde.**

## Urgência e emergência e a interface com a rede de atenção à saúde



As atividades desempenhadas:

- Prestar atendimento médico de urgências e emergências, tais como acidente vascular encefálico, síndrome coronariana aguda e politraumas;
- Realizar procedimentos como intubação orotraqueal, passagem de cateter venoso central, drenagem de tórax, suturas;
- Executar terapias e exames de diagnóstico, atuando nas áreas assistenciais, de acordo com as normas estabelecidas pela instituição e Código de Ética Médica;
- Prestar atendimento médico de intercorrências de pacientes em observação na unidade;
- Evoluir e prescrever pacientes que estejam em observação quando necessário;
- Ser a referência médica na unidade para eventuais discussões de casos com os demais médicos de plantão quando necessário;
- Participar do Programa de Educação Médica Continuada

### 4.4.1 As emergências

Serão admitidas em entrada exclusiva, direto (na sala de emergência), mediante acionamento da campainha de emergência. Esta campainha é acionada pelo segurança do portão de entrada quando identifica a chegada de ambulância ou carro cujo ocupante (motorista) diz tratar-se de emergência. Ao soar a campainha de emergência no corredor interno da UPA (dois toques consecutivos), médicos e enfermagem direcionam-se à porta para receberem o paciente a critério de emergência, prioridade vermelha;



#### **4.4.2 Urgências**

Pacientes em situação clínica que não oferecem os riscos da emergência, mas que necessitam de procedimento médico priorizado serão atendidos nos consultórios, salas de procedimentos e sala de emergência;

#### **4.4.3 Clínica Médica**

A equipe da clínica médica atenderá os casos encaminhados pela equipe de acolhimento e classificação de risco e os de emergência e procederá de acordo com os protocolos clínicos adotados para cada procedimento. Os principais atendimentos da clínica médica nas unidades de urgências e emergências são: alterações de comportamento – delírio/agitação, rebaixamento do nível de consciência, convulsões, cefaléia, vertigem, síndrome de abstinência alcoólica, reações anafiláticas, urticária, intoxicações exógenas, abordagem ao paciente com dispnéia, asma brônquica, algoritmo de asma brônquica, hemoptise, náusea e vômitos, hemorragia digestiva, emergências abdominais não traumáticas, apendicite, pancreatite aguda, colecistite aguda e cólica biliar, cólica renal, obstrução intestinal, cetoacidose diabética, hipoglicemia, coma hiperosmolar não cetótico, hipernatremia grave, acidose metabólica, hipercalemia, hiponatremia grave, hipocalcemia, oclusão arterial aguda de extremidade, tromboflebite superficial, trombose venosa profunda, deglutição de corpo estranho, desidratação, glaucoma de ângulo fechado, olho vermelho, dor cervical e lombar, artrite gotosa, dor ciática, dor escrotal, insuficiência renal aguda, oligúria ou anúria, disúria, insuficiência hepática aguda, cirrose, sepsis entre outros.

#### **4.4.4 Pediatria**

A equipe atenderá os casos encaminhados pela equipe de acolhimento e classificação de risco como também os de emergência e procederá de acordo com os protocolos clínicos e de urgência e emergência adotados para cada procedimento. Um profissional de enfermagem (nível superior) treinado em emergências pediátricas fará a classificação de acordo com o protocolo de atendimento para as urgências pediátricas (verificará a temperatura, peso e realizará um breve exame físico) e encaminhará ao pediatra. Os casos de emergência serão encaminhados prontamente à sala de emergência pediátrica. Os principais atendimentos são: parada cardiorrespiratória, estabilização pós-ressuscitação cardiorrespiratória, traumatismo cranioencefálico leve e moderado, traumatismo raqui medular, pequenos ferimentos, traumas ocular e dentário, acidentes por submersão, intoxicações agudas, acidentes por animais peçonhentos, queimaduras, crises convulsivas, asma aguda grave, cetoacidose diabética, distúrbios hemorrágicos, obstrução de vias aéreas por corpo estranho, laringotraqueite aguda e epiglotite bacteriana, choque, desconforto e falência respiratória, insuficiência respiratória entre outros.

#### 4.4.5 Assistência de Enfermagem

Elabora, implementa e supervisiona, em conjunto com a equipe médica e multidisciplinar, o Protocolo de Atenção em Emergências (PAE) nas bases do acolhimento e classificação de risco, pré-atendimento, regulação dos fluxos e humanização do cuidado;

- Presta o cuidado ao paciente juntamente com o médico;
- Prepara e ministra medicamentos;
- Viabiliza a execução de exames complementares necessários à diagnose;
- Instala sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes;
- Realiza curativos de maior complexidade;
- Preparam instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação, auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos;
- Realiza o controle dos sinais vitais;
- Executa a consulta de enfermagem, diagnóstico, plano de cuidados, terapêutica em enfermagem e evolução dos pacientes registrando no prontuário;
- Administra, coordena, qualifica e supervisionam todo o cuidado ao paciente, o serviço de enfermagem em emergência e a equipe de enfermagem sob sua gerência.

##### a. **Atividades administrativas efetuadas pelo enfermeiro, destacam-se:**

- Realiza a estatística dos atendimentos ocorridos na unidade;
- Lidera a equipe de enfermagem no atendimento dos pacientes críticos e não críticos;
- Coordena as atividades do pessoal de recepção, hotelaria, limpeza e portaria;
- Soluciona problemas decorrentes com o atendimento médico-ambulatorial;
- Aloca pessoal e recursos materiais necessários;
- Realiza a escala diária e mensal da equipe de enfermagem;
- Controla estoque de material, insumos e medicamentos;
- Verifica a necessidade de manutenção dos equipamentos do setor.
- Em relação às atividades de ensino exercidas pelo enfermeiro, ressaltamos que este profissional na sua prática diária orienta a equipe de enfermagem na realização da pré-consulta e promove treinamento em serviço sobre os protocolos de atendimento e novos procedimentos, educação continuada e permanente inerente às atividades de enfermagem em emergências.



**b. Admissão do paciente para internação**

A equipe de enfermagem responsável pelo setor receberá o paciente somente após o mesmo ter passado pelo Setor de Internação (recepção), O paciente deverá vir acompanhado por alguém do Setor, com a ficha de atendimento, conferir a ficha de atendimento, observando: laudo médico, prescrição médica e exames anexos e encaminhar o paciente para o leito conforme o manual de normas e rotinas de enfermagem, disponibilizado na unidade.

**c. Alta do paciente**

Confirmar a alta do paciente junto ao médico plantonista, aguardar familiares para receber o paciente, comunicar ao paciente sua alta, transportando-o na maca ou cadeira de rodas, registrar a alta na evolução de enfermagem e entregar ficha de atendimento completo e corrigido no setor de destino e providenciar desinfecção do leito, conforme estabelecido no manual de normas e rotinas.

**d. Transferência do paciente (externo)**

Enviar ao setor de regulação por fax (ou outro meio) o formulário preenchido e assinado pelo médico de plantão, logo após telefonar para o médico responsável pelo setor de regulação para que o médico plantonista da unidade explique a gravidade da situação do paciente. Após a autorização de transferência, comunicar à família, providenciar o acompanhamento médico, se necessário, providenciar o encaminhamento médico e cópia dos laudos de exames realizados, solicitar transporte, registrar no livro de ocorrência e censo e acomodar o paciente na ambulância, conforme o manual de normas e rotinas.

**e. Sala de Medicação**

Todos os pacientes que necessitem de alguma medicação serão encaminhados para sala de medicação. Paciente que necessitem de medicações endovenosas que demandem tempo superior a 60 minutos deverão ser encaminhados à Observação.

**f. Verificação de Sinais Vitais**

Preparar bandeja contendo todo o material necessário: esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, algodão, álcool a 70%, caneta e papel, verificar todos os sinais vitais do paciente, anotar o resultado no prontuário e observar anormalidades e comunicar ao médico de plantão – manual de normas e rotinas.

**g. Administração de Medicação**

Observar o prontuário do paciente, antes de administrar a medicação, administrar as medicações, observando a via prescrita pelo médico, administrar a medicação logo após o preparo, observar

instituição de antibióticos com outras medicações e observar no prontuário o horário da medicação e checar

#### **h. Critérios de Admissão de pacientes na Observação da UPA**

O tempo máximo para cada paciente ficar em observação na unidade é de até 24 horas. Serão encaminhados à Observação os pacientes com os seguintes sinais e sintomas:

- Apresentem instabilidade de sinais vitais, fora dos padrões de normalidade para a idade do paciente, sem antecedentes clínicos que justifiquem (ver tabela de sinais vitais nos critérios de admissão);
- Necessitem de monitoração cardíaca: presença ou risco de apresentar arritmias cardíacas (devido às condições clínicas, tratamentos ou procedimentos), risco de PCR;
- Precisem de instalação de via endovenosa para hidratação e/ou medicação;
- Necessitem de monitorização constante de glicemia;
- Precisem de observação do nível de consciência;
- Necessitem de observação para monitorização dos níveis de oxigenação bem como da utilização de equipamentos para suporte à ventilação;
- Precisem de observação para investigação diagnóstica;
- Necessitem de observação pós-sedação;
- Careçam de observação para acompanhamento da dor;
- Precisem de observação por apresentar agitação psicomotora;
- Necessitem de observação devido à intoxicação exógena;
- Necessitem de observação para monitorização de reações adversas;
- Careçam de observação para monitorização e acompanhamento da pressão arterial;
- Apresentem impossibilidade de locomoção e necessitem aguardar a evolução do quadro, bem como resultado de exames;
- Necessitem aguardar vaga em qualquer unidade;
- Precisem aguardar para realizar exames em outra unidade.

#### **i. Critérios de Alta de Pacientes na UPA que NÃO necessitem de Observação Clínica**

O paciente somente poderá deixar a Unidade com alta se estiver em condições de dar continuidade ao seu tratamento, sem a necessidade de suporte da equipe assistencial, e se apresentar as condições clínicas definidas pelos protocolos médicos da unidade.



#### **j. Critérios de Alta de Pacientes que permaneceram em Observação Clínica na UPA**

Os pacientes poderão receber alta para os seguintes destinos: residência ou internação em outra unidade de referência de acordo com a determinação do médico.

### **4.4.6 SADT – Serviço De Apoio Diagnóstico E Terapêutico**

#### **4.4.6.1 Exames Clínicos Laboratoriais**

Serão realizados por de acordo com a solicitação da equipe médica que determinará a prioridade da equipe de enfermagem: verificar a prescrição de solicitação de exames, verificar se o pedido está feito e completo, anotar no livro de ocorrência o comunicado, solicitar os resultados se for o caso com urgência, comunicar ao médico de plantão a chegada dos resultados e anexar o resultado no prontuário e na folha de exames complementares. Os serviços serão prestados por empresa contratada pelo município de Bayeux, e estarão disponibilizados para a unidade, durante 24h por dia, todos os dias da semana.

#### **4.4.6.2 Exames de Diagnóstico por Imagem**

**a. Serviço de ECG** - O serviço de Eletrocardiograma de urgência deverá ser disponibilizado aos usuários da UPA, nas 24 horas de funcionamento da unidade. O eletrocardiograma é um exame que permite a avaliação elétrica da atividade cardíaca (potenciais elétricos) e da sua condução, registrada em gráficos que são comparados com gráficos padrão e que indicam, assim, o estado de normalidade ou de alteração dos músculos e nervos do coração. A atividade elétrica cardíaca é dada pela variação da quantidade de íons de sódio dentro e fora das células musculares cardíacas, a qual gera diferenças de concentrações desses íons na periferia do corpo. São essas diferenças, captadas por eletrodos sensíveis colocados em pontos específicos do corpo, que são registradas nos gráficos do eletrocardiograma. Apesar de ser de execução muito simples, o eletrocardiograma é um exame muito importante em cardiologia, pois ele permite diagnosticar desde condições ligeiras até outras muito graves, como os infartos do miocárdio, por exemplo.

Esse aparelho registra as alterações de potencial elétrico entre dois pontos do corpo, gerando uma imagem linear, em ondas de padrão rítmico, as quais têm significações clínicas particulares reconhecidas.

**b. Exame de Raio X** - com digitalização de imagem e confecção de laudo para atendimento geral, permitindo realizar radiografias de crânio, tórax, coluna, abdômen e extremidades, com o paciente deitado ou em pé no bucky mural, material de consumo, mão-de-obra especializada para realizar procedimentos de acordo com a solicitação da equipe médica que determinará a prioridade e a equipe de enfermagem o qual se certificará se o pedido de exame está devidamente preenchido, solicitar ao serviço radiológico a realização dos exames e comunicar se for urgente, realizar o registro conforme rotina do setor, acompanhar sempre o paciente para realizar o exame, encaminhar o paciente ao setor em cadeira de roda ou maca, comunicar ao médico de plantão o resultado e arquivar a 1ª via do laudo no prontuário e anexar a 2ª via do laudo a imagem.



**c. Exames de Ultrassonografia** - Segundo especialistas, o ultrassom apresenta muitas vantagens, como ser um recurso de baixo custo, não usar contraste, poder ser usado com segurança em gestantes e crianças e, além da apendicite, diagnosticar doenças pélvicas de origem ginecológica - muito comuns nos quadros abdominais agudos das mulheres. O tratamento da apendicite aguda é sempre cirúrgico, podendo ser realizado tanto de forma aberta, quanto por laparoscopia - procedimento minimamente invasivo.

O ultrassom abdominal serve para investigar a dor no abdômen, se existem líquidos nessa região, ou avaliar órgãos como o fígado, rins, presença de massas e em caso de traumatismo ou pancada, na região da barriga. Além de também ser útil em caso de avaliação dos rins e as vias urinárias, por exemplo.

O ultrassom é portátil, sem radiação ionizante e permite ao clínico realizar exames rapidamente e repetidamente para obter informações de diagnóstico. Apesar de poucos ensaios clínicos randomizados terem sido realizados, vários estudos de observação prospectiva sugerem que o ultrassom fornece informações precisas e úteis para o clínico que realiza a avaliação inicial do paciente adulto com traumatismo no abdômen ou no tórax.

A apendicite aguda é uma emergência abdominal comum que atinge 7% da população em algum momento da vida.

O exame clínico representa um desafio para médicos e cirurgiões, os exames de imagem desempenham um papel fundamental no diagnóstico de pacientes com suspeita desse tipo de emergência. "O ultrassom está na linha de frente dos exames utilizados para um primeiro diagnóstico de apendicite aguda. Além das dores no abdome, é importante considerar outros sintomas, como perda de apetite, náuseas, vômito, febre e paralisação do intestino.

### **Horários de funcionamento, atividade programada e urgente, dos serviços diagnósticos.**

A unidade disponibilizará o atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia, 07 dias por semana ininterruptamente.

Atividades Programadas na rotina dos exames de SADT, serão estabelecidas em dois momentos diários:

- As coletas para os exames de análises clínicas dos pacientes internados, pela manhã as 7:30hs e a tarde as 17:00hs:
- Os exames de Raio X e ultrassonografia, serão realizados de acordo com a demanda do médico plantonista em qualquer período do dia.
- Os exames de SADT para os pacientes em estado de urgência e emergência, serão realizados sempre com prioridade em qualquer momento.
- Os exames de ultrassonografia serão disponibilizados no período diurno de 07:00hs as 19:00hs de segunda a domingo, 07 dias por semana.
- Os exames de Raio X e análises clínicas serão disponibilizados 24 horas por dia ininterruptamente nos 07 dias da semana.



## 4.5 Implantação de Fluxos

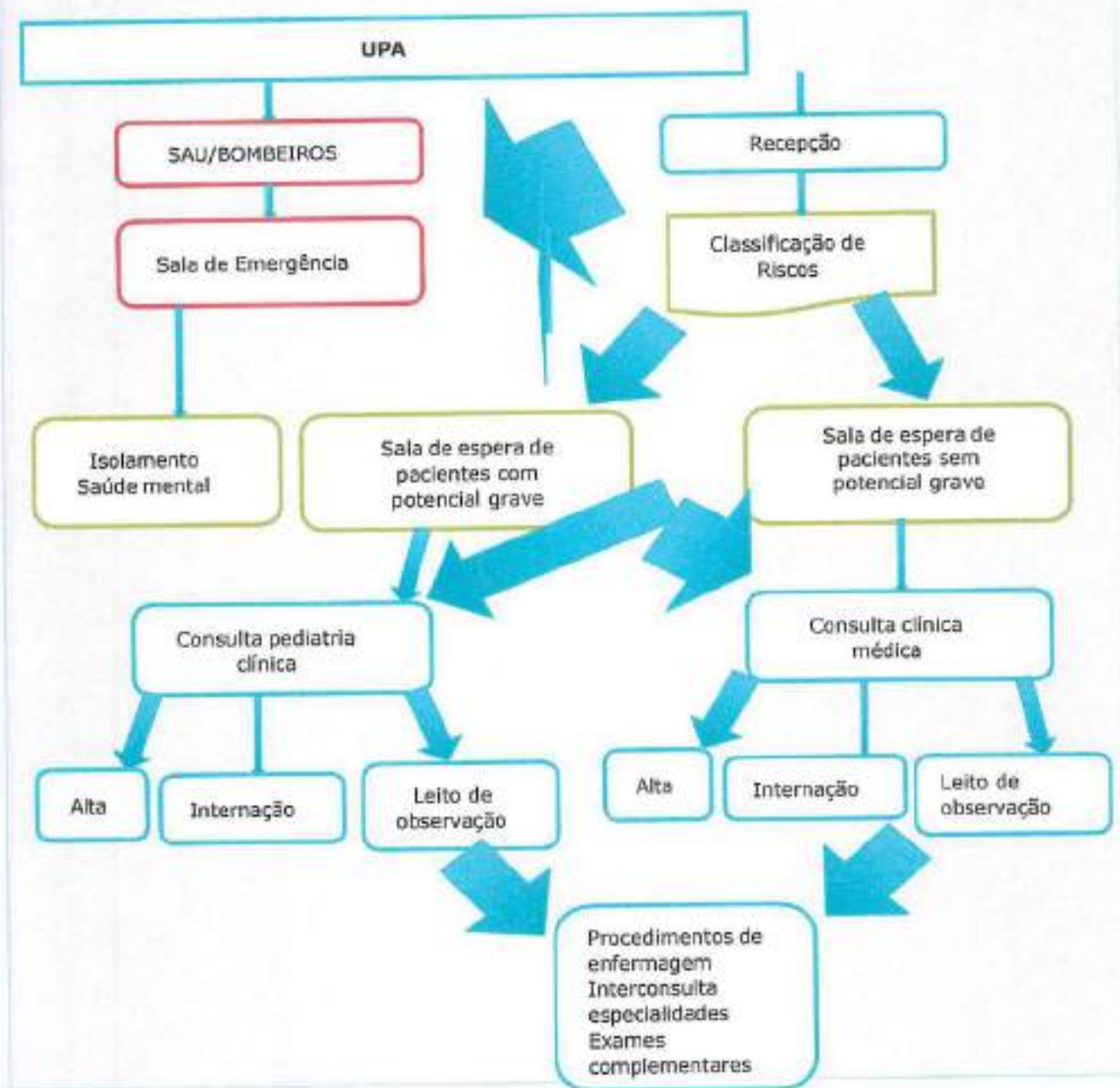
### Fluxo de atendimento ao usuário

O fluxo de atendimento de um paciente que chega a UPA pode ser resumido da seguinte forma:

- Ao chegar ele é acolhido por um profissional de saúde (posso ajudar) o qual escuta seu caso, e a partir do seu relato é estabelecida uma prioridade para o seu atendimento;
- Após esse acolhimento, ele é direcionado para o registro, local onde são registrados seus dados pessoais (data do nascimento, endereço, telefone, entre outros) por um profissional da recepção;
- Após o registro de seus dados pessoais ele é encaminhado para um profissional enfermeiro (a) que amplia a escuta de suas queixas. Esse profissional faz um exame simplificado, no qual é avaliada sua temperatura, nível de açúcar no sangue, valor da pressão, respiração, pulso, peso, e nos casos de crianças, também é medida a altura. A partir desse exame, o enfermeiro (a) classifica o grau de risco do paciente, ou seja, se ele deverá ser atendido imediatamente ou se poderá esperar pelo tempo necessário para esse atendimento, sem qualquer risco à sua integridade, priorizando- se sempre os casos mais graves.
- Desta forma, o atendimento é feito por gravidade, e não por ordem de chegada. Há casos ainda de que o profissional enfermeiro verifica se a queixa do paciente poderá ser acolhida pela equipe da Clínica da Família (casos ambulatoriais), e nesses casos, o paciente é encaminhado para esse atendimento;
- Após a classificação do seu grau de risco, ele aguarda na sala de espera interna (se houver) ser chamado pelo médico em um dos consultórios. Seu nome e consultório de destino são exibidos em uma tela digital localizada na sala de espera.
- No consultório do médico é dado prosseguimento ao atendimento inicial, e a partir dessa consulta, o paciente poderá fazer exames (análises clínicas, eletrocardiograma e de raios X), medicação (na sala de medicações, Inalação); ser encaminhado para os leitos de observação, ou liberado para casa, dependendo de seu estado clínico ou necessidade de saúde.
- Os pacientes que necessitam de internação serão encaminhados para a equipe de enfermagem responsável pelos leitos de observação;
- Os pacientes que necessitam de suturas e curativos serão encaminhados pela Classificação de Risco com prioridade para avaliação do médico, o qual avaliará as condições clínicas (principalmente os de traumatismos) do paciente e posteriormente encaminhará para a sala de sutura;
- Os pacientes mais graves são encaminhados direto para a entrada de emergência para cuidados imediatos e após sua estabilização são transferidos para unidades hospitalares que oferecem mais opções de serviço e equipamentos adequados à maior gravidade, como centro cirúrgico, internação e outras especialidades.
- Na unidade deve ter uma comunicação visual que indica o usuário qual caminho deve percorrer para chegar ao local.



## FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



### Fluxo de Material Médico Hospitalar e Medicamentos

#### Gestão de Medicamentos e Materiais

Atividade de logística do almoxarifado inclui processos físicos e de informações para armazenagem, administração de estoque, e movimentação de material dentro das premissas das Unidades de Saúde atendendo a legislação vigente e pertinente conforme detalhado a seguir:



- Gerenciamento dos fluxos de medicamentos, materiais hospitalares, de limpeza, de escritório, materiais de manutenção predial, manutenção de equipamentos médicos/hospitalares, materiais permanentes, consignados e afins,
- Disponibilização de software para controle da área de compras que deverá realizar as seguintes operações: elaboração de Requisição de Compra, Planilha de Pesquisa de Preços, Pedido de Compras, Ordem de Compras para cada Fornecedor e demais relatórios;
- Realizar o recebimento com conferência e controle dos materiais comprados e consignados, conferindo com as Ordens de Compra emitidas e aprovadas pela equipe técnica;
- O armazenamento deverá ser em local definido para cada tipo de produto de acordo com as normas técnicas vigentes, citamos como exemplo: o local de armazenamento deverá disponibilizar os materiais porta palets, em PVC, racks telados, carros hidráulicos, geladeiras, seladoras e demais materiais necessários para as boas práticas de armazenamento.
- A equipe técnica de profissionais realizará a separação dos medicamentos e materiais, pelo sistema informatizado que deverá proceder ao abastecimento de forma coletiva, unitária e individualizada, com controle de fabricante, lote e validade, a fim de garantir a rastreabilidade dos produtos, usando sistemas PVPS (Primeiro que Vence, Primeiro que sai), no que for necessário.
- A unitarização é a individualização da embalagem original de um medicamento ou produto para viabilizar a dispensação de medicamentos e/ou produtos para os pacientes na quantidade estabelecida na prescrição eletrônica ou requisição.
- Realizada a unitarização pela equipe técnica, o medicamento ou material acondicionado na embalagem primária fracionada, deverá ser acondicionado em embalagem secundária e identificada com: nome do princípio ativo, código do produto, fabricante, lote e validade, com o objetivo de obter a rastreabilidade dos produtos.
- Procedimento de distribuição - A equipe com base no sistema poderá realizar a entrega dos medicamentos e materiais a paciente ou a um centro de custo.
- A separação e a distribuição dos medicamentos, nos locais que serão definidos pela equipe técnica, deverão seguir o sistema de dispensação coletivo ou individualizado, com o registro do fabricante, lote, validade, utilizando o critério PVPS (primeiro a vencer, primeiro a sair).
- As rotinas de compras serão estabelecidas de acordo com as normativas legais de abastecimento de unidade de saúde;
- A modalidade de compras será estabelecida conforme as leis e instruções para serviços terceirizados que serão definidas em portaria pela SMS.

### **Fluxos de Registro de Documentos**

A gestão documental, por viabilizar o uso e acesso da informação, deveria se constituir enquanto base das atividades profissionais e do processo decisório na prática de qualquer instituição. Nas

unidades de saúde, sua implementação e efetivação torna-se essencial, devido a necessidade de guardar documentos sigilosos os prontuários de pacientes.

Gestão de documentos é o conjunto de procedimentos operações técnicas referentes às atividades de produção, tramitação, uso, avaliação e arquivamento de documentos em fase corrente e intermediária visando a sua eliminação ou recolhimento para a guarda permanente.

No setor administrativo da unidade na secretaria será implantada o setor de protocolo que será responsável por recebimento e distribuição de toda a documentação seja ostensiva, sigilosa ou fiscais, com exceção dos prontuários estes tramitarão por via específica.

- **Registro:**

Os documentos recebidos pelo protocolo serão registrados em sistemas eletrônicos, nos quais serão descritos os dados referentes ao seu número, nome do remetente, data e assunto, espécie, entre outros elementos.

- **Autuação:**

Após o registro, os documentos são numerados (autuados) conforme sua ordem de chegada ao arquivo. A palavra autuação também significa a criação de processo.

- **Classificação:**

Análise e identificação do conteúdo de documentos, seleção da categoria de assunto sob a qual sejam recuperados, podendo atribuir a eles códigos.

- **Distribuição:**

Ou movimentação: consiste na entrega dos documentos aos respectivos destinatários. A distribuição é a remessa dos documentos aos setores de trabalho, enquanto a expedição consiste na remessa externa desses documentos, todas as entregas serão anotadas nos livros de protocolos e assinadas pelo destinatário.

- **Tramitação:**

A tramitação dos documentos dentro da unidade será realizada com o auxílio do protocolo, e antes disso estarão registradas no sistema para saber sua exata localização, seus dados principais, como data de entrada, setores por que já passou, enfim, acompanhar o desenrolar de suas funções dentro da unidade. Isso agiliza as ações, acelerando os processos que anteriormente encontravam dificuldades, como a não localização de documentos.

É válido ressaltar que as rotinas acima descritas não valem como regras, visto que cada unidade possui suas tipologias documentais, seus métodos de classificação, enfim, surgem situações diversas. Servem apenas como exemplos para a elaboração de rotinas, porém as rotinas devem ser customizadas.



#### **4.6 Implantação da Gestão Logística e suprimentos**

A logística e a cadeia de suprimentos tem por objetivo realizar a gestão de todas as operações associadas à organização interna e externa de uma unidade de saúde, garantindo coordenação e integração entre todos os componentes da cadeia, como fornecedores, consumidores e prestadores de serviço.

A cadeia de suprimentos responsabiliza-se pelos métodos e sistemas operacionais que estão ligados ao produto de forma direta ou indireta. Como exemplo, são citadas atividades de compras, depósitos, inventários e assim por diante, envolvendo desde a produção até a avaliação do nível de satisfação do cliente.

A logística, por outro lado, é uma das etapas que compõem a cadeia de suprimentos. Ela preocupa-se com o deslocamento do produto desde a empresa até o cliente, sempre priorizando os prazos de entrega.

A logística inclui:

- transporte de entrada;
- armazenagem;
- transporte de saída;
- execução;
- logística reversa.

A cadeia de suprimentos que, como já vimos, é muito mais abrangente, envolve:

- compras/aquisição;
- planejamento de fornecimento;
- planejamento de demanda;
- ERP;
- gestão de estoque;
- aprimoramento contínuo;
- fabricação;
- logística.

É fundamental ter conhecimento de toda a cadeia para que as suas necessidades sejam identificadas e as melhorias dos processos de produção implementadas.

Sugestões para otimizar a cadeia de suprimentos na logística:

- Localizar os melhores fornecedores de matéria-prima;
- Fabricar o produto;
- Prever e planejar o equilíbrio entre a oferta e demanda;
- Armazenar o produto;
- Entregar a mercadoria;
- Receber feedbacks por meio dos canais de atendimento ao cliente e aprimorar os processos.

O benefício de uma gestão eficiente proporcionará é a redução de estoques. Mantê-los cada vez mais baixos é uma medida eficaz para reduzir gastos logísticos, mas é preciso que essa redução seja efetivada com segurança e planejamento.

Para ser realmente satisfatória, a gestão das cadeias de suprimentos na logística depende bastante de tecnologia de ponta, representada principalmente por softwares que ajudam a otimizar relações e processos. Portanto a informatização da UPA é imprescindível

## **4.7 Implantação de Processos e Manuais**

### **4.7.1 Manual e proposta de Gestão Financeira**

Rotinas administrativas para administração financeira

#### **a. Atividades Financeiras**

O setor financeiro é responsável em dar suporte às áreas envolvidas para o gerenciamento da unidade, para o planejamento e controle financeiro. Todas as informações financeiras são necessárias para auxiliar a tomada de decisões gerenciais.

São elaborados diariamente demonstrativos e gráficos financeiros comparando os repasses e as despesas, Orçamento e Despesa, Orçamento e Repasse e Parte Variável, com a finalidade de manter a transparência e controle nas informações e melhor gerenciamento da Organização Social na gestão financeira do Contrato.

Todos os pagamentos do Contrato de Gestão passam por uma análise do setor de controle financeiro, que analisa as classificações de subgrupos, centros de custos, verbas orçamentárias e seus respectivos saldos. São realizados o suporte e a implementação nos Sistemas Institucionais Administrativos e Financeiros com o objetivo de integrar as informações financeiras da gestão.

Através do Sistema de Controle da INGDS, serão disponibilizados aos Gestores da Secretaria Municipal de Saúde, Relatórios Gerenciais Adicionais de Acompanhamento Financeiro e Econômico do Contrato de Gestão.



Preparar e responder às diligências e/ou apontamentos dos Órgãos Fiscalizadores, supervisionar as atividades fiscais, contábeis, prestação de contas, custos, patrimônio e contas a pagar, com o objetivo de manter o controle financeiro detalhado e consolidado para domínio das ações e metas do Contrato de Gestão.

**b. Atividades Contábeis**

As transações financeiras, desenvolvidas na execução do Contrato de Gestão da unidade, serão contabilizadas em conformidade com as práticas contábeis adotadas no Brasil e requeridas para o exercício corrente, as quais levam em consideração, as disposições contidas nas Leis nº 11.638/07 e 11.941/09 que alteraram artigos da Lei nº 6.404/76, nas normas estabelecidas pelos órgãos reguladores e nos pronunciamentos, nas orientações e nas interpretações emitidas pelo Comitê de Pronunciamento Contábil – CPC.

As demonstrações contábeis serão elaboradas em observância às práticas contábeis adotadas no Brasil, características qualitativas da informação contábil, Resolução nº 1.374/11 que deu nova redação à NBC TG que trata da Estrutura Conceitual para a Elaboração e Apresentação das Demonstrações Contábeis, Resolução No. 1.376/11 (NBC TG 26), que trata da Apresentação das Demonstrações Contábeis, Deliberações da Comissão de Valores Mobiliários (CVM) e outras Normas emitidas pelo Conselho Federal de Contabilidade (CFC) aplicável às Entidades sem Fins Lucrativos, e Resolução CFC nº 1.409/12 que aprovou a ITG 2002 - Entidades sem Finalidade de Lucros a qual estabelece critérios e procedimentos específicos de avaliação, de reconhecimento das transações e variações patrimoniais, de estruturação das demonstrações contábeis e as informações mínimas a serem divulgadas em notas explicativas de entidade sem finalidade de lucros.

Com base no CNPJ que será aberto exclusivamente para o Contrato de Gestão, as Demonstrações Contábeis (Balanço Patrimonial, Demonstração do Resultado do Exercício, Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido, Demonstração do Fluxo de Caixa e Demonstração do Valor Adicionado) que serão construídos, mediante ao que segue:

- Classificação Contábil;
- Apropriações e Conciliações;
- Fechamento Contábil via Sistema Contábil;
- Elaboração de Balancetes;
- Atividade de Contas a Pagar - Emissão de ordem de pagamento.

As Demonstrações Contábeis específicas do Contrato de Gestão serão elaboradas na forma das Legislações vigentes e encerradas no prazo legal previsto no Estatuto da INGDS. Após o encerramento, as Demonstrações Contábeis serão publicadas no Diário Oficial do Estado. Para encerramento e publicação, as Demonstrações Contábeis serão submetidas à análise do Conselho Fiscal e Parecer dos Auditores Independentes.

Serão publicadas as seguintes Demonstrações:

- Balanço Patrimonial;
- Demonstração do Resultado do Exercício;
- Demonstração das Mutações do Patrimônio Líquido.
- Demonstração do Fluxo de Caixa;
- Demonstração do Valor Adicionado;
- Notas Explicativas;
- Parecer do Conselho Fiscal.

**c. Política de Preços.**

A política de compras visa documentar, padronizar e evidenciar as práticas relacionadas à área de compras. Pretende descrever os fluxos, visando à dinamização do processo, a racionalização dos tramites e a eficácia das aquisições.

O processo de compra tem em vista a garantir a aquisição de bens e serviços analisando a criticidade de produtos/serviços para a Instituição versus a complexidade do seu mercado fornecedor, buscando a melhor prática de aquisição considerando: A segurança do paciente, a qualidade, o custo total.

O setor de compras tem o dever de realizar toda e qualquer negociação, preservando os princípios da legalidade, legitimidade e isonomia, preservando e administrando de forma clara e legítima o recurso disposto no contrato de gestão junto aos órgãos de saúde. Tem como finalidade centralizar as compras, minimizando os custos e otimizando a qualidade dos serviços por meio de pesquisas mercadológicas aprovadas pela Diretoria da área, fazendo cumprir as normas do Regulamento de Compras. Pesquisar novos produtos no mercado com o objetivo de otimizar os processos de compras da INGDS – INGDS, conforme rege a legislação.

**d. Atividades Fiscais**

Análise do processo de todos os pagamentos inerentes ao Contrato de Gestão da unidade, baseados nas Legislações vigentes, tais como:

- Análise de Notas Fiscais;
- Apuração de impostos retidos;
- Confecção de guias para pagamento de impostos;
- Atendimento a Obrigações Acessórias Municipais;



- Confecção de relatórios para cumprimento das Obrigações Acessórias Federais;
- Manutenção de Sistema Fiscal para geração de informações de Pessoa Jurídica e Física;
- Controle de Certidões,
- Suporte a Clientes internos e externos;
- Atualização Legislação Vigente.

e. **Apuração de custos - Atividades – Gestão de Custos**

As atividades da Gestão de Custos na unidade, terão como objetivos:

- Apresentar o projeto de implantação de custos para os gestores responsáveis pelo respectivo hospital;
- Mapear as atividades, procedimentos, setores e serviços;
- Elaborar a estrutura de centros de custos;
- Classificação dos centros de custos como produtivos, auxiliares e administrativos;
- Alocar os colaboradores nos respectivos centros de custos;
- Mapeamento dos controles internos existentes e elaboração dos controles necessários;
- Análise dos custos fixos e variáveis;
- Classificação dos custos no respectivo centro de custo;
- Elaboração de critérios de rateio para os centros de custos auxiliares e administrativos;
- Elaboração das unidades de produção dos centros de custos produtivos;
- Desenvolvimento de critérios de rateio para os custos indiretos;
- Parametrização do Sistema de Custos (itens de custos, critérios de rateio para os centros de custos auxiliares e administrativos, unidades de produção para os centros de custos administrativos, critérios de rateio para os itens de custos indiretos);
- Apuração do custo mensal segregado entre gastos com pessoal, materiais, serviços gerais, predial/contas de consumo;
- Apuração do custo mensal segregado entre gastos com pessoal, materiais, serviços gerais, predial/contas de consumo;
- Apuração do custo individualizado por centro de custo;

- Apuração do custo dos serviços dos centros de custos auxiliares e administrativos;
- Apuração do custo por procedimentos (custo do paciente, custo da diária, custo dos exames, custos por procedimentos);
- Realização do fechamento mensal dos custos;
- Mensurar o percentual de ocupação dos leitos;
- Análise dos indicadores gerados após o fechamento mensal dos custos;
- Desenvolvimento de instrumentos que permitam a elaboração de simulações de propostas e acordos mediante avaliação de desempenho;
- Disponibilização dos relatórios para os gestores responsáveis pelo projeto.

Para elaboração das atividades mencionadas acima, serão utilizados como parâmetro as informações constantes nos seguintes Sistemas:

- Sistema Contábil;
- Sistema Controladoria;
- Sistema de Custos;
- Sistema de Custos por Procedimento.

Para a INGDS o controle dos custos não está restrito apenas ao domínio dos números ou dos valores gastos, o conhecimento dos custos permite utilizar de forma racional os recursos disponíveis, ou seja, permite direcionar os esforços da unidade no que agrega valor e melhoria na qualidade da assistência.

#### **f. Prestação de contas**

Elaborar a Prestação de Contas tendo como base, o modelo definido no Contrato de Gestão da unidade, cumprir o prazo de entrega da mesma conforme estabelecido, respeitando as diretrizes e normas como segue:

- Coleta dos dados financeiros da conta corrente específica para o Contrato de Gestão, contendo data, natureza da despesa, fornecedor, data de pagamento, verba de origem e valor;
- Folha de Pagamento específica para o Contrato de Gestão;
- Validação dos cheques;
- Organização e classificação do movimento bancário;



- Disponibilização dos extratos bancários e de aplicação financeira;
- Atualização diária da conta corrente específica do Contrato de Gestão;
- Digitalização de todos os documentos comprobatórios da Prestação de Contas.

**g. Documentação Original**

A INGDS segue as leis contidas na legislação tributária e fiscal vigente no que tange a guarda de documentos fiscais originais na entidade, bem como as normas inerentes, contidas no Conselho Federal de Contabilidade.

Resume-se, que a Entidade deverá manter em boa guarda e ordem, enquanto não decorrido o prazo decadencial e não prescritas eventuais ações que lhes sejam pertinentes, todos os livros de escrituração obrigatórios por legislação fiscal específica, bem como, os documentos e demais papéis que serviram de base para escrituração comercial e fiscal.

Os documentos originais serão arquivados em ordem, e caso sejam solicitados, ficarão à disposição na Sede da Entidade.

**h. Documentos Comprobatórios – Prestação de Contas**

Com base nas legislações fiscais e contábeis vigentes mencionadas no item anterior, acompanharão as Prestações de Contas mensais, além dos extratos bancários de conta corrente e aplicação financeira da conta exclusiva e específica do Contrato de Gestão, cópia de todos os documentos comprobatórios dos gastos originados da execução do Contrato de Gestão, certidões e documentação completa em meio eletrônico.

**i. Manual de Normas – Protocolos Sistemas**

As informações financeiras e contábeis do Contrato de Gestão da unidade serão operacionalizadas e gerenciadas através dos seguintes Sistemas Integrados da Instituição:

- Sistema Controladoria;
- Sistema Prestação de Contas;
- Sistema Financeiro;
- Sistema Patrimonial;
- Sistema Custos;
- Sistema Contábil;
- Sistema Gerencial.

**j. Recebimentos**

No sistema Controladoria/Módulo de Previsão Orçamentária se encontra as informações mensais do recebimento, baseado no Cronograma de Desembolso do Contrato de Gestão.

O Sistema Financeiro realizará mensalmente a importação dos valores por verba do orçamento, possibilitando a análise de repasses efetuados, repasses pendentes e/ou repasses a maior.

**k. Pagamentos**

A emissão dos Dados para Pagamento será efetuada pelo Departamento responsável pelas informações.

O sistema é parametrizado por usuário, permitindo que cada usuário consiga visualizar apenas as informações pertinentes ao seu departamento.

O Sistema Controladoria é integrado com o Sistema da Folha de Pagamento, Sistema Suprimentos, Sistema Almojarifado, Sistema de Compras e Sistema Financeiro.

Após a emissão dos Dados para Pagamento ocorrem diversas análises financeiras, objetivando a confirmação das informações constantes nos pagamentos, conforme abaixo:

Emissão dos Dados para Pagamento
Análise Fiscal
Análise da Controladoria
Análise Patrimonial
Análise de Contas a Pagar
Análise Financeira
<b>PAGAMENTO</b>

**l. Análise Fiscal**

Realiza a análise das notas fiscais, verificando os dados:

- Razão Social;
- CNPJ;
- Endereço;
- CFOP;
- Verificação dos impostos.



Caso haja retenção de impostos é efetuado o lançamento no Sistema Controladoria, possibilitando o Departamento de Tesouraria visualizar o pagamento previsto dos impostos.

As retenções na fonte são consolidadas por tipo de imposto e período, através do "Mapa de Impostos".

O "Mapa de Impostos" é gerado mensalmente de acordo com a data de vencimento, para auxílio e conciliação dos recolhimentos de guias.

#### **4.7.1 Manual e proposta de Regimento Interno da Unidade**

##### **a. Internação**

Receber pacientes e prover informações as pessoas que buscarem contato com o Serviço de Saúde. Responsável por executar a internação e o encaminhamento adequado e seguro dos pacientes e realizar gerenciamento de leitos.

##### **b. Telefonia**

Responsável pela comunicação via telefone e sistema de som, visando informar, realizar e direcionar ligação, localizar pessoa, fazer anúncios, entre outros.

##### **c. Atendimento ao Usuário (SAU)**

Atuar como canal de comunicação entre cliente com o Serviço de Saúde. Receber e dar o encaminhamento adequado e seguro a toda manifestação registrada ou verbal que seja feita envolver o Serviço de Saúde, seus serviços e profissionais. Responsável por pesquisar e medir o grau de satisfação dos clientes e prover informações aos Gestores e demais lideranças do Serviço de Saúde.

##### **d. Serviço Social**

Prestar assistência social aos pacientes e profissionais do Serviço de Saúde, em uma abordagem educativa, respeitando os princípios éticos e técnicos da profissão como premissa do serviço.

##### **e. Arquivo e Estatística**

Zelar pela preservação do prontuário e qualidade dos registros. Assegurar o fluxo e guarda do prontuário do paciente, conforme legislação e normas estabelecidas, bem como compilação de dados estatísticos.

##### **f. Diagnóstico e tratamento (SADT)**

Constituído pelas áreas que realizam exames e tratamentos, tem como atribuição ao auxílio no diagnóstico precoce e tratamento das principais patologias, contando com a utilização de tecnologia adequada e técnicas preconizadas pelos manuais de boas práticas e protocolos assistências.

**g. Diagnóstico por imagem e tradição**

Composto por radiologia, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, e outros que porventura venham ser implantados.

**h. Laboratório de Análises clínicas**

Serviço destinado a análise laboratorial dos componentes do organismo, por meio de exame sangue, urina, etc.

**i. Gestor(a) Assistencial**

É o órgão executor das políticas, diretrizes objetivos e metas emanadas da alta direção a serem implantadas nas unidades sob comando direto, bem como representar os interesses e necessidades destas unidades no contexto do Serviços de Saúde.

**j. Central de Material e Esterilização**

Responsável por prover o Serviço de Saúde com material estéril adequado e seguro necessário ao serviço prestado pelo serviço de saúde. Executar o controle, processamento e distribuição de artigos a serem utilizados em todas as unidades que requeiram limpeza, esterilização e armazenagem.

**k. Unidade de urgência e emergência**

Destinado ao atendimento de urgência/emergência, conforme perfil do serviço de saúde recebidos nesta unidade pacientes em estado grave, mal súbito e risco de vida, devendo prontamente atendidos.

**l. Diretoria Técnica**

É o órgão executor das políticas, diretrizes, objetivos e metas emanadas da alta direção e se implementadas nas unidas sob comendo direto, bem como representar os interesses necessidades destas unidades no contexto do Serviço de Saúde. Compete cumprir e fazer com este regulamento interno, e ainda:

- Cientificar a Administração do serviço de saúde das irregularidades que se relacionem com a ordem, asseio e disciplina;
- Executar e fazer executar a orientação dada pelos serviços de saúde em matéria administrativa;
- Representar o serviço de saúde em relações com as autoridades sanitárias e outras quando exigirem as leis vigor;
- Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando melhor desempenho do corpo clínico e de mais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição;
- Assegurar o pleno e autônomo funcionamento da comissão de ética médica.



### **m. Corpo Clínico.**

O corpo clínico do serviço de saúde é constituído por médicos credenciados a desenvolverem atividades profissionais no âmbito do serviço de saúde.

- Os membros do corpo clínico por possuírem autonomia profissional são responsáveis pela assistência médica aos que procuram o Serviço de Saúde e respondem civil, penal e eticamente por seus atos;
- Aos membros do Corpo clínico do serviço de saúde, será franqueado a utilização da infraestrutura de hospitalização, instrumentais cirúrgicos e dos equipamentos do serviço de saúde, para atendimento dos clientes/paciente e cuidados oferecidos pelo serviços de saúde, na forma deste regulamento interno, observada a habilitação de cada um, sem ônus para os mesmos, ressalvados os contratos em geral.
- O credenciamento de médicos ao corpo clínico do serviço de saúde se fara conforme prescreve o presente regulamento interno;
- O corpo Clínico órgão de caráter administrativo e sem personalidade jurídica, é constituído de Direção Clínica, comissão de ética médica e setor médicos necessários e possíveis para o atendimento da demanda de clientes do Serviço de Saúde obedecidas às determinações do presente Regulamento Interno.
- O corpo clínico do serviço de saúde possuirá regimento próprio, elaborado pela direção clínica, disciplinando assuntos técnicos e éticos;
- O regime do corpo clínico, para ter vigência plena, não poderá contrariar o disposto neste regulamento interno.

A existência de corpo clínico, constituído regulamente, não impede que a diretoria convive com pessoas jurídicas prestadoras de serviços e que seus profissionais médicos, atendem, no serviço de saúde, os clientes a elas vinculados.

A diretoria do Serviço de Saúde, poderá eventualmente, autorizar médicos não pertencentes ao Corpo Clínico a atenderem clientes no Serviços de saúde.

O corpo Clínico constituirá uma comissão de ética médica nos termos das resoluções de CFM-CRM, devendo suas atribuições serem definidas no regime do corpo clínico

São diretos e deveres dos membros do corpo clínico:

- Exercer a medicina sem discriminação por questão religiosa, raça, sexo, nacionalidade, idade, estado civil, condição social e opinião política.
- Prestar assistência médica, tanto para diagnostico, quando para tratamento aos clientes que responde com médico assistente.
- Encaminhar sugestões para que as condições de trabalho, para que proporcionem segurança tanto aos clientes, quanto aos profissionais;
- Observar o presente regulamento interno.

- Zelar pelo bom nome do serviço de saúde, manter bom relacionamento com a diretoria colaboradores e com a comunidade em geral.
- Respeitar a hierarquia administrativa e estrutura organizacional vigentes e as atribuições chefia, fixadas no presente regulamento interno.

É vedado aos membros do corpo clínico.

- Levar para fora do serviço de saúde qualquer documento ou material do controle mesmo, de qualquer espécie e natureza sem previa e escrita autorização da direção geral.
- Utilizar os colaboradores dos serviços de saúde como seus e dar-lhes ordem.
- Utilizar equipamentos medicamentos materiais de serviço de saúde, para fins particulares.
- Comissionar ou remunerar, por qualquer forma, os colaboradores do serviço de saúde
- Introduzir pessoas estranhas as dependências do serviço de saúde, principalmente nas áreas restritas tais como: central de material esterilizados e outras;
- Cobrar em nenhuma hipótese honorários de clientes pertencentes ao sistema Público de Saúde.

O diretor Clínico será eleito pelo corpo clínico, de forma direta e secreta, em processo eleição especialmente convocado para esta finalidade com mandato de duração definida. Da mesma forma se procede em relação à comissão de ética médica.

O diretor clínico constitui-se em cargo não remunerado, terá mandato de dois anos, podendo ser reconduzido por igual período, sempre que tal medida for recomendada, até o máximo de 03 mandatos consecutivos.

#### **Compete ao Diretor Clínico:**

- Propor a admissão de novos componentes do corpo clínico;
- Designar chefes de clínica e serviços indicados para departamentos;
- Reger e coordenar todas as atividades médicas do serviços de saúde, em colaboração com a comissão de ética médica e o conselho técnico;
- Representar o corpo clínico junto a mesa administrativa do serviço de saúde;
- Desenvolver o espírito de crítica científica e estimular o estudo e a pesquisa;
- Permanecer no serviço de saúde no período de maior atividade profissional, fixando horário do seu expediente;
- Tomar conhecimento para as providencias necessárias de todas as solicitações do corpo clínico previstas neste regulamento interno;
- Prestar contas de seus atos ao corpo clínico nas assembleias gerais;



- Executar e fazer executar a orientação dada pela assembleia de corpo clínico em matéria e medicina ou quanto a assuntos médicos;
- Esclarecer as partes interessadas em eventual conflito de posição entre o corpo clínico e a mesa administrativa, visando harmonizá-las em face dos postulados éticos;
- Empenhar-se para que os integrantes do corpo clínico observem os princípios do código de ética médica, as disposições legais em vigor, a ordem interna do serviço de saúde e as resoluções baixadas pelos órgãos e autoridades competentes em matéria de procedimento ético ou recomendações técnicas no exercício de medicina;
- Pleitear junto a mesa administrativa providencias e meios adequados a efetuação das medidas aprovadas pela assembleia geral do corpo clínico, que visem a boa qualidade e eficácia de medicina praticada no serviço de saúde.
- Encaminhar a comissão de ética médica consulta relativa a quaisquer assuntos de natureza ética, visando o bom exercício de medicina no serviço de saúde;
- Apresentar a mesa administrativa relatório anual das atividades médicas;
- Cooperar com a mesa administrativa a do serviço de saúde;
- Presidir as assembleias gerais do corpo clínico;
- Transmitir o seu cargo ao vice-diretor, em caso de férias, licença e impedimentos eventuais;
- Dar orientação científica, fazendo com que sejam cumpridas as normas de bom atendimento dentro dos princípios da ética médica;
- Zelar pelo cumprimento deste regulamento interno;
- Zelar pelos livros de atas e do arquivo do corpo clínico;
- Convocar em tempo hábil e por edital colocado no quadro de aviso da diretoria clínica assembleia gerais ordinárias e extraordinárias previstas neste regulamento interno.

O credenciamento de médicos ao corpo clínico do serviço de saúde obedecerá ao que segue:

- Existência do serviço e da especialidade médica em que deseja atuar o profissional
- Requerimento por escrito do interessado, em formulário próprio endereçado a diretoria de serviços de saúde, acompanhando da seguinte, apresentação sempre na forma de cópia autenticada ou conforme segue:
  - o Curriculum vitae;
  - o Carteira de identidade
  - o Carteira CRM
  - o Diploma médico
  - o Quitação de anuidade do CRM;
  - o Comprovante de especialidade;

- o Comprovante de residência médica;
- o Submissão a exame médico
- A diretoria do serviço de saúde, de posse do requerimento, e encontra-se em toda a documentação comprobatória, o encaminhar ao diretor clínico;
- Diretor clínico, após ouvido o diretor técnico, no prazo de 30 dias emitira, objetivo e devidamente fundamentado, acerca dos requisitos técnicos e ético requerente;
- Decorridos 30 dias do envio do requerimento ao diretor clínico, sem que este apresentado o parecer a que se refere o inciso anterior, caberá a diretoria do serviço saúde credenciar ou não o médico, pela presunção de inexistente de óbice técnico ou é o credenciamento do profissional ao corpo clínico de serviço de saúde torna-lo –a membro temporário desse órgão, categoria em que nos termos do regime interno corpo clínico, não poderá votar, nem ser votado.
- Decorridos 12 meses de seu credenciamento poderá ser realizado por meio da celebração de contrato entre pessoa jurídica, registrado em cartório, ficando garantidas ao serviço de saúde o direito de fiscalização dos serviços realizados do faturamento sua participação e a aplicação das normas deste regulamento interno.

### **Serviços Corporativos da Organização Social Diretoria Operacional**

Compete nomear direitos, acompanhar e orientar todo o processo de gestão, nos assuntos administrativos de complexidade e relevância, controlar e assegurar o bom desempenho de saúde.

#### Apoio Técnico corporativo

Profissionais especialistas das áreas de enfermagem, contabilidade finanças administrativas qualidade e outros, compõem de apoio técnico. Através de vistas periódicas e profissionais orientam e participam do processo de gestão dos serviços de saúde.

#### Diretoria Jurídica Cooperativa

Advogados da Sede orientam todas as demandas jurídicas. O serviço de saúde poderá contar com apoio de advogados locais, porém sob supervisão do jurídico da sede ao que compete:

- Avaliar todos os contratos de prestação de serviço;
- Defender os interesses do serviço de saúde, judicial e extrajudicial;
- Atuar em todas as ações em que os serviços de saúde;
- Orientar o serviço de saúde sobre a conduta a ser adotada, objetivando diminuir os riscos trabalhistas, civis e penais, para não acumular obrigações
- Emitir pareceres sobre questões inerentes ao serviço de saúde
- Acompanhar e orientar o serviço de saúde junto ao sindicato patronal negociações referentes as convenções coletivas de trabalho.



### Setor de compras central

Serviço especializado que processa as compras do serviço de saúde. Compete obter negociação que visam entre outros:

- Ampliar o poder de negociação junto a fornecedores;
- Prover melhores preços prazos e entregas programadas;
- Padronizar a forma de qualificação dos fornecedores;
- Informatizar todo processo de compras. Qualidade Integrada à Gestão

Todas as ações relacionadas à identificação, implantação de melhorias da qualidade nos processos operacionais e das boas práticas de gestão dos serviços.

### Requisitos Gerais

Identifica a totalidade de seus processos de trabalho por meio de mapeamento setorial e das possíveis interações sistêmicas administrativas ou técnicas, objetivando o estabelecido nos controles e critérios padronizados pelo desempenho da assistência como um todo.

### Objetivos da Qualidade Integrada à Gestão

Foram estabelecidos com desdobramentos em metas, as quais deverão ser observadas e cumpridas integralmente conforme os requisitos contratuais.

### Cumprimento Integral das Obrigações Contratuais

Para prover os serviços de qualidade na assistência por meio de sua infraestrutura, profissionais capacitados, recursos tecnológicos, sustentabilidade e atendimento as legislações da área da saúde, a gestão deve assegurar o cumprimento integral das obrigações do contrato de gestão, garantindo assim, o pleno atendimento as necessidades.

- **Análise de Viabilidade** – propicia uma estrutura sólida com a preocupação em assegurar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição, garantindo a qualidade das atividades de saúde.
- **Acreditação** – mede o grau de aderência aos padrões nacionais de qualidade por meio de avaliação a aplicação dos requisitos de segurança e eficácia de seus processos.
- **Treinamento e Desenvolvimento** – Visa o aprimoramento e desenvolvimento do capital intelectual, promovendo treinamentos, cursos de capacitação e aperfeiçoamento técnico, além da reciclagem dos profissionais.
- **Satisfação dos pacientes** – realização de auditamento da satisfação dos pacientes, colocando-o sempre no ponto central das atividades.
- **Responsabilidade Socioambiental** – a utilização responsável dos recursos durante todo o processo, visando a sustentabilidade e a confiabilidade da comunidade.

- Humanização – conceito que visa acolher e envolver os pacientes de forma que a sua estadia e recuperação ocorra da melhor forma, em um ambiente respeitoso e humano.

### Estrutura da Gestão da Qualidade

O Sistema de Gestão da Qualidade está estruturado em duas esferas: Comissão da qualidade e Escritório da Qualidade. Todas as ações e esforços relacionados à qualidade e a busca pela acreditação, caso haja, devem passar pelo menos por um desses dois núcleos de atuação.

Responsabilidade da Autoridade: A responsabilidade e autoridade do pessoal administra, desempenha e verifica atividades que influenciam os resultados de processos e desempenho no tocante à qualidade das atividades, sejam relativos à assistência, apoio e/ou às rotinas administrativas, estão definidas nas descrições dos cargos.

Membros individuais da organização podem assumir mais de uma responsabilidade. Na ausência de qualquer titular de uma atividade específica, esta será automaticamente designada ao seu superior imediato ou pessoa designada para tal.

Entre as atividades delegadas aos colaboradores qualificados, existem aquelas que visam prevenir a ocorrência de não conformidade, identificar e registrar qualquer situação relativa a assistência prestada ou outro processo da organização, e espera-se do colaborador designado, que recomende e proponha soluções através os canais competentes de não conformidade.

## **4.7.2 Manual e proposta para Regimento Interno do Serviço de Enfermagem**

### **Regimento de Enfermagem**

Considerando o modelo de Gestão estabelecido pela INGDS, os profissionais da enfermagem estão inseridos nas unidades assistenciais e respondem administrativamente para o gestor da unidade, um responsável técnico enfermeiro.

A reestruturação interna na área assistencial resultou na organização das unidades por eixo de produção, cada qual sob a coordenação de um profissional da área de saúde. O cargo de coordenador da unidade deve ser ocupado profissional enfermeiro, o que levou o modelo a criar a função de referência técnica. Considerando que a enfermagem constitui um grande contingente de profissionais, verificou-se a necessidade de instituir o papel de Responsabilidade Técnica de Enfermagem. A RT exerce papel de apoio aos gestores e a instituição, possui ação gerencial. Atuam em parceria com diretoria, coordenadores, enfermeiros e área de educação de pessoas. O Modelo Assistencial escolhido é o do Cuidado Centrado no Paciente que considera que deve ser levado em consideração o ponto de vista do paciente. A função básica desse modelo é tornar o paciente informado e envolvido com a tomada de decisão em relação aos seus cuidados, fazendo-o sentir-se apoiado, confortável e confiante. Os principais objetivos do Cuidado Centrado no Paciente são reduzir danos decorrentes da assistência e reduzir o sofrimento.



Tal Modelo está sustentado na teoria do autocuidado escrito pela Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porquê os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma. A partir desta reflexão formulou a sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas:

A teoria do autocuidado (descreve e explica o autocuidado);

A teoria do déficit do autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas);

E a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter para que se dê a enfermagem)

O autocuidado é uma atividade do indivíduo apreendida pelo mesmo e orientada para um objetivo. É uma ação desenvolvida em situações concretas da vida, e que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar. O autocuidado, conforme nos valida a autora, tem como propósito, o emprego de ações de cuidado, seguindo um modelo, que contribui para o desenvolvimento humano. As ações que constituem o autocuidado são os requisitos universais, de desenvolvimento e os de alterações da saúde.

Os requisitos universais do autocuidado são comuns para todos os seres humanos e incluem a conservação do ar, água, alimentos, eliminação, atividade e descanso, solidão e interação social, prevenção de risco e promoção da atividade humana. Estes oito requisitos representam os tipos de ações humanas que proporcionam as condições internas e externas para manter a estrutura e a atividade, que apoiam o desenvolvimento e o envelhecimento humano. Quando se proporciona de forma eficaz, o autocuidado centrado nos requisitos universais se promove a saúde e o bem-estar.

Outro requisito do autocuidado é o das alterações da saúde. Para a autora, a doença ou a lesão não somente afetam as estruturas e o mecanismo fisiológicos ou psicológicos, mas o funcionamento integral do ser humano, quando está seriamente afetada. Evidências que a capacidade de ação desenvolvida ou em desenvolvimento de autocuidado do indivíduo, quando existem os requisitos de alterações de doença, encontra-se seriamente prejudicada de forma temporária ou permanente. Esta análise do autocuidado das alterações da saúde tem evidenciado que, em tais situações, as necessidades do autocuidado surgem, tanto do estado patológico como dos procedimentos empregados para seu diagnóstico e tratamento. Para que as pessoas com alterações de saúde sejam capazes de utilizar um sistema de autocuidado, nestas situações, tem que serem capazes de aplicar conhecimentos necessários e oportunos para seu próprio cuidado.

O déficit de autocuidado diz respeito a uma relação entre a demanda terapêutica de autocuidado e as ações de autocuidado das propriedades em que as atitudes desenvolvidas para o autocuidado constituem a ação que é adequada para conhecer e identificar alguns ou todos os componentes da demanda de autocuidado terapêutico existente ou previsto.

Destaca-se que todas as limitações das pessoas para se comprometerem em esforços práticos, dentro do domínio e limites da enfermagem, estão associadas com a subjetividade dos indivíduos adultos ou em vias de envelhecimento, de ações relacionadas ou derivadas da saúde, que as capacitam parcial ou totalmente para conhecer os requisitos existentes ou emergentes da



assistência reguladora delas mesmas, sendo necessário se comprometer na realização de medidas de assistência para controlar ou questionar, de alguma forma, os fatores que regulam o funcionamento e o desenvolvimento dela mesma e das pessoas que cuidam.

O sistema de enfermagem é algo que se constrói por meio do desenvolvimento das atividades de enfermagem e das relações das atividades entre a enfermeira e os pacientes. É um produto que deveria ser benéfico para as pessoas nas situações do exercício profissional da enfermagem, nas quais o marco temporal para a realização corresponde ao tempo, no que se referem às necessidades de enfermagem. Os sistemas de enfermagem se dividem em: sistema de enfermagem totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o de apoio educativo. O sistema de enfermagem totalmente compensatório ocorre quando o enfermeiro atende todos os cuidados terapêuticos ou assim como compensa a incapacidade total do paciente para realizar as atividades de autocuidado e que requerem movimentos de deambulação e de manipulação. Os sistemas parcialmente compensatórios são aqueles nos quais tanto a enfermagem como os pacientes realizam medidas de assistência e outras atividades que implicam atividades manipulativas ou deambulatórias. Já as situações nas quais o paciente é capaz de realizar ou pode e deve apreender a realizar as medidas requeridas de autocuidado terapêutico interno e externo, sendo denominadas de sistemas de apoio educativo.

A partir do explicitado, reforçamos o papel da enfermagem como promotora do restabelecimento da saúde do paciente, com a implementação de práticas assistenciais e educativas que valorizem o ato de se autocuidar e é por isso que acreditamos ser esta teoria a mais próxima de nossa realidade.

As suposições empregadas na teoria do autocuidado são lógicas e aceitas pelas coordenadorias de enfermagem. Os conceitos são aplicáveis, e úteis para explicar o conceito de paciente e as relações entre paciente e enfermagem.

#### *Capítulo I - Missão/Visão/Valores Institucionais*

##### *Art. 1º- Missão*

*Ser a principal retaguarda da unidade para a população da região do Município;*

*Ser serviço de referência em emergência da unidade – referendado do Município pela Central de Regulação*

*Ser um serviço de excelência na assistência prestada à população.*

##### *Art. 2º- Visão*

*Ser reconhecido pela excelência e liderança no modelo de gestão fundamentado na gestão participativa*

*Ser reconhecido pela excelência e liderança no modelo de gestão da assistência à saúde baseado nos princípios e diretrizes do SUS;*

*Ser reconhecido pela excelência e liderança no modelo de humanização do cuidado e na geração de conhecimento, com responsabilidade social, atraindo e retendo talentos;*

*Superar as expectativas de sua clientela pública, através de capacitação e motivação de seus profissionais, da alta tecnologia e de processos continuamente melhorados.*

##### *Art. 3º- Valores*

- *Participação,*
- *Ética,*
- *Respeito à individualidade e diversidade,*
- *Humanização,*
- *Justiça social,*
- *Valorização,*
- *Excelência,*



- *Integralidade,*
- *Interdisciplinaridade,*
- *Solidariedade,*
- *Responsabilidade.*

#### *Capítulo II – Da Finalidade*

*Art. 4º- A Equipe de Enfermagem tem por finalidade prestar uma assistência com qualidade, isenta de riscos ao cliente/ paciente, atuando em consonância com a Missão, Visão e Valores institucionais, tem a filosofia baseada nos seguintes princípios:*

*Modelo Assistencial Centrado no Paciente.*

*A Teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas fundamenta o modelo com: a teoria do autocuidado (descreve e explica o autocuidado); a teoria do déficit do autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas); e a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter para que se dê a enfermagem)*

*Promoção da saúde e prevenção de doenças; Atendimento humanizado e integral;*

*Respeito ao paciente, família e profissionais;*

*Trabalho multiprofissional, respeitando o modelo de gestão e atenção;*

*Incentivo ao desenvolvimento pessoal do colaborador através de capacitações e estímulo ao trabalho em equipe;*

*Promoção da interação de ensino/ pesquisa/ assistência propiciando espaços de prática para a Graduação em Enfermagem, assim como para o nível médio.*

*Prestar Assistência de Enfermagem aos pacientes no atendimento de suas necessidades básicas afetadas, tomando- o progressivamente independente desta assistência.*

*Estabelecer e executar os protocolos de assistência, de competência da enfermagem, visando manutenção do padrão de assistência.*

*Executar com qualidade atividades específicas da assistência de enfermagem, desenvolvendo programas para a prática da Assistência Integral e ininterrupta.*

*Implantar e implementar programas de educação permanente em conjunto com a Diretoria, Comissão de Controle de Infecção Da unidade, Educação Permanente e Recursos Humanos, visando o aprimoramento e desenvolvimento dos profissionais de Enfermagem.*

*Promover e favorecer as atividades de pesquisa.*

*Desenvolver condutas profissionais voltadas para a assistência de enfermagem fundamentando-se na ética, na legislação do exercício profissional, na administração e pesquisa de enfermagem.*

#### *Capítulo III – Da Responsabilidade*

*Art. 5º- Compete a Coordenação de Enfermagem:*

*Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto nº 94.406 de 08/05/1987;*

*Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN nº 311/2007;*

*Realizar o dimensionamento do pessoal de enfermagem conforme Resolução COFEN nº 293/2004;*

*Estabelecer políticas da assistência de enfermagem através da Sistematização da Assistência de Enfermagem.*



Art. 6º - A Coordenação de Enfermagem se constitui das Coordenações dos seguintes serviços:

- Serviço de Cuidados Críticos (Quando do caso)
- Serviço Cirúrgico Geral e Obstétrico (Quando do caso)
- Serviço de Cuidados não críticos (Quando do caso)
- Serviço de Processamento de Materiais, Serviço de Pediatria (Quando do caso)
- Serviço Materno Infantil
- Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Ambulatórios
- Outros Serviços: Hemodiálise, Quimioterapia e Banco de Sangue (Quando do caso)

Art. 7º - O Serviço de Cuidados Críticos compreende a assistência de enfermagem aos pacientes admitidos na:

- Unidade de urgência e emergência (Quando do caso)
- Adulto e pediátrica, Leito de isolamento adulto e pediátrico (Quando do caso)

Art. 8º - O Serviço Cirúrgico Geral compreende a Assistência de Enfermagem aos pacientes admitidos na:

- Unidade de sutura e curativos (Quando do caso)

Casos mais complexos serão transferidos para os hospitais de referência.

Art. 9º - O Serviço de Cuidados não Críticos compreende a assistência de Enfermagem ao paciente internado na:

- Unidade de Observação Clínica Médica adulto (Quando do caso)
- Unidade de observação clínica pediátrica.

Art. 10º O Serviço de Processamento de Materiais compreende a execução de processos e procedimentos que visam a esterilização ou desinfecção de alto nível de materiais. Compreende:

- Unidade de Expurgo (Quando do caso)
- Unidade de Preparo e Esterilização (Quando do caso)
- Unidade de Guarda e Distribuição (Quando do caso)
- Unidades de guarda de Material Descentralizado (Quando do caso)

Art. 11º O Serviço de Pediatria compreende a assistência de pacientes com idade maior que vinte e oito dias de vida até os 11 anos, 11 meses e 29 dias. Compreende:

- Unidade de Pediatria Clínica (Quando do caso)
- Unidade de urgência e emergência pediátrica (Quando do caso)

Art. 13º Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico sendo que ao Serviço de Diagnóstico e Terapêutica cabe-lhe promover a articulação das atividades das respectivas áreas profissionais, na óptica de padronização e inter relação das ações de enfermagem e outros profissionais específicos.

Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico compreende atividade nas áreas de: Ultrassom  
Eletrocardiograma RaioX

Coleta de Exames Laboratoriais

Capítulo V – Do Pessoal, seus Requisitos e Competências

Art. 15 - A Coordenação de Enfermagem subordina-se diretamente ao Gestor da Unidade e é por ele indicada.

Art. 16º - A Coordenação de Enfermagem compreende:

- Ambiente Assistencial
- Serviço de Processamento de Materiais Serviço de Pediatria Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico
- Educação Continuada
- Controle de Infecção de unidade
- Equipe de Técnicos de Enfermagem

Art. 17º - Os requisitos mínimos exigidos para a ocupação do Cargo de Coordenação de Enfermagem são:

- Possuir Diploma de Enfermeira e Registro no COREN.
- Possuir graduação ou Especialização em Administração de unidade de saúde ou saúde pública.



- Pós-graduação em Gerenciamento do Serviços de Enfermagem
- Ter experiência profissional mínima de 2 (dois) anos, preferencialmente em Unidade de médio porte. Ter experiência em cargo de chefia de pelo menos 2 (dois) anos.

Art. 18º - Os requisitos mínimos exigidos para a ocupação do cargo de coordenador do Ambiente Assistencial são:

- Possuir Diploma de Enfermeira e registro no COREN.
- Possuir Certificado de Habilitação ou Especialização em enfermagem em urgência e emergência.
- Ter experiência profissional de no mínimo 2 (dois)anos. Desejável experiência em cargo de Chefia por dois anos.

Art. 19º - Os requisitos mínimos exigidos para a ocupação do cargo de Coordenador de Serviços, Educação Continuada, Auditoria e Epidemiologista

- Possuir Diploma de Enfermeira e registro no COREN.
- Possuir Certificado de Habilitação ou Especialização em enfermagem na atividade fim.
- Ter especialização em Administração em Saúde
- Ter experiência profissional de no mínimo 2 (dois)anos. Desejável experiência em cargo de Chefia no mínimo um ano.

Art. 20º - Os requisitos mínimos exigidos para a ocupação do cargo de Enfermeiro Assistencial são:

- Possuir diploma de Enfermeira e Registro no COREN.
- Certificado de Especialização na área afim. Desejável experiência profissional.

Art. 21º - Os requisitos mínimos exigidos para a ocupação do cargo de Técnico de Enfermagem são:

- Possuir diploma Técnico de Enfermagem e Registro no COREN.

Desejável experiência mínima de um ano em unidade de assistência específica.No caso de recém-formado somente poderá trabalhar sobre supervisão em unidade de clínica médica.

Art. 22º - Os requisitos mínimos exigidos para a ocupação do cargo de secretária são:

- Possuir diploma de Técnico em Secretariado e registro no conselho.
- Conhecimentos de informática; ambiente Windows e pacote office.
- Experiência mínima de 1 (um)ano.

#### Capítulo VI - Do Pessoal e suas Atribuições

Art. 23º - Aos coordenadores e Enfermeiros Especialistas cabem as seguintes atribuições específicas.

- Desenvolver programas de atualização e de capacitação das atividades efetuadas em todos os setores de atenção de enfermagem
- Realizar treinamento continuado sobre normas e rotinas institucionais, colaborando na validação e atualização das mesmas.
- Desenvolver programas de treinamento do pessoal quando de aquisição de novas técnicas e tecnologia. Assegurar através de treinamento a utilização adequada dos equipamentos e acessórios.
- Promover o intercâmbio técnico e científico entre a Instituição e outras entidades de mesma finalidade coordenando as solicitações de estágios externos à Instituição, avaliando o processo de liberação e de infraestrutura.
- Promover o intercâmbio técnico e científico entre a Instituição e outras entidades de mesma finalidade coordenando as solicitações de estágios externos à Instituição, avaliando o processo de liberação e de infraestrutura.
- Prover os recursos logísticos para a realização de Eventos Técnica - Científicos Institucionais.
- Avaliar os resultados do treinamento, aplicando métodos de aferição adequados ao tipo de práticas executadas, a fim de verificar o aproveitamento dos funcionários envolvidos.
- Participar do processo de integração de novos funcionários apresentando a Visão empresarial e sua participação funcional no contexto de trabalho da instituição.
- Manter entrosamento com o Corpo Clínico e demais setores da unidade, a fim de detectar as necessidades de treinamento e/ou atualização.
- Manter atualizados o cadastro de: instituições de interesse técnico e Tecnológico, Sociedades de Classes, Sindicatos, Bibliotecas.
- Manter organizado e atualizado material para fontes de consultas/pesquisa.





- Manter o pessoal treinado e motivado objetivando a maximização das ações operacionais.
- Colaborar no desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Emitir mensalmente, relatório das atividades desenvolvidas.

**Art. 24º - A Enfermeira do Controle de Infecção Da unidade cabem as seguintes atribuições específicas.**

- Orientar o trabalho dos profissionais de enfermagem e demais membros da equipe, no que se refere às técnicas de Controle de Infecção da unidade
- Orientar familiares e visitantes, fornecendo informações necessárias no que se refere às patologias com controle específico
- Realizar vigilância epidemiológica e investigações de surtos das infecções das unidades, visitando diariamente os serviços
- Realizar em conjunto com a CIPA programas de prevenção incluindo os de acidente de trabalho ou de trajeto. Efetuar a imunização de funcionários em áreas consideradas de risco pela C.C.I.H.
- Elaboração e acompanhamento das rotinas e procedimentos de precauções universais assim como o estabelecimento de isolamentos.
- Realizar treinamentos e integrações com serviços na unidade. Elaborar os relatórios e as análises dos índices de controle de C.C.I.H. Elaborar e monitorar o plano de gerenciamento de resíduos
- Manter e promover o bom relacionamento de todos os integrantes da equipe.
- Manter entrosamento com o corpo clínico e demais setores e serviços da unidade a fim de elevar o padrão de atendimento.
- Levantar necessidades de melhoria e sugerir alterações Cumprir as normas institucionais
- Cumprir as determinações do Código de ética dos profissionais de enfermagem

**Art. 25º - A Enfermeira Auditora cabe as seguintes atribuições específicas.**

- Coordenar as atividades relativas ao processamento do prontuário da unidade.
- Estabelecer, juntamente com a Coordenação de Enfermagem e Enfermeiro da C.C.I.H a normatização do uso de materiais descartáveis.
- Analisar a adequada cobrança da gasoterapia.
- Normalizar a composição e apresentação do prontuário da unidade.
- Efetuar juntamente com a Diretora de Enfermagem, levantamento e preenchimento das planilhas de custos, quando da implantação de novos procedimentos de enfermagem
- Elaborar os recursos técnicos de glosas
- Manter bom relacionamento junto aos convênios e empresas
- Elaborar relatórios gerenciais e indicadores dos seus setores de atuação Participar dos programas de educação continuada
- Controlar as devoluções de medicamentos na farmácia
- Participar ativamente como membro da Comissão de Prontuários e de Óbitos.
- Acompanhar os trabalhos de preparação e posterior utilização e revisão e avaliação do perfil epidemiológico, conforme resolução nº7 do Conselho de Saúde Suplementar.
- Responder pela gestão e recursos humanos sob sua responsabilidade, analisando o turnover, absenteísmo e levantando as necessidades de treinamento e desenvolvimento de seus colaboradores.
- Iniciar ação para prevenir ocorrência de quaisquer não conformidades relativas a produto, processo e sistema da qualidade.
- Iniciar, recomendar ou providenciar soluções através de canais designados. Verificar a implementação das soluções.
- Planejar, executar, checar e promover melhorias contínuas dos processos do sistema da qualidade. Participar e colaborar nas atividades que promovam o crescimento e desenvolvimento da empresa.

**Art. 26º - A Enfermeira Assistencial cabe as seguintes atribuições específicas.**

- Prestar a Assistência de Enfermagem de acordo com os protocolos assistenciais que lhe cabem especificamente o cuidado
- Controlar a frequência e a pontualidade do pessoal de enfermagem. Observar a apresentação e atitude do pessoal de enfermagem
- Proceder periodicamente à avaliação de desempenho dos funcionários de enfermagem. Elaborar a escala de tarefas, orientar e supervisionar a sua execução.
- Elaborar as escalas mensais de serviço e programação de férias. Participar da elaboração dos programas de educação continuada
- Supervisionar as condições de higiene, a ordem dos ambientes e funcionamento de aparelhos e



- equipamentos na sua área de atuação.
- Participar do processo seletivo e demissional de funcionários Controlar o estoque de psicotrópicos e barbitúricos.
- Desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem
- Desenvolver as atividades e ações referentes aos Protocolos de Enfermagem de: Recepção, Transferência e Alta do paciente grave;
- Zelar pelo adequado desenvolvimento dos protocolos de Segurança do Paciente Zelar pela qualidade da Assistência e Enfermagem desenvolvida
- Manter e promover o bom relacionamento de todos os integrantes da equipe
- Manter entrosamento com o corpo clínico e demais setores e serviços da unidade a fim de elevar o padrão de atendimento.
- Levantar necessidades de melhoria e sugerir alterações Cumprir e fazer cumprir os requisitos da NR32
- Cumprir e fazer cumprir os requisitos do Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde Cumprir as normas institucionais
- Cumprir as determinações do Código de ética dos profissionais de enfermagem

**Art. 27º - Ao Técnico de Enfermagem cabem as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:**

- Assistir ao Enfermeiro;
- No planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- Na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- Na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- Na prevenção e controle sistemático da infecção da unidade;
- Na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- Executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º do Decreto Nº 94.406/87
- Integrar a equipe de saúde Cumprir a escala de atividades
- Lançar notas de débitos de acordo com a rotina
- Executar a assistência integral ao paciente
- Cumprir com qualidade o plano de assistência de enfermagem individualizado.
- Exercer a vigilância contínua
- Manter e promover o bom relacionamento de todos os integrantes da equipe
- Manter entrosamento com o corpo clínico e demais setores e serviços da unidade a fim de elevar o padrão de atendimento.
- Levantar necessidades de melhoria e sugerir alterações Cumprir as normas institucionais
- Cumprir as determinações do Código de ética dos profissionais de enfermagem

**Art. 28º - A Secretária da Coordenação de Enfermagem cabe as seguintes atribuições específicas.**

- Elaborar as escalas mensais de folgas de funcionários da Coordenação de Enfermagem
- Efetuar chamadas telefônicas
- Agendar e preparar infraestrutura para reuniões
- Preparar, encaminhar e ou receber correspondências.
- Arquivar documentos Manter os arquivos atualizados
- Digitar relatórios, planos de trabalho, escalas de plantões, escalas de trabalho mensais, documentos, quadros, tabelas, e gráficos, atendendo a normas específicas.
- Organizar e manter atualizado o cadastro de pessoal de enfermagem Prever especificações e requisição de material
- Coletar dados estatísticos
- Realizar a digitação de documentos utilizando softwares como o Word, Excel, PowerPoint e Access.
- Manter e promover o bom relacionamento de todos os integrantes da equipe
- Levantar necessidades de melhoria e sugerir alterações
- Cumprir as normas institucionais Da Competência dos Serviços

*Art. 29º - Ao Serviço de Cuidados Críticos (Quando do caso) compete especificamente, o planejamento, execução e avaliação da assistência de Enfermagem ao paciente de risco com procedimento de maior complexidade e grau de dependência, que requeiram observação ininterrupta.*

*Art. 30º - Ao Serviço Cirúrgico Geral, (Quando do caso) compete especificamente o planejamento e avaliação de procedimentos de Enfermagem com maior especificidade ou não, ao paciente no período sendo este estendido até a acomodação do paciente no leito de observação.*

*Art. 31º - Ao Serviço de Pronto Atendimento compete especificamente o planejamento, execução, avaliação de procedimentos de enfermagem ao paciente externo, em caráter de urgência ou emergência, portador de patologia clínica, pediátrica, aguda ou traumática, inclusive transporte em ambulância.*

*Art. 32º - Ao Serviço de Cuidados não Críticos (Quando do caso) compete especificamente o planejamento, execução e avaliação de procedimentos de enfermagem médico, pediatria.*

*Art. 33º - Ao Serviço de Processamento de Materiais compete especificamente o planejamento, execução e avaliação de procedimentos de desinfecção e esterilização, armazenamento e distribuição de materiais assim como o controle do funcionamento e manutenção dos equipamentos.*

*Art. 34º - Compete a todos os Serviços - Prestar assistência de Enfermagem ao paciente obedecendo a Sistematização da Assistência de Enfermagem e aos Protocolos Técnicos estabelecidos observando:*

- Resguardar a privacidade do paciente baseando-se nos princípios da moral e da ética.*
- Prestar assistência aos familiares atendendo-os em suas necessidades, conforme o preconizado no regulamento da unidade visando o desenvolvimento de um relacionamento saudável e harmonioso.*
- Propiciar condições e ambiente adequado, que facilitem a recuperação e progressiva independência do paciente.*
- Registrar no prontuário de forma adequada os cuidados de enfermagem prestados assim como a evolução do paciente.*
- Manter a Equipe de Enfermagem tecnicamente preparada para a utilização adequada dos recursos disponíveis.*
- Manter atualizados os protocolos de enfermagem.*
- Requisitar materiais permanentes e/ou de consumo garantindo a racionalização e a adequada utilização dos mesmos.*
- Monitorar as atividades que geram elementos na conta da unidade, visando a compatibilização entre os procedimentos realizados e débitos registrados.*
- Acompanhar o cumprimento do calendário estabelecido pelo serviço de manutenção preventiva de materiais e equipamentos*
- Solicitar manutenção correlativa para materiais e equipamentos.*
- Gerenciar os pessoas e recursos físicos, materiais e de equipamentos, visando sua maximização.*
- Garantir através de sistema de controle e avaliação a Qualidade dos serviços prestados.*
- Desenvolver e manter excelente relacionamento interpessoal intra e intersetorial.*
- Propiciar condições de excelente relacionamento extra e interinstitucional.*
- Gerenciar as atividades técnicas de enfermagem de forma que se obtenha a maximização dos custos por unidade produzida.*

#### *Capítulo VII – Das Normas Gerais*

*Art. 35º - A todo paciente estará reservado o direito de:*

- De receber um atendimento atencioso e respeitoso;*
- À dignidade pessoal (inclusive o paciente não deve ser obrigado a ficar despido mais tempo do que o necessário e tem o direito de exigir presença de outra pessoa do mesmo sexo quando examinado);*
- A sigilo ou segredo profissional;*
- De conhecer a identidade dos profissionais envolvidos em seu tratamento;*
- À informação clara, numa linguagem acessível, sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico;*
- De comunicar-se com pessoas fora da unidade e de ter, quando necessário, um tradutor;*
- De recusar tratamento e de ser informado sobre as conseqüências dessa opção;*
- De ser informados de projetos de pesquisas referentes ao tratamento, e de se recusar a participar dos mesmos;*



- De receber uma explicação completa referente aos procedimentos pelos quais irão passar ;
- De reclamar (reclamação não deverá ter influência na qualidade do tratamento);
- De recusar a realização de exames desnecessários (por exemplo, raios X, exames de sangue e urina etc. executados recentemente);
- De questionar a medicação prescrita;
- De ter acesso à ficha médica.
- Receber, informações técnicas do âmbito do conhecimento de Enfermagem, sobre os medicamentos que lhe serão ministrados, exceto os de controle restrito.
- Manter privacidade, independentemente de seu estado de consciência.
- Manter a dignidade e respeito mesmo após a morte,
- Os familiares ou responsáveis devem ser avisados imediatamente após o óbito conforme rotina da unidade.
- Receber da equipe de enfermagem informações rotineiras sobre o seu estado de saúde.
- Conhecer seu plano terapêutico.
- Ter orientação e encaminhamentos na alta

**Art. 36º - A Coordenação de Enfermagem funcionará de acordo com normas relativas à pessoal, registros, ambientes e instalações.**

**Art. 37º - Normas relativas a pessoal**

- A lotação do pessoal nos setores de trabalho será de competência da Coordenação de Enfermagem, de acordo com as qualificações do funcionário e as necessidades do Serviço.
- O pessoal será distribuído em turnos de trabalho, de modo a permitir o atendimento de enfermagem durante as 24 horas os 7 dias da semana.
- Os turnos serão determinados de acordo com as necessidades do Serviço, não devendo ultrapassar o período de 12 horas de trabalho.
- Nos serviços de emergência e internação, as folgas deverão ser móveis, distribuídas em escalas, de modo a manter o pessoal suficiente à execução das atividades.
- O fluxo de férias deve ser disciplinado, para garantir uma assistência equilibrada.
- Os enfermeiros responsáveis pelos setores devem elaborar escalas das tarefas diárias a serem executadas pelo pessoal, atendendo ao modelo assistencial.
- Ao término de cada plantão o enfermeiro deverá efetuar registro sucinto das intercorrências no livro de passagem de plantão.
- O funcionário de plantão somente pode afastar-se do setor, com a presença do substituto e autorização do enfermeiro responsável.
- As interrupções para refeição devem estar sujeitas a escalas pré-estabelecidas pelo enfermeiro do setor.
- Todo o pessoal está sujeito a rodízio de setores e de horário dentro do mesmo serviço- a critério da Coordenação de Enfermagem.
- O pessoal, em serviço, deve estar sempre uniformizado, de acordo com a padronização estabelecida em normas. O pessoal deve ser submetido a capacitação atendendo à seguinte orientação.
- Na admissão, para ser esclarecido sobre os seus direitos e deveres, as normas de funcionamento da Instituição e as normas específicas do seu setor de trabalho.
- Sempre que forem introduzidas novas rotinas e/ou técnicas de trabalho.
- Periodicamente, através de cursos formais de atualização, nas técnicas específicas, em relações humanas e ética profissional.
- Os enfermeiros dos setores devem avaliar as necessidades de treinamento, solicitar a sua realização e participar na programação execução.
- O pessoal da área de enfermagem não pode receber de pacientes, responsáveis ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada de trabalho.
- O pessoal de enfermagem deve estar sempre com cabelos presos, se compridos cobertos por redes.

**Art. 38º- Normas relativas ao registro**

- As atividades de enfermagem devem ser registradas em impressos próprios, com assinatura e carimbo.
- Cada setor registrará as tarefas executadas e mensalmente, encaminhará o mapa estatístico ao Coordenador de Serviço
- O Coordenador de Serviço deve compilar e apreciar os dados enviados pelos setores, e, encaminhar ao órgão competente para comprovação de produtividade.
- Cópias dos registros das atividades de enfermagem devem ser arquivadas, para efeito de documentação.
- O cadastro do pessoal de enfermagem deve ser mantido atualizado na Coordenação de Enfermagem, com o registro das ocorrências que possam servir para avaliação do mérito.

**Art. 39º - Normas relativas a material**

- A previsão de material permanente deve ser efetuada estudando-se a situação de cada setor, no que se refere à suficiência ou à necessidade de substituição.
- O material previsto deve ser especificado, com subsídios necessárias à uma perfeita identificação, de acordo com as normas vigentes.
- Cada setor deve estabelecer um estoque mínimo de material de consumo, necessário às suas atividades e mantê-lo através de requisições periódicas.
- O material deve ser disposto nos setores de forma padronizada, quanto ao local e à ordem, para facilitar a supervisão.
- Os aparelhos e equipamentos técnicos utilizados pela enfermagem, ou sob a sua guarda, devem ser mantidos em condições de uso imediato, devendo a chefia providenciar, através dos órgãos competentes, revisão periódica e conserto, quando necessário.
- Manter atualizado o mapa de manutenção preventiva.
- As equipes de enfermagem são responsáveis pelo material requisitado e distribuído nos seus setores de trabalho - inclusive medicamentos - e devem fazer o controle diário, especialmente do material de pequeno porte ou de fácil extravio.
- Os entorpecentes e psicotrópicos, prescritos e requisitados, devem ficar sob a guarda do enfermeiro responsável pelo turno de trabalho.
- O controle geral do material permanente, distribuído nos setores de enfermagem, é realizado por meio de cadastramento que permita analisar a situação vigente, sempre que necessário.

**Art. 40º Normas relativas a ambiente e instalações**

- O pessoal de enfermagem é responsável pela ordem dos ambientes dos seus setores de trabalho.
- As requisições de enfermagem devem colaborar na conservação das instalações existentes nos seus ambientes de trabalho, de acordo com instruções fornecidas pelo setor de Manutenção, ao qual devem ser comunicados os casos de avarias e danos, para as providencias cabíveis.

**Comissões Permanentes**

**Art. 41º - A Comissão de Ética de Enfermagem, será composta por profissionais de enfermagem com vínculo empregatício na unidade, devendo seguir as normas estabelecidas na Resolução COFEN – 172 de 15/06/1994.**

**Art. 42º - A Comissão de Controle de Infecção da unidade deverá seguir as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, bem como seu Regimento Interno.**

**Art. 43º - A Comissão de Revisão de Prontuários, Óbitos, padronização, estomoterapia, terapia nutricional e segurança do paciente deverão seguir as normas estabelecidas em resolução específica.**

**Das Sanções Disciplinares**

**Art. 44º - As sanções disciplinares são aquelas estabelecidas pela C.L.T. a saber:**

- Advertência
- Suspensão
- Demissão por justa causa

**Art. 45º - Constituem faltas disciplinares Falta ao dever, assiduidade e eficiência**

- Negligência
- Desídia
- Indisciplina
- Insubordinação
- Violação ao Sigilo Profissional
- Abandono de Emprego
- Infringência aos Princípios Éticos
- Improbidade
- Procedimento mau executados
- Ofensas Físicas
- Desrespeito às regras do Regulamento Interno da Unidade



*Art. 46º - O presente Regimento pode ser emendado, a qualquer tempo com proposta encaminhada pela Coordenação de Enfermagem, entrando em vigor após aprovação do Gestor Geral.*

*Art. 47º - Os casos omissos, serão resolvidos pela Coordenação de Enfermagem e quando necessário serão submetidos ao parecer da Gestor Geral.*

## **Proposta de Regimento do Corpo Clínico**

Deve ser elaborado fundamentado na Resolução CFM nº 1.481/97, com aprovação do Corpo Clínico da unidade de Saúde, o Regimento deve ser aprovado pelo Conselho Regional de Medicina – CRM, aprovado conforme normativa deste Regimento Interno, a Diretoria de Operações, só então, ser colocado em operação.

### **a. Mapa de Processos**

É desempenhado levando em consideração os processos e suas interações, divididos em processos gerenciais, chaves e apoio, gerenciados por meio de Indicadores, avaliados nas reuniões junto a tomadores, reuniões internas e auditorias.

### **b. Protocolos Clínicos**

São documentos táticos que definem parâmetros de controle e padronizam a conduta médica conforme a situação emergencial ou patológica diagnosticada. Estes documentos norteiam o ponto de vista clínico, o tipo mais adequado de atendimento e tratamento das patologias diagnosticadas, além dos cuidados a serem aplicados aos pacientes.

### **c. Procedimentos de Gestão**

Serão elaborados com base nos modelos e protocolos da Sede da empresa - O.S, com a padronização dos documentos que contenham diretrizes e critério institucionais para formalização de um processo aplicável aos setores proponentes e envolvidos no processo descrito. A abrangência poderá ser variável conforme a importância ou mapeamento dos processos.

### **d. Manuais Institucionais**

Serão elaborados com base nos modelos e protocolos da Sede da empresa - O.S, com a padronização dos documentos que contenham diretrizes e critério institucionais relacionados a projeto com foco técnico amparado pela legislação competente, e desta forma deverão ser aplicados e praticados por todos.

### **e. Instruções de Trabalho**

Serão elaborados com base nos modelos e protocolos da Sede da empresa - O.S, sendo documentos que descrevem as atividades desempenhadas individualmente. Após a aprovação, os mesmos devem ficar a disposição para consulta.

### **f. Registros**

Evidenciam a realização das atividades e tarefas por meio da formalização dos fatos. Devem integrar a sistemática do controle de documentos e registros.

g. Responsável da Direção Comprometimento da Diretoria

Devem se comprometer com o desenvolvimento, a implantação e a melhoria contínua dos processos, sendo demonstrado por meio dos objetivos da unidade de saúde e que dizem respeito ao atendimento aos requisitos e cláusulas contratuais do contrato firmado entre a municipalidade e a O.S, com a garantia na prestação dos serviços médicos.

h. Objetivo do Contrato de Gestão

Os colaboradores estão orientados a atender as necessidades dos pacientes, buscando a melhoria contínua sempre focado na satisfação dos mesmos, norteados pelo contrato estabelecido e as boas práticas.

i. Metas de Gestão Contratual

A Diretoria define as entradas para o monitoramento de metas que são abordadas, com intuito de verificar.

- Metas estipuladas em contrato
- Resultados relacionados a pacientes e clientes (internos e externos)
- Indicadores Operacionais alinhados à Gestão e Planejamento Estratégico.

j. Metas de Controle de Processos

Reuniões que podem ser realizadas no âmbito da direção, gerencial ou coordenação, que visa a adequação e a eficácia dos processos. São considerados dados de entradas a serem analisados:

- Resultado relacionado a paciente
- Situações de Ações Corretivas e Preventivas
- Desempenho dos Processos – Indicadores
- Acompanhamento do Cumprimento de Planos de Ação.

k. Comunicação e Divulgação

Tem por objetivo a disseminação dos objetivos da unidade de saúde e as ações voltadas para a qualidade, visando manter conscientizados os colaboradores, fornecedores e pacientes.

#### **4.7.4 Manual e proposta de educação permanente em saúde/capacitação**

a. Programas de treinamento/desenvolvimento

Tem como objetivo, estabelecer normas que contribuam para a eficácia da aplicação de programas de desenvolvimento profissional, visando o gerenciamento adequado da qualidade e aplicação de treinamentos técnicos e comportamentais.

Será de responsabilidade do Departamento de Recursos Humanos, levantar as necessidades, cuidar do planejamento, programação e execução dos treinamentos e avaliar os resultados.

O Departamento de Recursos Humanos promoverá anualmente o levantamento das necessidades de treinamento setorialmente.

Treinamentos que não estiverem contemplados no levantamento anual de necessidades de treinamentos poderão ser solicitados mediante a abertura de solicitação de treinamentos internos

– Formulário: RH-FOR-004/14.



b. Conceito de treinamento

Processo de aprendizado em curto espaço de tempo que visa potencializar às premissas globais de execução de atividades, que são:

- Conhecimento
- Habilidades
- Atitudes

c. Conceito de desenvolvimento

Processo de aprendizado em logo prazo, buscando aperfeiçoar as capacidades e motivações dos trabalhadores.

O objetivo maior está na ampliação das habilidades dos profissionais para futuras responsabilidades.

Nesta fase o foco principal é o de alinhar os perfis profissionais com às necessidades institucionais, visando preparar a gestão para a implantação de Planos de Carreira.

Outra forma de encarmos o conceito de desenvolvimento em relação aos processos de trabalho, é o de potencializar as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores, na direção dos objetivos e metas da organização, de forma que possam ser combinadas às necessidades individuais dos colaboradores com as da empresa.

d. Programa de Suporte para Aprimoramento de Competências (PSAC)

Através de encontros individuais, oferecer espaço para discussão de estratégias comportamentais e técnicas visando o aprimoramento de competências gerenciais.

Auxiliar na adequação de posturas comportamentais, alinhando os perfis profissionais desejados, com a dinâmica de trabalho desenvolvida.

Discutir propostas de melhorias nas rotinas setoriais favorecendo a implantação de fluxos de trabalho mais focados no atendimento humanizacional.

e. Conceitos a serem abordados:

- Formas eficientes de se promover feedback;
- Gerenciamento de Conflitos;
- Administração do Tempo;
- Assertividade em contratações/ promoções;
- Análise e Descrições de Competências;
- Manutenção da imagem do setor;
- Marketing Pessoal;
- Foco no trabalho Humanizacional;
- Conceitos de Liderança Assertiva. Integração de novos colaboradores
- Promover o acolhimento dos novos colaboradores de forma sistêmica, onde às diretrizes das atividades serão apresentadas.
- Fornecer aos novos colaboradores os Equipamentos e Proteção Individual (EPI's).
- Fornecer aos novos colaboradores o Manual de Integração.
- Fornecer os Uniformes.

- Promover a orientação das boas práticas no atendimento dos clientes.
- Instruir equipe quanto às normas e políticas internas do Instituto e da unidade.
- Instruir equipe quanto às regras trabalhistas (horários de trabalho/ refeições/ férias/ relógio de ponto/ etc.)
- Apresentar os protocolos básicos de conduta no atendimento da Enfermagem
- Instruir equipe quanto às normas da Segurança Patrimonial
- Iniciar processo de educação continuada.
- Conteúdo
- Recursos Humanos
- O que é SUS?
- O que é OSS?
- Histórico do INGDS.
- Qualidade no atendimento.
- Políticas Administração de Pessoal.
- Fornecimento de Crachás, Uniformes e Manual de Integração.

f. Treinamento qualidade no atendimento

- Desenvolver capacitação comportamental quanto aos processos assertivos no atendimento ao cliente.
- Estabelecer e padronizar fraseologias adequadas no trato com clientes.
- Apresentar técnicas de gerenciamento de conflito para minimizar problemas no atendimento.
- Promover o reconhecimento de perfis comportamentais de clientes.

g. Conteúdo

- Apresentação das Políticas Integradas. (Módulo 1)
- Apresentação das Políticas de Atendimento. (Módulo 1)
- Apresentação dos perfis comportamentais adequados de conduta. (Módulo 1)
- Aplicação de Questionário (Conhecimentos sobre Atendimento). (Módulo 2)
- Gerenciamento de Conflitos/ Uso de fraseologias adequadas. (Módulo 2)
- Atendimento Telefônico. (Módulo 2).

h. Planejamento

Após o levantamento das necessidades e definição clara dos objetivos dos treinamentos, O Departamento de Recursos Humanos estudará o local onde serão realizados os treinamentos, analisando aspectos físicos e logísticos da aplicação dos programas, para que seja desenvolvido um cronograma anual.

Será levado em consideração na montagem do cronograma:

- Conteúdo dos programas.
- Custo.
- Local de aplicação.
- Recursos a serem utilizados.
- Horário de trabalho dos colaboradores participantes para montagem de escalas.



- Confecção da Lista de Presença (RH-FOR-012/14)

i. Treinamentos Externos

Treinamentos externos deverão ser solicitados com 25 dias de antecedência do evento, através do formulário RH-FOR-011/14 (Formulário de Solicitação de Treinamentos Externos).

A solicitação deverá vir acompanhada da proposta do evento (folder/ impressão de página da internet/ correspondência/ etc.), contendo visto do gestor solicitante.

j. Aprovações

As aprovações estão condicionadas aos níveis hierárquicos predispostos nos formulários de solicitações.

Níveis hierárquicos de aprovação:

- Solicitante – Gestor do setor.
- Gestor da Unidade.
- Diretoria Geral da INGDS.

k. Indeferimento de solicitação

O departamento de Recursos Humanos informará por escrito ao gestor solicitante os motivos que indeferiram a solicitação de um treinamento.

l. Inscrições de eventos externos

Somente após a solicitação ter sido aprovada pelo Diretor Geral, o setor de treinamento fará a inscrição do(s) colaborador(es) no evento e informará a data, local e horário do treinamento.

m. Certificado de conclusão ou participação

Os Colaboradores que participarem de Programas de Desenvolvimento internos receberão um Certificado de participação (RH-FOR-013/14) confeccionado pelo Departamento de Recursos Humanos.

Após ter participado de um evento externo, o colaborador enviará ao Departamento de Recursos Humanos, o Certificado de Conclusão ou Comprovante de Participação, para ser arquivado em prontuário.

n. Padronização e monitoramento de processos

Estabelecer e implantar padrões de trabalho monitorados através de indicadores estratégicos que auxiliarão os processos de análise de resultados para possíveis ajustes



#### 4.7.5 Manual e proposta para atuação em protocolos

**Manual:** É a ferramenta que reúne de forma sistematizada normas, rotinas, procedimentos e outros imprescindíveis para execução das atividades de assistência e tarefas administrativas, ou seja, instrumento orientador dos profissionais dos serviços de saúde no desempenho de suas funções.

**Norma** é um conjunto de regras e instruções técnicas concatenadas que servem para execução uma tarefa específica e define os procedimentos, métodos e organização.

**Rotina** é formada por vários processos que acontecem de forma sistemática e que requerem conhecimento técnico e domínio de tecnologias. Sendo, que processo é todo conjunto de procedimentos com entradas, processamento e resultados.

O objetivo do manual é auxiliar as unidades de saúde quanto à implantação de Protocolo e a guarda no setor de arquivo.

##### Resultados Esperados

- Efetivo controle dos documentos desde a sua origem até a sua destinação final;
- Agilizar o acesso às informações em cada fase do ciclo de vida do documento.

##### Ciclo Vital dos documentos

As sucessivas fases por que passam a documentação dentro da unidade, desde o momento em que são criados até a sua destinação final, é chamado de ciclo vital dos documentos. Assim, os arquivos podem ser Correntes, Intermediários e Permanentes (Teoria da Três Idades), de acordo com a frequência de uso e a identificação de seus valores primário e secundário.

##### Arquivos Correntes

Consideram-se documentos Correntes aqueles em curso ou que, mesmo sem movimentação, constituam objeto de consultas frequentes.



FLUXO SIMPLIFICADO DA UNIDADE DE FATURAMENTO	FAA (BPA/BPAI)	OC	DEMAIS SISTEMAS
	Recepção de prontuários Atas Transferências Óbitos	Recebimento de declarações de Óbitos	Recebimento das Fichas de Cadastro Profissional do RH
	Organização do Prontuário	Conteúdos e ajustes necessários	Emissão do Relatório do Sistema de Gestão utilizado
	Codificação dos Prontuários	Registro em livro próprio	Digitação das fichas no CNES e digitação dos consolidados emitidos do sistema de gestão no BPA
	Digitação no SIA	Envio da primeira via aos órgãos competentes	Exportação para a Secretaria Municipal de Saúde
	Exportação para a Secretaria Municipal de Saúde		
	Disponibilidade para a unidade de estatística		

#### 4.7.6 Manual para faturamento de procedimentos

A unidade de faturamento é o setor responsável pela coleta de dados referentes aos procedimentos realizados pela unidade de pronto atendimento nos diversos setores. Este setor deverá estar integrado com as áreas que prestam o atendimento e será o responsável pela inserção dos dados no sistema para os órgãos competentes, na Gestão Estadual a Secretaria Estadual de Saúde, na Gestão Municipal a Secretaria Municipal de Saúde e para o Ministério de Saúde por intermédio dos sistemas e módulos específicos por complexidade do SIA (BPA/BPAI), e do CNES-Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

A unidade de faturamento desenvolve suas atividades integradas com as unidades de atendimento, agendamento, gerenciamento de leitos, SAME, Farmácia, Almojarifado, Auditoria Médica e Assistencial e das áreas de produção.

##### a. Composição da Equipe:

Chefe do Faturamento	01
Enfermeiro auditor	01

É de responsabilidade do setor conferir todas as Declarações de Óbito - DO e sempre que necessário realizar a complementação de informações administrativas. Após a conferência registrará as mesmas em livros próprios e ao final de cada mês o mesmo deverá realizar a transferência da base de dados sob sua responsabilidade para a Secretaria Estadual de Saúde e envio das fichas de DO aos órgãos responsáveis.

e. Responsabilidade por competência:

**Chefe do setor de faturamento**

- Dirigir o setor de faturamento da unidade;
- Acompanhar a execução das tarefas dos seus subordinados;
- Elaborar Plano de Trabalho;
- Supervisionar, orientar e promover educação em serviço;
- Promover rodízio de funções e administrar as rotinas internas;
- Manter sempre atualizadas todas as tabelas utilizadas pelo setor;
- Manter relacionamento com os demais setores e profissionais da equipe de saúde;
- Controlar a assiduidade, pontualidade e disciplina de seus funcionários;
- Elaborar a confecção da escala de férias;
- Promover reuniões periódicas com os funcionários;
- Orientar e colaborar para confecção de relatórios mensais à direção administrativa;
- Supervisionar o controle de material, equipamento e sua manutenção;
- Fazer registro das atividades executadas;
- Controlar o recebimento e possíveis glosas dos convênios faturados, através de livro caixa.

f. Auxiliar de faturamento compete:

- Receber, e organizar todo e qualquer prontuário entreguem ao setor;
- Executar apuração dos gastos efetuados por paciente conforme seus convênios;
- Realizar a digitação dos mesmos e emitir fatura para cobrança;
- Manter sempre a ética profissional pelo fato de ser informações confidenciais;
- Colaborar para manutenção das tabelas utilizadas sempre atualizadas;
- Colaborar na confecção dos relatórios mensais que serão enviados a direção administrativa;
- Preencher guias específicas dos convênios para efetuar as faturas;
- Zelar pela manutenção, organização e limpeza das dependências do setor;
- Desenvolver o espírito de coletividade com os demais integrantes do setor;
- Desempenhar tarefas afins.

#### **4.7.7 Formas de Acomodação e Conduta para os Acompanhantes:**

O paciente permanecer acompanhado de um familiar é muito importante para seu restabelecimento. Nas Unidades do SUS, cuja acomodação é coletiva, a UPA Bayeux deverá seguir critérios específicos para liberação de acompanhantes. Saiba: o acompanhante deve ser um familiar ou similar. O acompanhante deve permanentemente colaborar e estar presente na recuperação e bem-estar do paciente; jamais traga problemas ou assuntos desagradáveis ao mesmo, mantenha o ambiente o mais agradável e sereno possível. É proibido sentar-se ou deitar-se na cama do lado e do paciente.



Faturista	02
Médico auditor	01

b. Funcionamento

A unidade de Faturamento da UPA funcionará de segunda a sexta-feira no horário de 08:00hs as 17:00hs.

c. Objetivo

A unidade de Faturamento tem como objetivo identificar os desvios e as ações necessárias no processamento da informação gerada pelas áreas produtivas da unidade, manter atualizadas as bases de dados dos Sistemas de Informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde e alimentar o banco de dados que servirá de fonte de informação para a Unidade de Estatística.

É o responsável pelas atualizações das Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde, atualizações de versões do sistema, atualizações do cadastro CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, da estrutura física, dos equipamentos, dos serviços e das habilitações das equipes e serviços disponíveis.

d. Metodologia

O médico e/ou enfermeiro auditor procederá a análise e avaliação dos prontuários de pacientes que obtiveram alta, transferências e óbito na unidade da unidade, dos procedimentos realizados que serão codificados com base na tabela SIGTAP, e as mudanças de procedimentos quando forem necessárias como também os procedimentos especiais com a finalidade de alimentar o sistema do BPA ou SIA (Sistema de Informação Ambulatorial).

A partir da codificação dos prontuários realizada pelo médico e/ou enfermeiro, a faturista computará os dados relacionados à cobrança dos procedimentos, exames, materiais e medicamentos de alto custo, órteses e próteses em planilha apropriada e na sequência a digitação no Sistema BPA. Ao final de cada mês este profissional será responsável por transmitir a Secretaria Municipal de Saúde as FAA`s/BPA`s faturadas no período.

O faturamento é responsável pela atualização e inserção dos dados dos recursos humanos da instituição a cada contratação ou desligamento de profissionais e o faturista receberá do setor de Recursos Humanos a ficha de Cadastro do Profissional devidamente preenchida e realizará a digitação no sistema CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde para atualização das informações. Compete ao setor realizar a atualização da estrutura física e serviços sempre que necessário e ao final de cada mês este profissional será responsável por transmitir a Secretaria Estadual de Saúde a base do CNES.

O setor de faturamento é o responsável por acompanhar os lançamentos de produção no Sistema de Gestão utilizado pela unidade, Ambulatório, Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico e Unidade. Ao final de cada mês realizará a consolidação das informações, digitação no Sistema BPA/BPAI e a transferência para a Secretaria Estadual de Saúde.



Na visão ampliada de saúde, cuidar é um conceito abrangente que, para além dos tratamentos biomédicos, aponta para a criação de um ambiente relacional que permita à pessoa doente ou hospitalizada a descoberta ou a releitura do sentido e do valor de sua existência para aqueles que a rodeiam e para si mesma. O cuidado gera segurança e confiança; possibilita que a pessoa reencontre e manifeste a sua vitalidade, favorecendo a eficácia dos tratamentos. Remeter a pessoa a esse estado é o principal objetivo do cuidar.

Nossa equipe trabalha para redimensionar o espaço da visita e do acompanhante na Unidade:

- Para melhor captar os dados do contexto de vida do doente e do momento existencial por ele vivido, possibilitando um diagnóstico abrangente.
- Para ajudar na identificação das necessidades do doente e, por meio de outras informações fornecidas pelos familiares, compor o quadro dos seus principais problemas, a fim de facilitar a elaboração de uma conduta mais precisa.
- Para manter a inserção social do doente durante toda a sua internação.
- Para permitir, desde o início, a integração do acompanhante e dos familiares no processo das mudanças provocadas pelo motivo da internação e das limitações advindas da enfermidade, colaborando com o doente no enfrentamento destas.
- Para incluir, desde o início da internação, a comunidade no processo dos cuidados com a pessoa doente, aumentando a autonomia desta e a dos seus cuidadores.
- Para propiciar outra ordem de relações de solidariedade e responsabilização pelo espaço hospitalar. Acompanhantes mais experientes têm demonstrado que isso é de grande ajuda, orientando os recém-chegados.
- Para a equipe orientar os membros da família quanto ao seu papel de cuidadores leigos, que podem aprender algumas técnicas para a continuidade do cuidado em casa.
- Para permitir que a pessoa internada perceba a participação dos familiares no seu tratamento, enquanto confirmação do afeto. No caso especial dos idosos, o mesmo ocorre como forma de retribuição a tudo o que estes já deram de si. Isso corrobora a ideia de que os laços familiares e afetivos são fortalecidos nos momentos de hospitalização.
- Para colaborar na observação das alterações no quadro clínico e comunicá-las à equipe. Não existe melhor monitor que o acompanhante atento.
- Para que a equipe de cuidados possa detectar manifestações excessivas ou condutas inadequadas ao projeto terapêutico do doente, seja por parte dos familiares ou dos visitantes da comunidade, com a finalidade de tentar influir no seu reajuste.
- Para fortalecer, na pessoa doente, a sua identidade pessoal e sua autoestima.

Os acompanhantes fazem bem à saúde, são pessoas que devem ser consideradas "elementos integrantes do projeto terapêutico", pois possuem evidente eficácia clínica.

Para a permanência do acompanhante, as seguintes orientações podem ser assinaladas:

- A inclusão dos acompanhantes como parte do projeto terapêutico do doente pressupõe que se procure conhecer como se compõe a sua rede social e como contatá-la.
- A necessidade de visita e acompanhante não pode ser dimensionada somente pela equipe de cuidados. Sempre que possível, a autorização de visitas e acompanhantes deve respeitar o desejo e a autonomia do paciente e considerar as demandas específicas. Visita de crianças, por exemplo, pode ser um fator importante para a reabilitação da pessoa internada.
- Alguns pacientes clinicamente estáveis podem ter necessidade do apoio de amigos e de



familiares específicos. Portanto, cabe à equipe escutá-los a este respeito.

- Deve ser verificada a adequação de locais para que os doentes em condições de locomoção possam receber os visitantes fora do leito. De igual forma, deve ser conferida a adequação do espaço da unidade para a inclusão do acompanhante.
- A flexibilidade nos horários de troca de acompanhantes deve ser observada com atitude de respeito às suas necessidades.
- A equipe multidisciplinar, para o acolhimento e a integração da visita e do acompanhante nas práticas do cuidado, deve ter sua qualidade potencializada por meio de capacitação específica para cada caso.
- No momento da visita, deve estar presente um integrante da equipe responsável pelo doente.
- As situações de tensão (entre o paciente e os seus familiares e acompanhantes ou entre o paciente e a equipe de referência) devem ser tomadas como analisadores por parte da equipe (de preferência com apoio de profissional da Saúde Mental). Com tal medida, objetiva-se aumentar a compreensão do contexto e melhor definir qual deve ser a atuação terapêutica efetiva na gestão de conflitos e tensões.
- Só é permitida presença de um acompanhante por paciente, a troca de acompanhante deverá ser feita até às 21:00hs.
- O acompanhante deverá ser maior de 18 anos.
- Qualquer exceção deverá ser comunicada pelo responsável. Horário de refeições de acompanhantes

Deverá obedecer aos mesmos horários dos pacientes com acréscimo de trinta minutos, quando o acompanhante é impossibilitado de se alimentar próximo ao paciente.

a. Acomodação – será cedido para o acompanhante uma poltrona reclinável confortável específica para este fim a qual deverá ficar ao lado da cama do paciente, também deverá ser disponibilizado um espaço para guarda de pertences com pequeno volume.

O direito de acompanhamento do paciente do Serviço de Urgência, com os seguintes princípios:

- Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço.
- Os serviços de urgência devem, através de serviços técnicos adequados, promover o direito referido no número anterior sempre que a situação clínica do paciente não permita a declaração da sua vontade, podendo para esse efeito os serviços solicitar a demonstração do parentesco ou da relação com o paciente invocados pelo acompanhante, mas não podem impedir o acompanhamento.
- O acompanhamento não pode comprometer as condições e requisitos técnicos a que deve obedecer a prestação de cuidados médicos para que estes sejam eficazes.
- O acompanhante deve comportar-se com amabilidade e respeitar e acatar as instruções e indicações, devidamente fundamentadas, dos profissionais de serviço.
- No caso de violação das instruções, desobediência ou desrespeito, os serviços podem impedir o acompanhante de permanecer junto do paciente e determinar a sua saída do serviço de urgência, podendo ser, em sua substituição, indicado outro acompanhante.
- O direito de acompanhamento nos serviços de urgência deve estar consagrado no regulamento da respetiva instituição de saúde, o qual deve definir com clareza e rigor as respetivas normas e condições de aplicação.

Regras Gerais a Observar o acompanhante.

- Os acompanhantes devem ser identificados através de uma pulseira de identificação com registo no sistema de informação na recepção da UPA. Compete aos Serviços Administrativos fazer a gestão dos acompanhantes.
- Cada acompanhante receberá, na Recepção, um "cartão" ou uma "pulseira de acompanhante"
- Dentro do horário de visita, só poderá permanecer junto de cada paciente um número máximo de duas pessoas, podendo ser dois visitantes ou um acompanhante e um visitante.
- O "cartão" ou a "pulseira de acompanhante" deverá estar de forma visível.
- A troca de acompanhantes far-se-á na recepção da unidade, mediante registo no sistema de informática.
- Só poderá entrar outro acompanhante após o anterior ter saído e devolvido o respetivo "cartão", sendo da responsabilidade dos acompanhantes gerir a permanência junto do paciente e respectiva troca de visita ou acompanhante.
- Os profissionais de saúde devem prestar ao acompanhante a informação e orientação para que este possa, se assim o entender, sob a supervisão daqueles, colaborar na prestação de cuidados ao paciente.

### **Horários de visitas**

Para os adultos o horário de visita nos serviços de internamento será das 16h:00 às 20:30h, todos os dias.

Na Pediatria o período de visita diária é das 18h30 às 20h00, as crianças/adolescentes em isolamento não têm visitas.

No Serviço de Observação (SO de curta duração) cada paciente tem direito a uma visita/Informação das 18h00 às 18h30, desde que a dinâmica do serviço o permita.

No Serviço de Observação da Urgência de Pediatria não há visitas, só acompanhante.

### **Direito a refeição:**

Terá direito a refeições o acompanhante de idosos a cima de 60 anos de idade e de menores abaixo de 13 anos de idade. O acompanhante permanente ao paciente interno na unidade desde que permaneça na instituição seis horas por dia, esteja a acompanhar o paciente à hora em que normalmente for distribuída a refeição e sempre que se verifique uma das seguintes situações:

- A pessoa internada se encontre em perigo de vida;
- Quando a acompanhante seja mãe e esteja a amamentar a criança internada;
- Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico-cirúrgico;
- Quando o acompanhante resida a uma distância superior a 30Km do local onde se situa a unidade.



#### **4.8 Implementação de Serviços e Funcionamento de Equipe Interdisciplinar**

##### **Protocolos Assistenciais**

Os protocolos assistenciais de Atenção Médica e Rotinas Operacionais encontram-se no Anexo desta proposta.

#### **4.9 Recursos Humanos**

Nossos projetos contemplam o treinamento, a capacitação e o desenvolvimento dos recursos humanos locais, voltadas para a constante melhoria da saúde, e, para o fornecimento de subsídios que nortearam a estratégia de planejamento para as necessidades prementes e futuras da comunidade envolvida. Neste contexto, implantamos e executamos projetos que envolvem não só a equipe de trabalho, mas também a família e a comunidade, em assuntos concernentes a assistência social, a educação e a saúde, potencializando a capacitação pessoal, além da promoção e do desenvolvimento da responsabilidade social, do respeito à saúde e a vida, dentro das classes profissionais envolvidas e da comunidade, reconhecendo-as em todos os sentidos e estimulando-as a participarem e colaborarem com todos os nossos Projetos Sociais, Educacionais e de Saúde.

A Equipe será dimensionada de acordo com o proposto do edital e conforme a necessidade, visando a qualidade no serviço.

##### **4.9.1 A Recursos Humanos proposto, descrição e carga horária**

Abaixo segue a tabela contendo os profissionais a serem contratados separados por categorias, a saber:

CATEGORIA PROFISSIONAL	QTDE
Assistente Administrativo	2
Auxiliar de Farmácia Diurno	3
Auxiliar de Farmácia Noturno	2
Enfermeiro Assistencial Diurno	6
Enfermeiro Assistencial Noturno	4
Farmacêutico Diurno	2
Farmacêutico Noturno	2
Farmacêutico RT	1
Recepcionista Diurno	6
Recepcionista Noturno	4
Técnico de Enfermagem Diurno	28
Técnico de Enfermagem Noturno	17
Técnico de Imobilização Diurno	3
Técnico de Imobilização Noturno	2
Assistente Social	2
Fisioterapeuta	3
Gestor	1
Auxiliar de RH	1
Arquivista	1
Coordenador	1
Nutricionista	1
Técnico de Informática	3
Condutor Diarista	1
Condutor Diurno	6
Condutor Noturno	4

Para os profissionais médicos, segue a tabela abaixo:

CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA - NOTA FISCAL	
PROFISSIONAL	QTDE
<b>MÉDICOS</b>	
Diretor Técnico / Coordenador	1
Médico Visitador	1
Médico Pediatra	1
Médico Especialista/Interconsulta a Distância	1
Médico Clínico Geral de Apoio (Visando garantir as transferências e intercorrências)	1
Médico Clínico Geral (2 DIA/2 NOITE)	4
Médico Ortopedista	1
Médico de Ultrassom	1



## **CONCEITO**

No intuito de se promover a implantação dos sistemas gerenciais que servirão para administrar uma unidade de saúde de forma padronizada, a INGDS - INGDS, desenvolve cronologicamente a inserção de vários processos administrativos e operacionais, entre eles a Gestão de Pessoas, com diretrizes preestabelecidas e fundamentadas na melhoria de performance dos profissionais.

## **OBJETIVOS**

Desenvolver a implantação das atividades da área de Gestão de Pessoas de forma padronizada que atendam às exigências da demanda de contrato.

Cronometrar às ações, possibilitando o reconhecimento dos fluxos de trabalho de forma a se alinhar com o sistema de atendimento da unidade de saúde.

Fornecer diretrizes aos processos iniciais de trabalho, levando-se em consideração, tempo, complexidade de atendimento da unidade e infraestrutura.

## **Princípios Fundamentais de Atuação da Área de Gestão de Pessoas**

### **COMPROMISSO**

Fortalecer o desenvolvimento corporativo promovendo a contratação de profissionais que venham agregar valor à Instituição.

Desenvolver pessoas para a melhoria contínua de suas atividades, visando sempre o comprometimento com a qualidade e a satisfação de nossos clientes internos e externos.

Respeitar normas e diretrizes trabalhistas, através da administração das regras Institucionais e jurídicas de forma plena.

Auxiliar nas melhorias dos processos de trabalho da Instituição e das Unidades de Negócios.

### **VALORES**

Respeito ao cumprimento de prazos.

Segurança e confiabilidade nos processos de recrutamento e seleção de pessoas.

Valorização das necessidades dos clientes internos e externos.

Ética e respeito a confidencialidade de informações.

Atualização permanente de conhecimentos que favoreçam nossos clientes. Fluência em todas as áreas e setores.

Persistência na resolução de problemas. Foco em resultados.

Desenvolvimento de uma comunicação clara e transparente com nossos clientes.

## **Etapas do Processo de Implantação**

### **ETAPA 1 - DIMENSIONAMENTO DO QUADRO INICIAL.**

O dimensionamento do quadro se caracteriza pelo desenvolvimento inicial da quantificação de profissionais necessárias para promover o atendimento na unidade de saúde.

O dimensionamento do quadro é realizado juntamente com o processo de montagem da proposta, para atender às especificações contratuais exigidas em licitação.

Crerios à serem analisados para o dimensionamento de profissionais:

- Complexidade do atendimento;
- Classificação de Pacientes;
- Quantidade de Leitos;
- Horário de funcionamento;
- Carga horário de trabalho;
- Índice de Segurança Técnica;
- Estudo prévio da demanda de atendimento.

### **ETAPA 2 – ABERTURA DE CONTA BANCÁRIA PARA MOVIMENTAÇÃO DE SALÁRIOS (Conta Salário)**

Promover um contrato com uma agência bancária local, para abertura de contas salários.

### **ETAPA 3 - IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇOS DE MEDICINA OCUPACIONAL**

De acordo com a complexidade de atendimento da unidade assumida, a Instituição desenvolverá um programa de atendimento de Medicina Ocupacional (SESMT), utilizando serviço terceirizado, ou através da montagem de gestão própria. A modalidade que será implantada está condicionada às exigências de contrato.

Levantamentos e aplicações iniciais:

- Exames Admissoriais, periódicos e demissionais;
- Desenvolvimento do PPRA - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais;
- Desenvolvimento do PCMSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional;
- Desenvolvimento do LTCAT - Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho;
- Suporte para criação de SIPAT e CIPA





#### **ETAPA 4 - DIRETRIZES SINDICAIS**

Caracteriza-se o processo de análise e adequação dos acordos coletivos por categoria, vigentes na região.

Cumprimento das normas pré-estabelecidas em convenções coletivas.

#### **ETAPA 5 - INÍCIO DO PROCESSO SELETIVO**

Caracteriza-se processo seletivo, o sistema de recrutamento e seleção de mão de obra profissional que será aplicado, para preenchimento das vagas previamente dimensionadas.

O Processo seletivo poderá ser realizado de duas maneiras:

- Através de Seleção Pública conduzida por uma empresa privada (terceirizada), que será responsável, pela administração dos processos.
- Gestão própria (Unidade de Gestão de Pessoas – INGDS), para a realização dos processos de Recrutamento e Seleção.

A escolha do modelo de aplicação está condicionada ao volume de postos de trabalho, apresentados em contrato.

Nas duas modalidades o sistema de divulgação para processo de recrutamento de mão de obra, se caracteriza da seguinte forma:

- Elaboração das diretrizes jurídicas do processo de seleção com a confecção do Edital ou políticas de seleção;
- Aplicação de ferramentas de análise de perfil profissional, de acordo com os já previamente normatizados pelas políticas de Recursos Humanos;
- Sistema de divulgação e convocação de candidatos aprovados;

#### **ETAPAS 6 - REGISTRO DE COLABORADORES**

Caracteriza-se contratação de mão de obra, o processo de registro de colaboradores para assumirem postos de trabalho.

Os candidatos aprovados possuem um período previamente determinado para entrega de documentos admissionais.

A imputação dos dados admissionais no sistema de folha de pagamento, deverão ser realizados preferencialmente in loco (na unidade).



## **ETAPA 7 - CONTRATO DE BENEFÍCIOS**

Processo de cadastramento e aquisição de benefícios para os colaboradores.

- Sistemas de transportes;
- Alimentação;
- Cesta Básica.

## **ETAPA 8 - IMPLANTAÇÃO DOS FORMULÁRIOS DE RECURSOS HUMANOS (MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL/ TREINAMENTOS).**

Os Formulários servem para facilitar o fluxo de informações quando se faz necessária a aplicação de movimentação de pessoal dentro da Unidade, bem como fornecer o registro de programas de treinamento.

Formulários de Recursos Humanos:

- Formulário de Solicitação de Colaborador – RH-FOR-001/14
- Formulário para Seleção Interna – RH-FOR-002/14
- Formulário de Avaliação de Colaboradores 45 e 90 dias – RH-FOR-003/14
- Formulário para Solicitação de Treinamentos Internos – RH-FOR-004/14
- Ficha de Processo Seletivo – RH-FOR-005/14 (Cadastro de candidatos)
- Formulário para Descrições de Cargos – RH-FOR-006/14
- Formulário de Entrevista de Desligamentos – RH-FOR-007/14
- Formulário de Alteração Cadastral – RH-FOR-008/14 (Promoções, remanejamentos)
- Formulário para Avaliação de Candidatos – RH-FOR-009/14 (exclusivo para uso da área de Seleção)
- Formulário de Avaliação de Treinamento – RH-FOR-010/14
- Formulário de Solicitação de Treinamentos Externos – RH-FOR-011/14
- Lista de Presença – RH-FOR-012/14
- Certificado INGDS – RH-FOR-013/14
- Cadastro Médico – RH-FOR-014/14

## **ETAPA 9 – DESENVOLVIMENTO DA INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES**

### **– ACOLHIMENTO INICIAL**

A integração de novos colaboradores ocorre na data previamente determinada pela área de Gestão de Pessoas, que deve coincidir com a data de início do contrato de trabalho dos profissionais selecionados.

Assuntos abordados na Integração:

- Histórico da Instituição;



- Prospecto do trabalho realizado na Unidade;
- Apresentação das Políticas Integradas da Instituição;
- Histórico da Unidade de Saúde;
- Entrega de EPI's e Uniformes.

### **ETAPA 10 - PROGRAMA DE TREINAMENTO INICIAL – IN LOCO**

Os colaboradores antes do início de suas atividades devem passar por um processo de treinamento in loco por 15 dias, onde receberão às orientações iniciais.

Os treinamentos in loco devem ser registrados em formulário padrão e validados com lista de presença (hora/ aula).

O treinamento é ministrado pelo gestor responsável pelo setor.

- Conteúdo básico programático;
- Apresentação do gestor responsável;
- Reconhecimento da unidade/ setor;
- Instruções para uso e manuseio de equipamentos;
- Instruções das rotinas da unidade/ setor;
- Acompanhamento do gestor nas atividades iniciais, promovendo a capacitação e feedback aos novos colaboradores individualmente.

### **ETAPA 11 - DESENVOLVIMENTO DO CRONOGRAMA ANUAL DE TREINAMENTOS**

Caracteriza-se cronograma anual de treinamentos, a sistematização da realização de eventos de educação continuada obrigatórios para serem ministrados em todos os níveis profissionais.

É considerado treinamento, toda atividade que vise aprimorar e educar os conhecimentos técnicos e comportamentais dos colaboradores da unidade.

Fica sob responsabilidade dos gestores de unidade desenvolverem a grade anual de treinamentos.

A grade deve ser encaminhada ao setor de Recursos Humanos para análise e posteriormente ao deferimento, seja confeccionado o calendário de atividades.

São considerados treinamentos anuais:

- Treinamentos em grupo;
- Treinamento individual;
- Palestras;
- Workshop;
- Simpósios;
- Congressos. Etc.

Os eventos para capacitação técnica e comportamental podem ser realizados internamente ou externamente.

No caso de programas externos de treinamento, a realização fica condicionada à aprovação da Diretoria Geral da Instituição.

## **ETAPA 12 - IMPLANTAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES ESTRATÉGICOS DE RECURSOS HUMANOS**

Os Indicadores Estratégicos são os indicadores quantitativos de produção da área de Recursos Humanos.

Esses indicadores servem para auxiliar a área de Recursos Humanos a avaliar a performance da gestão e desenvolver planos de ação para corrigir falhas nos processos de trabalho.

Indicadores Estratégicos:

- Índice de Rotatividade Geral;
- Índice de Rotatividade Enfermagem;
- Índice de Desligamentos;
- Remuneração Média;
- Percentual de Absenteísmo;
- Percentual de Colaboradores Afastados;
- Percentual de Acidentes de Trabalho;
- Colaboradores por Leito Enfermagem;
- Colaboradores por Leito Geral;
- Tempo Médio de Fechamento de Vagas (Seleção);
- Tempo Médio de Fechamento de Vagas (Adm. Pessoal);
- Percentual de Aproveitamento Interno;
- Índice de Efetivação;
- Hora/treinamento Colaboradores.

## **ETAPA 13 - AVALIAÇÃO POR COMPETÊNCIA**

Caracteriza-se Avaliação por Competência o processo de análise de performance individual de um colaborador.

O intuito da aplicação da avaliação é o de reconhecer possíveis inconformidades na relação cargo x colaborador, diagnosticar necessidades de treinamento para melhoria de performance, auxiliar análise de promoções e ajustes de cargos.



## **ETAPA 14 - PESQUISA DE AMBIENTE ORGANIZACIONAL**

A Pesquisa de Ambiente Organizacional, tem como objetivo, reconhecer a satisfação dos colaboradores, quanto às condições de trabalho, expectativas profissionais, satisfação de benefícios, adequação das atividades, versos descrição de cargos e análise de lideranças.

A Pesquisa ainda auxilia na busca de melhorias de infraestrutura de trabalho.

### **ORGANOGRAMA GERENCIAL DOS MÓDULOS DE ATIVIDADES**



### **CONCEITOS DO PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL**

A INGDS pretende estabelecer e implantar padrões de trabalho monitorados através de Indicadores estratégicos que auxiliarão os processos de análise de resultados para possíveis ajustes.



## **CAPITAÇÃO E RETENÇÃO DE TALENTOS**

Hoje em dia um dos maiores diferenciais estratégicos de empresa, está na capitação de bons profissionais e a retenção deles.

Identificar e selecionar profissionais que agreguem valor à organização faz parte das diretrizes de atuação da instituição.

## **DIRETRIZES QUANTO AOS PROCESSOS DE RECRUTAMENTO E SELEÇÃO**

Planejar e implantar mecanismos que garantam processos eficazes de atração e seleção de talentos, bem como definir políticas e ferramentas para a análise de candidatos.

Realizar processos seletivos a partir das descrições de cargos considerando as competências técnicas, habilidades e atitudes exigidas pela vaga.



## **RECRUTAMENTO & SELEÇÃO POR COMPETÊNCIAS**

Levantamento de Perfis Profissionais para confecção de Descrição de Cargos;

Mapeamento de Competências Técnicas e Comportamentais;

Desenvolvimento de ferramentas de análise de competências técnicas e comportamentais;

Implantação de entrevistas por competência;

Desenvolvimento e implantação de Políticas de Movimentação de Pessoas (PMP).

## **LEVANTAMENTO DE PERFIS PROFISSIONAIS**

Através de entrevistas com os líderes de área, juntamente com a execução de benchmarking mercadológico, evidenciar os perfis profissionais mais adequados.



### **MAPEAMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Promover o mapeamento das competências de cada cargo, para formatação de requisitos iniciais para processos seletivos.

Mapear as competências essenciais da empresa.

### **DESENVOLVIMENTO DE FERRAMENTAS DE SELEÇÃO**

Parametrizar os processos de seleção através de ferramentas de análise técnica e comportamental que atendam às diversas modalidades de trabalho.

Provas técnicas/ comportamentais;

Dinâmicas;

Testes psicológicos.

### **ENTREVISTAS POR COMPETÊNCIA**

Com a utilização de técnicas apropriadas para análise de competências, investigar com maior assertividade o potencial técnico e comportamental dos candidatos.

### **NORMAS DE MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAL**

Criar um gerenciamento mais eficiente com a implantação de normas e formulários adequados para promover a movimentação de pessoal (admissão/promoções/remanejamentos/demissões).

### **TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO COM ENFASE EM COACHING**

Coaching é um processo de desenvolvimento humano, pautado em diversas ciências como: Psicologia, Sociologia, Neurociências, Programação Neurolinguística, e que usa de técnicas da Administração de Empresas e Gestão de Pessoas para apoiar pessoas e empresas no alcance de metas, no desenvolvimento acelerado e, em sua evolução contínua.

### **CONCEITO DE TREINAMENTO**

Processo de aprendizado em curto espaço de tempo que visa potencializar às premissas globais de execução de atividades, que são:

- Conhecimento;
- Habilidades;
- Atitudes.

## **CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO**

Processo de aprendizado em logo prazo, buscando aperfeiçoar as capacidades e motivações dos trabalhadores.

O objetivo maior está na ampliação das habilidades dos profissionais para futuras responsabilidades.

Nesta fase o foco principal é o de alinhar os perfis profissionais com às necessidades institucionais, visando preparar a gestão para a implantação de Planos de Carreira.

Outra forma de encarmos o conceito de desenvolvimento em relação aos processos de trabalho, é o de potencializar as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores, na direção dos objetivos e metas da organização, de forma que possam ser combinadas às necessidades individuais dos colaboradores com as da empresa.

## **PROGRAMA DE SUPORTE PARA APRIMORAMENTO DE COMPETÊNCIAS (PSAC)**

### **OBJETIVO**

Através de encontros individuais, oferecer espaço para discussão de estratégias comportamentais e técnicas visando o aprimoramento de competências gerenciais.

Auxiliar na adequação de posturas comportamentais, alinhando os perfis profissionais desejados, com a dinâmica de trabalho desenvolvida.

Discutir propostas de melhorias nas rotinas setoriais favorecendo a implantação de fluxos de trabalho mais focados no atendimento humanizacional.

### **CONCEITOS A SEREM ABORDADOS:**

- Formas eficientes de se promover feedback;
- Gerenciamento de Conflitos;
- Administração do Tempo;
- Assertividade em contratações/ promoções;
- Análise e Descrições de Competências;
- Manutenção da imagem do setor;
- Marketing Pessoal;
- Foco no trabalho Humanizacional;
- Conceitos de Liderança Assertiva.



## **PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA PARMANENTE**

<b>NÚCLEO</b>	<b>PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO CONTINUADA</b>				
<b>ENFERMAGEM</b>	Treinamentos Rotinas de atendimento para novos colaboradores	Diretrizes COH	Uso de Equipamentos (Bombas/Aspiração Cirúrgica/ Etc.	Atendimento Humanizacional	ELS
<b>MEDICINA OCUPACIONAL</b>	CIPA	Prevenção contra Acidentes	Riscos ambientais/ biológicos	Treinamento de Primeiros Socorros	
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	Integração de Novos Colaboradores	Qualidade no Atendimento	Aprimoramento de Lideranças	Suprta para Aprimoramento de Competências	Workshops/ Congressos/ Treinamentos Diversos
<b>TÉCNOLOGIA DA INFORMAÇÃO</b>	Uso de Adequado de Equipamentos	Políticas de Segurança		Uso de Sistemas (Diversos)	
<b>CORPO CLÍNICO</b>	ACLI	Workshops/ Congressos/ Treinamentos Diversos	Emergência Pediátrica	Atendimento Humanizacional	

## **INTEGRAÇÃO DE NOVOS COLABORDORES**

### **OBJETIVOS**

- Promover o acolhimento dos novos colaboradores de forma sistêmica, onde às diretrizes das atividades serão apresentadas.
- Fornecer aos novos colaboradores os Equipamentos e Proteção Individual (EPI's).
- Fornecer aos novos colaboradores o Manual de Integração do INGDS. -
- Fornecer os Uniformes.
- Promover a orientação das boas práticas no atendimento dos clientes.
- Instruir equipe quanto às normas e políticas internas da Instituição e da unidade.
- Instruir equipe quanto às regras trabalhistas (horários de trabalho/ refeições/ férias/ relógio de ponto/ etc.)
- Apresentar os protocolos básicos de conduta no atendimento da Enfermagem -
- Instruir equipe quanto às normas da Segurança Patrimonial
- Iniciar processo de educação continuada.

### **CONTEÚDO**

Recursos Humanos

O que é SUS?

O que é OSS?

Histórico do INGDS.

Qualidade no atendimento.

Políticas Administração de Pessoal.

Fornecimento de Crachás, Uniformes e Manual de Integração.

## **TREINAMENTO QUALIDADE NO ATENDIMENTO**

### **OBJETIVOS**

- Desenvolver capacitação comportamental quanto aos processos assertivos no atendimento ao cliente.
- Estabelecer e padronizar fraseologias adequadas no trato com clientes.
- Apresentar técnicas de gerenciamento de conflito para minimizar problemas no atendimento.
- Promover o reconhecimento de perfis comportamentais de clientes.

### **CONTEÚDO**

Apresentação das Políticas Integradas. (Módulo 1)

Apresentação das Políticas de Atendimento. (Módulo 1)

Apresentação dos perfis comportamentais adequados de conduta. (Módulo 1)

Aplicação de Questionário (Conhecimentos sobre Atendimento). (Módulo 2)

Gerenciamento de Conflitos/ Uso de fraseologias adequadas. (Módulo 2)

Atendimento Telefônico. (Módulo 2).

## **PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DE LIDERANÇAS**

### **OBJETIVOS**

Desenvolver perfis de liderança com base nas necessidades estratégicas da Instituição. Capacitar gestores quanto às condutas gerenciais adequadas para liderar equipes.

### **CONTEÚDO**

Apresentações de modelos de liderança assertivos;

Reconhecimento das equipes subordinadas;

Retificações de comportamentos;

Exercícios comportamentais.



#### 4.9.2 Tabela de Cronograma de Gestão de Pessoas



#### Política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes

O Plano de Gestão de Saúde e segurança do trabalho tem como objetivo estabelecer condições mínimas necessárias para preservação do trabalhador. Deve ser elaborado por profissional especializado na área de saúde e segurança do trabalho, credenciado no Ministério do Trabalho ou CREA.

Definir responsabilidades aos envolvidos no processo, apresentando a informação de forma clara e objetiva para todos, assegurando que uma política de Segurança no Trabalho e Prevenção de Acidentes seja acompanhada e analisada pela Comissão (Equipe) multidisciplinar, respeitando-se os procedimentos específicos para cada área e/ou setor de atuação.

#### Definições:

- ACGIH: American Conference of Governmental Industrial Hygienists
- AIHA: American Industrial Hygiene Association
- CA: Certificado de Aprovação
- CLT: Consolidação das Leis do Trabalho
- DDS: Diálogo Diário de Segurança
- EPI: Equipamento de Proteção Individual
- EPC: Equipamento de Proteção Coletiva
- EPR: Equipamento de Proteção Respiratória
- FUNDACENTRO: Fundação Jorge Duprat de Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
- IPVS: Imediatamente Perigoso à Vida ou à Saúde
- ISO: International Organization for Standardization
- LEO: Limite de Exposição Ocupacional
- LO: Limiar de Odor

LT: Limite de Tolerância  
NBR: Norma Brasileira  
NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health  
NR: Norma Regulamentadora  
OSHA: Occupational Safety and Health Association  
PCMSO: Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional  
PFF: Peça Facial Filtrante  
PGR: Programa de Gerenciamento de Riscos  
PGRSS: Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde  
PNOS: Particulados insolúveis não classificados de outra maneira  
PPR: Programa de Proteção Respiratória  
PPRA: Programa de Prevenção de Riscos Ambientais  
PPRAMP: Plano de Prevenção de Riscos de Acidentes com Materiais Perfurocortantes  
PPP: Perfil Profissiográfico Previdenciário  
SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho  
SIPAT: Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho  
SST: Saúde e Segurança no Trabalho

### **Objetivo:**

O plano deverá conter, no mínimo, um planejamento anual de segurança, contemplando:

- o Plano de Gestão (Software integrado para gestão dos documentos – prazos, validades, controle, etc);
- Integração dos Colaboradores;
- Análises Preliminares de Riscos/Perigos;
- Conceitos referentes a Missão, Visão e Valores;
- Taxas de Frequência dos Colaboradores;
- Programas de Incentivo;
- Elaboração do PPRA;
- Elaboração do Laudo de Insalubridade;
- Elaboração do Laudo de Periculosidade;
- Elaboração do PCMSO;
- Prestação de informação ao eSocial;
- Gerenciador de Treinamentos;
- Campanhas de Segurança;
- Procedimentos para elaboração do PPP;
- Formação da CIPA;
- Mapeamento de risco;
- Inspeções de segurança;
- Treinamentos/reciclagens/cursos
- Estatística mensal de acidentes do trabalho;
- Participação nas reuniões da CIPA;
- Assinatura de revistas prevencionistas para se manter atualizado com relação a legislação vigente;
- Na ausência de um SESMT, contratar serviços de consultoria e/ou assessoria de empresas da área de Saúde e Segurança do Trabalho.

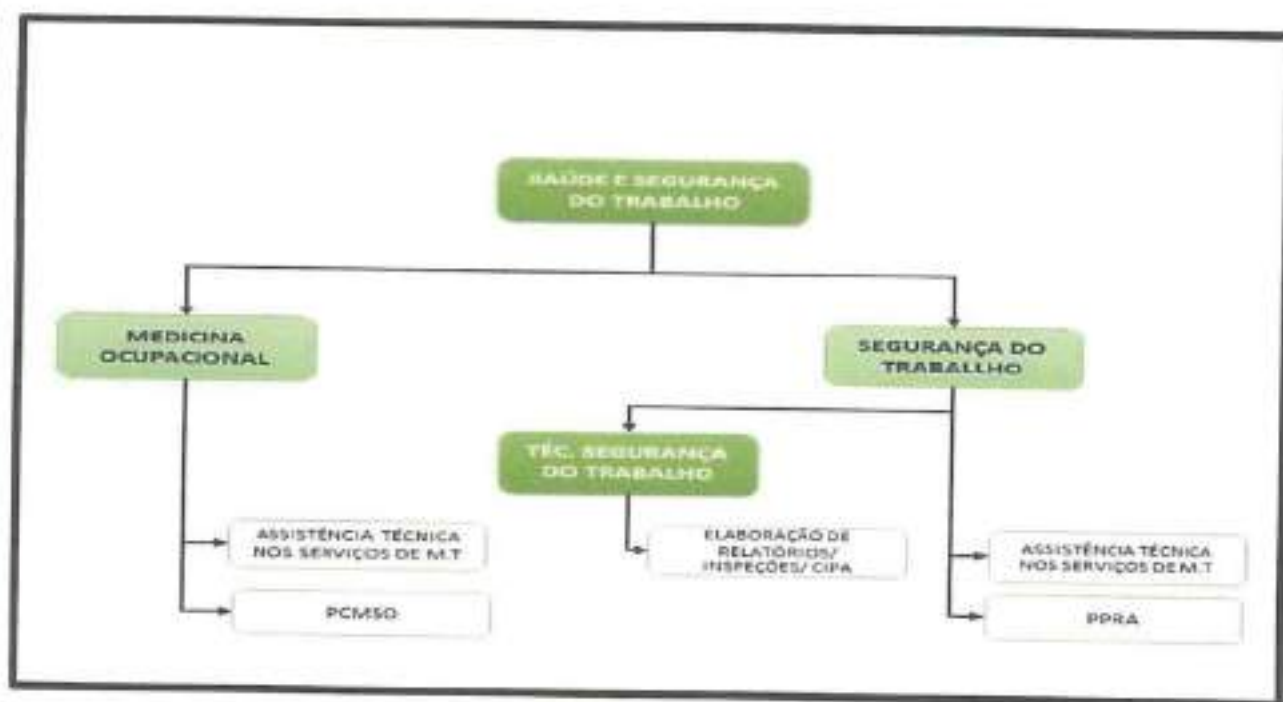


- Garantir que todos empregados estejam habilitados de acordo com as suas atividades específicas.
- Planejamento específico das atividades a serem executadas pelas equipes, contendo os riscos envolvidos em cada tarefa, bem como o seu controle.
- Manter a documentação arquivada em local seguro.

Este plano deve ser apresentado à todas as empresas que contratarem os serviços da INGDS, podendo sofrer modificações, adequações, correções, inclusive durante o período vigente do contrato.

O controle, supervisão e o acompanhamento, é de responsabilidade da empresa INGDS que será assessorada por contratação de serviços de empresa especializada em Saúde e Segurança do Trabalho/Higiene Ocupacional.

### Organograma Funcional:



### Funções e atribuições técnicas

#### 1. MÉDICO DO TRABALHO

Contribuir para melhorar as condições de saúde dos funcionários e da segurança e adequação do ambiente de trabalho.

#### Principais Atividades:

- Elaborar o Programa de controle Médico de Saúde Ocupacional;
- Avaliar o relatório anual;
- Controle de periódicos dos colaboradores;
- Avaliar o absenteísmo;

- Acompanhar e avaliar o atendimento realizado pela Medicina do Trabalho;
- Treinamento de Primeiros Socorros para a CIPA;
- Treinamento de Primeiros Socorros para a SIPAT;
- Reunião Mensal Acidente de Trabalho.

## **2. ENFERMEIRO DO TRABALHO**

Desenvolver e aplicar programas de prevenção de doenças ocupacionais.

Controlar os prontuários dos colaboradores da instituição de forma que se possa acompanhar às ações de saúde preventiva.

Gerenciar programas de admissão, periódicos e demissionais,

Gerenciar programas de vacinas.

### Principais Atividades

- Conferência da planilha de acidente de trabalho;
- Conferência de exames e prontuários;
- Conferências dos exames complementares;
- Conferência do manual de rotina;
- Vacinação;
- Integração com novos colaboradores;
- Treinamento de Primeiros Socorros para a CIPA;
- Atendimento de enfermagem;
- Campanha de vacinação Influenza;
- Campanha de vacinação SCR;
- Campanha de Acidente de Trabalho;
- Reunião Mensal Acidente de Trabalho;
- Reunião Mensal da CIPA;
- Boletim Mensal de estoque e aplicação de vacina;
- Relatório Gerencial;
- Reunião para os coordenadores;
- Planilhas para o coordenador de recursos humanos.

## **3. TÉCNICO DE ENFERMAGEM DO TRABALHO**

Auxiliar na execução das atividades da Medicina Ocupacional, dando suporte aos programas de vacinação, prevenção de doenças ocupacionais e manutenção dos controles documentais da Gestão.





#### Principais Atividades

- Conferência do número de acidentes com a Segurança do Trabalho;
- Conferência do número de acidentes com a CCIH;
- Elaboração de escalas exames periódicos;
- Vacinação;
- Atendimento de enfermagem;
- Campanha de vacinação SCR;
- Campanha de Acidente de Trabalho;
- Implementação de Projeto Qualidade de Vida;
- Ginástica do Programa Viver Bem;
- Reunião Material biológico;
- Reunião Acidente de Trabalho;
- Relatório acompanhamento absenteísmo;
- Reuniões em diversas áreas;
- Boletim Mensal de estoque e aplicação de vacina.

#### **4. ENGENHEIRO DO TRABALHO**

Supervisionar as atividades de Segurança do Trabalho, visando reduzir as condições de risco à saúde e segurança física dos funcionários.

#### Principais Atividades

- Atender os órgãos fiscalizadores nos assuntos relacionados à segurança do trabalho;
- Emitir pareceres e laudos técnicos, com base em vistorias realizadas, indicando medidas de controle sobre o grau de exposição a agentes agressivos de riscos físicos, químicos e biológicos, caracterizando as atividades, operações e locais insalubres e perigosos, visando recomendar medidas para normalização bem como identificar a execução de laudos específicos;
- Realizar reuniões periódicas com a equipe de trabalho, a fim de verificar o andamento dos trabalhos;
- Participar de reuniões de acidentes do trabalho, comissão de resíduos, gerenciamento de riscos, hemodiálise, qualidade, etc.;
- Opinar na aquisição de substâncias e equipamentos cuja manipulação, armazenamento, transporte, funcionamento e descarte, possam apresentar riscos de acidente, verificando com os demais envolvidos, ações que evitem acidentes;
- Supervisionar equipes de trabalho, selecionando profissionais, identificando necessidades de treinamento, orientando e treinando equipes de trabalho, monitorando o cumprimento das normas administrativas e de segurança do trabalho, controlando horas trabalhadas, avaliando desempenho profissional e programando férias da equipe;
- Definir/Administrar indicadores, metas, resultados e controlar processos de segurança do trabalho;
- Estudar as condições de segurança dos locais de trabalho, instalações e equipamentos, observando problemas de controle de risco, higiene do trabalho, ergonomia e proteção contra incêndio, recomendando medidas para sua normalização;

- Fiscalizar em conjunto com a equipe do SESMT, os sistemas de proteção coletiva, equipamentos de proteção individual e os de proteção contra incêndio, assegurando-se de sua qualidade e eficiência;
- Acompanhar a periodicidade de inspeções de vasos de pressão e laudos técnicos de Para-Raios e instalações elétricas;
- Participar junto com a equipe do SESMT, Controle de Infecção e demais áreas envolvidas na elaboração e no desenvolvimento de treinamento de prevenção de acidentes e biossegurança, baseados nas peculiaridades das atividades e acompanhar junto com a área envolvida o atendimento;
- Acompanhar junto com a equipe do SESMT, a coleta de água para análises de potabilidade e parâmetros à hemodiálise, recebendo informações dos resultados e encaminhar as áreas competentes para as providências necessárias;
- Desenvolver e atualizar dados sobre técnicas relativas a gerenciamento de controle de riscos, embasando o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais – PPRA.

## 5. TÉCNICO DE SEGURANÇA DO TRABALHO

- Promover a implantação de programas de segurança no trabalho, bem como desenvolver eventos conscientizadores sobre a importância da segurança ocupacional.
- Fornecer e gerenciar a disponibilização de EPI's.
- Implantar CIPA e demais projetos relacionados ao sistema de combate à acidentes,
- Promover o mapeamento de risco setoriais.

### Prevenção de Acidentes

A prevenção de acidentes será de acordo com as normas da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, que 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. Criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA

De acordo com a Norma Regulamentadora no 5, a formação da CIPA é obrigatória para empresas com mais de 50 funcionários. A eleição da CIPA convocada em 30 dias após o início contratação dos profissionais que exercerá as atividades na Unidade de saúde.

#### • Roteiro da Eleição da CIPA

EVENTO	60 dias	55 dias	45 dias	30 dias	0 dias
Convocação da Eleição (pelo empregador)					
Constituição da Comissão Eleitoral (CE)					





Publicação e Divulgação do Edital					
Inscrição de Candidatos (período mínimo)					
Eleição					
Término do Mandato e Posse da nova CIPA					

### **Modelo do Regimento da CIPA:**

#### **CAPITULO I: DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO**

**Art. 1º** - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA vinculada diretamente a Superintendência da unidade, 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.

**Art. 2º** - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº05 NR - 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

**§ 1º** - Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pela Superintendência.

**§ 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 e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

**Art. 3º** - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

**Art. 4º** - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

**Parágrafo único:** O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.

**Art. 5º** - 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 art. 469, da CLT.

**Art. 6º** - A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

**Art. 7º** - 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.

#### **CAPITULO II: DAS COMPETÊNCIAS**

**ART. 8º** - Compete a CIPA

l) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com

participação do maior número de trabalhadores,

- 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 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 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 PCMSO e PPRA e 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 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 CAT emitidas;*
- XIV) Promover, anualmente, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho = SIPAT;*
- XV) Participar, anualmente, em conjunto com o Hospital, de Campanhas de Prevenção de Aids e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.*

**ART. 9º - 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. 10 - Cabe aos empregados:**

- I) Participar da eleição de seus representantes;*
- II) Colaborar com a gestão da CIPA;*
- III) Indicar à CIPA 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. 11 - 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. 12 - 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. 13 - 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. 14 - 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.*

### **CAPITULO III: DO FUNCIONAMENTO**

**ART. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido**

**ART. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.**

**ART. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.**

**ART. 18 - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.**

**ART. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.**

**ART. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.**

**ART. 21 - 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. 22 -** 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. 23 -** Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

**ART. 24 -** O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

**ART. 25 -** O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

**ART. 26 -** 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. 27 -** No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

**ART. 28 -** No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

**ART. 29 -** 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. 30 -** O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

**ART. 31 -** O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

#### **CAPITULO IV: DO PROCESSO ELEITORAL**

**ART. 32 -** 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. 33 -** 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. 34 -** O processo eleitoral observará as seguintes condições:

- I) Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
- II) Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
- III) Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
- IV) Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
- V) Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
- VI) Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turno e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
- VII) Voto secreto;





VIII) *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;*

IX) *Faculdade de eleição por meios eletrônicos;*

X) *Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.*

**ART. 35** - *Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outrovotação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.*

**ART. 36** - *Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.*

**ART. 37** - *Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.*

**ART. 38** - *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.*

#### **CAPITULO V: DO TREINAMENTO**

**ART. 39** - *A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.*

**ART. 40** - *O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.*

**ART. 41** - *As empresas que não se enquadm no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.*

**ART. 42** - *O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:*

I) *Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;*

II) *Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;*

III) *Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;*

IV) *Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;*

V) *Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;*

VI) *Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;*

VII) *Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.*

**ART. 43** - *O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SOST.*

**ART. 44** - *Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com as exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.*

**ART. 45** - *As omissões neste Regulamento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR – 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.*

## **Normas para Seleção Simplificada de Pessoal**

O recrutamento poderá ser realizado internamente com aproveitamento de profissionais que já atuam na unidade ou externamente, promovendo-se a busca de candidatos de acordo com o perfil técnico e comportamental definidos pela instituição.

A abertura do processo seletivo será realizada mediante a abertura de Solicitação de Colaborador (RH-FOR-001/14), que deverá ser confeccionada pelo gestor solicitante de área e entregue ao Departamento de Recursos Humanos.

### Recrutamento interno (Regime CLT)

Serão anunciados em murais internos da unidade às vagas abertas. Regulamento para participar de processos seletivos internos

Poderão participar os colaboradores que estiverem atuando no mínimo há doze meses na instituição.

Não apresentarem registro de advertências de conduta em um período de 12 meses anterior a solicitação.

Atender aos pré-requisitos do cargo em questão.

Preencher a ficha de participação de seleção interna (RH-FOR-002/14), disponibilizado pelo departamento de Recursos Humanos.

O setor de Recursos Humanos é o responsável por determinar o período de recebimento dos currículos dos colaboradores, como também dar retorno aos colaboradores que participaram do recrutamento interno.

### Recrutamento externo (Regime CLT)

O setor de Recursos Humanos fará a análise dos currículos do banco de dados, currículos recebidos pelo correio, sites de recolocação, pesquisas pela Internet, convênio com escolas e faculdades e recebimento de material através de consultorias.

Processo de contratação de prestadores de serviços por pessoa jurídica

Para a contratação de mão-de-obra em caráter de Pessoa Jurídica, a Instituição, estabelece como critério avaliativo, os seguintes itens:

- Número do CNPJ;
- Contrato Social;
- Certificado de conselho regional da categoria;
- Títulos acadêmicos;
- Dados bancários de pessoa jurídicas.



Os profissionais ainda devem passar por entrevista técnica com a área responsável pela contratação.

### **Seleção**

A seleção consiste na análise e avaliação das competências profissionais e comportamentais dos candidatos recrutados.

Para que se dê início a um processo seletivo, é necessário que se tenha no mínimo 03 (três) candidatos para a vaga, exceto em casos de notória especialidade.

O setor de Recursos Humanos levará em consideração aspectos legais e regulamentadores preconizados nesta norma, podendo indeferir a participação de candidato (s) interno(s) no processo de seleção.

### **Critérios para participação em processo seletivo**

- Comprovação do tempo mínimo de experiência profissional no cargo.
- Comprovação da escolaridade mínima exigida.
- Comprovação de cursos e/ou especializações exigidas.
- Para os Estagiários, apresentação do vínculo acadêmico com a instituição de ensino superior.
- Para os Aprendizes, apresentação do registro de matrícula com a instituição de ensino médio.
- Para os profissionais da área de Enfermagem, apresentação do COREN definitivo ou protocolo de solicitação do mesmo.
- Para os profissionais da área Médica, apresentação do CRM definitivo.

## **7. RESPONSABILIDADES PARA CONDUÇÃO DE PROCESSO SELETIVO**

Gestores Setoriais	Identificar necessidade de contratações Definir tipo de recrutamento (Interno ou Externo) Preencher formulário de Solicitação de Colaborador (RH-FOR-001/14). Encaminhar Solicitação para o Gestor da Unidade.
Gestor de Unidade	Deferir ou indeferir processo seletivo. Indeferido processo encaminhar para o Gestor solicitante o formulário, apresentando justificativas para o indeferimento. Deferido processo, encaminhar o formulário de Solicitação de Colaborador para a Diretoria Geral da INGDS (sede).

	Encaminhar formulário para Departamento de Recursos Humanos da Unidade.
Recursos Humanos	<p>Abre processo de Recrutamento e Seleção.</p> <p>Informa ao Gestor Solicitante o cronograma de agendamento de candidatos para entrevistas.</p> <p>Encaminha candidatos para o Gestor solicitante.</p> <p>Encerra processo na aprovação de um candidato.</p>

## 8. FLUXO DE APROVAÇÕES



### Ferramentas de análise de competências para processos seletivos

Fica a critério da Unidade de Recursos Humanos definir as ferramentas de análise de competências técnicas e comportamentais, levando-se em consideração os perfis profissionais e o modelo institucional de trabalho.

#### Ferramentas de análise:

- Análise de Currículo Profissional;
- Análise de perfil profissional através de Ficha de Solicitação de Emprego (RH-FOR- 005/14);
- Averiguação da documentação pessoal, profissional e educacional atualizadas.
- Testes psicológicos;
- Entrevista comportamental pelo profissional da área de Recursos Humanos com a utilização do Formulário de Avaliação de Candidato (RH-FOR-009/14);
- Entrevista comportamental e técnica pelo gestor da área solicitante;
- Provas Técnicas;
- Dinâmica de grupo.

### Finalização do processo

O Departamento de Recursos Humanos promoverá a comunicação do resultado dos processos seletivos aos candidatos através de ligação telefônica ou e-mail.



### **Aprovação de candidato**

O candidato aprovado deverá ser encaminhado para admissão até o dia 15 de cada mês, após esta data a admissão deverá ocorrer no primeiro dia útil do mês seguinte.

### **Documentos admissionais**

Aprovação do candidato pelo setor de Recursos Humanos e pelo gestor da área solicitante.

Exame médico admissional com resultado de apto a realizar a função, emitido pelo serviço de medicina ocupacional;

Contrato de Trabalho - ajustado e assinado pelo Empregador e Empregado (este quando menor de idade, também o seu Responsável);

02 (duas) fotos iguais e atuais no formato 3X4;

Carta de referência profissional da última empresa que atuou;

Conta Corrente Bancária em nome do colaborador;

Cópia da Certidão de Nascimento ou R.G do(s) filho(s), para o candidato que tiver filho(s);

Cópia da Carteira de vacinação do(s) filho(s);

RG (Cópia e original)

CPF (Cópia e original) Título de Eleitor.

Carteira de Trabalho e PIS

Certidão de Estado Civil.

Certificado da escolaridade mínima exigida.

Certificado de cursos e/ou especializações exigidos.

Comprovante de Endereço atual (contendo número do CEP e Telefone).

Certificado de Reservista da Junta Militar, para os candidatos do sexo masculino.

Para profissionais da área de enfermagem, registro no órgão oficial da profissão (COREN) e anuidade paga.

Para profissionais da área médica, registro no órgão oficial da profissão (CRM) e anuidade paga.

### **Prorrogação de contrato de experiência**

A prorrogação do contrato de trabalho de um colaborador está condicionada a Avaliação de Desempenho de 45 (quarenta e cinco) dias, que deverá ser realizada pelo Gestor Solicitante.

## Contrato de Trabalho

A primeira ação a ser tomada pelo empregador ao seu empregado para formalizar o vínculo empregatício é o seu acordo legal, ou seja, o contrato de trabalho, no intuito de proporcionar à segurança e proteção de ambas as partes.

É através do contrato de trabalho onde claramente são definidas as obrigações, deveres e acordos sobre todas as condições de trabalho entre as partes envolvidas. Para o contrato de trabalho tenha segurança é preciso que o trabalhador tenha consciência de todas as cláusulas, bem como, o empregador cumprir com todas as suas obrigações.

## Modelo de contrato de trabalho

### CONTRATO DE TRABALHO A TÍTULO DE EXPERIÊNCIA

Entre a Empresa ..... com sede  
cidade de São Paulo ..... no estado de SP .....  
na .....  
servente designada simplesmente EMPREGADORA .....  
..... partes de  
Carteira de Trabalho número ..... Série ..... a seguir chamada  
EMPREGADO, e celebrado o presente CONTRATO DE EXPERIÊNCIA, que terá  
vigência a partir da data de início da prestação de serviços  
de acordo com as condições a seguir estabelecidas:

1- Fica o EMPREGADO admitido no quadro de funcionários da EMPREGADORA  
para exercer a função de ..... mediante a remuneração de  
R\$ .....

A circunstância, porém, de ser a função especificada não importa na intransmissibili-  
dade do EMPREGADO para outro serviço, no qual demonstre melhor capacidade de adapta-  
ção desde que compatível com sua condição pessoal.

2- O horário de trabalho será anexo na sua ficha de registro e a  
eventual redução de jornada por determinação da EMPREGADORA não importa neste ajuste,  
permanecendo sempre íntegra a obrigação do EMPREGADO de cumprir o horário que lhe for  
determinado, observando o limite legal.

3- Obrigam-se também a EMPREGAR e prestar serviços em horas extraordiná-  
rias, sempre que lhe for determinado pela EMPREGADORA, na forma prevista em Lei. Na  
hipótese desta faculdade pela EMPREGADORA, o EMPREGADO receberá as horas extraordiná-  
rias com o acréscimo legal, salvo a ocorrência de compensação, com a consequente redu-  
ção de jornada de trabalho em outro dia.

4- Aceita o EMPREGADO, expressamente, a condição de prestar serviços em  
qualquer dos tipos de trabalho, isto é, tanto durante o dia como a noite, desde que  
seu acatamento, observadas as prescrições legais reguladoras de assunto, quanto  
remuneração.

5- Fica ajustada nos termos de que dispõe o parágrafo 1º da artigo 457,  
da Consolidação das Leis do Trabalho, que o EMPREGADO aceitará a cidade anexada na  
EMPREGADORA para a prestação de serviços tanto na localidade de celebração do Contrato  
de Trabalho, como em outra localidade do mesmo Município ou de outra cidade, quer  
essa transferência seja transitória, quer seja definitiva.

6- Na ato de assinatura deste contrato, o EMPREGADO recebe o Regula-  
mento Interno da Empresa cujas cláusulas fazem parte do Contrato de Trabalho, e a  
violação de qualquer delas implicará em sanção, cuja natureza dependerá da gravidade  
da mesma, culminando com a rescisão do contrato.

7- De caso de novo chamado pelo EMPREGADO, fica a EMPREGADORA autori-  
zada a efetivar o desconto da indenização correspondente ao prejuízo, a qual será  
feita em conformidade no parágrafo 1º do artigo 162 da Consolidação das Leis do Tra-  
balho, já que essa indenização fica expressamente prevista em Contrato.

8- O presente Contrato vigora durante ... 045 ... dias, com início em  
20/05/2018 e término em 03/07/2018, sendo celebrados para os  
bônus verificarem exclusivamente a conveniência ou não de se vincular ao caráter  
definitivo a um Contrato de Trabalho. A Empresa passando a conhecer as aptidões do  
EMPREGADO e suas qualidades pessoais e sociais; o EMPREGADO verificando se o ambiente  
e as métodos de trabalho atendem à sua conveniência.





INGDS

INSTITUTO NACIONAL  
DE GESTÃO DE SAÚDE 1998

## CONTRATO DE TRABALHO A TÍTULO DE EXPERIÊNCIA

9- Opera-se a rescisão do presente Contrato pela decorrência do prazo supra. Rescindindo-se por vontade do EMPREGADO ou pela EMPREGADORA com Justa Causa, nenhuma indenização é devida. Rescindindo-se antes do prazo, pela EMPREGADORA ou EMPREGADO, ficam estes obrigados a pagar 30% dos salários devidos até o final ( metade do tempo combinado restante ), nos termos do artigo 479 e 480 da C.L.T. sem prejuízo do disposto no Reg.do F.G.T.S. Nenhum aviso prévio é devido pela rescisão do presente Contrato.

10- Na hipótese deste ajuste, transforma-se em Contrato de Prazo Indeterminado, pelo decurso do tempo. Continuarão em plena vigência as cláusulas de 1(um) a 7(sete), enquanto durarem as relações do Empregado com a EMPREGADORA. E por estarem de pleno acordo as partes contratantes, assinam o presente contrato de experiência em duas vias, ficando a primeira em poder da EMPREGADORA, e a segunda com o EMPREGADO, e que dela dará o competente recibo.

Sao Paulo, de 20

TESTEMUNHA

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA

## PRORROGAÇÃO DO CONTRATO DE TRABALHO A TÍTULO DE EXPERIÊNCIA

Por mútuo acordo entre as partes, fica o presente contrato de experiência que deveria vencer nesta data, prorrogado por mais 45 dias, ou seja até :

Sao Paulo, de de 20 .

TESTEMUNHA

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA

## **Programa para Redução de Absenteísmo e Rotatividade**

### **OBJETIVOS**

Desenvolver ações que auxiliem na redução das variáveis do absenteísmo e rotatividade institucional.

Garantir a participação adequada do grupo assistencial para oferecer atendimento em tempo favorável preestabelecido.

### **DEFINIÇÕES**

#### **Absenteísmo**

É um padrão habitual de ausências no processo de trabalho, dever ou obrigação, seja por falta ou atraso, devido a algum motivo interveniente. É usado também para designar a soma dos períodos de ausência de um funcionário de seu ambiente de trabalho.

#### **Rotatividade de Pessoal**

Variável que apresenta o aumento ou diminuição de entrada e saída de colaboradores na Instituição.

### **FUNDAMENTAÇÕES**

A alta complexidade das atividades assistenciais, bem como, o sistema operacional de trabalho define invariavelmente o fluxo de rotatividade e absenteísmo de uma organização. A área da saúde não diferente a esse paradigma, sofre com essa realidade e monitora esses indicadores de forma sistêmica.

A INGDS, busca através de monitoramento permanente evidenciar os índices de absenteísmo e rotativa de, para promover ações reparadoras desses dois fenômenos.

### **PONTOS DE ANÁLISE SISTÊMICA**

#### **Processo Seletivo**

Aplicação de Processos Seletivos embasados na análise de competências previamente definidas, para que seja evidenciado antecipadamente qual o perfil profissional mais adequado para a função.

No cuidado com essa etapa, o objetivo é diagnosticar comportamentos favoráveis que se adequem com maior facilidade às atividades diárias e apresentem atitudes condizentes com as normas e



regras da Instituição, em outras palavras, selecionar pessoas com maior nível de comprometimento institucional, respeito hierárquico e as normas da organização.

### **Avaliação de Experiência**

O objetivo dessa ferramenta é aferir no espaço de 90 dias, as competências necessárias para dar continuidade ao processo de efetivação de um profissional.

A avaliação contempla uma análise da assiduidade e comprometimento de um novo colaborador.

### **Integração de Novos Colaboradores**

Nesta ação cabe ao Recursos Humanos informar ao novo colaborador através de palestra, a importância da assiduidade, comprometimento e respeito às normas da Instituição.

Neste evento, estabelece-se o fornecimento da informação quanto às sanções punitivas, nos casos de absenteísmos não justificados (políticas de normas e condutas – INGDS).

### **Programas de Qualidade de Vida no Trabalho**

O departamento de Desenvolvimento Organizacional da INGDS, promoverá ao logo de sua atuação institucional, o levantamento das necessidades de treinamento (LNT), bem como, a análise sistêmica situacional (in loco), das possíveis melhorias departamentais e funcionais, para contribuir com a boa atuação profissional, conseqüentemente a melhoria da qualidade de vida dos colaboradores.

### **Programa de Prevenção de Acidentes**

O departamento de Segurança e Medicina do Trabalho Institucional, manterá um cronograma permanente de eventos com foco na qualidade e segurança de vida no trabalho, além de periodicamente manter o controle e gerenciamento dos acidentes de trabalho, que trarão o "norteamento" de ações para a melhoria dos procedimentos operacionais e conseqüentemente a redução de afastamentos por acidente.

### **Gerenciamento de Atestados Médicos**

O Departamento de Medicina Ocupacional estabelecerá um controle gerencial dos atestados médicos e afastamentos, visando promover uma auditoria permanente dos casos clínicos, auxiliando o colaborador em sua recuperação.

A iniciativa visa estabelecer uma relação mais próxima entre empresa e funcionário.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os cálculos para análise sistêmica de rotatividade e absenteísmo serão apurados pelo departamento de Recursos Humanos com base nos dados gerenciais obtidos na folha de pagamento mensal.

Inicialmente deverá se promover um estudo no período de 6(seis) meses para convencionar os indicadores de performance dos dois eventos (absenteísmo e rotatividade).

Após a aferição do período, será estabelecida a média dos indicadores estratégicos desejáveis para a obtenção de metas anuais.

## **Avaliação de Desempenho e Pesquisa de Clima Organizacional**

A Pesquisa de Clima Organizacional é uma ferramenta para coleta de dados importantes sobre a percepção dos colaboradores em relação aos diversos fatores que afetam os níveis de motivação e desempenho dos mesmos.

O programa parte da análise de três núcleos fundamentais da relação que o indivíduo possui com a empresa:

- Visão sistêmica do trabalho (Relacionamento);
- Visão pessoal (Satisfação);
- Visão Global (Empresa/ Sociedade).

## **Avaliação de Desempenho**

O presente procedimento tem por objetivo estabelecer os critérios para aplicação de avaliações de desempenho por competências dos colaboradores das Unidades administradas pela INGDS.

As competências deverão ser avaliadas nos processos de recrutamento e seleção, através de entrevistas e posteriormente, a aplicação da avaliação do período de experiência em caráter periódico determinado em duas etapas – 45 dias após data de contratação e 90 dias após data de contratação.

A prorrogação do contrato de trabalho está condicionada a essa avaliação através de formulário específico.

Avaliações de desempenho por competências após período de experiência, está condicionado ao programa de cargos e salários, onde após 1(um) ano de atividade ininterrupta na função, um colaborador poderá ser avaliado para ser promovido ou direcionado a um programa de reciclagem técnica/comportamental, através da aplicação de uma avaliação 180º.

A Avaliação 180º consiste na aplicação da análise das competências profissionais, através de um



sistema bilateral, onde o colaborador promove sua autoanálise e recebe a análise de seu líder direto, gerando uma análise final que deverá ser consolidada entre as partes.

São definidos três fatores fundamentais de análise:

- Comportamentais;
- Organizacional,
- Técnico.

Dentre os fatores fundamentais, são estabelecidas como competências essenciais:

- Apresentação Pessoal;
- Disciplina;
- Iniciativa;
- Assiduidade;
- Foco no Cliente;
- Produtividade;
- Trabalho em Equipe;
- Responsabilidade;
- Expertise Técnica;
- Expressão Verbal e Escrita;
- Adequação ao cargo;
- Visão Sistêmica.

O processo de Avaliação de Desempenho por Competência, será exclusivamente desenvolvido e conduzido pela área de Desenvolvimento Organizacional, tendo como premissa fundamental a preservação de informações em âmbito sigilo profissional.

### **Registro de Controle de Pessoal**

Nossas admissões e controle de pessoal é totalmente realizada de acordo com a nova legislação do E-social, que entrou em vigor no dia 01 de Julho de 2018, de acordo com o decreto Nº 8.373, de 11 de dezembro 2014.

O E-Social é um projeto do Governo Federal, que envolve a Receita Federal, o Ministério do Trabalho, o INSS e a Caixa Econômica Federal. Seu principal objetivo é a consolidação das obrigações acessórias da área trabalhista em uma única entrega.

A admissão do Trabalhador é realizada até o final do dia anterior ao início da respectiva prestação do serviço, até o dia 20 de cada mês, no caso de admissões fora do prazo estipulado a mesma será realizada no primeiro dia útil do mês seguinte.

O controle de pessoal é realizado através de um sistema totalmente informatizado, integrado com o sistema de Folha de Pagamento e o sistema do E-social.

Cada colaborador registra seu ponto em um relógio biométrico, que é feito o controle de entrada, saída, horários de descansos, faltas e atestados.

Estes dados são utilizados para elaboração da folha de pagamento, obrigações acessórias e recolhimentos das contribuições trabalhistas.

## **5 ATIVIDADES VOLTADAS À QUALIDADE**

### **APRESENTAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTE À QUALIDADE DA ASSISTENCIA**

A qualidade, é a interpretação e representação da eficiência, eficácia, efetividade, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação, qualidade técnico-científica e a melhoria no uso dos recursos.

Prioritariamente no setor saúde, a qualidade é conceituada como um conjunto de atributos que inclui, um nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo risco ao cliente e alto grau de satisfação por parte dos usuários.

Objetivamente, quando a qualidade é aplicada aos serviços de saúde, adquire características próprias e é consumida no ato de sua produção, não havendo possibilidade de identificação prévia de serviço e/ou produto com defeito.

Nos serviços de saúde, a melhoria contínua da qualidade, deve ser enfatizada como um processo dinâmico e exaustivo de identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho, o que requer da equipe profissional a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados.

Para o alcance da qualidade assistencial, é imprescindível contar com um quantitativo de profissionais da saúde capacitados, motivados e envolvidos no trabalho, assim como, garantir espaços e meios para que os trabalhadores e os usuários sejam protagonistas em busca da qualidade.

A diferença fundamental ao se definir qualidade na prestação de serviços encontra-se na subjetividade e na dificuldade de estabelecer o que é qualidade, uma vez que os usuários reagem diferentemente ao que parece ser o mesmo serviço. Assim, cada cliente possui uma determinada percepção sobre qualidade e, esta diferença implica até mesmo no "estado de espírito do cliente" no momento da prestação de serviços.



## 5.1 Ações Voltadas à Qualidade Objetiva - Comissões

É a implantação de processos regulamentadores e reguladores nas atividades de atendimento ao usuário, que sejam utilizados para servir de referência na efetiva implantação de ações que visem o estreitamento do relacionamento entre profissionais de saúde, usuários dos serviços públicos de saúde e gestores.

Está orientada a obter e garantir a melhor assistência possível, dado o nível de recursos e tecnologia existentes na unidade.

Comissões que serão implantadas na UPA 24hrs Bayeux:

### a. Número de comissões técnicas que implantaremos:

Serão implantadas 7 comissões, conforme citadas no item Qualidade Objetiva.

#### 5.1.1 Comissão De Ética Médica

##### FINALIDADE

A Comissão de Ética Médica tem como finalidade opinar, educar e fiscalizar o desempenho da equipe médica dentro das dependências da UPA. Órgão supervisor da ética profissional na instituição representando os Conselhos Regionais e Federais de Medicina.

##### PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

##### REGIMENTO INTERNO

###### Art. 1º - Do Objetivo

A Comissão de Ética Médica (CEM) tem por atribuição opinar, educar e fiscalizar o desempenho ético da medicina dentro do estabelecimento, atuando como controle de qualidade das condições de trabalho e da prestação de assistência médica, sugerindo e acompanhando as modificações necessárias e prestando a devida assessoria à direção.

###### Art. 2º - Da Competência

Apreciar os casos que envolvam a ética médica, os procedimentos de alto risco, os de resultados ainda duvidosos ou aqueles que a legislação exija, e outros, a critério da direção da UPA;

Acompanhar o exercício ético-profissional do médico e o cumprimento dos princípios legais que normatizam os seus deveres;

Avaliar as condições oferecidas pela UPA para adequado desempenho moral, ético e científico da prática médica;

Promover a "educação continuada", abordando o conhecimento e orientação sobre ética médica;

Comunicar à direção da unidade, irregularidades ou infrações de caráter ético, cometidas por funcionários administrativos no atendimento ao paciente;

Solicitar ao especialista um relatório completo, indicando e justificando o procedimento a ser efetuado, exigindo, quando for o caso, a sua presença durante a reunião;

Promover sindicância, a pedido de interessados, médicos, do CRM ou do CFM, ou por iniciativa da própria comissão, visando dirimir conflitos e questões ocorridas na instituição.

#### Art. 3º - Da Composição

A CEM será composta por membros efetivos e membros suplentes, que serão convocados na ausência do membro efetivo ou de acordo com a necessidade dos trabalhos, adquirindo, nesse caso, o status de membro efetivo. O número mínimo de membros da Comissão de ética médica é composto por 20% dos profissionais que efetivamente atuam profissionalmente na UPA.

Eleita a CEM, esta terá mandato de dois anos e deve ser eleita pelo conjunto dos médicos que atuam na instituição, por meio de eleição convocada por uma comissão eleitoral para esse fim.

Pode participar da Comissão de Ética Médica qualquer médico que não esteja em função de direção executiva da instituição: Diretoria Clínica, Diretoria Administrativa, Diretoria Técnica, etc. No caso de um membro da CEM assumir cargo de direção da instituição, deve se afastar da CEM enquanto durar o impedimento.

Art. 4º - Estará impedido de compor a Comissão o profissional que tenha interesse direto ou indireto na matéria em pauta;

Tenha participado como perito, testemunha ou representante, ou se tais situações ocorrem quanto ao cônjuge, companheiro (a) ou parente e afins até o terceiro grau;

Esteja em litígio judicial ou administrativo, com o interessado ou com o respectivo cônjuge ou companheiro(a).

Art. 5º - Das Reuniões - A Comissão deverá reunir-se ordinariamente a cada mês e, extraordinariamente, por iniciativa do presidente ou por determinação da gestão da unidade.

Parágrafo Primeiro - Após as reuniões, sejam essas ordinárias ou extraordinárias caberá ao Presidente avaliar o ocorrido e encaminhar ao Conselho Regional de Medicina para as providências de acordo com os preceitos do referido órgão.

Parágrafo Segundo - Ao secretário da Comissão compete efetivar a escrituração e guarda da documentação pertinente, inclusive o livro de registro de atas das reuniões. No livro de registro de atas, deverão ser lavrados os termos de abertura e de encerramento.

Art. 6º - Das Disposições Gerais - Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão, em conjunto com o Diretor Técnico da UPA.

Art. 7º - Este regimento entrará em vigor após publicação da Constituição no Diário Oficial do Município.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição de padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração dos procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.



### **5.1.2 Comissão De Ética de Enfermagem**

#### **FINALIDADE**

As Comissões de Ética de Enfermagem (C.E.E.) exercem, mediante delegação do Conselho Regional de Enfermagem, atividade destinada à prestação idônea de serviços de Enfermagem nas instituições de saúde e congêneres, assumindo funções educativas, consultivas e fiscalizadoras do exercício profissional e ético dos profissionais de enfermagem.

As C.E.E. deverão atuar de modo preventivo, com vistas à conscientização dos profissionais de enfermagem, quanto ao exercício de suas atribuições legais, bem como à necessidade de salvaguardar a segurança do paciente. Sua atuação deverá abranger a prevenção de condutas de risco à imagem profissional e institucional.

#### **PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS**

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

#### **REGIMENTO INTERNO**

##### **A Comissão de Ética de Enfermagem tem por Competência:**

Deverão ser objetivas e bem definidas, permitindo uma fácil interpretação, de modo a alcançar as finalidades e os propósitos, tais como:

- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;
- Participar de estudos e projetos visando à orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição;
- Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao COREN;
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário;
- Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN, sempre que solicitado.

Os membros da Comissão de Revisão de Ética de Enfermagem têm por Atribuições:

## Da Comissão

As competências da Comissão de Ética de Enfermagem constam da Resolução COFEN nº. 172/94. Deverão ser objetivas e bem definidas, permitindo uma fácil interpretação, de modo a alcançar as finalidades e os propósitos, tais como:

- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
- Promover e ou participar de eventos que se proponham a estudar e discutir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem;
- Assessorar a Diretoria e/ou Serviço de Enfermagem e as Comissões Internas, no que se refere às questões inerentes à ética profissional, emitindo pareceres;
- Participar de estudos e projetos visando à orientação aos clientes, familiares e comunidade, no que se refere às questões éticas;
- Promover e/ou participar de atividades multiprofissionais referentes à Ética/Bioética;
- Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem na Instituição;
- Averiguar as infrações éticas ocorridas, notificar e encaminhar ao COREN;
- Solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário;
- Elaborar relatório anual das atividades desenvolvidas e encaminhar ao COREN, sempre que solicitado.

## Do Presidente

O Presidente é o responsável pelo andamento dos trabalhos e encaminhamento das decisões da Comissão de Ética de Enfermagem.

Desta forma deverá desenvolver, entre outras, as seguintes atividades:

- Convocar, presidir e coordenar as reuniões da Comissão de Ética de Enfermagem;
- Elaborar parecer final para encaminhamento ao COREN, dos casos constatados como infrações éticas;
- Representar a Comissão de Ética na Instituição e no COREN ou quando se fizer necessário, podendo integrar a Comissão de Ética Interprofissional da Instituição.

## Do Vice-Presidente

Substituir o Presidente nos seus impedimentos.

## Do Secretário

Secretariar as atividades da Comissão de Ética de Enfermagem e dar encaminhamento das deliberações do Presidente. Como tal deverá secretariar as reuniões registrando-as em ata e providenciar a reprodução de documentos e arquivamentos.



## **Dos membros efetivos e suplentes**

Os membros efetivos deverão comparecer às reuniões e a outras atividades promovidas pela Comissão de Ética de Enfermagem e representar a Comissão quando solicitado. Deverão também, quando impedido de comparecerem, convocar a presença do suplente.

## **Proposta do Regimento Interno - Comissão de Ética de Enfermagem:**

### **CAPÍTULO I - DA DEFINIÇÃO**

*Art. 1º A Comissão de Ética de Enfermagem do (da) é 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.*

### **CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES**

*Art. 2º A Comissão de Ética de Enfermagem é reconhecida pela(o) ..... 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 á..... o cronograma de suas atividades.*

*Art. 3º A Comissão de Ética de Enfermagem tem por finalidade:*

- I. Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;*
- II. Estimular a conduta ética dos Profissionais de Enfermagem do através da análise das intercorrências notificadas, por meio de denúncia formal e/ou auditoria;*
- III. Zelar pelo exercício ético dos Profissionais de Enfermagem da Instituição;*
- IV. Colaborar com o COREN na prevenção do exercício ilegal de atividade e na tarefa de educar, discutir, orientar e divulgar temas relativos à ética dos Profissionais de Enfermagem.*

### **CAPÍTULO III - DA ORGANIZAÇÃO E COMPOSIÇÃO**

*Art. 4º A Comissão de Ética de Enfermagem deverá ser composta por Enfermeiros, Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem.*

*Art. 5º A Comissão de Ética de Enfermagem é formada por..... Enfermeiros, ..... Técnicos e/ou Auxiliares de Enfermagem efetivos com seus respectivos suplentes.*

*Art. 6º A Comissão de Ética de Enfermagem terá mandato de 02 (dois) anos e poderá ser reconduzida por igual período.*

*Art. 7º A Comissão de Ética de Enfermagem terá um Presidente, um Vice-Presidente e um Secretário.*

*Parágrafo único. As funções do Presidente e Vice-Presidente deverão ser exercidas exclusivamente por Enfermeiros.*

### **CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS**

*Art. 8º A Comissão de Ética de Enfermagem tem por competência:*



*(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)*

*Art. 9º Compete ao Presidente da Comissão de Ética Enfermagem:*

*(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)*

*Art. 10. Compete ao Vice-Presidente da Comissão de Ética de Enfermagem: (Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)*

*Art. 11. Compete ao Secretário da Comissão de Ética de Enfermagem:*

*(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)*

*Art. 12. Compete aos Membros Efetivos e Suplentes:*

*(Ver Manual de Orientação - COREN e adaptar à realidade dessa Instituição)*

## **CAPÍTULO V- DAS ELEIÇÕES**

*Art. 13. Os Membros de Comissão de Ética de Enfermagem serão eleitos através de voto facultativo, secreto e direto da equipe de enfermagem da.....*

*Art. 14. A Comissão de Ética de Enfermagem vigente fará a escolha e divulgação de uma Comissão Eleitoral que será responsável pela organização, apuração e divulgação dos resultados do pleito.*

*§ 1º Nas Instituições que ainda não possuem sua Comissão de Ética de Enfermagem a escolha da Comissão Eleitoral deverá ser feita pela.....*

*§ 2º Os Membros da Comissão Eleitoral não poderão ser candidatos, assim como aqueles que possuem cargos de Chefia de Enfermagem na Instituição ou Diretorias de Entidades de Classe de Enfermagem.*

*§ 3º A convocação para eleição será feita através de ampla divulgação interna, com antecedência mínima de 45 (quarenta e cinco) dias da data estabelecida para as inscrições, divulgação e eleição dos candidatos.*

*§ 4º Os candidatos poderão pertencer a todas as categorias de enfermagem (Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem).*

*Art. 15. Os candidatos integrantes das chapas que irão concorrer na eleição da Comissão de Ética de Enfermagem deverão atender os seguintes requisitos:*

*§ 1º Estar quite com sua situação financeira e indiscricional perante o COREN.*

*§ 2º Não ter sido condenado em processo administrativo na Instituição onde trabalha, ou em processo ético no COREN, nos dois últimos anos.*

*§ 3º Ocorrendo qualquer dos impedimentos enunciados nos parágrafos anteriores durante a investidura na Comissão de Ética, o profissional deverá ser afastado, respeitando o princípio do contraditório, incluindo em sua vaga o suplente imediato.*

*Art. 16. Somente poderão votar os profissionais regularmente inscritos no COREN e com vínculo empregatício na Instituição.*

*Art. 17. A eleição somente terá legitimidade se o número de votantes for, no mínimo, a metade mais um, dos Profissionais de Enfermagem na Instituição.*

*Art. 18. Protestos e recursos relativos ao processo eleitoral deverão ser formalizados por escrito, dentro de no máximo 48 horas após as eleições e encaminhados em primeira instância à Comissão Eleitoral e por último à instância superior – COREN.*



## CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19. A Comissão de Ética de Enfermagem reunir-se-á uma vez por mês ordinariamente, em dia, hora e local pré-determinado, podendo reunir-se extraordinariamente quando houver necessidade.

Art. 20. A ausência não justificada em mais de 3 (três) reuniões consecutivas e/ou alternadas excluirá automaticamente o membro efetivo da Comissão de Ética de Enfermagem, devendo ser convocado o respectivo suplente.

Art. 21. O quórum para decisões corresponde à maioria simples (metade mais um) dos Membros da Comissão.

Art. 22. O Órgão de Enfermagem da Instituição garantirá as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades da Comissão de Ética de Enfermagem.

Art. 23. Em caso de denúncia envolvendo membro da Comissão de Ética, este será convocado normalmente a prestar esclarecimentos ficando, contudo, impedido de dar continuidade as atividades na Comissão durante a vigência da sindicância e do processo.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

### 5.1.3 Comissão De Prevenção de Acidentes pra Pacientes

#### Capítulo I: Disposições Gerais

Artigo 1º: A Comissão de Prevenção de Acidentes para Pacientes, é um órgão responsável por gerenciar e supervisionar as atividades relacionadas à documentação médica e à coleta e análise de dados estatísticos no âmbito da instituição.

Artigo 2º: A Comissão tem como objetivo principal promover a padronização, organização, atualização e controle da documentação médica, garantindo a qualidade e confiabilidade das informações registradas.

Artigo 3º: A Comissão também é responsável por desenvolver e implementar projetos e estudos estatísticos, visando o aprimoramento dos processos de saúde, a geração de indicadores de desempenho e a produção de relatórios estatísticos.

#### Capítulo II: Composição da Comissão

Artigo 4º: A Comissão será composta por membros indicados pela administração da instituição, sendo eles:

- Coordenador: responsável por liderar a Comissão, coordenar as atividades e representá-la perante a administração da instituição.
- Médicos responsáveis pela documentação médica: profissionais médicos designados para supervisionar a adequação e qualidade da documentação médica.

- c) Profissionais de estatística: responsáveis pela coleta, análise e interpretação dos dados estatísticos.
- d) Representantes de outros setores: membros de setores relacionados à documentação médica e estatística, indicados de acordo com as necessidades da instituição.

Artigo 5º: Os membros da Comissão serão designados por um período determinado, podendo ser reconduzidos mediante nova indicação.

### **Capítulo III: Competências da Comissão**

Artigo 6º: Compete à Comissão:

- a) Elaborar normas, procedimentos e diretrizes para a documentação médica, de acordo com as legislações vigentes e as políticas da instituição.
- b) Realizar a revisão periódica dos prontuários médicos, garantindo a sua integridade, legibilidade e completude.
- c) Promover a capacitação e atualização dos profissionais envolvidos na documentação médica, visando à correta utilização dos sistemas e fluxos de trabalho.
- d) Coletar e analisar dados estatísticos, produzindo relatórios e indicadores de desempenho.
- e) Participar de estudos e projetos relacionados à documentação médica e à estatística.
- f) Realizar auditorias internas para avaliar o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos.
- g) Propor melhorias nos processos de documentação médica e estatística, visando a eficiência, qualidade e segurança das informações.

### **Capítulo IV: Funcionamento da Comissão**

Artigo 7º: A Comissão realizará reuniões periódicas, com pautas previamente estabelecidas e registradas em ata.

- a) *As reuniões serão convocadas pelo Coordenador da Comissão, com antecedência mínima de três dias úteis.*
- b) *As decisões da Comissão serão tomadas por maioria simples dos membros presentes, cabendo ao Coordenador o voto de qualidade em caso de empate.*
- c) *As deliberações da Comissão serão registradas em atas, que serão arquivadas e disponibilizadas para consulta pelos membros e pela administração da instituição.*

Artigo 8º: A Comissão poderá criar grupos de trabalho específicos para tratar de assuntos relacionados à documentação médica e estatística, conforme necessidades identificadas.

### **Capítulo V: Disposições Finais**

Artigo 9º: Este regimento interno poderá ser alterado mediante proposta da Comissão e aprovação da administração da instituição.

Artigo 10º: Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, com base nas normas vigentes e nas melhores práticas relacionadas à documentação médica e estatística.

*Este regimento interno foi aprovado em [data de aprovação] e entra em vigor a partir desta data.*

*Assinatura do Coordenador da Comissão*



## Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implementação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

### 5.1.3 Comissão De Prevenção de Acidentes pra Pacientes

#### Capítulo I: Disposições Gerais

*Artigo 1º: A Comissão de Prevenção de Acidentes para Pacientes, é um órgão responsável por gerenciar e supervisionar as atividades relacionadas à documentação médica e à coleta e análise de dados estatísticos no âmbito da instituição.*

*Artigo 2º: A Comissão tem como objetivo principal promover a padronização, organização, atualização e controle da documentação médica, garantindo a qualidade e confiabilidade das informações registradas.*

*Artigo 3º: A Comissão também é responsável por desenvolver e implementar projetos e estudos estatísticos, visando o aprimoramento dos processos de saúde, a geração de indicadores de desempenho e a produção de relatórios estatísticos.*

#### Capítulo II: Composição da Comissão

*Artigo 4º: A Comissão será composta por membros indicados pela administração da instituição, sendo eles:*

- Coordenador: responsável por liderar a Comissão, coordenar as atividades e representá-la perante a administração da instituição.*
- Médicos responsáveis pela documentação médica: profissionais médicos designados para supervisionar a adequação e qualidade da documentação médica.*
- Profissionais de estatística: responsáveis pela coleta, análise e interpretação dos dados estatísticos.*
- Representantes de outros setores: membros de setores relacionados à documentação médica e estatística, indicados de acordo com as necessidades da instituição.*

*Artigo 5º: Os membros da Comissão serão designados por um período determinado, podendo ser reconduzidos mediante nova indicação.*

#### Capítulo III: Competências da Comissão

*Artigo 6º: Compete à Comissão:*

- Elaborar normas, procedimentos e diretrizes para a documentação médica, de acordo com as legislações vigentes e as políticas da instituição.*
- Realizar a revisão periódica dos prontuários médicos, garantindo a sua integridade, legibilidade e completude.*
- Promover a capacitação e atualização dos profissionais envolvidos na documentação médica,*

visando à correta utilização dos sistemas e fluxos de trabalho.

- d) Coletar e analisar dados estatísticos, produzindo relatórios e indicadores de desempenho.
- e) Participar de estudos e projetos relacionados à documentação médica e à estatística.
- f) Realizar auditorias internas para avaliar o cumprimento das normas e procedimentos estabelecidos.
- g) Propor melhorias nos processos de documentação médica e estatística, visando a eficiência, qualidade e segurança das informações.

#### Capítulo IV: Funcionamento da Comissão

Artigo 7º: A Comissão realizará reuniões periódicas, com pautas previamente estabelecidas e registradas em ata.

- a) As reuniões serão convocadas pelo Coordenador da Comissão, com antecedência mínima de três dias úteis.
- b) As decisões da Comissão serão tomadas por maioria simples dos membros presentes, cabendo ao Coordenador o voto de qualidade em caso de empate.
- c) As deliberações da Comissão serão registradas em atas, que serão arquivadas e disponibilizadas para consulta pelos membros e pela administração da instituição.

Artigo 8º: A Comissão poderá criar grupos de trabalho específicos para tratar de assuntos relacionados à documentação médica e estatística, conforme necessidades identificadas.

#### Capítulo V: Disposições Finais

Artigo 9º: Este regimento interno poderá ser alterado mediante proposta da Comissão e aprovação da administração da instituição.

Artigo 10º: Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão, com base nas normas vigentes e nas melhores práticas relacionadas à documentação médica e estatística.

Este regimento interno foi aprovado em [data de aprovação] e entra em vigor a partir desta data.

Assinatura do Coordenador da Comissão

### Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração de procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.



#### **5.1.4 Comissão De Controle E Infecção Hospitalar (CCIH)**

##### **FINALIDADE**

Infecção Hospitalar é definida como "aquela adquirida após admissão do paciente e que se manifesta após a internação ou a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares".

A vigilância epidemiológica ativa é um dos pilares do controle das Infecções Hospitalares (IH), pois permite a determinação do perfil endêmico das instituições, a identificação de eventos inesperados (surtos) e o direcionamento das ações de prevenção e controle. A monitorização das IH é um fator de segurança para o paciente e deverá estar de acordo com a Portaria MS nº2616 de 12 de maio de 1998.

##### **PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS**

Os membros da Comissão devem ser nomeados através de portaria institucional, emitida pelo gestor máximo da instituição.

##### **REGIMENTO INTERNO**

###### ***CAPÍTULO I - Disposições Gerais***

*A CCIH é diretamente subordinada à Direção Técnica da UPA*

###### ***CAPÍTULO II - Das Disposições Preliminares***

*Art 1º Este regimento visa estabelecer a composição, a formação, as normas e as atividades da CCIH, com a finalidade de promover as medidas normativas e técnicas de prevenção e controle das infecções hospitalares.*

*Art 2º Todas as atividades, normas, rotinas, e propostas desenvolvidas e encaminhadas pela CCIH, visam a racionalização, bem como a melhoria de qualidade e da produção dos serviços.*

*Art 3º A CCIH funciona como órgão de assessoria junto à Direção Geral, estando assegurada sua autonomia funcional junto aos setores estratégicos para o controle das infecções hospitalares.*

###### ***CAPÍTULO III - Da Competência***

*Art 4º Compete à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar:*

*I - Definir diretrizes para as ações de controle das infecções hospitalares na UPA. II - Ratificar o programa anual de trabalho do SCIH.*

*III - Avaliar periodicamente as informações provenientes da Vigilância Microbiológica e Epidemiológica.*

*IV - Comunicar periodicamente à Direção Geral e as chefias de todos os setores, os resultados coletados e analisados pela CCIH.*

*V - Respalidar normas e rotinas técnico-administrativas visando a prevenção e o controle das infecções hospitalares.*

- VI - Assessorar a Direção Geral nas reformas e construções de áreas físicas no que diz respeito ao controle das infecções hospitalares.
- VII - Estabelecer critérios junto à administração hospitalar quanto a:
- Aquisição e uso de germicidas.
  - Aquisição de material hospitalar relacionado à assistência direta do paciente e que contribuam com a prevenção e controle das infecções hospitalares.
  - Limpeza, fluxo e destino final dos resíduos hospitalares.
- VIII - Assessorar o setor de treinamento visando a capacitação adequada do quadro de profissionais de saúde no que diz respeito à prevenção e controle das infecções hospitalares.
- IX - Notificar ao organismo de gestão estadual ou municipal do SUS os casos diagnosticados ou suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica, e atuar cooperativamente com os serviços de saúde coletiva.
- X - Implantar políticas de uso dos antimicrobianos para a UPA.

**Art.5º Compete à Direção Executiva da UPA:**

- Nomear os membros da CCIH através de ato próprio.
- Propiciar infra-estrutura de pessoal, material, técnica e de espaço físico, necessário à correta operacionalização da CCIH.
- Aprovar e fazer respeitar o regimento da CCIH.
- Dar o devido apoio político a CCIH na implantação das medidas padronizadas pelos respectivos órgãos.
- Garantir a participação do Presidente da CCIH nos órgãos formuladores de política da instituição.
- Garantir o cumprimento das recomendações formuladas pelas coordenações municipal e estadual de controle das infecções hospitalares.
- Informar ao órgão oficial municipal ou estadual quanto à composição da CCIH e as alterações que venham a ocorrer.
- Fomentar a educação e o treinamento de todo profissional do ambiente hospitalar.

**CAPITULO IV - Da Composição**

**Art.6º** A CCIH é composta pelos profissionais representantes do Corpo Clínico, do Serviço de Enfermagem, do Laboratório de Microbiologia, de Administração e do Serviço de Farmácia.

**CAPITULO V - Das atribuições dos membros da CCIH**

**Art.7º** Será atribuição dos membros da CCIH, a saber:

- Participar das reuniões da CCIH;
- Colaborar na implantação das ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, nas áreas específicas de sua responsabilidade.





#### **CAPITULO VI - Das reuniões**

*Art 8º - A CCIH realizará reuniões trimestrais de caráter técnico administrativo, onde serão discutidos a situação geral da UPA em relação a prevenção e ao controle das infecções hospitalares, temas, proposições, planejamentos, diretrizes, rotinas e normas de atuação e de avaliação das atividades da CCIH.*

*Parágrafo único - Nas reuniões constará em ata, a relação de pessoas presentes, a relação dos temas discutidos, bem como as suas conclusões.*

#### **CAPITULO VII - Das disposições Gerais**

*Art 9º - Caso a CCIH, nos procedimentos e orientações de sua competência, tomar as medidas necessárias, tanto em relação aos profissionais quanto aos pacientes e acompanhantes, esta não poderá ser responsabilizada, administrativa, civil ou penalmente, no tocante à falha de algum profissional ou serviço que não pertença a CCIH.*

*Art 10º - As decisões consideradas resoluções da CCIH serão tomadas por consenso de seus membros. A CCIH tomará as iniciativas para cumprir este regimento "ad referendum" da UPA.*

*Art 11º - O mandato dos membros da CCIH, corresponderá a um período de dois anos, permitida a recondução.*

*Art 12º - Os casos omissos, não constantes deste regimento, serão pauta de reunião para decisão entre os membros da CCIH.*

*Art 13º - Este regimento entrará em vigor após publicação da Constituição no Diário Oficial do Município.*

### **Cronograma de Atividade Anual**

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração de procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

#### **5.1.5 Comissão Interna De Prevenção De Acidentes – CIPA**

##### **FINALIDADE**

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.

## PORTARIA DE NOMEAÇÃO DOS MEMBROS

A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

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 e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

### REGIMENTO INTERNO

#### CAPITULO I - DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

*Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA vinculada diretamente a Diretoria Institucional, 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.*

*Art. 2º - A CIPA será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.*

*§ 1º - Os representantes, titulares e suplentes, serão indicados pela Diretoria Institucional.*

*§ 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 e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.*

*Art. 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.*

*Art. 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.*

*Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988.*

*Art. 5º - 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 art. 469, da CLT.*

*Art. 6º - A Superintendência designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.*

*Art. 7º - 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.*

#### CAPITULO II - DAS COMPETÊNCIAS

**ART. 8º - Compete a CIPA**

*l) Identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores,*



- 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 das discussões promovidas pela unidade, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;*
- VIII) *Requerer 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 PCMSO e PPRA e 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 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 a unidade as cópias das CAT emitidas;*
- XIV) *Promover, anualmente, a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho – SIPAT;*
- XV) *Participar, anualmente, em conjunto com a unidade, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.*

*ART. 9º - 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. 10 - Cabe aos empregados:*

- I) *Participar da eleição de seus representantes;*
- II) *Colaborar com a gestão da CIPA;*
- III) *Indicar à CIPA 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. 11 - 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) *Mantém o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;*
- IV) *Coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;*
- V) *Delegar atribuições ao Vice-Presidente;*

ART. 12 - 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. 13 - 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. 14 - O Secretário de 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 III - DO FUNCIONAMENTO

ART. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

ART. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

ART. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

ART. 18 - Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

ART. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

ART. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

ART. 21 - 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. 22 - 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. 23 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.*

*ART. 24 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o Presidente e o Vice-Presidente efetivar os encaminhamentos necessários.*

*ART. 25 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.*

*ART. 26 - 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. 27 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.*

*ART. 28 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.*

*ART. 29 - 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. 30 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.*

*ART. 31 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.*

#### **CAPÍTULO IV - DO PROCESSO ELEITORAL**

*ART. 32 - 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. 33 - 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. 34 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:*

I) *Publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;*

II) *Inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;*

- III) *Liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;*
- IV) *Garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;*
- V) *Realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;*
- VI) *Realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.*
- VII) *Voto secreto;*
- VIII) *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;*
- IX) *Faculdade de eleição por meios eletrônicos;*
- X) *Guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.*

ART. 35 - *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. 36 - *Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.*

ART. 37 - *Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.*

ART. 38 - *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.*

#### CAPITULO V - DO TREINAMENTO

ART. 39 - *A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.*

ART. 40 - *O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.*

ART. 41 - *As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.*

ART. 42 - *O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:*

- I) *Estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;*
- II) *Metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;*
- III) *Noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;*
- IV) *Noções sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, e medidas de prevenção;*
- V) *Noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;*
- VI) *Princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos;*
- VII) *Organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.*



*ART. 43 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SOST.*

*ART. 44 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.*

*ART. 45 - As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR - 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.*

## Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Trimestrais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

### 5.1.6 Comissão De Óbitos

#### Proposta de Constituição e Desenvolvimento das atividades

Com o objetivo de identificar eventuais mortes evitáveis, a Comissão de Análise de Óbitos é uma determinação do Ministério da Saúde exigida a todas as instituições de saúde hospitalares e de atendimento de urgência que realizam procedimentos médicos.

Formada por uma equipe multidisciplinar interna, a comissão desempenha o importante papel de verificar possíveis falhas nos principais procedimentos de saúde, prevenindo assim novas mortes.

Esta Comissão irá avaliar todos os óbitos ocorridos na UPA, bem como aos laudos de todas as necropsias solicitando inclusive, se necessário, os laudos do Instituto Médico Legal.

Manterá estreita relação com a Comissão de Ética Médica da UPA, com a qual deverá ser discutido todo o resultado das avaliações.

A mortalidade em serviço de saúde expressa o resultado do processo assistencial. No entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, iatrogenias, entre outros.

Nas atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho,

desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

#### Atribuições:

- Busca ativa das Declarações de Óbitos (DO);
- Investigação dos óbitos;
- Promover melhoria da qualidade de preenchimento da DO;
- Elaborar relatórios que permitam identificar o perfil de mortalidade da unidade; Óbitos a serem Investigados:
- Óbitos de mulheres em idade fértil - 10 a 49 anos;
- Óbitos por causas mal definidas;
- Óbitos Fetais e Infantis.

#### Principais Fontes de Informação para a Comissão de Análise de Óbito:

- Declaração de Óbito;
- Livro de Registros de óbitos;
- Prontuários;
- Boletim de Atendimento Médico;
- Censo da UPA.

#### Cronograma/Objetivos da Comissão para o primeiro ano de contrato:

- Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos óbitos que lhe forem enviados;
- Elaborar normas para auditoria e revisão dos prontuários de pacientes que forem a óbito;
- Realizar a revisão dos prontuários relacionados aos óbitos;
- Normatizar e fiscalizar o adequado registro e preenchimento dos atestados de óbito;
- 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 mesmo que realizadas pelo SVO (Serviço de Verificação de Óbitos);
- Melhorar a eficácia dos serviços assistenciais;

Propomos o regimento a seguir a fim de estabelecermos a padronização de critérios importantes para melhorar o funcionamento da comissão, estabelecer condições mínimas de composição e fortalecer a comissão junto à administração e ao corpo clínico.



**NOME: COMISSÃO DE ANÁLISE E REVISÃO DE ÓBITOS**

**FINALIDADE:** 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.

1. Avaliar a qualidade da assistência prestada na UPA a partir da análise dos óbitos;
2. Detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que podem comprometer a qualidade da assistência ou influir no curso do atendimento, indicando necessidade de revisão do processo assistencial e a avaliação do funcionamento da própria Comissão de Análise e Revisão de Óbito;
3. Avaliar a adequação da história clínica de admissão, da evolução, da investigação diagnóstica desencadeada pela hipótese diagnóstica inicial e da terapêutica instituída.

**COMPOSIÇÃO:** A composição mínima da comissão deverá ser de três membros médicos e um enfermeiro, podendo ser superior a isso, conforme a característica de cada Instituição.

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

**MANDATO:** O mandato deverá ser de 24 meses, podendo ser renovável conforme definição da Diretoria Técnica de Departamento. O presidente da comissão, assim como todos os membros, serão nomeados pelo Diretor da UPA. 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 ao Diretor Geral.

**SEDE:** A sede da comissão será a sala das comissões, a ser disponibilizada, com a infraestrutura básica necessária para seu funcionamento.

**FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO:** Deverão ocorrer reuniões periódicas, conforme a necessidade da 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, sob 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 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 de 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 da UPA, pelo

*Presidente ou Vice Presidente. Após cada reunião, o grupo deverá elaborar um relatório e enviá-lo à Comissão de Ética Médica e Diretoria Geral.*

*A Análise dos prontuários de óbitos da UPA pela Comissão de Análise e Revisão de Óbitos utilizando-se instrumento específico de coleta de dados com padronização das variáveis.*

#### **Classificação do óbito**

1. Não evitável - quando a patologia existente justifica a evolução fatal;
2. Evitável - quando o óbito ocorrer por inadequação da terapêutica, de investigação ou das condições operacionais;
3. Inconclusivo - quando não é possível o enquadramento nas categorias anteriores, devendo haver enquadramento em uma de nove justificativas definidas que caracterizam a causa da impossibilidade do avaliador chegar a uma conclusão.

#### **Arquivamento de Dados**

*Todos os impressos preenchidos com a análise dos óbitos serão digitados em um banco de dados formado pelas variáveis coletadas e o banco de cada ano será identificado em arquivo separado.*

**ATRIBUIÇÕES:** São atribuições da Comissão de Análise e Revisão de Óbitos:

- a) Analisar e emitir parecer sobre os assuntos relativos aos 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) Correlacionar os diagnósticos prévios com os resultados de necropsias, mesmo que realizadas pelo SVC (Serviço de Verificação de Óbitos);
- h) Zelar pelo sigilo ético das informações;
- i) Emitir parecer técnico ou relatório quando solicitado pela Comissão de Ética Médica ou outro serviço interessado;
- j) Assessorar a Direção de Departamento Técnico ou Clínica da Instituição em assuntos de sua competência;
- k) Definir anualmente metas de melhorias e suas estratégias, sempre buscando a qualidade com atuação de Educação Permanente;
- l) Desenvolver atividades de caráter técnico científica com fins de subsidiar conhecimentos relevantes a Instituição;
- m) De cada reunião deve ser lavrada ATA que deve ser subscrita pelo secretário e assinada por todos.

*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.

**DISPOSIÇÕES GERAIS:** Os casos omissos neste regimento serão resolvidos pelos membros da Comissão de Análise e Revisão de Óbito, em conjunto com o diretor técnico da instituição. Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Este regimento entrará em vigor após publicação da Constituição no Diário Oficial do Município.

## Cronograma de Atividade Anual

CRONOGRAMA DE ATIVIDADE ANUAL												
Atividades	Operacionalização / Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planejamento da Comissão												
Implantação												
Definição da padronização dos protocolos												
Início do estudo dos processos												
Reuniões Mensais (sugestão)												
Elaboração do procedimentos operacionais												

Trata-se de sugestão, no qual poderá ser adequado conforme a necessidade e a operacionalização.

### 5.1.7 Comissão De Melhoria Da Qualidade Assistencial

1. **Objetivo** A Comissão de Melhoria da Qualidade Assistencial em UPA tem como objetivo principal promover a excelência nos serviços prestados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA), visando garantir a qualidade e a segurança dos cuidados aos pacientes. A comissão busca identificar e implementar ações de melhoria contínua, com base em evidências científicas e nas melhores práticas em saúde.

2. **Composição** A Comissão de Melhoria da Qualidade Assistencial em UPA será composta por membros que representam diferentes áreas da unidade, visando garantir uma visão ampla e integrada da assistência. A composição mínima sugerida é a seguinte:

- 2.1. Diretor(a) da UPA ou representante designado;
- 2.2. Coordenador(a) Médico(a);
- 2.3. Coordenador(a) de Enfermagem;
- 2.4. Farmacêutico(a);
- 2.5. Responsável pelo Controle de Infecção Hospitalar;
- 2.6. Representante da equipe multiprofissional (assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros);
- 2.7. Representante dos pacientes (quando aplicável).

### **3. Responsabilidades**

- 3.1. Promover a cultura de segurança do paciente e a melhoria contínua da qualidade assistencial na UPA;
- 3.2. Realizar análise crítica dos indicadores de qualidade e segurança, identificando oportunidades de melhoria e estabelecendo metas;
- 3.3. Identificar, revisar e implementar protocolos clínicos baseados em evidências científicas, visando a padronização das práticas assistenciais;
- 3.4. Promover a educação continuada dos profissionais da UPA, por meio de treinamentos, capacitações e discussões de casos clínicos;
- 3.5. Realizar auditorias e avaliações periódicas dos processos assistenciais, visando identificar desvios e propor ações corretivas;
- 3.6. Estabelecer mecanismos de comunicação efetiva entre a comissão e os demais profissionais da UPA, para disseminação de informações relevantes sobre qualidade assistencial e segurança do paciente;
- 3.7. Acompanhar as recomendações de órgãos regulatórios e a legislação pertinente, buscando a conformidade da UPA com as diretrizes estabelecidas;
- 3.8. Elaborar relatórios periódicos sobre as atividades da comissão, apresentando os resultados alcançados e as metas atingidas.

### **4. Funcionamento**

- 4.1. A comissão se reunirá periodicamente, de acordo com a necessidade, estabelecendo uma agenda de reuniões prévia e divulgando-a aos membros;
- 4.2. As decisões serão tomadas por consenso, buscando o envolvimento e a participação de todos os membros;
- 4.3. Será designado um(a) coordenador(a) da comissão, responsável por convocar e conduzir as reuniões, além de coordenar as ações definidas;
- 4.4. As atas das reuniões serão registradas e arquivadas, garantindo o registro das discussões, decisões e encaminhamentos realizados;

#### **5.1.8 Apresentação Dos Instrumentos De Pesquisa De Satisfação Do Usuário**

##### **Serviço de Satisfação do Usuário – S.S.U**

##### **Nível de Satisfação do Usuário**

O ambiente da UPA, embora seja o local adequado para assistir aos pacientes emergenciais, agregado a uma equipe especializada, o expõe a vários estímulos desconhecidos, muito diferentes dos que está acostumado no seu cotidiano.

Na prática profissional, considera-se que a qualidade na assistência de urgência e emergência é o ponto chave para a estabilização do paciente, uma vez que permite estabelecer intervenções



imediatas no mesmo.

A busca por qualidade assistencial constitui uma das maiores preocupações das unidades de saúde na atualidade. Nossa qualidade consiste nas características do produto que vão ao encontro da necessidade dos pacientes, e desta forma proporcionam-lhe satisfação em relação ao mesmo.

Essa moderna abordagem de qualidade da assistência é produto de uma longa evolução onde, durante muito tempo, a única forma de medir qualidade foi através da avaliação de nosso desempenho nas diversas dimensões técnicas, porém, no sentido moderno qualidade, é definida como satisfação do paciente. A INGDS considera os métodos de controle de qualidade como sistemas para integrar esforços em toda a organização, visando a satisfação dos desejos dos pacientes.

A Pesquisa de Satisfação do Usuário é uma metodologia de pesquisa de opinião padronizada que investiga o nível de satisfação dos usuários de um serviço público e é desenvolvida para se adequar a qualquer organização pública prestadora de serviços direto ao cidadão.

A satisfação do paciente é prioridade máxima. Tomar decisões com base no feedback dos usuários é importante para o sucesso do atendimento da Unidade.

O modelo do questionário de satisfação do usuário será personalizado de forma a atender às necessidades da pesquisa.

A execução da Pesquisa de Satisfação do Usuário nas Unidades de Pronto Atendimento será de responsabilidade do Serviço de Atendimento ao Usuário - SAU: A concepção do instrumento de pesquisa, a coleta de dados, tabulação, digitação, análise dos dados e elaboração de relatórios serão descritos a seguir.

### **Instrumento de Pesquisa**

A pesquisa consistirá na aplicação de uma metodologia de aferição da satisfação de usuários atendidos na unidade através de formulários respondidos e coletados em urnas instaladas em pontos estratégicos da unidade.

A pesquisa abrangerá avaliação de estrutura física, serviços de apoio e atendimento dos profissionais.

A pesquisa de satisfação deverá ser respondida de forma espontânea pelos pacientes, visitantes e/ou acompanhantes do pronto atendimento e da unidade de internação.

### **Apresentação**

O Intuito da Pesquisa de Satisfação é o de aferir os níveis de satisfação dos usuários da Unidade de Pronto Atendimento administradas pelo INGDS, objetivando o mapeamento das necessidades de adaptações e possíveis ações corretivas nos processos de atendimento dos usuários do sistema único de saúde.

A aplicação da pesquisa é feita através da disponibilização de um formulário de múltipla escolha padronizado, que é preenchido pelos usuários e devidamente dispensado em uma urna própria para a coleta dos formulários (Fig.1).

A pesquisa ainda estabelece um canal direto de comunicação com os usuários, onde são coletadas as informações importantes para que a instituição possa promover adaptações no gerenciamento de pessoas, bem como, fornecer informações importantes quanto ao sistema logístico de atendimento.

#### **5.1.8.1 Critérios de Aplicação E Avaliação Da Satisfação De Usuário**

##### **Período de realização da pesquisa**

A pesquisa possui caráter contínuo, devendo ser mensalmente aplicada a análise dos resultados.

##### **Metodologia**

Fornecimento de formulário padrão contendo cinco afirmações de múltipla escolha e uma pergunta com campo dissertativo para coleta de dúvidas e sugestões (Fig.2).

Níveis oferecidos aos usuários para fornecimento de sua opinião;

- "Muito Satisfeito",
- "Satisfeito",
- "Insatisfeito".

O Formulário ainda conta com um campo de coleta de dados pessoais para facilitar a realização de futuros contatos.

Os Formulários são coletados semanalmente e encaminhados à Unidade SEDE da instituição aos cuidados do Departamento de Planejamento, para que os dados sejam devidamente compilados e inseridos em um sistema de análise de resultados.

##### **Definições**

- Atendimentos dos setores:
- Recepção/ Enfermagem/ Corpo Clínico/ Assistente Social.
- Avaliar o nível de satisfação quanto aos padrões pré-estabelecidos de tempo exigido no atendimento, cordialidade e ética.
- Higienização da Unidade.
- Avaliar qualidade e quantidade da dispensação de materiais de higiene como cestos,



papeis e toalhas higiênicas, roupas de cama, materiais diversos.

- Avaliar qualidade de zelo e higienização de ambientes internos e externos como pisos, paredes, cadeiras, longarinas, balcões, jardins, halls de acesso, etc.

#### Auditamento da pesquisa

- Todos os formulários possuem um campo de reconhecimento dos usuários, onde são inseridos o nome, telefone e e-mail de contato.
- O Departamento de Planejamento, promove por amostragem contatos com usuários através dos meios de comunicação fornecidos por eles.
- A iniciativa da realização do contato é a de validar o processo, aferindo a veracidade das informações coletadas, bem como, oferecer aos usuários, um espaço complementar da pesquisa de sua satisfação.
- Todos os dados obtidos são imputados em uma planilha de gerenciamento que fornecerá a instituição informações quantitativas e qualitativas do processo de atendimento.

#### 5.1.8.2 Critérios de Acessibilidade

Será disponibilizado na unidade uma urna, com os respectivos formulários para que o usuário possa preencher a pesquisa e depositar na urna, conforme demonstrado no modelo da figura abaixo:

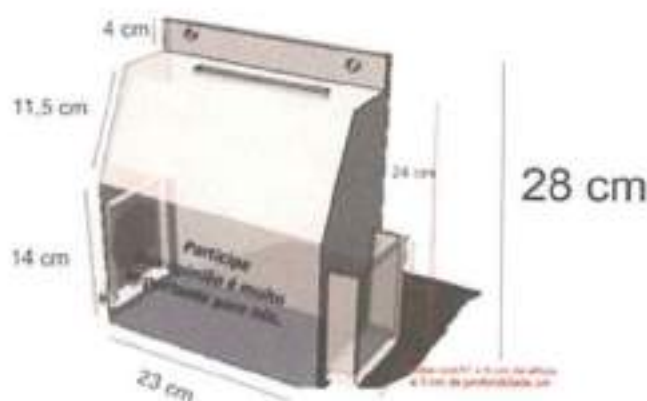


Figura SEQ Figura \\* ARABIC 1 - Urna.

Colabore para a melhoria do SEU atendimento. Favor preencher o questionário e depositar na urna de sugestões.

**Agradecemos sua colaboração!**

**Atendimento da Recepção**

Muito Satisfeito   
  Satisfeito   
  Insatisfeito

**Atendimento da equipe de Enfermagem**

Muito Satisfeito   
  Satisfeito   
  Insatisfeito

**Atendimento Médico**

Muito Satisfeito   
  Satisfeito   
  Insatisfeito

**Atendimento da Assistência Social**

Muito Satisfeito   
  Satisfeito   
  Insatisfeito

**Higienização da Unidade**

Muito Satisfeito   
  Satisfeito   
  Insatisfeito

Você indicaria esta Unidade para familiares ou amigos?

SIM   
  NÃO

Sugestões:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Figura SEQ Figura \\* ARABIC 2 – Formulário

### 5.1.9 Apresentação Dos Instrumentos De Pesquisa De Satisfação Do Trabalhador

A Pesquisa de Ambiente Organizacional, tem como objetivo, reconhecer a satisfação dos colaboradores, quanto às condições de trabalho, expectativas profissionais, satisfação de benefícios, adequação das atividades, versos descrição de cargos e análise de lideranças.

A Pesquisa ainda auxilia na busca de melhorias de infraestrutura de trabalho.

Ambiente organizacional - É o apoio que os funcionários sentem que recebem da organização. A estrutura da organização influencia fortemente o clima organizacional. O clima organizacional é um reflexo do grau de motivação dos colaboradores. Tem efeitos positivos e negativos sobre o comportamento das pessoas no local de trabalho.

#### 5.1.9.1 Critérios De Aplicação e Avaliação Da Satisfação Do Trabalhador

##### a. Pesquisa de ambiente organizacional

Através da pesquisa identificamos o grau de satisfação e motivação dos colaboradores, e o resultado da pesquisa permite a realização de ações que contribuam para o crescimento e desenvolvimento das pessoas e principalmente para a máxima produtividade e qualidade da instituição.



b. Importância da Gestão de Clima Organizacional na unidade de saúde

Identificar o grau de satisfação e a motivação das pessoas no ambiente de trabalho é o foco da Gestão de Clima Organizacional. É a visão que os colaboradores (funcionários) têm da empresa, através de práticas, políticas, estrutura, processos e sistemas.

c. Incentivar a participação

Para que a pesquisa dê resultados, é importante incentivar a participação dos funcionários e engajá-los no processo da pesquisa. Ao enviar um e-mail com o link da pesquisa, explique quais são os seus objetivos com aquelas perguntas e como a participação de todos é importante.

d. Garantir a confidencialidade

Algumas perguntas podem ser consideradas muito delicadas para os colaboradores e eles podem se sentir desconfortáveis ao respondê-las. Por isso, deixe claro que as respostas serão avaliadas de forma coletiva e que nenhuma participação será avaliada individualmente. Certifique-se de que você está usando uma ferramenta que de fato não permita a visualização individual de cada resposta e garanta a confidencialidade dos seus colaboradores.

e. Não obrigar a participação

As respostas devem ser sinceras e espontâneas, por isso, as pessoas precisam se sentir à vontade para respondê-las. Deixe claro que a participação na pesquisa é voluntária e que não haverá nenhum tipo de penalização para quem não responder.

f. Divulgar os resultados

Todos os colaboradores gostam de se sentir inseridos nos processos. Por isso, divulgar os resultados para toda a empresa faz muita diferença.

g. Planejar ações

Com os resultados da pesquisa em mãos, é importante planejar ações, propor mudanças e melhorias e estabelecer metas. Os funcionários precisam perceber que as opiniões dele foram levadas em consideração e que as sugestões foram ouvidas.

h. Refazer a pesquisa periodicamente

É importante que as pesquisas de clima sejam feitas periodicamente, para que os resultados das ações possam ser medidos e avaliados. Com pesquisas periódicas, fica fácil identificar quando alguma mudança não é bem aceita pelos colaboradores e tomar ações antes de ter uma equipe desmotivada ou, o que é pior, ter perdas na equipe.

i. Modelo de Questionário

Clima organizacional - Modelo de Questionário

1- Há quanto tempo você trabalha nessa empresa?\*

Há menos de 1 ano

Entre 1 e 2 anos

Entre 2 e 3 anos

Entre 3 a 5 anos

Há mais de 5 anos

---

2- Pensando em uma escala de 1 a 5, onde 1 é não gosto nada e 5 é gosto muito, o quanto você gosta de trabalhar aqui?\*

1   2   3   4   5

Não gosto nada                  Gosto muito

### Proposição de Projetos Assistenciais e Sociais

#### Prevenção de acidentes na criança através de campanha educativa

O trauma infantil é um problema de saúde pública em todo mundo. Responde pelas maiores taxas de mortalidade e hospitalizações da idade pediátrica e a uma expressiva quantidade de sequelas, muitas vezes debilitantes, que essas crianças deverão conviver pelo resto de suas vidas.

A estatística demonstra que 90% dessas lesões não intencionais poderiam ter sido evitadas, foi o que inspirou e estimulou a criação desse projeto que visa reduzir tais índices por meio de campanhas educativas.

O projeto será estruturado, abordando as cinco principais causas de acidentes na infância: acidentes de trânsito e atropelamentos,

- afogamentos,
- quedas,
- queimaduras,
- choques elétricos e
- envenenamento.

Como estratégia de abordagem, o projeto será dividido em três frentes distintas, pais e/ou responsáveis, professores e crianças, a fim de adequar a linguagem e conteúdo a cada público alvo. O melhor tratamento para o trauma infantil é a prevenção através da conscientização e da educação.



Apesar dos avanços em várias áreas da saúde da criança, o trauma pediátrico persiste como um grave problema para o sistema de saúde em todo o mundo.

Lesões não-intencionais são as maiores causas de morbidade e mortalidade na infância, correspondendo a 25% das causas de mortes entre crianças de 5 a 9 anos.

Os acidentes de trânsito e os afogamentos são as principais causas, seguidos das queimaduras, quedas e envenenamento. No Brasil, dados do Ministério da Saúde revelam que, por ano, 4,7 mil crianças morrem e 125 mil são hospitalizadas vítimas de acidentes, evidenciando que este é realmente de um problema de saúde pública.

Estudos demonstram que reduções nos índices de acidentes têm ocorrido através da implantação de estratégias educacionais, legislativas e ambientais de prevenção.

Atualmente a prevenção ao trauma não é encarada como uma prioridade nas políticas de saúde. Desta forma, existe a necessidade de intervenções mais ativas com o objetivo de prevenir os acidentes na população pediátrica, o que representa, sem dúvida, um terreno fértil para atividades de extensão universitária.

#### **a. Objetivos**

Divulgar e ensinar crianças, seus pais e educadores sobre como é possível prevenir acidentes comuns no dia-a-dia. Além disso, o projeto objetiva avaliar o resultado desta ação de prevenção, quantificando o conhecimento adquirido pelos participantes.

#### **b. Materiais e Métodos**

O projeto será estruturado em conjunto com a secretaria de saúde, serão realizadas reuniões semanais com a participação de um profissional da UPA e alunos da universidade local que se interessar ou da universidade que a INGDS já tem convenio acadêmico firmado.

Os alunos, realizarão o levantamento bibliográfico, discussão e elaboração de material didático para apresentação nas atividades educativas em escolas ou outros setores que a equipe da SMS considerar pertinente. A faixa etária escolhida como alvo será de 10 aos 13 anos, que corresponde à faixa etária com maiores índices de acidentes na infância.

Considerando as cinco causas mais frequentes de acidentes: acidentes de trânsito, afogamentos, quedas, queimaduras e envenenamento, as pesquisas e estudos seguintes serão voltados para a construção de um projeto que englobe situações rotineiras na vida da comunidade e formas acessíveis de prevenção, visando um impacto amplo construído com ações simples e eficazes.

As atividades educativas podem ser planejadas para atingir três públicos diferentes: alunos do 6º ano do Ensino Fundamental, com faixa etária entre 10 e 13 anos, seus pais ou responsáveis e seus educadores (professores e monitores).

Essa escolha pode ser justificada porque a maior parte dos acidentes com crianças acontece nos lares, e daí a importância da prevenção envolver os pais e cuidadores, ou nas escolas, já que, cada vez mais, os programas educacionais vêm sendo dirigidos para que as crianças passem a maior parte do dia nas escolas, e daí a importância de se envolver também professores e monitores.



A elaboração de material didático envolverá o desenvolvimento de uma cartilha para ser distribuída para os pais e professores e um livreto com atividades interativas para ser distribuído para as crianças.

As apresentações serão diferentes, com linguagem e conteúdos adaptados especificamente para cada um dos públicos-alvo. As apresentações consistirão de vídeos, diapositivos e sessão interativa prática, e serão realizadas pelos alunos de graduação em medicina, (ou outra disciplina na área da saúde).

As apresentações destinadas aos pais e/ou responsáveis deverá ser focada especialmente para as principais causas de acidentes domésticos, situações problemas cotidianas vividas tanto em casa, como nos momentos em família. As palestras incluirão vídeos que irão demonstrar eventos cotidianos e seus potenciais riscos, abrindo a discussão para formas simples de prevenção que, se adotadas no dia a dia, podem tornar o ambiente mais seguro e reduzir o número de acidentes na infância.

As apresentações para serão realizadas nos dias das reuniões bimestrais escolares e os pais e/ou responsáveis serão informados da finalidade do projeto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) referente à sua participação e outro referente à participação de seu filho (a).

As atividades direcionadas para os professores e monitores, abordarão os temas cotidianos da vida doméstica, e cuidados de primeiros socorros, relacionados com eventuais acidentes e situações que possam ocorrer no ambiente escolar.

Os palestrantes utilizarão vídeos para demonstrar as situações de risco e as respectivas medidas de prevenção e algumas manobras de primeiros socorros, que também serão explicadas durante a apresentação. Poderão ser ensinadas manobras básicas de ressuscitação cardiopulmonar, cuidados com ferimentos e sangramentos e imobilização de fraturas. Estas atividades poderão ser realizadas durante o horário das reuniões de professores, em horários e datas a combinar.

As atividades direcionadas às crianças, serão apresentados os riscos aos quais elas estão sujeitas durante brincadeiras e situações do dia a dia, com o propósito de demonstrar jeitos mais seguros de brincar. O objetivo será realizar uma apresentação mais dinâmica para garantir a atenção das crianças e interação de perguntas e respostas. As crianças podem ser divididas em grupos e, após a apresentação dos vídeos, responderão a perguntas sobre os riscos e formas de prevenção para aquelas situações. As atividades podem ser realizadas no período letivo, nos horários de aula.

## **5.2 Monitoramento de Indicadores de Desempenho**

Os indicadores são ferramentas básicas para o gerenciamento do sistema organizacional, ou seja, são medidas usadas para ajudar a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, fazer comparações, verificar mudanças ou tendências e avaliar a execução das ações planejadas durante um período, em termos de qualidade e quantidade das ações de saúde executadas.



A Qualidade de Gestão segue uma lógica que propõe avaliar a qualidade do cuidado assistencial segundo estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos recursos utilizados (físicos, humanos, materiais, instrumental-normativo e administrativo e fontes de financiamento). O processo às atividades relativas à organização da assistência, à produtividade, à produção e utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos. O resultado à efetividade do cuidado, entendida como o grau com que a assistência atinge o objetivo de promover a saúde dos indivíduos.

Melhorar a qualidade e a produtividade é um processo que exige atenção, ações e investimentos. Potencializar os esforços de todas as categorias profissionais da instituição hospitalar na busca da qualidade e da produtividade exige tempo e muita atenção em nível gerencial no que concerne ao planejamento, à organização, à motivação e ao controle.

No aspecto conceitual, os indicadores de qualidade e produtividade podem ser tratados separadamente, mas, na prática, há uma interface entre eles e ambos proporcionam uma visão geral do desempenho da instituição. Tomar decisões acertadas significa, em tese, conhecer com precisão os fatores que envolvem a questão, dominar dados e fatos. Para isso, a Unidade de Saúde deve dispor de um rotineiro sistema de acompanhamento dos fatos e medição dos resultados que mais interessam a economicidade do Município. São esses, em sua maior parte, indicadores de qualidade e produtividade

Para a sua avaliação, vale salientar que, em qualquer processo, é fundamental contemplar os seguintes três pontos chave:

- a) A eficiência: indica como o processo utiliza ou converte seus recursos (ou entradas) para a obtenção das saídas;
- b) A eficácia: indica como o processo atinge os seus objetivos ou sua missão, que é a razão de sua existência;
- c) Os resultados: indicam como o processo atende aos seus clientes, ou seja, as etapas posteriores ou outros processos.

#### **a. Indicadores de Qualidade;**

Indicadores como os de qualidade hospitalar têm sua importância tanto na perspectiva dos negócios internos como na perspectiva do cliente, governo e comunidade, já que os resultados obtidos com indicadores têm utilização interna para avaliação da qualidade resultante dos processos, como também influencia na escolha do usuário por determinada Unidade de Saúde ou na liberação de recursos por parte dos Municípios.

#### **b. Indicadores de Produtividade**

Partindo-se da produção, podemos agregar uma série de indicadores de produtividade, que também se fazem imprescindíveis na perspectiva dos negócios internos e nos vários tipos de interações com Órgãos de Controle.

Isso quer dizer que indicadores de produtividade se relacionam com o uso dos recursos da

instituição com relação à eficiência do serviço prestado, seja pelo colaborador ou pelas ferramentas que a instituição adota.

### 5.3 Atendimento e Produção Assistencial

A INGDS, através de suas equipes irá garantir minimamente as médias apresentadas no quadro de indicadores de atendimento e com a procura espontânea procurar constantemente atingir níveis superiores ao apresentado de forma qualificada e resolutiva e ainda propiciar a ampliação da oferta dos serviços voltados aos usuários.

Toda a produção será registrada em caráter obrigatório junto aos programas Ministeriais, tais como: SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais, SISAIH – Sistema de Informações Hospitalares, BPA – Boletim de Produção Ambulatorial e quaisquer outros sistemas de equivalência, cujos arquivos deverão ser enviados à Unidade Gestora Municipal de Saúde, ao departamento UAC – Unidade de Avaliação e Controle, por mídia digital e/ou outros meios, afim de exportar tais dados ao órgão competente, nesse caso, o DATASUS/MS.

Será apresentado através de prestação de contas assistenciais, conforme for preconizado com a comissão os devidos indicadores assistenciais.

CRITÉRIOS DE ACESSIBILIDADE		
CRITÉRIOS	QUANDO	META
Tempo máximo de espera para consulta de pacientes com a classificação <b>Vermelho</b>	Contínuo	Prioridade absoluta urgência crítica, atendimento imediato
Tempo máximo de espera para consulta de pacientes com classificação <b>Amarelo</b>	Contínuo	Prioridade 1 – urgência moderada, atendimento em até 15 minutos
Tempo máximo de espera para consulta de pacientes com classificação <b>Verde</b>	Contínuo	Prioridade 2 – Pacientes em condições agudas de baixa gravidade e aqueles habitualmente priorizados por convenções gerais; Atendimento c espera média de até 60 minutos.





Tempo máximo de espera para consulta de pacientes com classificação <b>Azul</b>	Contínuo	Prioridade 3 – urgência de prioridade mínima ou nula, consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada e espera média de até 120 minutos
Pacientes com a classificação <b>laranja</b>	Contínuo	Atendimento por Enfermeiro e encaminhamento referenciado
Tempo médio de espera para atendimento de inalação/medicação e coleta de exames	Contínuo	15 minutos
Tempo médio de espera para atendimento de serviço de radiologia (raio-x) e demais exames de imagem	Contínuo	15 minutos
<b>CRITÉRIOS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE</b>		
<b>OCORRÊNCIA</b>	<b>QUANDO</b>	<b>META</b>
Pesquisa passiva de satisfação do cliente, grau de aprovação	Contínua	80%
Pesquisa ativa de satisfação do cliente, grau de aprovação	Bimestral	80%
Tempo médio de demora para responder uma reclamação do cliente (documentada)	Contínua	15 Dias
Tempo médio para atender a reclamação verbal do cliente	Contínuo	Imediato

<b>CRITÉRIOS DE SATISFAÇÃO DO TRABALHADOR</b>		
<b>OCORRÊNCIA</b>	<b>QUANDO</b>	<b>META</b>
Pesquisa de Satisfação Individual	Bimestral	70% (Bom)
Avaliação do desempenho individual (pela equipe)	Bimestral	70% (Bom)
Avaliação de desempenho da equipe (pelo indivíduo)	Bimestral	70% (Bom)
Avaliação do Gerente	Bimestral	70% (Bom)
Avaliação da Chefia Imediata	Bimestral	70% (Bom)
Avaliação da Coordenação Médica	Bimestral	70% (Bom)

#### **5.4 Manutenção do Programa de Acolhimento e Classificação de Risco**

Os protocolos de classificação são instrumentos que sistematizam a avaliação. Não se trata de fazer diagnóstico prévio nem de excluir pessoas sem que tenham sido atendidas pelo médico, mas a classificação de risco é realizada pelo enfermeiro, baseado em consensos estabelecidos conjuntamente com a equipe médica para avaliar a gravidade ou o potencial de agravamento do caso, assim como o grau de sofrimento do paciente.

Portanto, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, em acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

A implantação sistemática do ACCR possibilita a abertura de processos de ponderação e aprendizado institucional de modo a ressignificar as metodologias de fazer e construir novos modelos e valores, avançando em ações humanizadas e compartilhadas, aumentando a resolutividade ao acrescentar critérios de avaliação de risco que avaliam a complexidade do processo de saúde/doença, o grau de sofrimento dos usuários e família, a priorização da atenção em tempo aceitável diminuindo o número de mortes evitáveis, sequelas e internações.

A implantação e manutenção do protocolo visa orientar os profissionais de saúde no planejamento e execução das atividades de acolhimento nos serviços de urgência/emergência, para orientar a tomada de decisão como parte integrante e importante da prática clínica.

A classificação de risco requer tanto raciocínio como intuição, e ambos devem se basear em conhecimentos e aptidões profissionais. Deste modo, como parte de sua aptidão profissional é preciso que se aprenda a avaliar, discriminar e interpretar.

O protocolo é uma ferramenta de apoio a tomada de decisão clínica e uma forma de padronização da linguagem para as urgências clínicas, traumáticas e obstétricas, e tem por finalidade a pronta identificação dos usuários mais graves, permitindo um atendimento rápido, seguro e cabível, de



acordo com o potencial de risco.

Equipe necessária a sistemática de trabalho, enfermeiros capacitados para esta atividade horário de funcionamento, 24 horas por dia 7 dias por semana, inclusive aos feriados.

a. Missões do Acolhimento Com Classificação de Risco

- Ser instrumento capaz de acolher o cidadão e garantir um melhor acesso aos serviços de urgência/emergência;
- Humanizar o atendimento;
- Garantir um atendimento rápido e efetivo.

b. Objetivos

- Escuta qualificada do cidadão que procura os serviços de urgência/emergência;
- Classificar, mediante protocolo, as queixas dos usuários que demandam os serviços de urgência/emergência, visando identificar os que necessitam de atendimento médico mediato ou imediato;
- Construir os fluxos de atendimento na urgência/emergência considerando todos os serviços da rede de assistência à saúde;
- Funcionar como um instrumento de ordenação e orientação da assistência, sendo um sistema de regulação da demanda dos serviços de urgência/emergência.

c. Equipe

Equipe multiprofissional: enfermeiro, auxiliar de enfermagem, serviço social, equipe médica, profissionais da portaria/recepção e estagiários.

d. Processo de Classificação

É a identificação dos pacientes que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, usando um processo de escuta qualificada e tomada de decisão baseada em protocolo e aliada à capacidade de julgamento crítico e experiência do enfermeiro.

- Usuário procura o serviço de urgência.
- É acolhido pelos funcionários da portaria/recepção ou estagiários e encaminhado para confecção da ficha de atendimento.
- Logo após é encaminhado ao setor de Classificação de Risco, onde é acolhido pelo
- auxiliar de enfermagem e enfermeiro que, utilizando informações da escuta qualificada e da tomada de dados vitais, se baseia no protocolo e classifica o usuário.

e. Critérios de Classificação

- Apresentação usual da doença;
- Sinais de alerta (choque, palidez cutânea, febre alta, desmaio ou perda da consciência, desorientação, tipo de dor, etc.);
- Situação – queixa principal;
- Pontos importantes na avaliação inicial: sinais vitais – Sat. de O<sub>2</sub> – escala de dor – escala de Glasgow – doenças preexistentes – idade – dificuldade de comunicação (droga, álcool, retardo mental, etc.);
- Reavaliar constantemente poderá mudar a classificação.

f. Avaliação do paciente (Dados coletados em ficha de atendimento)

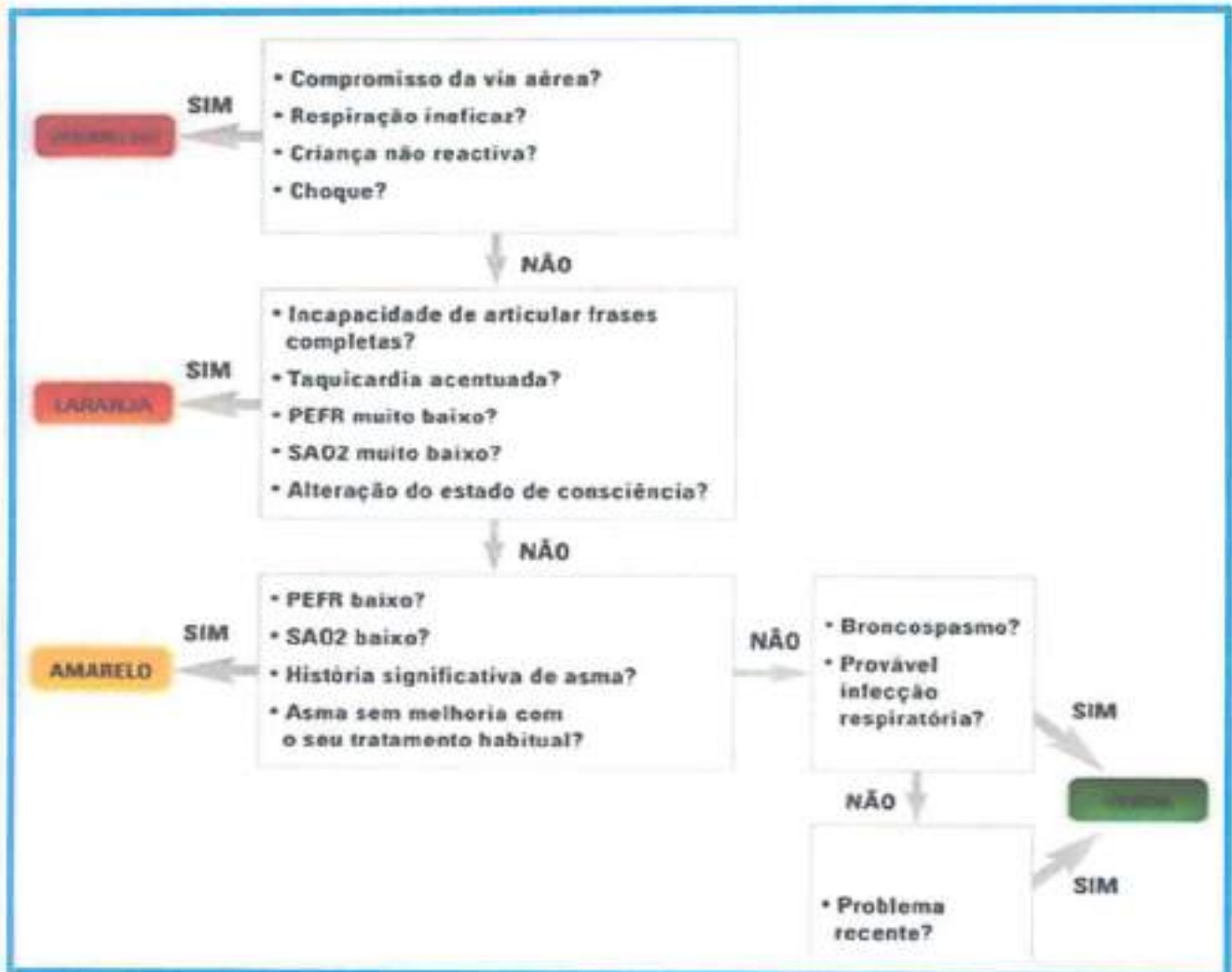
- Queixa principal
- Início – evolução – tempo de doença
- Estado físico do paciente
- Escala de dor e de Glasgow
- Classificação de gravidade
- Medicamentos em uso, doenças preexistentes, alergias e vícios
- Dados vitais: pressão arterial, temperatura, saturação de O<sub>2</sub>

### Classificação de Risco





Abaixo, um exemplo do discriminador (fluxo) para asma:



#### g. Método de triagem

Prática centrada na queixa principal.

O protocolo de Manchester estabeleceu 52 problemas pertinentes para a triagem e, dentre eles, para o paciente adulto, destacamos alguns como:

- agressão, asma, catástrofe (avaliação primária e secundária); cefaléia, comportamento estranho, convulsões, corpo estranho, diabetes, dispnéia, doença mental, DST, dor abdominal, dor cervical, dor lombar, dor torácica, embriaguez aparente, estado de inconsciência, exposição a produtos químicos, feridas, grande traumatismo, gravidez, hemorragia gastrointestinal (GI), hemorragia vaginal, indisposição no adulto, infecções locais e abscessos, lesão toraco-abdominal, mordeduras e picadas, problemas estomatológicos, nasais, nos membros, oftalmológicos, ouvidos, urinários; quedas; queimaduras profundas e superficiais; superdosagem ou envenenamento; TCE e vômitos.

Na coleta e análise das informações o destaque é para os discriminadores são fatores que fazem a seleção dos pacientes, de modo a permitir a sua inclusão em uma das cinco prioridades clínicas.

Estes Discriminadores podem ser gerais ou específicos.

Os discriminadores gerais se aplicam a todos os pacientes, independentemente da condição que apresentam e surgem repetidamente ao longo dos fluxogramas.

Os discriminadores específicos nos remetem aos casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a se relacionar com características chave de condições particulares. Ex: Dor aguda é um discriminador geral, dor pré-cordial e dor pleurítica são discriminadores específicos.

Discriminadores gerais são: risco de morte; dor; hemorragia; nível de consciência; temperatura e agravamento.

Os discriminadores gerais são uma característica recorrente dos fluxogramas e, por essa razão, precisamos entender cada um deles detalhadamente a fim de termos uma boa compreensão do método de triagem.

### Discriminadores gerais

#### **Risco de Morte**

Este discriminador reconhece que qualquer perda ou ameaça das funções vitais (vias aéreas, respiração e circulação) coloca o paciente no primeiro grupo de prioridades. Detalhado no fluxograma apresentado na sequência desta seção.

#### **Dor**

Todas as avaliações de triagem devem incluir uma avaliação da dor. A dor severa indica uma dor intolerável, significativa e insuportável. Qualquer paciente com grau de dor inferior a esta deve, por exclusão, salvo se existirem outros discriminadores que sugiram maior gravidade, no mínimo, ser colocado na prioridade pouco urgente e não na prioridade não urgente.

Para aprofundar seus conhecimentos sobre a técnica de avaliação e os instrumentos existentes.

Escala de avaliação da dor





### Hemorragia

A hemorragia apresenta-se de várias formas, principalmente, mais não exclusivamente, na que envolve traumatismo. Os discriminadores de traumatismo são exsanguinantes, grandes hemorragias incontrolável ou pequena hemorragia incontrolável. A tentativa de controlar com sucesso a hemorragia por compressão determina a gravidade da mesma. De modo geral, uma hemorragia continua tem maior prioridade clínica. Uma hemorragia que não é controlada pela aplicação de pressão direta constante e que continua a sangrar abundantemente ou ensopa rapidamente compressas ou chumaços grandes é descrita como grande hemorragia incontrolável, enquanto que uma hemorragia que continua a sangrar ligeiramente ou intermitentemente é descrita como pequena hemorragia incontrolável. Qualquer hemorragia por menor que seja, deverá, salvo se existirem outros discriminadores que conduzam a uma maior prioridade clínica, merecer pelo menos, a prioridade urgente.

### Consciência

O nível de inconsciência é analisado separadamente para adultos e crianças. Nos adultos apenas os pacientes em estado de mal epilético são sempre colocados na categoria de intervenção emergente (vermelho). Os pacientes adultos com grau de consciência alterado (apenas respondem a voz ou a dor pela ECG, ou que não respondem) são incluídos na categoria de muitos urgentes. Todos os pacientes com história de alteração do nível de consciência devem ser colocados na categoria urgente.

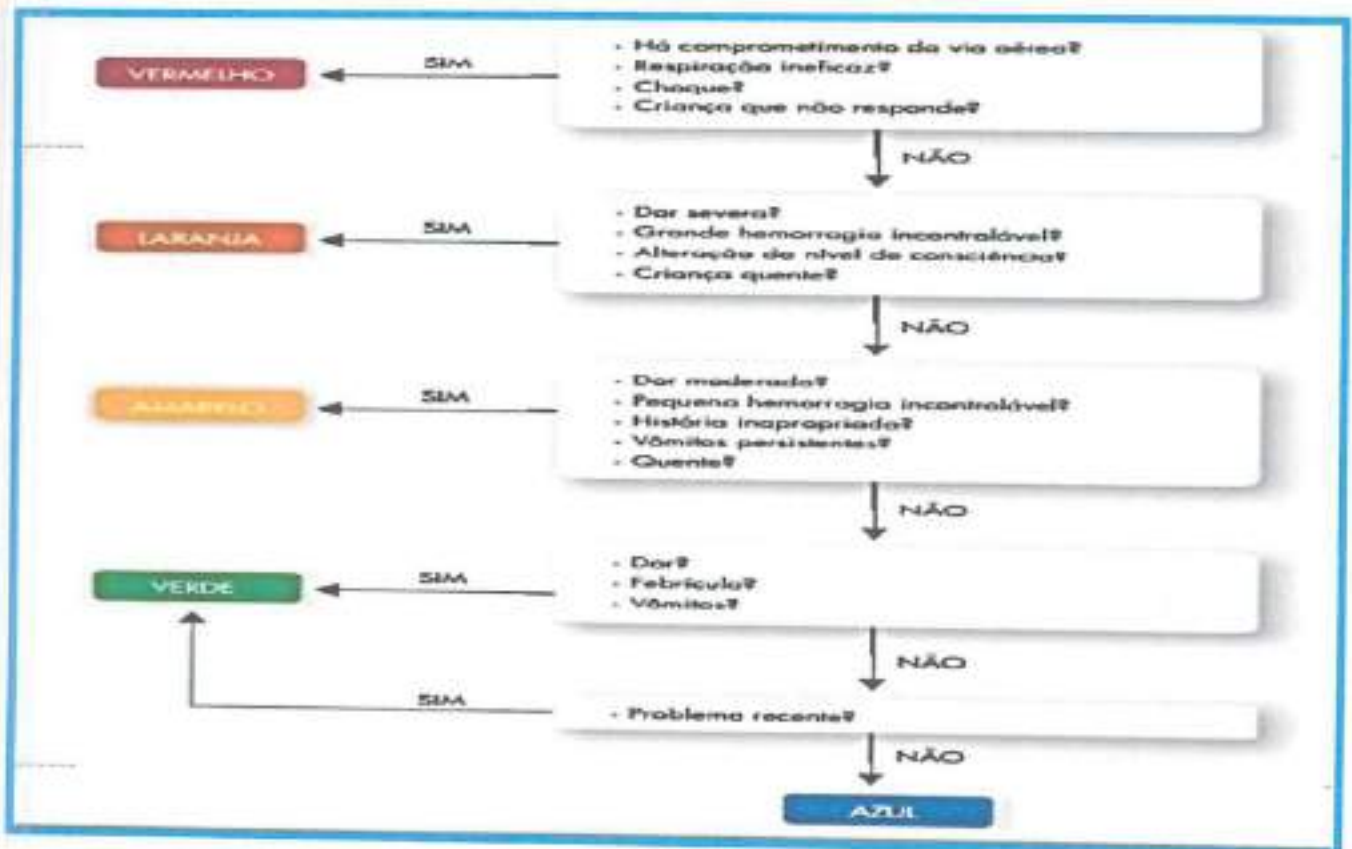
### Temperatura

Se o paciente estiver muito quente, com  $T = ou >$  de 41 graus, deve receber a categoria muito urgente (laranja), se estiver quente, com  $T =$  entre 38,5 a 40,9 graus, deve receber a categoria urgente (amarelo) e, se apresentar a temperatura em torno de 37,5 a 38,4 graus (febrícula/subfebril), deve receber a categoria pouco urgente (verde). Procure sempre verificar a temperatura timpânica por ser rápida e mais exata.

### Agravamento

Para esta avaliação é determinado o tempo de instalação de um problema como forma de enquadrar temporalmente o aparecimento da situação. Assim avalie se o problema é recente. Se é ou não uma lesão ou ferimento recente, pois um tempo relativamente longo de existência de um problema pode ser incluído na prioridade não urgente sem risco de vida.

Para podermos entender os discriminadores gerais e os específicos mais comuns, independentemente da condição apresentada, o fluxograma a seguir descreve resumidamente os discriminadores gerais, analise os detalhes:



Exemplificando:

Imagine que você está recebendo um paciente masculino, de 22 anos, vítima de acidente de carro em sua unidade.

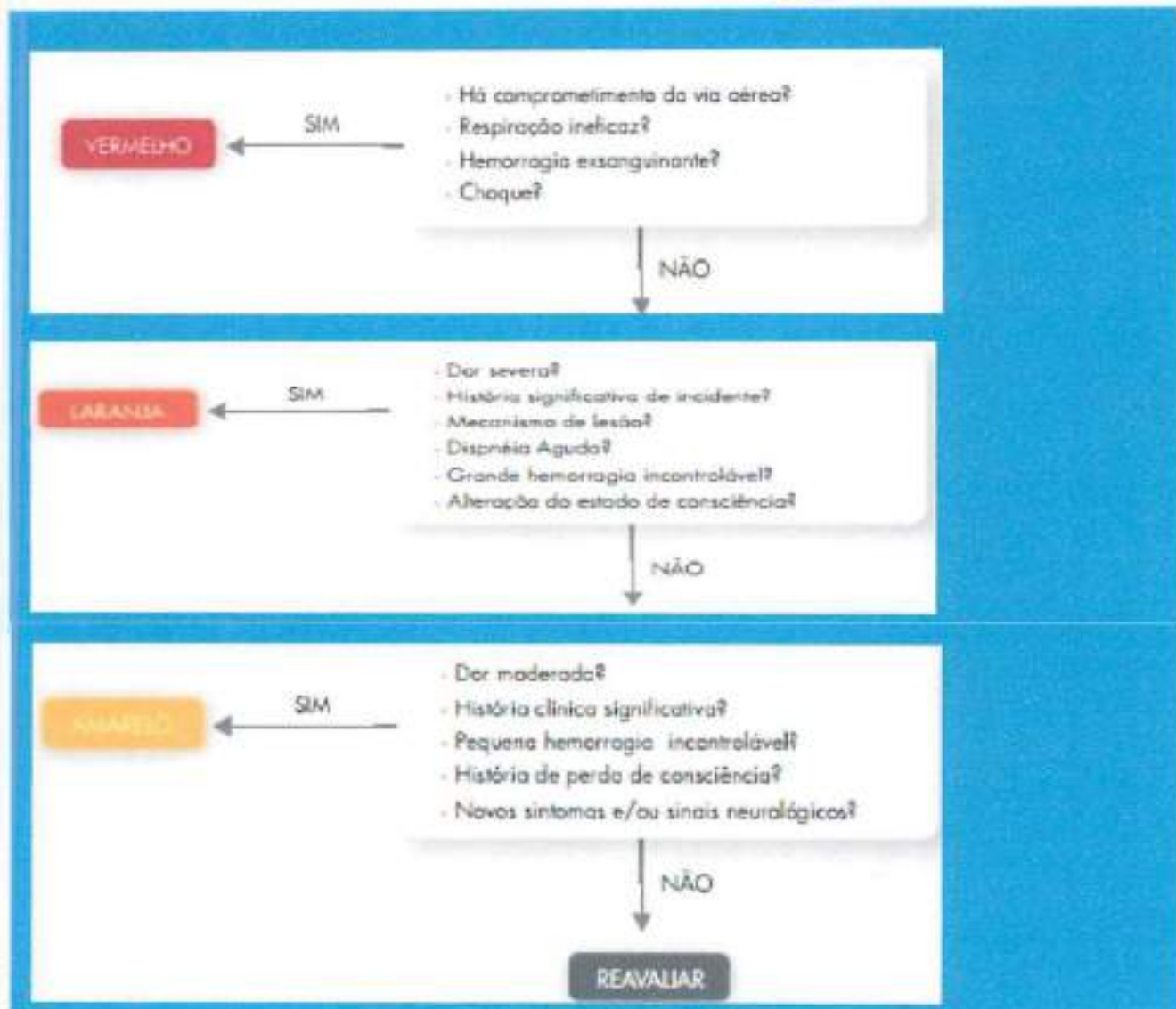
A informação que você tem é de que se trata de um caso de grande traumatismo. O paciente refere que após o acidente acordou dentro da ambulância. Apresenta queixa de dor moderada em maléolo esquerdo e um sangramento contínuo, porém de pequena intensidade.

Quais serão então os passos da avaliação deste paciente? Geralmente ansioso, ECG=15, respira espontaneamente e sem dificuldade, refere que o carro estava a 110 Km/h quando da colisão frontal.

Os sinais vitais na admissão são: Pa100/76, SatO2-97%, fc: 108 e FR: 22.

Vamos ver como isso se processa no fluxograma a seguir:





### Aplicando os discriminadores

Discriminadores específicos	Explicação
Dispneia aguda	Dificuldade respiratória que se desenvolve subitamente, ou uma repetida exacerbação de dispneia crônica
História significativa de incidente	Qualquer situação clínica preexistente que requer medicação contínua ou outros cuidados
História de perda de consciência	Pode haver uma testemunha de confiança que possa afirmar se o paciente esteve inconsciente (e por quanto tempo). Caso contrário, se o paciente não for capaz de recordar do acidente devemos assumir que ele esteve inconsciente

<b>História clínica significativa</b>	Fatores significativas incluem: quedas de alturas, ejeção de veículos, mortes de ocupantes e outras vítimas do acidente e a deformação significativa de um veículo
<b>Mecanismos de lesão</b>	Fatores significativas as lesões penetrantes (facadas ou tiros) e as lesões com elevada transferência de energia, tais como quedas de alturas e acidentes de tráfego em alta velocidade (>60Km/h)
<b>Novos sintomas/sinais neurológicos</b>	Pode incluir atenção ou perda de sensibilidade, enfraquecimento dos membros (transitória ou permanente) ou alterações no funcionamento da bexiga ou do intestino.
<b>Reavaliar</b>	Se não houver a certeza quanto à existência de grande traumatismo, é necessário reavaliar e pesquisar mais uma vez antes de reclassificar

A triagem de Manchester não é um processo difícil, pelo contrário, ela norteia a tomada de decisão para o estabelecimento de uma prioridade clínica. Assim, dentre os requisitos para executá-la adequadamente, ressaltamos: o critério clínico, a metodologia reproduzível, uma nomenclatura comum, as definições comuns, um programa permanente de formação e atualização, auditoria e acompanhamento.

## 5.5

### 5.6 Apresentação de Protocolos Clínicos de Atendimento

Os protocolos clínicos específicos para a unidade de pronto atendimento seguem nos Anexos da proposta são eles.

- Capacitação do corpo clínico,
- Enfermagem,
- Serviço Social e
- Serviços Administrativos.

#### a. Corpo clínico

Desenvolvimento, Implantação e reavaliação de protocolos médicos, através de encontros presenciais e planejamento com base em indicadores epidemiológicos.

#### b. Equipe de enfermagem

- programa de capacitação enfermagem





- Implantação dos protocolos
- Aspiração de vias aéreas superiores
- Atendimento de enfermagem na PCR neonatal/infantil
- Atualização em punção venosa periférica
- Regimento de enfermagem nos setores
- Dispositivos de segurança
- Atualização em terapia intravenosa
- Prevenção de infecção (dia mundial da lavagem das mãos)
- Cuidados de enfermagem em cateteres venoso periférico e centrais
- Tratamento de feridas Hipodermoclise
- Risco biológico - NR 32
- Treinamento motivacional
- Manuseio de equipamentos em sala de emergência
- Notificação compulsória CME - princípios básicos de esterilização
- Comissão de curativo
- Atendimento de enfermagem na PCR adulto
- Identificação correta do paciente- segurança do paciente
- Passagem de plantão e comunicação efetiva-segurança do paciente
- Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde
- Segurança na administração de medicamentos
- Reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde
- Ventilação mecânica em adultos
- Comunicação a más notícias e cuidados paliativos
- Experiências emocionais em serviços de saúde
- Coleta de exames laboratoriais (HMC-gasometria- avaliação do enfermeiro)
- Atualização de acesso venoso central
- Noções básicas de ECG

c. Serviço social

A profissional será capacitada nas seguintes atividades:

- Integração de Colaboradores

- Implantação de protocolos de atendimento
- Programa de atendimento humanizado
- Reuniões técnicas com equipe multidisciplinar
- Programas de qualidade no atendimento
- Passagem de plantão e comunicação efetiva-segurança do paciente (meta 2)
- Revisão de protocolos de atendimento

d. Serviços administrativos

Implantação dos manuais e protocolos administrativos, específicos para cada setor, através de encontros presenciais mensais, com monitoramento do aprendizado por meio dos indicadores enviados mensalmente para a equipe corporativa.

Regulamento e Manual de Normas e Rotinas.

a. Normas Administrativas

- Conferir diariamente o movimento dos pacientes;
- Conferir admissões, altas, óbitos e transferências no livro de registro;
- Entregar o censo ocupacional corrigido na Recepção, diariamente, até às 09:00 horas Ações:
- Entregar diariamente o censo ocupacional no setor de Recepção
- Comunicar altas, admissões, óbitos e transferências ao setor de Recepção;
- Conferir as admissões, altas, óbitos e transferências;
- Anotar no livro de registro as admissões, altas, óbitos e transferências;
- Confrontar total numérico do censo com o livro de registro e movimento da Unidade;
- Conferir o censo na passagem do plantão.

b. Normas de Sistematização da Assistência

- Escrever de modo claro e conciso no relatório de enfermagem (livro de ocorrência);
- Preencher de modo preciso os dados relacionados na ficha de sistematização da assistência de enfermagem (SAE);
- Obedecer às normas das anotações no prontuário.

Ações:

Fazer as anotações no livro próprio, prontuário e ficha da SAE;

Iniciar com o sumário do movimento diário;





INGDS

INSTITUTO NACIONAL  
DE GESTÃO DE SAÚDE 3998

Constar o movimento geral e as ocorrências relevantes: as admissões, altas, óbitos, transferências, gravidade do paciente, encaminhamentos, solicitações e realizações de exames, queixas, anormalidades observadas na evolução da doença, pacientes com controles e recomendações especiais;

Assinar o livro, prontuário e a ficha da SAE.

c. Normas de anotação no prontuário

- Escrever as evoluções de enfermagem com caneta azul no período da manhã, caneta preta no período da tarde e de caneta vermelha no período noturno;
- Escrever com letra legível;
- Escrever de modo claro e conciso no relatório de enfermagem (livro de ocorrência);
- Assinar todas as anotações, não usar rubrica;
- Utilizar apenas abreviaturas padronizadas
- Não rasurar.

Ações:

Não escrever com lápis grafite;

Escrever as informações de modo exato, claro, completo, conciso e legível;

Escrever as palavras por extenso;

Utilizar apenas abreviaturas padronizadas: SNG, SNE, SVD, SVA, SSVV, P, T, R, PA, MMSS, MMII, EAP, IRA, IAM, ICC, AVCI, AVCH, SaO2, FC, TC, RX, TCE, TRM, EX, LAB;

Não deixar espaço em branco entre as anotações.

Usar terminologia adequada;

Fazer evoluções de enfermagem nos horários padronizados e nas intercorrências;

Checar medicação administrada em horário padrão e justificar as não realizadas;

Registrar a realização de exames para fins diagnósticos;

Relatar as informações sobre o estado do paciente e dos cuidados a ele dispensados;

Anotar características das feridas;

Realizar balanço hídrico com precisão, anotando na folha própria;

Anotar admissão do paciente, informando: hora, procedência, hipótese diagnóstica, estado geral, meio de locomoção e médico;

Anotar no prontuário quando a prescrição for feita por ordem verbal; (por ex: ordem do Dr.);

Anotar resultado da verificação de SSVV;

Registrar queixas do paciente ou anormalidades observadas;

Anotar aceitação alimentar, e em casos de dietas especiais, anotar tipo, horário, se foi por sonda, etc.;

Anotar perdas hídricas anormais: vômitos, diarreias, sudorese excessiva, poliúria, caracterizando-as, etc.;

Anotar presença de evacuações; Anotar aceitação ou rejeição alimentar;

Registrar saída do paciente: alta, óbito e/ou transferência;

Registrar no impresso do SAE os dados completos.

d. Normas Requisição de Material e Medicamentos à Farmácia

- Solicitar à Farmácia no Impresso próprio;
- Realizada pelo técnico / auxiliar de enfermagem, observando a prescrição médica e sempre conferida e assinada pela Enfermeira da Unidade;
- Solicitar, diariamente, após a prescrição médica.

Ações:

Abrir documento individual de cada paciente, inserir pedidos e enviar cópia para Farmácia contendo a quantidade suficiente a ser utilizada durante aquele período;

Conferir os materiais e medicamentos recebidos;

Acondicioná-los em local apropriado;

Revisar materiais de reserva do armário, repondo quando necessário;

Comunicar intercorrência à Enfermeira Chefe.

e. Normas Requisição de Medicação Controlada à Farmácia

- Obedecer a exigência do serviço de fiscalização de medicina e farmácia;
- Manter sob controle o estoque de reserva de emergência;
- Providenciar receituário próprio dentro das Unidades do setor;
- Registrar toda medicação psicotrópica recebida em caderno apropriado para controle dos mesmos.

Ações:

Providenciar receituário próprio: branco ou rosa, de acordo com a prescrição médica;

Requisitar no documento de pedidos à Farmácia;

Levar à Farmácia o pedido próprio desta e a receita controlada;

Anotar no caderno de controle a quantidade de psicotrópicos recebidos;

Conferir medicação recebida e acondicioná-la no local adequado.



Fazer controle periódico do estoque reserva, providenciando complementação;  
Manter o armário de psicotrópicos sempre fechado.

f. Normas para Requisição de Material ao Almojarifado

- Requisitar em bloco de pedido ou ordem de serviço;
- Discriminar o pedido;

Os pedidos podem ser feitos todos os dias, até as 09:00 horas.

Solicitações extras deverão ser encaminhadas ao almojarifado no horário pré- estabelecido.

Ações:

Fazer solicitação de material no impresso próprio;

Discriminar o material solicitado, qualificando-o;

Datar e assinar o pedido;

Enviar o impresso com pedido ao almojarifado até às 09:00 horas;

Solicitações extras deverão ser encaminhadas ao almojarifado no horário de 10:00 às 11:00 horas;

Receber e conferir o pedido até às 10:00 horas;

g. Normas e Rotinas de Enfermagem Intubação

Procedimento empregado em emergências ou eletiva, através da introdução de um tubo naso ou traqueal para proporcionar uma via aérea artificial.

Tem a finalidade de manter as vias aéreas permeáveis, facilitar aspirações de secreções e facilitar ventilação mecânica.

Materiais necessários:

- Tubo endotraqueal
- Luva de procedimento ou estéril
- Guia
- Laringoscópio com lâminas
- Seringa de 10 ou 20 ml
- Anestésico spray
- Cadarço
- Gaze
- Ambu
- Máscara



- Material de aspiração
- Respirador mecânico com circuito se necessário **Ações:**
- Lavar as mãos;
- Separar o material necessário e encaminhar a unidade do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocá-lo na posição supina, com a cabeça hiperestendida com o uso de coxim sob a cintura;
- Certificar-se do funcionamento do laringoscópio;
- Testar o cuff do tubo endotraqueal;
- Retirar prótese dentária;
- Auxiliar o médico no procedimento;
- Inflar o cuff, até que cessem ruídos de escape de ar;
- Aspirar vias aéreas superiores, se necessário;
- Fixar o tubo com cadarço;
- Instalar oxigenoterapia, se prescrito, através do ventilador contínuo macronebulizador ou cateter com oxigênio complementar;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Encaminhar material ao expurgo;
- Lavar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário.

#### h. Normas do Setor de Nutrição

- Anotar no impresso próprio o tipo e horário das dietas;
- Comunicar à Nutricionista as dietas especiais;
- Proibir entrada de alimentos extra-hospitalar para os pacientes;

#### Ações:

Seguir horário de dieta prescrita;

Alimentar o paciente de acordo com a dieta estabelecida;

Registrar aceitação ou rejeição da dieta;

#### i. Normas e Rotinas para o Serviço de Lavanderia

- Sempre conferir a roupa que irá para a lavanderia;





INGDS

INSTITUTO NACIONAL  
DE GESTÃO DE SAÚDE 2008

- Separar roupas sujas das contaminadas;
- Acondicionar a roupa contaminada em sacos plásticos identificados;
- Recolher e circular com a roupa suja em hamper;
- Enviar a roupa suja através do expurgo para a Lavanderia;
- Conferir as roupas vindas do setor de Lavanderia;
- Não emprestar roupas deste setor para outras Unidades;
- Manter o armário de roupas em ordem;
- Não usar lençóis novos com travessas ou pano higiênico;

Ações:

Separar roupas sujas de excretas e acondicioná-las em sacos plásticos, identificando-as;

Manusear roupa suja com cautela e devidamente paramentado;

Recolher a roupa suja em hamper;

Realizar contagem de roupa por ocasião de higienização do paciente e registrar;

Manter a roupa limpa, acondicionando-a no local apropriado de forma organizada;

Conferir e anotar diariamente a roupa enviada e recebida do setor de Lavanderia;

Entregar relatório de contagem de roupas ao setor competente, semanalmente.

j. Normas para Entrega de Plantão

- Seguir sempre horário padronizado: 06:00, 12:00 e 18:00 horas;
- Entregar por escrito e oralmente;
- Visitar os pacientes leito a leito;
- Conferir todo o material do setor.

Ações:

Fazer leitura da ocorrência de enfermagem;

Evitar conversas paralelas durante a passagem de plantão;

Enfatizar "intercorrências" relevantes à assistências de enfermagem;

Conferir material permanente e se tudo está em ordem no setor;

Comunicar danos e perdas de material ao Enfermeiro;

Comunicar empréstimos de material, protocolando-os;

Conferir censo diário.

Outras iniciativas e programas de Qualidade

### Política de Atendimento a Portadores de Necessidades Especiais

O último censo do IBGE apresentou como resultado que 14,5% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, totalizando aproximadamente 24,6 milhões de pessoas, e 8,5% de idosos.

Portanto é necessário verificar a arquitetura que deve zelar pelos fluxos de trabalho e pela beleza, mas, sobretudo deve promover o conforto ambiental e a humanização dos espaços, cuidando para que o princípio da universalidade seja atendido dentro dos ambientes projetados.

O primeiro passo para garantir um bom atendimento hospitalar é o treinamento da equipe, desde os profissionais que estão na sala de recepção, os médicos, enfermeiros e até o pessoal da limpeza.

Sendo assim, é necessário capacitar os profissionais de para cada área e incentivar a comunicação dentro do ambiente da unidade. Quando os colaboradores conseguem se entender, trocar ideias e informações com facilidade, o resultado também é visto na recepção da unidade.

### Protocolo de Atendimento a Pessoas com Necessidades Especiais

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde, destacam-se o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade. Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado por leis, decretos e normas, que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano”.

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

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

Na unidade horas será implantado todo o protocolo de atendimento as pessoas com necessidades especiais baseado nas normas técnicas vigentes, as equipes de profissionais serão treinadas para esta ação inclusive os profissionais médicos e dentistas.

Metodologia de Atendimento implantada para pessoas com necessidades especiais:

Atender prioritariamente - Não é só porque existe uma lei determinando isso. É uma questão de respeito e educação. O alcance visual de uma pessoa em cadeira de rodas é diferente daquele das



pessoas que estão em pé na fila. Para pessoas que utilizam muletas, bengalas ou andadores, pessoas idosas (com idade igual ou superior a 60 anos), gestantes, ou pessoas com criança de colo, ficar muito tempo em pé representa um grande esforço. Por isso, elas devem ser atendidas o mais rapidamente possível;

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

#### Treinamento e Orientação da equipe:

- Conscientizando cada profissional da equipe para que este possa se tornar um promotor de acessibilidade, verificando se a equipe e a unidade podem otimizar a prestação de serviços. Lembrando que não existe um perfil que defina todas as "pessoas com necessidades especiais", pois, entre elas, encontramos toda a diversidade humana;
- Evitar perguntas indiscretas e constrangedoras, como: "O que aconteceu para você ficar assim?" Ou comentários do tipo "Deve ser difícil não poder andar!";
- Oferecer liberdade de escolha – Pergunte gentilmente o que querem e como desejam fazê-lo. Respeite a liberdade de escolha;
- Quando quiser alguma informação de uma pessoa com necessidade especial, dirija-se diretamente a ela, e não ao acompanhante, se houver algum;
- Ajudar só quando for necessário - Quando quiser ajudar, se ofereça. Mas espere sua oferta ser aceita. Se a pessoa aceitar, procure perguntar qual a forma mais adequada para auxiliá-la.

#### Atendimento a Pessoas Cegas ou com Deficiência Visual:

- Sorria através de gestos - Não deixe de apertar a mão de uma pessoa com deficiência visual ao encontrá-la ou ao despedir-se. O aperto de mão vai substituir o seu sorriso;
- Devemos deixá-la segurar no nosso braço, de preferência no cotovelo ou no ombro, para que ela sinta nossos movimentos e possa nos acompanhar. Evite pegá-la pelo braço, sem permissão, e principalmente puxá-la com você, pois, além de ser perigoso, isso pode assustá-la. Procure descrever todo o percurso, para situar melhor quem está sendo guiado;
- Leia tudo em voz alta - Para facilitar a vida do cliente com deficiência visual, é importante ler em voz alta todos os documentos envolvidos no atendimento e orientações quanto aos procedimentos que serão realizados;
- Não tocar no cão guia - lembre-se de que esses cães têm a responsabilidade de guiar um dono que não enxerga. O cão não pode ser desviado do seu dever de guia.

#### Atendimento a Pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida:

- Ajude, mas não se apoie - A cadeira de rodas representa uma extensão do corpo da pessoa que a usa. Evitar apoiar-se em pessoas que utilizam muletas, bengalas ou andadores;
- Respeite o ritmo de cada um – ao acompanhar uma pessoa com necessidades especiais que ande devagar, com o auxílio ou não de muletas, andadores ou bengalas, procure acompanhar o passo dela.
- Olhar nos olhos - ao conversar por mais do que alguns minutos com uma pessoa que usa cadeira de rodas, procure sentar-se também, para que você e ela fiquem com os olhos no mesmo nível.

#### Atendimento a Pessoas com surdez ou com deficiência auditiva:

- Procure despertar a atenção - Para se comunicar com uma pessoa com surdez, posicione-se à frente dela e chame a sua atenção, seja sinalizando com a mão ou tocando seu braço;
- Facilitar a leitura labial - Falar em tom normal de voz, de forma bem articulada, distinguindo palavra por palavra, mas não exagere. Falar alto não vai adiantar;
- Evitar ficar contra a luz – Ao conversar com uma pessoa surda, tente ficar num local iluminado. Evite ficar contra a luz (de uma janela, por exemplo), pois isso dificulta a visualização do seu rosto;
- Ser expressivo ao falar - As expressões faciais, os gestos e o movimento do seu corpo, indicando sentimentos de alegria, tristeza, surpresa ou sinceridade, substituem plenamente as mudanças sutis de tom de voz, que não são percebidas pelas pessoas com surdez.
- Falar sempre diretamente para a pessoa com surdez, mesmo que ela esteja acompanhada de alguém que faça uso da linguagem dos sinais;
- Comunicar-se sempre - Normalmente, a voz de uma pessoa com surdez é diferente, pois ela não escuta o som que está emitindo. Caso você tenha dificuldade para entender, fique à vontade e peça que ela repita. Caso você ainda não a entenda, peça que ela escreva. Lembre-se de que o importante é se comunicar;
- Evitar atrapalhar a conversa - Quando duas pessoas estão conversando em linguagem de sinais, evite andar entre elas. Você estará atrapalhando a conversa;
- Evite avançar o sinal - uma pessoa que teve derrame cerebral ou traumatismo craniano às vezes tem dificuldades para falar. Por mais que ela fale devagar, é importante manter a paciência, sem atropelá-la, sem tentar adivinhar o fim da sua frase. Espere o tempo que for necessário. O importante é deixá-la à vontade para se comunicar.



### Atendimento à Pessoas Idosas

- Não trate os idosos como se eles fossem crianças ou pessoas com problemas, trate-os com respeito e admiração.
- Nem todos os idosos precisam de ajuda, mas nunca deixe de oferecer auxílio caso sinta que a pessoa esteja passando por uma dificuldade.
- Antecipar-se - Evite deixar uma pessoa idosa esperar muito tempo para ser atendida. Encaminhe-a para o atendimento prioritário;
- Pessoas com paralisia cerebral
- Não as subestimar - Pessoas com paralisia cerebral podem ter dificuldades para andar, fazer movimentos involuntários com pernas e braços e apresentar expressões aparentemente estranhas no rosto. Lembre-se são pessoas comuns, como você, de inteligência normal, em alguns casos até acima da média;
- Ao atende-las - Converse à vontade, se a pessoa tiver dificuldade na fala e você não compreender imediatamente o que ela está dizendo, peça gentilmente que ela repita.

Cronograma de implantação – O protocolo será implantado em até 60 dias após assumir a gestão da unidade.

Orçamento previsto – Não acarretará custo adicional para esta atividade.

Capacitação – Todos os profissionais da unidade serão capacitados para atender conforme o protocolo, a capacitação será continuada.

## **5.7 Referência e Contra-Referenciados em observação com relatório de alta transferência em consonância com as Redes de Atenção do Município**

### a. Introdução

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

Os princípios organizativos das regionalização e hierarquização estabelece que 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.

Entre as linhas de cuidado, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), busca o acolhimento com classificação de risco e resolutividade. A organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna. São componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

- Promoção e prevenção.
- Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde;
- UPA e outros serviços com funcionamento 24h;
- SAU/192 192;
- Portas hospitalares de atenção às urgências – SOS Emergências;
- Enfermarias de retaguarda e unidades de cuidados intensivos;
- Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas;
- Atenção domiciliar – Melhor em Casa.

De acordo com JULIANI e CIAMPONE (1999), o funcionamento do sistema de referência e contra referência é precário e não há garantia de continuidade da assistência. A referência é feita na guia de Inter consulta e exigida das unidades básicas, mas não há contra referência de consultas e internação, apenas de exames diagnósticos. O relacionamento interpessoal e de amizade entre profissionais é determinante para o sucesso e a agilidade no encaminhamento do cliente, não obedecendo a fluxos formais e interferindo até na contra referência. As informações dependem do relato do cliente que as transmite segundo entendimento e linguagem próprios, pois retorna à unidade de origem sem os dados necessários sendo que muitas das informações são "perdidas".

O relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde salienta que o encaminhamento é um processo que deve se desenvolver em dois sentidos. A retenção do paciente numa instituição deve ser a mais breve possível e tão logo seu restabelecimento possa ser mantido por meios mais simples, o melhor é fazê-lo retornar à comunidade e fornecer informações claras sobre as constatações clínicas e o tratamento ministrado, bem como sobre a atenção adicional requerida. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

#### Organização da Referência e Contra Referência

Neste ensejo, a Diretoria Médica da INGDS juntamente com a Diretoria Técnica da unidade de saúde e a Secretaria Municipal da Saúde deverão constituir o Núcleo Interno de Regulação – NIR, com o objetivo de estruturar e otimizar os encaminhamentos de referência e contra referência, assim como possibilitar o gerenciamento dos leitos de urgência e emergência.



O Núcleo interno de Regulação - NIR é constituído de dois componentes: componente operacional e componente regulador. O componente operacional do NIR é composto por uma assistente administrativa, pela enfermeira chefe e pelo coordenador da UNIDADE. O componente regulador do NIR é composto pelo médico regulador, pelo enfermeiro do SAU/192 e pela enfermeira chefe da unidade hospitalar e pela assistente administrativa. O diagrama abaixo ilustra a constituição do NIR.

### **Diagrama 1: Componentes do Núcleo Interno de Regulação**



#### **a. Núcleo operacional do NIR**

As portas de entrada da rede de urgência e emergência, ao necessitarem de recursos "extra-muros", atenção especializada ou exames específicos, realizarão através do preenchimento do Anexo I – Solicitação de Transferência (Item IV deste manual), a ser realizado pelo médico plantonista. Se o caso clínico demandar transferência imediata ou vaga zero, o plantonista deverá, necessariamente, discutir com SAU/192 para ser descartada esta possibilidade e prosseguimento com o preenchimento do anexo citado.

A inserção de todos os casos na central de regulação fica centralizada na assistente administrativa do NIR durante o seu período de trabalho, das 8:00 as 17:00, de segunda a sexta feira. Nos demais horários, de segunda a sexta, das 17:00 as 8:00 e finais de semana, caberá ao enfermeiro chefe do plantão ou o médico plantonista da UNIDADE realizar a inserção dos dados dos pacientes na central de regulação.

O enfermeiro chefe do plantão realizará o preenchimento do Anexo II – Planilha de vagas e transferências (Item IV deste manual), gerando relatório a ser enviado para os e-mails criados especificamente para as atividades do NIR. O preenchimento deste anexo deverá ser realizado às 7:30, as 12:30 e as 16:30.

A assistente administrativa irá recepcionar os relatórios enviados e preencher o Anexo III – Planilha Geral de vagas e transferências – Rede de urgência e Emergência (Item IV deste manual).

### **Núcleo regulador do NIR**

O anexo III corresponde ao painel de vagas e solicitações de transferência, exames e atenção especializada via central de regulação, informações importantes que serão utilizadas pelo núcleo regulador para tomada de decisão.

Os médicos plantonistas deverão preencher o anexo 1 e enviar por e-mail para a assistente administrativa do NIR. Neste anexo estão informações cadastrais, dados clínicos, exames complementares, conduta e recurso a ser solicitado. Estes dados serão utilizados pela assistente administrativa do NIR, que será responsável pela inserção dos pacientes na base de dados da central de regulação.

#### **Núcleo Interno de Regulação – Urgência e Emergência**

#### **Anexo I – Solicitação de Transferência - via central de regulação**

**UPH** \_\_\_\_\_

##### **I- Informações Cadastrais**

Nome paciente:			
Data de nascim:		RAÇA	
SEXO		NACIONALIDADE	
CPE		RG	
n. CNJ			
Nome da mãe:			

##### **II- Dados Clínicos**

Sinais vitais

FC	PA	FR	Glasgow
Resumo clínico	Paciente na sala de (observação/emergência) na UPH ( _____ ), sob cuidados do Dr ( _____ ) CRM ( _____ ), telefone de contato da UPH ( _____ )		
Exame físico			
Exames complement			
Conduta tomada			
Histórico			
Hipótese diagnóstica			
Recurso solicitado	(Especialidade / Exame / Leito)		
Justificativa do Recurso			

**O Anexo II – Planilha de vagas e transferências deverá** ser preenchido em versão word pela enfermeira chefe do plantão da unidade de pronto atendimento às 7:30, as 12:30 e as 16:30, e deverá ser enviado, simultaneamente, para o grupo do NIR no WhatsApp e para o e-mail criado especificamente para esta finalidade.





### c. Critérios para referência e contra referência de pacientes

O NIR deverá discutir os fluxogramas de referência e contra referência da UNIDADE com a Secretaria Municipal da Saúde. São considerados critérios para referência para atenção especializada, seja hospitalar ou ambulatório de especialidade, as comorbidades do paciente e o risco, calculado por meio de instrumentos amplamente aceitos pela literatura.

Desta forma, pacientes hipertensos atendidos na UNIDADE por descompensação do quadro clínico serão estratificados em baixo, moderado ou alto risco. Pacientes classificados como moderado ou alto risco, após estabilização do quadro clínico, deverá ser encaminhado para serviços mais especializados, seja centro de especializado como hospital de maior complexidade. Por outro lado, pacientes de baixo risco poderão ser acompanhados na Unidade Básica Saúde para seguimento após estabilização clínica.



Figura: Fluxograma de referência e contra referência

Outrossim, paciente estáveis de baixo com demanda de tratamento antibiótico endovenoso para tratamento de uma pneumonia adquirida na comunidade poderão ser encaminhados para o atendimento domiciliar do município e concluir o tratamento no ambiente extra hospitalar.

As doenças mais prevalentes na UNIDADE serão tabuladas para análise e tabulação do NIR. Em pauta com a Secretaria Municipal de Saúde, será realizado planejamento de referência e contra referência, com base da rede municipal de saúde.

Portanto, o objetivo deste protocolo de referência e contra referência é garantia de continuidade da assistência, em respeito aos princípios que norteiam o sistema único de saúde.



## 5.8 Ações voltadas à Qualidade Subjetiva

São várias ações tomadas sem conhecimento do usuário que podem influenciar na qualidade assistencial, a capacitação dos profissionais é uma delas.

Consideramos a educação continuada um diferencial de sucesso para uma instituição de saúde, como também para os profissionais que nela atuam. Profissionais capacitados, com desenvolvimento e aprimoramento constante de suas competências, são os que melhor cumprem sua vocação: "o cuidado ao próximo".

Fatores importantes para um atendimento de qualidade:

- Manter a equipe motivada e comprometida com os resultados;
- Investir nos colaboradores, promovendo treinamentos, certificações, eventos de integração e um programa de reconhecimento e valorização, implantada pelo setor de Recursos Humanos;
- Reconhecer o usuário como pessoa e como participante ativo no processo de produção da saúde;
- Conscientizarmos que, sem o usuário não existe serviço de saúde, nem empregadores e muito menos empregados;
- O acolhimento não é um espaço ou um local, mas sim uma atitude humana.

## 5.9 Acolhimento Recepção aos Usuários

**Posso ajudar** – Iniciativa que visa promover a humanização no atendimento a todas as pessoas que utilizam os serviços da UPA, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), uma vez que colabora para a melhoria da qualidade e da eficiência da atenção dispensada aos pacientes, acompanhantes e visitantes.

Tem por objetivos:

- Recepcionar os usuários de forma acolhedora e humanizada, visto que são o primeiro contato destes com a Instituição;
- Encaminhar as pessoas aos locais e profissionais que pretendem acessar, de acordo com a demanda apresentada;
- Orientar sobre a retirada de exames realizados na unidade;
- Organizar filas e fluxos de atendimento (uso do totem, cadastro e cartões/etiquetas para acesso às dependências da UPA)
- Informar sobre normas e rotinas da instituição;
- Contribuir para a satisfação dos usuários e para o cumprimento da missão institucional.

**Registro do Paciente** com identificação de atendimento anterior existente, de espera, através do nome.

**Identificação dos Colaboradores:** Os profissionais da UPA permanecerão no local de trabalho de acordo com os horários previamente definidos, durante todo expediente, e a lista nominal estará afixada no quadro nos setores correspondentes, bem como escala de trabalho. Os colaboradores, estarão devidamente identificados com crachá e uniformes fornecidos pela OS;

**Identificação dos Pacientes:** A identificação correta do paciente é muito importante para garantia da segurança do processo assistencial. Essa ação é o ponto de partida para a correta execução das diversas etapas de segurança em nossa instituição.

Pincipalmente na situação em que o paciente não pode responder por si mesmo, isso garante o atendimento correto para a pessoa correta.

A identificação ocorre no momento da admissão (internação para observação), por meio de pulseira ou de uma etiqueta afixada na roupa. Todos os processos de segurança incluem verificação prévia das informações contidas na pulseira ou etiqueta.

Nesse identificador, consideramos a taxa de verificação da tripla checagem antes da administração de medicamentos em situações que não envolvam atendimentos de urgência e emergência.

Para garantir a segurança do cuidado, é essencial manter a pulseira ou etiqueta de identificação até a alta. Além disso, o paciente/familiar deve verificar se as informações estão corretas. Certificando que a equipe assistencial faça a conferência de sua identificação antes de qualquer atendimento.

**Chamada Inteligente de Pacientes** - (Automática ou por Reclassificação) nos diversos ambientes.

**Registro do Paciente** - com identificação de atendimento anterior existente, de espera, através do nome.

## **Atendimento e Apoio psicossocial aos Usuários e Familiares**

### **a. Atendimento:**

**O Serviço Social na Saúde** - surge como um operador de criação de condições objetivas para a realização de todo o processo coletivo de trabalho em saúde. O/a Assistente Social viabiliza o acesso dos "excluídos" aos serviços existentes, apresentando-se com um elemento facilitador no acompanhamento de doentes internados em unidades de saúde.

O atendimento aos acompanhantes e familiares para orientação e demais informações será realizado por profissional de assistência social e os mesmos serão acomodados na sala de espera específica para este fim.

**Considera-se família** - todas as pessoas que o doente reconheça como tal. Assim a família é considerada uma instituição natural porque possibilita ao Homem o exercício dos seus direitos essenciais como pessoa: o direito à vida, o direito à educação e o direito a completar o seu processo vital nas melhores condições.



No âmbito das fases do internamento e continuidade dos cuidados ao doente, a família é entendida como a mais direta e imediata fonte de apoio social ao doente incapaz de se auto cuidar. A família é, portanto, o maior suporte do doente que necessita de apoio e cuidados. Neste contexto, é necessário promover a colaboração do familiar cuidador como instituição fundamental na vida do doente.

O trabalho da equipe multidisciplinar – será capacitada para assegurar uma melhor qualidade dos serviços prestados ao doente, mas sobretudo melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias. A articulação da equipe multidisciplinar pretende transformar o atendimento automático num atendimento acolhedor e humanizado

Os cuidados continuados de saúde referem-se a todos os cuidados prestados pela saúde na área da dependência, de forma articulada, independentemente do número de dias de prestação, os cuidados continuados é um direito fundamental. Tal facto, exige uma resposta pronta e organizada dos diversos níveis de prestação de cuidados como a garantia e eficácia do atendimento ao usuário que necessite dos cuidados, portanto a equipe do serviço social deve interagir com os demais serviços de saúde do município para garantir a continuidade do cuidado ao usuário de acordo com a necessidade de cada um.

### **Cuidar é, assumir uma responsabilidade social, envolvente e humanizada.**

A equipe da multidisciplinar da UPA será capacitada para apreender, que toda pessoa que busca o atendimento na unidade é um ser humano único e não pode se sentir abandonado pela equipe de atenção à saúde.

#### **Contribuição do Serviço Social no Acolhimento**

A missão do/a Assistente Social, será sobretudo enfatizar a relevância dos fatores psicossociais, determinantes no tratamento, na reabilitação, na readaptação e na reintegração dos doentes/dependentes nos ambientes sociais, ajudando-os no desenvolvimento de todas as suas potencialidades. O Serviço Social tem ainda como objetivo de intervenção, estabelecer uma relação de entreaajuda com o doente e/ou familiar cuidador, promovendo a minimização de dificuldades da situação de doença, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

#### **b. Apoio Psicossocial aos Usuários e Familiares**

No Acompanhamento Psicossocial, cabe ao Assistente Social prestar atenção e acompanhamento junto ao usuário e da sua família, no processo de tratamento, reabilitação, readaptação e reintegração social, prestando para isso:

- Elaborar o diagnóstico social - Conhecer as condições habitacionais, a forma como o paciente se organiza com a sua família, como se relaciona com a comunidade e as pessoas que são mais próximas. Há pacientes que vivem isolados, mas têm referências em termos de pessoas significativas, que possam colaborar no processo de recuperação e reintegração;
- Oferecer suporte emocional ao doente e/ou família, permitindo ou facilitando a expressão



dos sentimentos e receios suscitados pela doença, pelo tratamento e as suas consequências, ou pela previsão da morte;

- Apoio ao usuário e/ou família, ajudando a enfrentar as mudanças provocadas pela doença e/ou tratamento nos diversos níveis da vida do doente, e daqueles que se envolvem diretamente nos seus cuidados;
- Orientar, informar e habilitar os doentes e familiares em contexto de proteção social na doença, na readaptação reabilitação e reinserção familiar, social e laboral;
- Capacitação do doente e/ou família para a gestão eficaz da doença, nomeadamente na maximização dos recursos pessoais e comunitários, e na integração dos cuidados;
- Exercício do direito em favor do usuário e família relativamente ao acesso a prestações sociais e/ou serviços, pretende-se o fornecimento dos meios necessários ao contato, regresso ou ingresso na unidade de saúde em situações programadas ou de urgência;

Às vezes há dificuldades de colaboração, porque estão deprimidos ou porque não se adaptam, o facto de estarem afastados da família, são problemas que surgem e tem impacto nos tratamentos.

#### **c. Planejamento da Alta com a Equipe, o Doente e/ou Familiar Cuidador**

- A avaliação de identificação para o processo da alta é feita logo no acolhimento e ao longo do período que o paciente fica internado na Unidade;
- A partir do momento que o paciente esteja estabilizado do ponto de vista clínico, verifica se existe estabilidade social, se existem critérios sociais para ele ter alta, é a partir daí que se começa a trabalhar a alta e o processo de negociação com a rede de atenção à saúde do município, principalmente a área de assistência social em alguns casos é necessário analisar o seguinte:
  - Tem casa ou não tem casa para o doente regressar?
  - Tem cuidador?
  - O cuidador é capaz?

#### **d. Relatório Social**

O relatório possui os dados do paciente e motivo da alta em primeiro lugar, qual era a situação antes da internação. Depois no diagnóstico social, endereço, idade, estado civil, situação perante o emprego. Depois quais os motivos de ingresso na rede, qual o diagnóstico antecedente, no caso de haver antecedentes significativos e necessidades, estado do doente na altura da admissão e estado atual. Depois caracterização do contexto sócio familiar, familiares significativos, pessoas de referência, famílias com obrigação legal de alimentos que estão presentes ou não, tem que os identificar também. Qual o tipo de suporte, implicação e vínculo afetivo que existe entre eles, qual o tipo de suporte que lhes foi garantido durante a internação. Se foram presentes, se não foram presentes, se não presentes porque não foram presentes”

### **Proposta para Implantação do Acolhimento ao Usuário na UPA**



O acolhimento é uma diretriz operacional da Política de Humanização, compreendido como importante estratégia para a recepção do usuário e a responsabilização de suas necessidades até a atenção resolutiva da sua demanda.

Somente o acolhimento, não é suficiente para provocar mudanças no atendimento ao usuário, é necessário um conjunto de ações individuais e coletivas, revisão de valores, conceitos e posturas por todos os profissionais que atuam no âmbito hospitalar, trabalhando assim para efetivar a Política de Humanização. Conclui-se que o vínculo construído através do acolhimento, entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo saúde-doença é de suma importância para contribuir na efetivação de um atendimento integral e humanizado.

Sala de espera - Acolher significa amparar, confortar, ouvir. portanto, a equipe do Serviço de Atendimento Psicossocial realizará, visitas periódicas à sala de espera com o objetivo de prestar suporte social e psicológico, orientar as famílias sobre serviços de assistência e estabelecer articulações com esses serviços, afim de garantir a eficácia dos encaminhamentos.

Posso ajudar – Iniciativa que visa promover a humanização no atendimento a todas as pessoas que utilizam os serviços da UPA, de acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), uma vez que colabora para a melhoria da qualidade e da eficiência da atenção dispensada aos pacientes, acompanhantes e visitantes. Tem por objetivos:

- Recepcionar os usuários de forma acolhedora e humanizada, visto que são o primeiro contato destes com a Instituição;
- Encaminhar as pessoas aos locais e profissionais que pretendem acessar, de acordo com a demanda apresentada;
- Orientar sobre a retirada de exames realizados na unidade;
- Organizar filas e fluxos de atendimento (uso do totem, cadastro e cartões/etiquetas para acesso às dependências da UPA
- Informar sobre normas e rotinas da instituição;
- Contribuir para a satisfação dos usuários e para o cumprimento da missão institucional.

Bate-papo com a Direção – Tem como objetivo oportunizar um espaço de diálogo entre os funcionários e a direção da unidade, configurando-se num momento em que possam ser esclarecidas dúvidas sobre assuntos de interesse dos colaboradores. Os encontros ocorrerão mensalmente, em todos os turnos de trabalho, e contemplam funcionários das áreas assistenciais, administrativa e de apoio.

Profissional da Saúde: Gente cuidando de gente - O profissional da saúde é o foco principal da política nacional de Humanização, e é importante salientar uma das prioridades da Política Nacional de Humanização que é valorizar o trabalho criativo, abrindo o espaço para refletir sobre o protagonismo dos profissionais da saúde e as implicações da função de cuidar que é exigida dos mesmos.

Muitos sentimentos são acarretados no trabalhador da saúde, que sofre a exigência de dar respostas imediatas que aliviem a dor e o sofrimento do outro, essas pessoas trabalham sob

constante pressão, inúmeras pessoas transitando e conversando, sons altos, queixas constantes, ansiedade, tristeza, dor, morte e longas jornadas de trabalho constituem o cotidiano da maioria desses profissionais, passar várias horas sob situações desconfortáveis abalam o equilíbrio psicológico do trabalhador.

Qual o sentimento do trabalhador ao se encontrar diante de situações que não pode dar conta?

Atrás de um profissional existe uma pessoa que também merece atenção, apoio e um acolhimento. O estresse diário no trabalho pode acarretar em vários problemas pessoais, causando sofrimento. Passar várias horas sob situações desconfortáveis e de pressão constante abalam o equilíbrio psicológico do trabalhador.

Projeto Pensando no cuidador é um espaço pensado no profissional, com o objetivo de preservar sua qualidade de vida, e proporcionar melhores condições no atendimento de usuários, fortalecer vínculos entre os colegas, ampliar a capacidade de comunicação e enfrentamento de conflitos, propiciar uma visão diferenciada em direção ao profissional da saúde, permitindo entendê-lo como um profissional que requer cuidados para cuidar com qualidade.

O apoio deve vir da equipe de trabalho, como um grupo de ajuda, um espaço dentro do próprio local de trabalho, que seja possível uma roda de conversa para que essas pessoas possam compartilhar informações uns com os outros, aprendendo a lidar com o sofrimento e as angústias causadas pelo estresse do dia a dia no trabalho, e assim tornar o ambiente de trabalho mais digno e feliz.





A UPA funciona todos os dias da semana, 24 horas por dia, atendendo a todos os usuários que buscam a unidade, desenvolve acolhimento e classificação de risco de forma regular. A institucionalização da classificação de risco encontra dificuldades como: o conflito gerado pela falta de compreensão por parte dos usuários acerca do modo de organizar os profissionais do atendimento, portanto, dever ser treinados continuamente para que possam esclarecer a população a importância das ações.

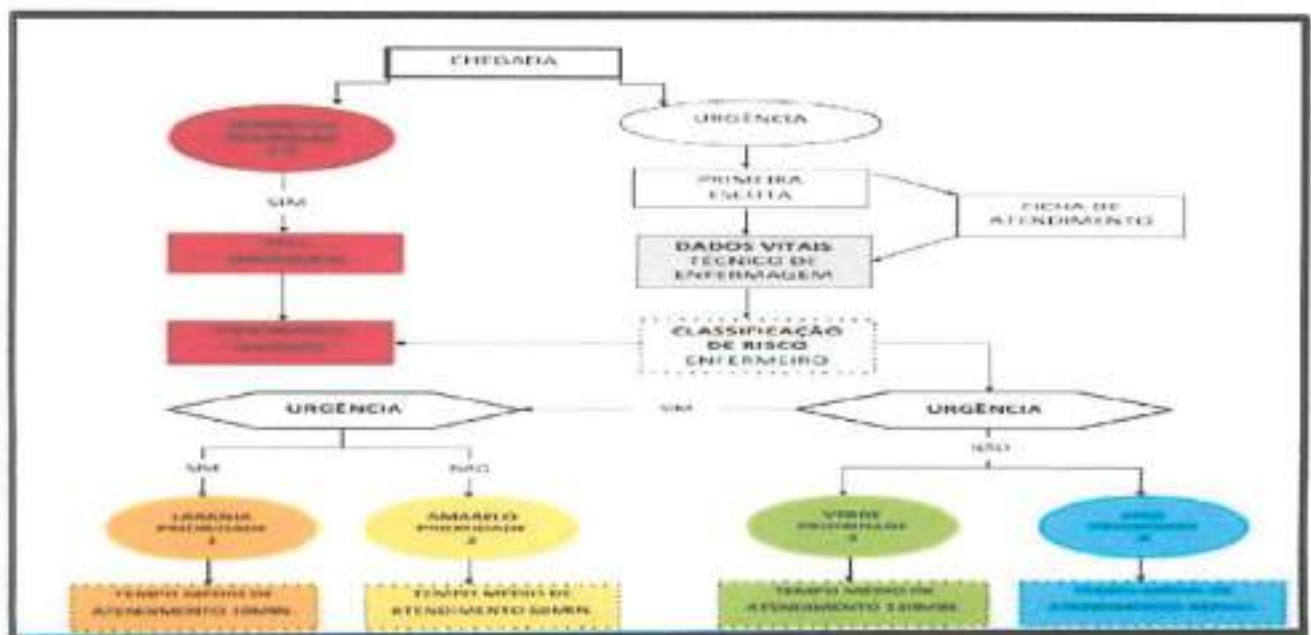
A UPA 24 Hrs BAYEUX funcionará com sistema de prontuário eletrônico, permitindo registrar todas as etapas do atendimento ao usuário, considerando que é imprescindível a compatibilidade de softwares entre diferentes unidades.

Considerando que a UPA regula vários procedimentos por meio de diferentes canais, na unidade deve ter uma equipe responsável por esta atividade, será implantado um Núcleo de Regulação Interna – NIR.

A estatística Nacional é que apenas 1,7% do total de atendimentos das unidades deste nível compreendem casos de alto risco, porém, esses pacientes não encontram adequada resposta na retaguarda hospitalar. A inexistência de vagas, principal causa de "internação na unidade", explica a permanência dos pacientes por mais de 24 horas nessas unidades. Para minimizar essa dificuldade a equipe gestora deve estar integrada com todos os mecanismos da rede de atenção à saúde inclusive com o programa de atenção domiciliar.

A grande e diversificada demanda atendida na UPA, a busca indiscriminada dos usuários pela unidade, o papel dela nos níveis primário e terciário de atenção à saúde, a descrença frente à inserção deste serviço e sua real missão na rede e a relação incipiente entre os serviços de saúde e demais equipamentos sociais são barreiras que serão vencidas através da comunicação e aproximação do gestor da unidade com os diversos atores.

### Descrição da Organização do Fluxo de Atendimento da UPA: Fluxo de atendimento



### **Objetivos da UPA 24Hrs Bayeux**

- Estabelecer com base em estratégias de gestão e modelo assistencial em saúde, uma prática ordenadora do acesso à urgência e emergência;
- Promover a saúde da população de forma compartilhada, qualificada e humanizada, permitindo tanto aos trabalhadores quanto às pessoas assistidas um novo modelo de atenção em saúde, dentro dos princípios de acessibilidade e equidade;
- Redefinir sua missão, que é prestar assistência às urgências e emergências e apoio a APS, arantindo, portanto, a complexidade que tal atendimento exige;
- Encaminhar, com responsabilidade, os casos cuja resolubilidade é de competência da rede básica, objetivando intervir na superlotação dos hospitais de referência;
- Diminuir o impacto gerado pela população que busca o acesso aos serviços de saúde através da porta de urgência;
- Implantação do Acolhimento com classificação de risco;
- Adequação da área física, já instalada, aos fluxos pretendidos dentro do modelo assistencial definido pelo grupo;
- Formação e treinamento de equipes Auxiliares, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiras, divulgação da proposta de modelo assistencial pretendido;
- Redimensionar o número de profissionais que atende na unidade de acordo com a demanda dos usuários que buscam o atendimento na unidade;
- Estabelecer protocolos assistenciais, construção e elaboração de fluxos e rotinas, definidos pelo grupo dentro da realidade local;
- Pactuação de ajustes no decorrer da implantação, quanto à retaguarda médica definida para a equipe de classificação de risco;
- Implantação do acolhimento com classificação de risco, dentro da área existente, com sala de espera e dentro do conceito norteador de atendimento por nível de necessidade;
- Aplicação dos métodos planejados, manutenção da equipe de trabalho com reuniões quinzenais;
- Reestruturação da infraestrutura física da unidade e porta de urgência, dentro dos conceitos norteadores de ambiência para o acolhimento com classificação de risco, com a individualização de consultórios e boxes de atendimento/observação garantia do direito de privacidade, parque tecnológico em imagem dentro da própria emergência e os demais preceitos;
- Reconhecimento das necessidades da equipe através de um fórum de discussão: Atendimento X Condições de Trabalho, elegendo-se subgrupo de trabalho, através de representantes das categorias funcionais: Administrativos, Auxiliares Gerais, Enfermagem (enfermeiros e técnicos), e Serviço Social, com levantamento dos aspectos de conflito e agendamento de data para apresentação das propostas;
- Manutenção de ajustes com reuniões periódicas com o grupo de trabalho;



- Implantar um sistema de informações integrado com a rede básica;
- Conhecer a realidade das Unidades Básicas de Saúde (tipos de atendimentos prestados, acessibilidade, responsáveis e contatos);
- Promoção de reuniões periódicas com a SMS e as Unidades Básicas de Saúde.
- A Regulação Assistencial ou regulação do acesso à assistência pode ser definida como: um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado.
- O Sistema de Regulação Assistencial funciona também como ferramenta de gestão que integra todos os envolvidos com os processos regulatórios. Desta forma constituem unidades operacionais do sistema:
  - Secretaria Estadual de Saúde: responsável pela administração da rede de unidades operacionais do complexo regulador;
  - Secretarias Municipais de Saúde: responsáveis pelo acompanhamento e controle das referências de pacientes de seus municípios para outros;
  - Os estabelecimentos de saúde: unidades executoras de serviços de assistência à saúde à população e responsáveis pela alimentação do Sistema com informações sobre atendimentos realizados, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. Em caso das internações de urgência, as unidades de saúde deverão utilizar o Sistema para troca de informações em tempo real com as Centrais de Regulação (módulo urgência-emergência), para transferir ou receber pacientes de referência.

### **5.11 Laboratório de Análises Clínicas**

A solução para Laboratório de Análises Clínicas foi desenvolvida seguindo as melhores práticas de trabalho do mercado e alinhada às principais certificações. Criada para permitir que o gestor atue de forma proativa no gerenciamento da sua produção, controlando o prazo de entrega dos resultados dos exames e garantindo a segurança e qualidade no processamento das informações.

Controla o cadastro dos exames realizados pelo laboratório, indicando faixas de normalidade dos resultados, preços, custos e laudos padronizados. Permite o registro de solicitações de exames de pacientes externos, assim como pedidos on-line das prescrições médicas. O sistema emite também as etiquetas de código de barras para a identificação das amostras, controlando a triagem, o mapa de trabalho e a emissão dos laudos. A aprovação dos laudos é realizada eletronicamente, disponibilizando a sua visualização nos postos e no prontuário eletrônico. Segue abaixo o que o sistema contempla:

- Agendamento;
- Pedido de Exame;
- Resultados;

- Liberação de Resultados;
- Custos de Exames;
- Entrega de Exames;
- Atendimento Externo.

## **6 APRESENTAÇÃO DOS MEIOS SUGERIDOS E CRONOGRAMAS**

### **6.1 Higienização E Limpeza**

Prestação de serviços de higienização e limpeza

O serviço de higienização e limpeza da unidade é um tipo de limpeza de ambientes controlados, sendo necessário, para a sua prestação, o domínio de técnicas específicas e a utilização de equipamentos e produtos especiais.

O setor de higienização e limpeza (SHL) atenderá a Unidade de Pronto-Atendimento 24hs.

A equipe contará com 04 colaboradores que ocupam o cargo de auxiliar de limpeza. O programa diário da equipe de limpeza, segue com a descrição das atividades realizadas pelos colaboradores:

#### a. Descrição dos Serviços

- Áreas críticas e semicríticas Limpeza Concorrente

Trata-se da limpeza realizada diariamente de forma a manter/conservar os ambientes isentos de sujeira e risco de contaminação. Nas salas cirúrgicas, a limpeza concorrente será realizada imediatamente após cada cirurgia e sempre que necessário.

- Equipamentos utilizados

Carrinho de serviço completo com baldes, panos e sacos de lixo padronizados, mops e esfregões, produtos de limpeza, EPI's, produtos de reposição e outros que julgar necessários.

#### b. Metodologia

- Limpeza úmida para todas as superfícies, utilizando baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.
- Limpeza molhada para banheiro.
- Desinfecção na presença de matéria orgânica.

#### c. Técnica

- Iniciar sempre da área mais limpa para a mais suja.



- Utilizar movimento único de limpeza.
- Utilizar a técnica de dois baldes de cores diferentes caso utilize solução detergente e água limpa, ou balde com espremedor contendo as soluções glucoprotamina ou biguanida.

d. Etapas

- Reunir todo o material necessário em carro funcional; preferencialmente, o carro funcional já deve conter um carrinho próprio para limpeza com mop.
- Estacioná-lo no corredor, ao lado da porta de entrada do quarto/enfermaria/consultório
- Cumprimente o paciente e explique o que será feito.
- Colocar os EPI necessários para a realização da limpeza.
- Efetuar, quando necessária, a desinfecção do local, mediante remoção da matéria orgânica exposta, conforme normas vigentes. Após a devida desinfecção, as luvas deverão ser trocadas para execução das demais etapas;
- Recolher os resíduos recicláveis: garrafas plásticas, jornais, revistas e alojá-los no carro funcional, separados dos demais resíduos. Antes de recolher este tipo de material, deve-se pedir autorização ao paciente ou acompanhante.
- Recolher os sacos de resíduos do local, fechá-los adequadamente e depositá-los no saco "hamper" do carro funcional ou diretamente no carro de coleta interna (dependendo da proximidade), estacionado na sala de resíduos da unidade.
- Caso utilize água e detergente neutro, iniciar a limpeza pelo mobiliário com solução detergente para a remoção da sujidade, proceder ao enxágue e realizar fricção com álcool a 70%;
- Caso utilize as soluções glucoprotamina e biguanida, iniciar a limpeza pelo mobiliário, com a solução, para a remoção da sujidade.
- Realizar a limpeza da unidade do paciente, incluindo as maçanetas das portas de entrada do quarto/enfermarias/consultórios e banheiros. Retirar as partículas maiores, como migalhas, papéis, cabelos etc. com o mop seco, nunca direcionando os resíduos para o banheiro.
- Mergulhar o mop úmido em um dos baldes (do sistema mop) contendo solução de água e detergente ou glucoprotamina ou biguanida.
- Retirar o mop da solução, colocando sua cabeleira em base própria para torção.
- Tracionar a alavanca com objetivo de retirar o excesso de água ou solução do mop sem contato manual. Nesse procedimento, o funcionário deve manter a coluna reta e os joelhos levemente fletidos. Retirar o mop da base de torção e iniciar a limpeza. Iniciar do fundo para porta de entrada, delimitando mentalmente a área que será limpa, passando o mop em movimento de "oito deitado" com movimentos firmes e contínuos. O funcionário deve manter a coluna reta

durante o desenvolvimento de toda a técnica. Enxaguar o mop em um segundo balde (do sistema mop) contendo água limpa para enxágüe, caso utilize água e detergente para a limpeza. Repetir a operação quantas vezes for necessário. A água do balde ou a solução devem ser trocadas sempre que houver necessidade.

- Repetir essas operações para o restante do piso.
- Recolher o material utilizado no quarto/consultório/enfermaria, deixando o ambiente em ordem.
- Realizar a limpeza do banheiro (técnica abordada na limpeza terminal).
- Encaminhar os panos e mops utilizados na limpeza de cada consultório/enfermaria/quarto para lavanderia e desprezar a água do balde no expurgo.
- Nunca utilizar o banheiro do paciente usuário ou profissional para este fim.
- Lavar os recipientes para resíduos e retorná-los ao local de origem.
- Repor os sacos de lixo;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Repor os produtos de higiene pessoal (sabão, papel toalha e papel higiênico).
- Realizar check-list no término da limpeza dos procedimentos relativos à limpeza concorrente do piso.
- Avisar o paciente ou acompanhante sobre o término da limpeza e colocar-se a disposição ou informar sobre a existência de um ramal próprio de higiene, se for o caso.
- Reabastecer carro funcional, se necessário.

## **Programa de Atividades Diárias**

### **LIMPEZA CONCORRENTE ÁREA EXTERNA**

#### **Descrição das Atividades**

- ✓ Recebimentos, retiradas e organização do almoxarifado da higiene;
- ✓ Disponibilizar materiais no DML central;
- ✓ Realizar diluição de produtos, conforme tabela de diluição;
- ✓ Realizar varrição da área externa;
- ✓ Realizar coleta I da área externa;
- ✓ Realizar coleta II da unidade, conforme fluxograma da coleta de resíduos (anexo1);



- ✓ Realizar limpeza de vidros conforme cronograma previamente estabelecido.

## **LIMPEZA CONCORRENTE ÁREA INTERNA**

### **Descrição das Atividades**

- ✓ Realizar a remoção de partículas maiores do piso, como migalhas, papéis, cabelo, - etc., com mop pó, com o auxílio da pá e desprezar no cesto de lixo;
- ✓ Retirar o saco de lixo do cesto e lacrar, recolher e depositar no compartimento de lixo ou em local apropriado;
- ✓ Se necessário, efetuar a limpeza do cesto de lixo, borrifar solução detergente no cesto em seguida passar pano úmido para enxaguar, secar e repor o saco de lixo;
- ✓ Remover o pó com pano multiuso no beiral da janela, espelhos de força, batentes, portas e painéis;
- ✓ Remover as manchas das paredes e portas conforme descrito no POP;
- ✓ Remover pó e manchas corrimões, telefones, prateleiras, móveis, CPU, quadros, monitores e objetos no geral;
- ✓ Iniciar a limpeza do piso sempre do ambiente mais limpo para o mais sujo, conforme descrito no POP;
- ✓ Atendimento a intercorrências, revisões e coleta de resíduos I.

### **Limpeza de Banheiros:**

- ✓ Acomodar a placa de sinalização à frente da porta do banheiro para visualização e conhecimento dos usuários;
- ✓ Iniciar a limpeza borrifando o detergente clorado na pia, vasos sanitários, tampas, mictórios, paredes atrás dos mictórios e nas paredes do box, deixar agir;
- ✓ Realizar a remoção de partículas maiores do piso, como migalhas, papéis, cabelo, etc. com o pano envolvido no rodo com o auxílio da pá desprezar no cesto de lixo;
- ✓ Retirar o saco de lixo do cesto e lacrar, recolher e depositar no compartimento de lixo ou em local apropriado;
- ✓ Borrifar solução multiuso no cesto de lixo, esfregar com fibra, enxaguar, secar e repor o saco de lixo colocando-o do lado de fora da porta, quando necessário;
- ✓ Realizar reposição de materiais de higiene, como sabonete líquido, papel toalha e papel higiênico;
- ✓ Reposição de álcool gel, sabonete líquido e papel toalha nos dispenser dos corredores e pias;



**INGDS**

INSTITUTO NACIONAL  
DE GESTÃO DE SAÚDE 1998

- ✓ Efetuar a reposição de papéis (sem o uso de luvas), sabonetes, sacos descartáveis higiênicos, refil de spray odorizante, deixando o banheiro em ordem;
- ✓ Recolocar o cesto de lixo no lugar;
- ✓ Preencher formulário de Controle de Higienização

## **LIMPEZA TERMINAL DOS LEITOS APÓS ALTA OU ÓBITO DO PACIENTE**

### **Descrição das Atividades**

- ✓ Equipe de enfermagem, deverá retirar as roupas de cama dos leitos, para o início da limpeza terminal nos leitos;
- ✓ Retirar o saco de lixo do cesto e lacrar, recolher e depositar no compartimento de lixo ou em local apropriado;
- ✓ Se necessário, efetuar a limpeza do cesto de lixo, borrifar solução detergente no cesto, em seguida passar pano úmido para enxaguar, secar e repor o saco de lixo;
- ✓ Realizar limpeza do teto e parede, com pano envolvido no rodo, com solução detergente clorado, em seguida passar pano úmido para enxaguar;
- ✓ Remover pó das luminárias, suporte de soro, painel de controle, móveis e objetos no geral;
- ✓ Realizar limpeza da cama, colchão e travesseiro com fibra específica de acordo com o POP, usando detergente clorado seguindo as técnicas de limpeza, do mais limpo para o mais sujo, movimento único, em apenas um sentido, realizar o enxague com água limpa e secar com pano multiuso;
- ✓ Iniciar a limpeza do piso, com detergente clorado, sempre do ambiente mais limpo para o mais sujo, com mop água, realizar enxague com água limpa;
- ✓ Preencher formulário de Controle de Higienização de Limpeza terminal dos leitos.

## **LIMPEZA DE CONTAINER**

### **Descrição das Atividades**

- ✓ Efetuar a limpeza dos containers com a solução detergente clorado, em seguida enxaguar com água limpa, secar com pano multiuso;
- ✓ Após coleta II pela equipe da prefeitura (lixo comum) e empresa terceirizada (lixo infectante) realizar a lavagem do abrigo de resíduos;
- ✓ Lavar os abrigos de resíduos com detergente clorado, fibra, enxaguar com água limpa e secar com pano.
- ✓ Coleta de resíduos I e II conforme POP.
- ✓ Atendimento a Intercorrências e revisões.



## LIMPEZA TERMINAL DOS QUARTOS

### Descrição das Atividades

- ✓ Acomodar a placa de sinalização à frente da porta do quarto para visualização e conhecimento dos usuários;
- ✓ Solicitar a equipe de enfermagem a retirada de equipamentos e roupas de cama nos quartos;
- ✓ Retirar o saco de lixo do cesto e lacrar, recolher e depositar no compartimento de lixo ou em local apropriado;
- ✓ Efetuar a limpeza do cesto de lixo, borrifar solução detergente clorado no cesto, em seguida enxaguar com água limpa e secar com pano multiuso e repor o saco de lixo;
- ✓ Realizar limpeza do teto e parede, com pano envolvido no rodo, com solução detergente clorado, em seguida passar pano úmido para enxaguar;
- ✓ Efetuar a lavagem das janelas, batentes, portas e painel com fibra com fibra específica de acordo com o POP e detergente clorado, enxaguar com água limpa e secar com pano multiuso;
- ✓ Remover pó das luminárias, suporte de soro, painel de controle, móveis e objetos no geral;
- ✓ Realizar limpeza da cama, colchão, travesseiro com fibra específica de acordo com o POP, usando detergente clorado seguindo as técnicas de limpeza, do mais limpo para o mais sujo, movimento único, em apenas um sentido, realizar o enxague com água limpa e secar com pano multiuso;
- ✓ Iniciar a limpeza do piso, com detergente clorado, sempre do ambiente mais limpo para o mais sujo, com máquina enceradeira, realizar enxague com água limpa e secar com pano;
- ✓ Organizar as camas, colchões, travesseiros, escadas e cestos de lixo em seus respectivos lugares.

### Limpeza de Banheiros:

- ✓ Iniciar a limpeza borrifando o detergente clorado na pia, vasos sanitários, tampas, mictórios, paredes atrás dos mictórios e nas paredes do boxe, deixar agir;
- ✓ Realizar a remoção de partículas maiores do piso, como migalhas, papéis, cabelo, etc., com pano envolvido no rodo com o auxílio da pá desprezar no cesto de lixo;
- ✓ Retirar o saco de lixo do cesto e lacrar, recolher e depositar no compartimento de lixo ou em local apropriado;
- ✓ Borrifar solução multiuso no cesto de lixo, esfregar com fibra, enxaguar, secar e repor o saco de lixo colocando-o do lado de fora da porta, quando necessário;
- ✓ Realizar limpeza do teto e parede, com pano envolvido no rodo, com solução detergente clorado, em seguida passar pano úmido para enxaguar;
- ✓ Retirar papel toalha, refil de sabonete líquido e papel higiênico;

- ✓ Efetuar a lavação das janelas, batentes, portas e dispenser de papel toalha, sabonete líquido e papel higiênico com fibra específica de acordo com o POP e detergente clorado, enxaguar com água limpa e secar com pano multiuso;
- ✓ Iniciar a limpeza do piso, com detergente clorado, sempre do ambiente mais limpo para o mais sujo, com máquina enceradeira, realizar enxague com água limpa e secar com pano;
- ✓ Realizar reposição de materiais de higiene, como Sabonete Líquido, papel toalha e papel higiênico (sem o uso de luvas);
- ✓ Recolocar o cesto de lixo no lugar;
- ✓ Preencher formulário de Controle de Higienização de Limpeza terminal dos quartos.

## 6.2 Lavanderia

O Instituto será responsável pela contratação de lavanderia assistencial, por meio de empresa especializada e ficará responsável pela retirada da roupa suja da unidade até seu retorno em condições de reuso, sob condições higiênico-sanitárias adequadas (recolhimento, entrega e processamento: lavagem, passagem e reparo de peças avariadas). Caberá à equipe operacional da unidade, coletar e acondicionar em recipiente próprio para roupa suja (Rouparia). A equipe interna ficará a cargo da verificação das peças que saem para a lavagem, controlando número e peso, assim como do retorno das mesmas na Unidade de Saúde. O check list obedecerá ao fluxo diário de emissão e recebimento do enxoval da unidade. Abaixo seguem os fluxos de roupas sujas e limpas a ser implantado na unidade. Estes fluxos poderão ser alterados conforme a gestão da unidade.

### Fluxo Unidirecional para Roupas Hospitalares

O processamento de roupa ou lavanderia é considerado um setor de apoio e tem a finalidade de coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, qualidade e conservação para todas as unidades da unidade, com o objetivo de garantir o atendimento da demanda e a continuidade da assistência.

Na unidade hospitalar o processamento de roupas é fundamental, pois contribui para o controle das infecções, recuperação, conforto e segurança do paciente e da eficiência na assistência prestada por parte dos profissionais de saúde. O fluxo do processamento de roupas seguirá um fluxo unidirecional da área mais suja para a área mais limpa.

A unidade de processamento de roupas será terceirizada, e seguirá as normas e rotinas vigentes, padronizadas e atualizadas de todas as atividades desenvolvidas, as quais devem estar registradas e acessíveis aos profissionais envolvidos e de acordo com regras dos órgãos sanitários de controle.

- Classificação das roupas (enxoval) hospitalares:

Roupa suja é a roupa que foi retirada do paciente, independente do grau de sujidade. Devem ser consideradas de risco potencial de contaminação;



Roupa contaminada é aquela proveniente de pacientes com doenças transmissíveis, que apresentem alguma importância na cadeia epidemiológica;

Roupa instável ao calor é aquela feita de fibra têxtil que é danificada pelo processo habitual de lavagem e desinfecção da roupa hospitalar. Ex.: cobertores.

- Medidas para controle de infecção:

Toda roupa suja deve ser manuseada com cuidado, com o mínimo de agitação possível;

Toda roupa deve ser devidamente acondicionada em sacos de tecido ou de plástico (roupas contaminadas), devidamente identificados;

A roupa hospitalar deve ser transportada em carrinhos apropriados, devidamente tampados, que devem ser desinfetados com água e sabão e após álcool 70% depois de cada uso;

A separação da roupa suja deve ser feito na área suja com pessoal exclusivo e devidamente paramentado;

Os funcionários da área suja não podem adentrar na área limpa, em nenhuma hipótese;

A roupa limpa não pode ter contato com a roupa suja, em hipótese alguma;

Os carros que transportam roupa limpa devem ser diferentes daqueles utilizados para o transporte de roupa suja;

A roupa limpa deve ser processada sem que haja recontaminação, sendo devidamente acondicionada quando do seu acabamento, em armários fechados;

Todos os funcionários deverão conhecer as medidas de controle de infecção e as normas e rotinas estabelecidas para o setor;

#### Coleta da roupa hospitalar

Todo funcionário deverá estar devidamente paramentado com uso dos EPI's preconizados para esta fase do processamento das roupas hospitalares;

O funcionário responsável pela coleta de roupas hospitalares deverá fazer cumprir o tempo de coleta de roupas nos horários estabelecidos;

Todo funcionário deverá cumprir as rotinas estabelecidas para o setor;

Todo funcionário deverá comunicar ao supervisor direto quaisquer tipos de acidente de trabalho que porventura ocorrerem;

O funcionário responsável pela coleta de roupas hospitalares deverá manter o carrinho de transporte sempre higienizado/desinfetado após cada coleta;

Os funcionários do setor deverão participar de treinamentos e educação continuada, utilizando as orientações recebidas em suas atividades diárias.

### Pesagem da roupa para encaminhar para o processamento

O funcionário deverá estar devidamente paramentado com uso dos EPI's recomendados;

O funcionário deverá tarar a balança antes do início do processo de pesagem;

O funcionário deverá realizar anotações precisas e claras quanto ao peso da roupa suja/contaminada;

O funcionário deverá estar atento e comunicar qualquer acidente que venha a ocorrer durante o processo de pesagem;

Anotar e registrar no formulário específico do setor, todo o controle de pesagem de roupa suja/contaminada;

Informar ao seu supervisor sobre qualquer alteração do cumprimento do programa de normas técnicas de procedimentos.

### Recolhimento de roupas sujas

Recolher todas as roupas sujas das unidades, e acomodar os sacos de roupas na área de separação.

Coletar a roupa suja/contaminada nos setores envolvidos na área hospitalar, para serem processadas na lavanderia hospitalar

Descrição das funções/rotina

Auxiliar de higiene será responsável por este serviço

- o Início do recolhimento;
- o Coloca o Avental e calça o par de luvas nas mãos;
- o Retira um dos carrinhos de roupa suja e se direciona aos setor de armazenamento para posterior retirada da empresa terceirizada;
- o Inicia o recolhimento pelo último leito ou setor, devido ao fato de os mesmos terem fluxo muito dinâmico, dando início ao recolhimento de dentro para fora.
- o Ao chegar ao setor direciona-se ao expurgo, abre o carrinho e começa a recolher os sacos. O funcionário irá pegar um saco de cada vez, o contato com o corpo, protegido por avental, muitas vezes torna-se necessário devido ao peso do saco, ou ao fato de o mesmo estar amarrado ainda no hamper;
- o Carrega o carrinho, e se dirige ao setor de armazenagem (setor isolado) específico para este fim.
- o Descarrega os sacos de roupa suja no setor de armazenagem de roupa suja;



### Norma de manejo do carrinho de transporte de roupa sujas

O funcionário deverá seguir os seguintes critérios:

- Não poderá encher o carrinho mais que a sua capacidade e não transportar roupa suja em cima do carrinho (que além de expor o funcionário a um futuro contágio, pode vir a acarretar acidente, pode fazer com que os sacos deslizem de sobre o carro acertando o funcionário que estiver empurrando o mesmo).

### Armazenagem e distribuição de roupas limpas

- A Lavanderia entrega o enxoval limpo devidamente embalados para evitar a contaminação no transporte, o carro de entrega de roupa limpa nunca pode ser o mesmo de coleta de roupas sujas.
  - Armazenar as roupas em locais apropriados (armários ou prateleiras), fechados e em locais limpos e livres do contato com poeira e umidade.
  - Controlar e ordenar a distribuição da roupa, promovendo um processo de rotatividade da mesma e suprimindo as necessidades dos setores da unidade.
  - Evitar a contaminação das roupas durante a sua distribuição, nos diversos setores.
- 
- ✓ Os funcionários estarão uniformizados e paramentados com os EPIs recomendados;
  - ✓ Os funcionários deverão manter-se higienizados;
  - ✓ O setor deverá ser mantido organizado e limpo;
  - ✓ Todos os funcionários deverão cumprir as normas e rotinas implantadas;
  - ✓ Os funcionários deverão participar de treinamento e educação continuada atinente a função que ocupa no setor, assim como utilizar o que foi aprendido em suas atividades diárias.
  - ✓ A distribuição das roupas deverá ocorrer de forma ordenada, em carros exclusivos para este fim;
  - ✓ Registrar diariamente o estoque existente no setor e a rotatividade das roupas;
  - ✓ Realizar relatório mensal.
    - A Entrega de carros de roupas nas unidades será realizada pelo auxiliar de hotelaria que tem como atividade:
  - ✓ Verificar a quantidade de roupas necessária em cada unidade de internação e setores;
  - ✓ Abastecer o carrinho com a quantidade de roupas necessária;
  - ✓ Fechar o carrinho de roupa e enviar para cada setor e armazenar no local adequado;
  - ✓ A entrega será no período da manhã das 07h30min e às 08h30min;

✓ A entrega no período da tarde das 14:30 horas e às 16:00 horas.

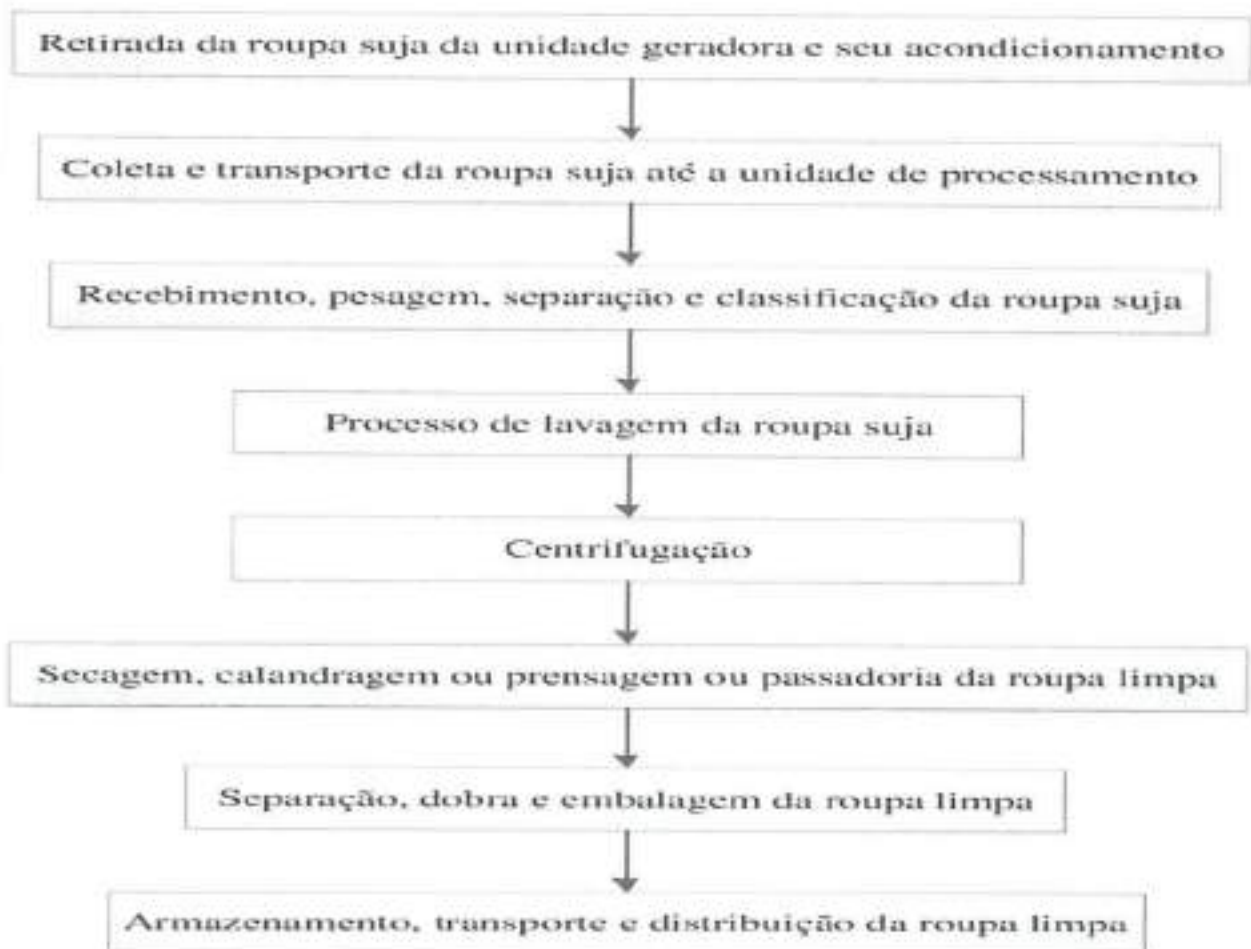
✓ Os pedidos extras de roupas serão atendidos conforme a ordem de chegada da solicitação de fornecimento.

### Relatório de roupas entregues

#### Auxiliar de hotelaria

- Retira da planilha de consumo diário a quantidade de roupas fornecidas para cada ala/setor;
- Preenche o relatório anotando na planilha as quantidades utilizadas por cada ala/setor;
- Envia uma cópia para o responsável da Hotelaria para avaliar o desempenho da Lavanderia empresa terceirizada.

### Fluxograma Lavanderia





### **6.3 Guarda de Prontuário**

A gestão poderá instaurar uma comissão de ética no serviço, o qual será avaliado após o término do processo de chamamento. Além desta comissão, a Secretária Municipal de Saúde solicita também a comissão de curativos do município e grupo de educação permanente/continuada volante.

Prontuário eletrônico – ESUS com proposta de implantação na unidade de Saúde

Nos críticos gestão: organização dos prontuários, subnotificações

A Tecnologia de informação, junto a sistema poderá o controle do prontuário e devida consulta.

### **6.4 Serviço De Arquivo De Médicos e Estatística**

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) é o setor normativo e regulador de guarda e organização e as condições adequadas para que não haja perda por intempéries ou extravio de documentos referente a prontuários e tem como objetivo:

- Assegurar a confidencialidade e segurança de toda e qualquer informação, inclusive as classificadas como sensíveis, de tal forma que o paciente esteja protegido e seguro em relação aos dados que possam causar constrangimentos e/ou preconceitos, danos morais, dentre outros.
- Manter todos os prontuários, em regime de confidencialidade e segurança absoluta, de modo a assegurar que somente pessoas autorizadas tenham acesso a elas.
- Garantir que a assistência prestada esteja totalmente registrada, preservando os direitos dos pacientes e dos profissionais de saúde envolvidos e da Instituição.

**A equipe do SAME** são auxiliares administrativos, analistas e arquivistas incumbidos de organizar os documentos dentro do espaço físico disponibilizado para tal fim, como também fornecer informações que impliquem em condições adequadas para tomadas de decisão acertadas, uma vez que os registros contém as informações utilizadas para essa finalidade.

Auxiliar administrativo - Controle de entrada e saída de prontuários médicos, rastreabilidade de documentos enviados e recebidos, indicadores médicos, separação de documentos por ordem alfabética por datas, elaboração de planilhas, arquivo de documentos em pastas e planejamento diário das tarefas.

Arquivista - É o profissional responsável por atuar com organização e controle de arquivo sendo eles documentos, contas, cadastros e fichas. Um Arquivista irá atuar separando documentos, organizando arquivos, se responsabilizando por toda a organização dos documentos.

O SAME precisa ter um serviço de prontuário com três setores:

- Registro ou matrícula;
- Documentação;
- Arquivamento.

O arquivamento é a forma utilizada para organização física dos documentos, sendo a atividade fundamental para a recuperação e disponibilização da informação de maneira eficiente.

### **Modelo de preenchimento da pasta**

A pasta deve possuir as seguintes características:

- Dimensões: aberto 320x438mm mais dobra de reforço de 25mm na lateral esquerda;
- Papel kraft 290g/m<sup>2</sup> fibra longa;
- Cor: palha clara;
- Características adicionais: com 4 vincos no centro, com tarja dobrada, colada a inscrição e os números de 0 (zero) a 9 (nove) e a letra M, equipadas com grampos especiais de tamanho padrão (8cm entre os braços) com o mínimo de 4 (quatro) presilhas inseridas sob pressão mecânica. A impressão da tarja, logotipo e identificação da SES e demais dizeres na cor preta.

Os prontuários podem ser localizados pelo nome do paciente no primeiro campo, no segundo a data de seu nascimento no formato dd/mm/aa, no terceiro o nome por extenso, quarto campo o número provisório do SUS, se for o caso, no quinto campo é registrado o número da unidade de saúde, o sexto é usado para anotar o número definitivo do cartão SUS. Os três últimos são o número do prontuário representado pela data de nascimento do paciente (dia e mês) e pelo sexo (masculino 1 e 2 feminino).

A pasta possui uma aba lateral com numeração de 0 a 9 (indicando os anos das décadas) e a letra "M" indicando o mês. Conforme o ano de nascimento dentro da década avança-se a coloração dos números. Logo se um paciente nasceu em 1920, será pintado de marrom somente 0, já um paciente que nasceu de 1928, serão coloridos os número de 0 a 8. A letra "M" deve adquirir a cor referente ao mês de nascimento do paciente, assim se tiver nascido em fevereiro a letra "M" ganhará a cor verde escuro, e se tiver nascido em dezembro a letra "M" não será colorida, ou seja será a cor da pasta conforme apresentado na tabela 1.

O segundo critério adotado é o sexo do paciente, assim separam-se em estantes distintas os prontuários dos pacientes do gênero feminino, identificados pelo dígito 2, e dos pacientes do gênero masculino, pelo dígito 1.

Essa é uma das metodologias utilizadas para organização das pastas para guarda de prontuários, com base no ano e mês do paciente. Cada mês e cada década possuem uma cor própria para identificação visual do dossiê nas estantes.



## Modelo de Metodologia

MÊS	COR	ANO/DÉCADA	COR
Janeiro	Lilás	1900 - 1909	Lilás
Fevereiro	Verde Escuro	1910 - 1919	Verde Escuro
Março	Marron	1920 - 1929	Marron
Abril	Cinza	1930 - 1939	Cinza
Maior	Azul	1940 - 1949	Azul
Junho	Verde Claro	1950 - 1959	Verde Claro
Julho	Laranja	1960 - 1969	Laranja
Agosto	Rosa	1970 - 1979	Rosa
Setembro	Amarelo	1980 - 1989	Amarelo
Outubro	Vermelho	1990 - 1999	Vermelho
Novembro	Preto	2000 - 2009	Lilás
Dezembro	Não tem cor, é a cor da pasta (palha)	2010 - 2019	Verde Escuro

Horário de funcionamento - O SAME funcionará de segunda a sexta feira das 08:00 as 17:00 horas.

## Modelo de Formulário

**SOLICITAÇÃO DE DADOS ESTATÍSTICOS E PRONTUARIOS**

Nome do solicitante: \_\_\_\_\_

Vínculo com HCU:  Aluno (a) Curso: \_\_\_\_\_  
 Funcionário (a) Setor: \_\_\_\_\_  
 Residente

Outra Instituição: \_\_\_\_\_

Data da Solicitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone ou Ramal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

As informações deverão ser repassadas por:  E-mail  Impresso

Órgão financiador da pesquisa: \_\_\_\_\_

Pesquisa aprovada pelo CEP?  Sim  Não Trazar cópia da Autorização

Título da pesquisa: \_\_\_\_\_

Motivo da solicitação:

Inovações tecnológicas em saúde  Pesquisa básica  
 Pesquisa Operacional  Interesse das Políticas Públicas de Saúde  
 Pesquisa clínica

**DESCREVER MINUCIOSAMENTE AS INFORMAÇÕES DESEJADAS**

Ambulatório  Internação  Pronto Socorro  Cirurgia  Exames

DESCRIÇÃO



## AUTORIZAÇÃO

**Apresentar a  
autorização favor  
identificar-se**

Ào Setor de Arquivo Médico:

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o (s) acadêmico (s) abaixo do  
curso de \_\_\_\_\_ a realizar pesquisas nos prontuários sob sua  
guarda e conservação no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nomes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Órgão financiador da pesquisa: \_\_\_\_\_

Título da pesquisa: \_\_\_\_\_

Motivo da solicitação:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inovações tecnológicas em saúde | <input type="checkbox"/> Pesquisa básica                           |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa operacional            | <input type="checkbox"/> Interesse das Políticas Públicas de Saúde |
| <input type="checkbox"/> Pesquisa clínica                |  |

Uberlândia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

As informações contidas no prontuário - pertencem ao paciente e estão sob a guarda e supervisão permanente da Instituição. Elas são guardadas pelas seguintes legislações:

- Seção IV do Código Penal: Artigos 153 e 207.
- Código Civil: Artigo 241.
- Código Civil: Artigo 177.
- Código de Ética Médica, Capítulo V - Artigos 69 e 70 e Capítulo IX – artigo 108.
- Conselho Federal de Medicina, Resolução 1.605, de 15/09/2000: Artigos de 1º a 9º.
- Conselho Federal de Medicina (CFM) - Resolução 1.638 de 15/07/2002.
- Conselho Federal de Medicina - Resolução 1.639 de 15/07/2002. Pacientes que necessitam de suporte para a sobrevivência, que impliquem em cuidados intensivos com ventilação mecânica serão admitidos na CTI com base no prognóstico de qualidade de vida (critério de recuperabilidade).

Criação e Revisão de Impressos - o controle e fluxo de revisão ou criação de novos impressos é coordenado pelo Diretor Administrativo, Diretor Médico, Diretor de Enfermagem e setor de TI da INGDS. Esse controle envolve: avaliação, validação e aplicabilidade do conteúdo em conformidade com os padrões do Sistema. Padrões de formatação do documento, e fluxo de solicitação de impressos novos e revisados. Os serviços que têm impressos específicos e exclusivos deverão realizar a validação do conteúdo por consenso entre a unidade/serviço e especialistas, médicos



envolvidos na assistência ao paciente. Os impressos específicos deverão ser aprovados pelo Coordenador Médico da área, responsável inclusive por estabelecer o conteúdo, o fluxo de criação, revisão e controle dele. Nesses casos caberá a Equipe Corporativa rever somente os conteúdos para identificar falhas ou ausência de algum item necessário por questões de legislação ou processos de qualidade (certificação e acreditação).

Os serviços que têm impressos específicos poderão realizar a validação dos mesmos, desde que:

- Os impressos mantenham local para etiqueta de identificação do paciente na Instituição.
- Os impressos contenham o logotipo padronizado da Instituição.
- Seja estabelecido um processo de auditoria para assegurar a efetividade e utilidade do documento.
- Informem a equipe corporativa sobre o processo, enviando uma cópia do impresso para conhecimento dessa equipe.

#### a. Protocolos

Prontuário institucional - a UPA assegurará a identificação do paciente, gerando um registro único (número do prontuário), em que estarão vinculados os diversos atendimentos realizados na Instituição (número da passagem).

O prontuário mínimo do paciente com permanência acima de 24 horas na UPA deverá estar de acordo com a resolução 1.638 do CFM; lei Nº 10.241, de 17/03/99.

- Identificação do paciente em todos os impressos.
- Identificação do profissional em todos os impressos, com data, hora, assinatura, nome legível ou carimbo, número do conselho regional respectivo.
- Diagnósticos (hipóteses e diagnóstico final).
- Anamnese / Exame físico.
- Avaliação inicial.
- Avaliação de Risco.
- Prescrições médica e de enfermagem diárias.
- Evoluções médica e de enfermagem diárias.
- Evoluções de outros membros da equipe multidisciplinar.
- Conduta terapêutica.
- Exames complementares.
- Controles diários.
- Consentimentos Informados: cirúrgico/procedimento invasivo, de risco e anestesia/ sedação e transfusão de sangue e hemoderivados.
- Resumo de Internação.

- Orientações pós-alta.
- Relatórios de transferência.

Registro das informações - durante o atendimento ao paciente (em regime de internação, ambulatorial ou de emergência), os membros da equipe multiprofissional, envolvidos na assistência do paciente (corpo clínico, enfermagem, nutrição, farmácia) terão acesso ao prontuário para inclusão de dados referentes ao seu tratamento. Nos atendimentos em regime de internação (mais de 24 horas de permanência), esses registros são realizados em impressos do prontuário institucional e a forma de preenchimento está descrita no "Manual de preenchimento do prontuário". Para os atendimentos ambulatoriais e de emergência, cada serviço é responsável pela manutenção das regras de preenchimento dos seus impressos específicos.

Registros no prontuário - necessitam de identificação do profissional, data, hora e número do conselho de classe. O hospital reconhece as assinaturas ou rubricas desde que o número do respectivo conselho esteja legível, sendo possível identificar o profissional responsável pela anotação.

Ordens telefônicas - segundo Art. 62 do Código de Ética Médica é vedado ao médico prescrever tratamento ou outros procedimentos sem o exame clínico direto do paciente, salvo em condições de urgência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente cessado o impedimento. Esta Instituição estabelece que esse impedimento não deverá ultrapassar 24 horas.

A referida ordem deverá ser dirigida à Enfermeira responsável pela unidade e esta deverá efetuar registro na prescrição médica, com data, hora, profissional responsável pela ordem, nome do medicamento e sua assinatura.

Acesso às informações - os membros da equipe multidisciplinar, envolvidos na assistência ao paciente têm acesso às informações do prontuário durante o período de tratamento, sem a necessidade de autorização prévia por parte do paciente.

As informações de internações anteriores são disponibilizadas por meio eletrônico (prontuário digitalizado), desde que a alta da última internação tenha ocorrido em período superior a sete dias úteis. Os prontuários físicos têm liberação imediata quando não estão digitalizados. Após a digitalização, os prontuários físicos são encaminhados para guarda e arquivo, sendo que a eventual liberação acontecerá em um dia útil.

Durante a internação e após a alta, somente o paciente, seu representante legal ou pessoa por ele nomeada no documento "Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente" poderá autorizar a liberar as informações a terceiros, à exceção das condições a seguir:

- Menores e dependentes: qualquer um dos pais poderá assinar.
- Paciente falecido, na seguinte ordem:
- Esposo(a) do paciente.
- Representante legal atuante de direito.



- Filho(a) adulto(a).
- Um dos pais.
- Irmão(ã) adulto(a).
- Guardião ou responsável por ocasião do óbito.
- Comprometimento físico e/ou mental: representante legal.

#### **b. Controle**

Acesso para consulta de terceiros - o SAME poderá liberar o acesso ou consulta às informações contidas no prontuário do paciente para as seguintes categorias:

- Comissões internas e auditorias com o objetivo de avaliação e controle de qualidade.
- Equipe multiprofissional relacionada com o atendimento, o diagnóstico ou tratamento, de acordo com a "Política de Acesso a Informações"
- Auditorias administrativas, financeiras e médicas relacionadas com o atendimento atual.
- Pesquisadores para levantamentos científicos com autorização formal da Equipe de Ensino e Pesquisa e Comissão de Ética em Pesquisa.
- Representantes legais que asseguram o cumprimento da Lei: a liberação de informações requisitadas por órgãos oficiais somente será honrada para aqueles que tiverem posse da requisição legítima ou legal para recebê-las.
- Procedimentos legais: todas as requisições para liberação de informações para fins litigiosos serão enviadas ao Gerenciamento de Risco e/ou Departamento Jurídico.

Informações telefônicas - é vedado a qualquer membro da equipe multiprofissional fornecer informações do prontuário do paciente a terceiros, salvo com autorização do paciente ou representante legal (art. 83 e 117 do Código de Ética Médica).

Somente a Enfermeira responsável da unidade poderá dar informações telefônicas sobre o paciente, nos casos onde se aplica.

Auditorias: a auditoria por Seguros de Vida no prontuário do paciente só poderá ser realizada por profissional médico e/ou enfermeiro, devidamente qualificado e identificado através da apresentação de sua identificação profissional (expedida pelo Conselho Regional respectivo) e o crachá da empresa que ele representa no momento da consulta.

O SAME disponibilizará a equipe de auditores internos que avaliam, de maneira sistematizada, o nível de conformidade de preenchimento do prontuário.

Emissão de cópias de prontuários - a emissão de cópia de quaisquer informações do prontuário do paciente é proibida, a não ser que tenham consentimento por escrito do paciente ou seu representante legal. Esse consentimento deverá ser declarado em formulário próprio, fornecido pelo SAME, mediante a presença de duas testemunhas:

- Esposo(a).

- Representante legal atuante de direito.
- Filho(a) adulto(a).
- Irmão(ã) adulto(a) guardião ou responsável.
- A cópia deverá ser realizada nas dependências do SAME e, em condições excepcionais, poderá ser realizada em outro local, desde que acompanhada por um funcionário do SAME (seguindo as normas estabelecidas pelo setor). Todos os prontuários xerocados, e suas respectivas cópias deverão ter suas páginas numeradas, frente e verso.

Transferências para outra instituição - a unidade de Internação do paciente deverá emitir cópia da última prescrição médica, impresso da transferência e Resumo de Internação. Não há necessidade de solicitar autorização do SAME. Esta medida visa agilizar o processo de transferência e garantir a continuidade do cuidado.

O médico pode receber cópias de imagens de procedimentos realizados por ele (fitas VHS, CD-ROMs ou DVDs), de acordo com o item 6 do documento "Condições Gerais para Admissão e Tratamento do Paciente".

Omissões: as omissões e/ou o preenchimento incompleto do prontuário só poderão ser corrigidas pelo profissional que prestou a assistência (médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, dentistas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais). O prazo para a correção não deverá ultrapassar 60 (sessenta) dias da alta do paciente.

Poderá ser utilizado o próprio impresso questionado ou uma Comunicação Interna (CI), registrando-se a data e a hora da correção e a data do registro a que se refere, de acordo com a orientação do SAME.

Notificações de comparecimento do profissional envolvido para proceder ao registro de omissão ou erro serão controlados pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística, conforme fluxo descrito (normas do SAME).

Caso os documentos médicos exigidos para admissão do paciente não sejam localizados no prontuário, deverão ser refeitos, sendo obrigatória a data da correção da omissão.

Rasuras - o prontuário do paciente não poderá ter rasuras como: rabiscos, uso de corretivos, duas etiquetas no mesmo espaço indicado.

Perdas ou extravio - Havendo extravio de documentos dos prontuários dos pacientes internados, ou perda deles, o SAME deverá realizar todos os esforços necessários, juntamente com a equipe envolvida, para solucionar o problema, documentando-os.

Não sendo possível localizar o documento, esgotados todos os esforços para tal, no prazo de 72 horas deverá ser registrado um Boletim de Ocorrência Policial com orientação e acompanhamento do Serviço de Segurança patrimonial da unidade.

O Serviço de Arquivo Médico e Estatística não aceitará informações verbais sobre o extravio de impressos do prontuário do paciente internado.

As unidades de atendimentos ambulatoriais podem guardar prontuários em suas áreas para a garantia da continuidade do tratamento, desde que atendam às normas do SAME.



Toda e qualquer consulta ao prontuário físico fechado de paciente internado deverá ser realizada no SAME, seguindo as rotinas estabelecidas pelo serviço.

O SAME se relaciona diretamente com:

- Corpo médico.
- Enfermagem.
- Serviço social.
- Serviço de nutrição.
- Serviço de farmácia.
- Serviços administrativos.

### **Descrição de Funcionamento da Unidade de Estatísticas:**

Por meio da estatística é possível fornecer dados para a avaliação do padrão de atendimento e da eficiência dos serviços e prestar informações dentro do menor tempo possível.

Estatísticas - a tabela utilizada para codificação dos diagnósticos com finalidade estatística é a Classificação Internacional de Doenças - décima revisão (CID-10). A tabela utilizada para codificação dos procedimentos com finalidade estatística é a do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

As abreviaturas e os símbolos podem ser utilizados desde que sejam de conhecimento e uso comuns da equipe envolvida.

Membros/equipe - Um Assistente administrativo

### **Funcionamento de 08:00 as 17:00 horas de segunda a sexta feira**

Serviços estatísticos:

- Classificar os diagnósticos mediante exames dos prontuários completos.
- Elaborar informações estatísticas do movimento dos pacientes e dos diagnósticos.
- Levantar indicadores.
- Levantar coeficientes de causas de óbitos.
- Apresentar gráficos.
- Apurar áreas de investimento. Principais estatísticas
- Taxa de atendimentos em relação a população referenciada;
- Taxa de internação;
- Taxa de transferências;
- Taxa de atendimentos de urgências e emergências;
- Taxa de pequenos procedimentos;
- Taxa de infecções.

- Taxa de exames por número de atendimentos;
- Taxa da faixa etária atendida;
- Taxa de ocupação dos leitos de observação;
- Taxa de ocupação do leito de isolamento;
- Taxa de mortalidade.
- Outras...

Tipos de estatísticas do SAME:

- Estatísticas administrativas.
- Estatísticas de atenção.
- Estatísticas de recursos.
- Estatísticas de morbidade.
- Estatísticas de custos. (Recursos/Produção).

## **6.5 Gestão de tecnologia da informação**

Com o volume de informações que são gerados diariamente nos atendimentos de saúde pública, gera a necessidade de um registro único e centralizado das informações. Diante disso, apresenta-se um software que atende todos os setores de atendimento da Secretarias da Saúde e foi desenvolvido dentro dos mais altos padrões de qualidade, com a utilização de modernas ferramentas e técnicas de desenvolvimento existentes no mercado.

Destaca-se pela compatibilidade com o Cartão SUS, possibilitando de imediato a utilização do banco de dados formado a partir do conjunto de aplicativos do CADSUS e do SCNES, além dos vários níveis de integração entre os diferentes setores do sistema de saúde do município, dentre os quais a utilização do Cartão Nacional de Saúde como instrumento de identificação dos usuários.

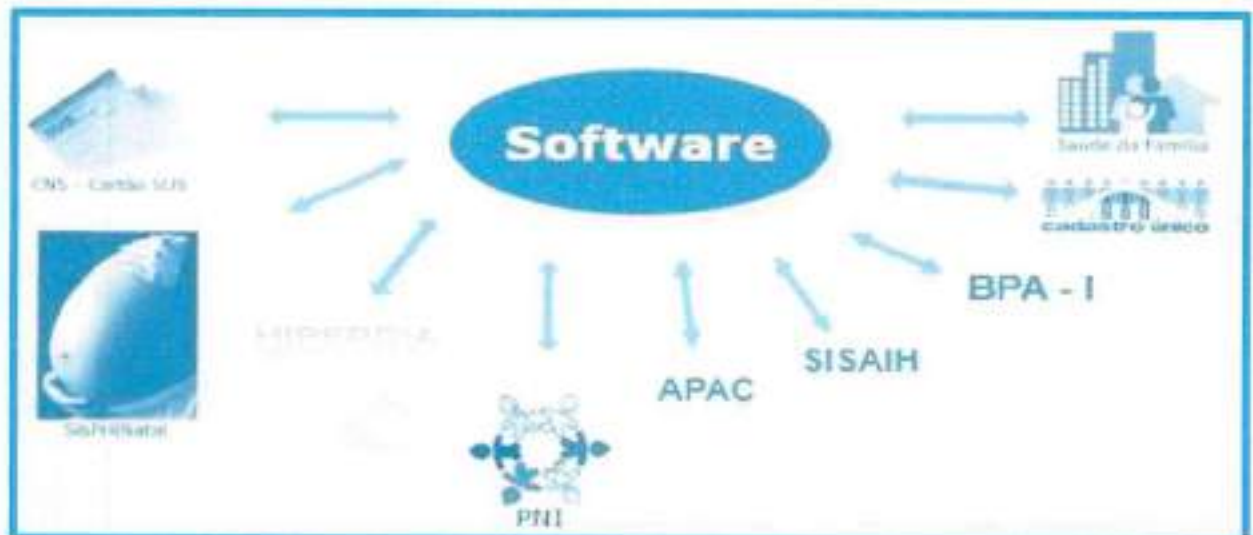
Contempla todas as necessidades relacionadas à coleta de dados, processamento e produção de informações necessárias à gestão e à gerência dos serviços da saúde municipal. Diferencia-se dos demais sistemas disponíveis, pela possibilidade de conversão dos bancos de dados existentes, permitindo a continuidade do histórico dos pacientes e das unidades assistenciais, assim como, a unificação dos diversos cadastros que os pacientes possam ter.



## Gestão de Todos os Setores



## **Integrações automáticas com Sistemas Externos**



## **Agendamento/Recepção (Consultas/Exames)**

Controla os agendamentos de consultas e atendimentos dos profissionais e unidades assistenciais vinculados aos serviços de saúde do município, bem como os exames e as Listas de Espera, fornecendo relatórios e informações estatísticas e gerenciais sobre a utilização dos serviços de saúde.

### **Atendimento (Ambulatorial/ Prontuário Eletrônico)**

Possibilita gerenciar o fluxo do atendimento ambulatorial na unidade, através de prontuário eletrônico, além de possibilitar a digitação dos atendimentos realizados em setores não informatizados.

#### **a. Estoque (Farmácias, Almoarifado)**

Possibilita o gerenciamento de todos os locais de Armazenamento, centro de custos e fornecimento de materiais e medicamentos da unidade, registrando as entradas (Compras, Transferências, Ajustes de Entrada, etc.) e saídas (Dispensação, Consumo Próprio, Transferências, Perdas, etc) de Estoque, controlando os medicamentos por lote, data de validade e medicamentos controlados.

#### **b. Laboratório**

Permite o registro dos exames laboratoriais, seguindo o fluxo do laboratório (agendamento, recepção, coleta, emissão dos laudos e entrega ao paciente) com a flexibilidade na configuração dos exames e laudos para os exames realizados, possibilitando o acompanhamento visual do fluxo de realização dos exames, incluindo Laudos de Radiologia e outros exames de imagem, com a utilização de assinatura digital para liberação dos resultados conferidos. Além disso, fornece informações estatísticas dos exames realizados, através de relatórios e gráficos. Disponibiliza os resultados dos exames no prontuário do paciente e possibilita o controle dos exames realizados, evitando a realização de exames repetidos e desnecessários.

#### **c. Programas Assistenciais**

Controla as ações que o município realiza, na qualidade de gestor do sistema de saúde, na forma de programas proporcionando as condições para que o município possa utilizar o cadastro de ações programáticas padronizado pelo Ministério da Saúde, além da complementação com informações específicas, como limite de usuários em cada programa e permanência mínima, controlando os usuários ativos e inativos, inscritos nos programas, com datas de inclusão e saída, permitindo a programação de frequência dos usuários que tomam parte nos programas para fornecimento de medicamentos, consultas, avaliações e exames, conforme periodicidade definida, bem como proporcionar o controle dos Programas com geração de arquivos magnéticos para alimentação automática.

#### **d. Internação**

Possibilita registrar todas as solicitações de internações, de forma que todos os laudos sejam lançados em tempo real, proporcionando a unidade o controle desta condição, para que sejam evidenciados todos os atendimentos, a procedência dos pacientes, características da internação, e profissional solicitante, possibilitando a autorização on- line pelo controle e avaliação, emissão das FAA` se a geração do faturamento. Além disso, proporciona a condição para informatização de todos os setores da unidade, desde a recepção, controle de leitos atendimento médico, de enfermagem, farmácia, insumos e nutrição, de maneira que todos os registros estejam no meio eletrônico.



e. Epidemiologia

Todos os eventos de saúde que são identificados como doenças de notificação compulsória devem gerar um processo para que os procedimentos de investigação, monitoração e tratamento sejam desenvolvidos pelo Serviço de Epidemiologia. Para isso, o software deverá gerar automaticamente a partir da informação do CID 10 informado pelo médico a título de diagnóstico um processo de notificação para a epidemiologia e torná-lo disponível em tempo real. Para as doenças que exigem formulário específico para notificação ou complementação de informações, o sistema deverá provê-lo automaticamente.

f. Ouvidoria

Possibilita o registro de todas as reclamações, sugestões e elogios feitos pelos usuários de forma presencial, via telefone ou internet, permitindo o envio de cada assunto ao setor responsável para rápida solução e o acompanhamento de cada situação. Ao mesmo tempo, são gerados os documentos para informar aos interessados, assim como a produção de estatísticas para acompanhar os pontos favoráveis e críticos do sistema local.

g. Regulação de Serviços

Todos os serviços de saúde que demandam autorização e/ou marcação prévia devem ser organizados em agendas. O software possibilita aos serviços este ordenamento, seja na forma de Central de Agendamento ou em cada unidade de saúde. As consultas podem ser marcadas por profissional, especialidade ou unidade de atendimento, assim como os exames, procedimentos complementares e o transporte de pacientes. Além disso, possibilita o registro dos atendimentos feitos pelos Prestadores de Serviços contratados, no próprio local de atendimento, gerando com isso as informações para apurar a produção e a emissão de documentos para o faturamento. Esta funcionalidade está disponível para operar através da Internet (browser).

h. Geral (Integração com o Cartão Nacional de Saúde e outros sistemas)

O sistema proporciona a geração de relatórios dinâmicos e em tempo real, de acordo com a necessidade de cada setor, tanto para os níveis de gestão, gerência ou para os profissionais de saúde, que podem ser visualizados de forma descritiva e também em gráficos. Além disso, de forma automática, gera informações para integração com os demais sistemas de alimentação obrigatória do Ministério da Saúde (SIA, SIHD, HIPERDIA, SISPRENATAL, SISVAN, SIAB, CARTÃO SUS, SI-PNI, SISAIH01, e-SUS dentre outros), bem como, compatibilizar os cadastros e tabelas utilizadas e disponíveis no Sistema Único de Saúde.

i. Indicadores

Permite a gerar os relatórios de indicadores para acompanhamento e monitoração de processos, desempenho, cobertura assistencial por área, atualizado permanentemente e disponibilizados em tempo real através da Internet, utilizando-se da lógica do BI - "Business Intelligence".

**Permite a configuração conforme às necessidades da Unidade de Saúde e da Secretaria da Saúde.**



### j. Integração com Sistema Cartão Nacional de Saúde (SCNS)

É possível identificar os usuários (pacientes) através da leitura do Cartão SUS. O software está preparado para leitura de cartões com tarja magnética (mais antigos), bem como para leitura dos cartões com código de barras (modelo atual) e leitura biométrica. Neste caso, aparece como requisito, a instalação de leitores de códigos de barras / tarja magnética (fenda) / leitores biométricos nos pontos de atendimento.

### **Gestão com Controle da execução das atividades**

A governança o para Resultados são expressões em ascendente uso na literatura gerencial no setor público que possuem fortes e centrais significados para o processo de mudança organizacional e para a mensuração do desempenho.

O termo Governança busca expandir e superar o atual paradigma de administração pública. Hoje o termo administração pública está associado a um papel preponderante do estado como executor direto no desenvolvimento, na gestão de políticas públicas e no provimento de serviços. O modelo de gestão alinhava-se principalmente com modelos burocráticos ortodoxos, espelhados em modelos organizacionais mecanicistas, dotados de características de hierarquia, verticalização, rigidez, insulamento.

A Governança pública, por sua vez, baseia-se em múltiplos arranjos com a participação de diversos atores (estado, terceiro setor, mercado etc.) no desenvolvimento, na gestão de políticas públicas e no provimento de serviços. Este modelo não diminui a importância do estado, mas qualifica-o com o papel de orquestrador, direcionador estratégico, indutor e fomentador absolutamente essencial para a ativação e orientação das capacidades dos demais atores. Este paradigma promove a adoção de modelos de gestão burocráticos, tais como: redes, modelos de gestão orgânicos (flexíveis, orientados para resultados, foco no beneficiário), mecanismos amplos de accountability, controle e permeabilidade.

A orientação para resultados é uma fixação do novo paradigma, ou seja, o que está em foco são as novas formas de geração de resultados em um contexto contemporâneo complexo e diversificado.

Uma boa gestão é aquela que alcança resultados, independentemente de meritórios esforços e intenções. E, alcançar resultados, no setor público/privado, é atender às demandas, aos interesses e às expectativas dos beneficiários, sejam cidadãos ou organizações, criando valor público.

No entanto, os resultados não acontecem por acaso, pois governos, organizações públicas, políticas, programas e projetos não são auto orientados para resultados. Assim como, também não basta apenas definir bem os resultados, pois não são auto executáveis. Portanto, a implementação passa a ser a variável crítica.

Diferentes pesos são atribuídos a diversos fatores promotores de resultados, tais como consciência estratégica (formulação compartilhada e comunicação da estratégia), liderança (capacidade de influenciar e mobilizar pessoas), estrutura (definição clara de competências, áreas e níveis de responsabilidade), processos (definição detalhada de procedimentos), projetos (desdobramento



de resultados em ações que perpassam estruturas e processos que se submetem a regimes intensivos de monitoramento), contratualização (pactuação de resultados mediante mecanismos de monitoramento e avaliação, e incentivos), pessoas (dimensionamento de equipes, capacitação, comprometimento, alinhamento de valores), tecnologias de informação e comunicações (inovação e integração tecnológicas, automação), recursos financeiros (disponibilidade, previsão e regularidade de fluxo).

Assim, a principal questão concentra-se em como fazer os resultados serem obtidos e, para isso, faz-se necessário harmonizar todos esses fatores sob o abrigo de um modelo robusto de gestão para resultados.

Por sua vez, o conceito de Gestão para resultados não se restringe apenas em formular resultados que satisfaçam às expectativas dos legítimos beneficiários da ação governamental de forma realista, desafiadora e sustentável. Requer, também, alinhar os arranjos de implementação (que envolvem intrincados conjuntos de políticas, programas, projetos e organizações) para alcançá-los, além de envolver a construção de mecanismos de monitoramento e avaliação que promovam aprendizado, transparência e responsabilização.

O conhecimento adquirido em gestão para resultados da equipe da instituição, ressalta, a partir da análise de abordagens metodológicas, casos referenciais e seus contextos de atuação, um conjunto de atributos essenciais que um bom modelo de gestão para resultados deve possuir, tais como: ser dinâmico, abrangente e multidimensional.

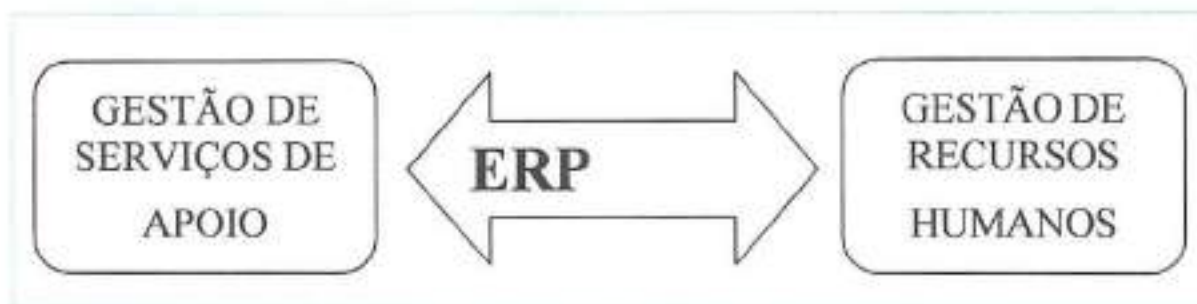
Ser dinâmico significa não se limitar apenas em definir e mensurar resultados, mas sim, em definir resultados (a partir de um planejamento abrangente), alcançá-los (mediante processos claros de implementação), monitorá-los e avaliá-los (a partir de "controles", acompanhamentos e ajustes decorrentes). Em síntese, trata-se de uma visão de geração e incorporação das informações sobre desempenho nos processos decisórios tanto internos quanto externos da organização, criando demandas para estas informações (situação de institucionalização).

Além disso, ser abrangente é basear-se num conceito amplo de desempenho que englobe tanto os esforços quanto os resultados propostos, presumindo que não há resultados sem alinhamento de esforços, assim como, esforços desalinhados só promovem desempenho por conta do acaso. Portanto, gerir o desempenho não significa somente monitorar resultados, mas também promover o alinhamento dos esforços para os resultados esperados.

Por último, mas não menos importante, um modelo ideal de gestão para resultados deve ser multidimensional, isto é, considerar as múltiplas dimensões de esforço (processos, recursos, estruturas, sistemas informacionais e pessoas) para alinhá-los aos resultados.

Para isso, deve-se evitar definições reducionistas e unidimensionais, em que aspectos significativos do esforço e do resultado sejam deixados de fora, ou aspectos pouco significativos permaneçam dentro do modelo de gestão para resultados.

A INGDS vem propor uma forma de Gestão Estratégica Integrada baseada nestes preceitos, preconizando a Integralização completa dos setores envolvidos buscando eficiência e resultados.



O INGDS acredita que exista a necessidade de implementação orientada de acordo com os objetivos estratégicos da entidade. É importante fazer com que o sistema esteja em conformidade com as necessidades e perspectivas de desenvolvimento da organização.

Entre as vantagens, estão:

- Eliminação da manutenção de múltiplos sistemas;
- Padronização de procedimentos;
- Redução de custos de treinamento;
- Interação com um único fornecedor.
- Redução do retrabalho e inconsistências;
- Redução da mão-de-obra relacionada a processos de integração de dados;
- Maior controle sobre a operação da empresa;
- Eliminação de interfaces entre sistemas isolados;
- Melhoria na qualidade da informação;
- Contribuição para a gestão integrada;
- Otimização global dos processos da entidade;
- Redução de custos de informática;
- Foco na atividade principal da empresa;
- Padronização de informações e conceitos;
- Eliminação de discrepâncias entre informações de diferentes departamentos;
- Melhoria na qualidade da informação;
- Acesso a informações para toda a instituição.

### **Gestão Estratégica da Informação e Inteligência Competitiva**

Diariamente centenas de dados ficam disponíveis para as Instituições. É fundamental transformar estes dados em informações úteis. A Gestão da Informação (GI) constitui-se peça-chave nas empresas, uma vez que a informação, em conjunto com o conhecimento e/ou gerando este, é a **necessidade principal para uma tomada de decisão eficaz.**





**As organizações são:**

Sistemas de Informações

Sistemas de Comunicação

Sistemas de Tomada de Decisão

A Inteligência Competitiva é um conjunto de conhecimento decorrente de ações estruturadas de investigação e análise das variáveis estratégicas portadoras de futuro.

Objetivamos entender, antever e influenciar o Cenário Alvo onde se inserem todos os fatores críticos de sucesso do negócio da empresa

Genericamente, o termo informação é usado para referir-se a todas as maneiras de descrição ou representação de sinais ou dados.

Para trabalhar com Inteligência Competitiva, é preciso entender as diferenças entre essas classes, pois elas possuem valores distintos no contexto do processo decisório. Os altos escalões de uma organização necessitam de informação qualitativa que contenha um valor agregado, para que os dirigentes possam ter uma visão global da situação.

Já nos escalões inferiores serão necessárias informações quantitativas de baixo valor agregado, de forma a possibilitar o desempenho das tarefas rotineiras.



#### Dados:

É a coleta de matéria-prima bruta, dispersa nos documentos.

#### Informação:

É o tratamento do dado, transformado em Informação. Pressupõe uma estrutura de dados organizada e formal. As bases e bancos de dados, bem como as redes são sustentadas pela informação.

#### Conhecimento:

É o conteúdo informacional contido nos documentos, nas várias fontes de informação e na bagagem pessoal de cada indivíduo.

#### Inteligência:

É o nível mais alto desta hierarquia e pode ser entendida como a informação com oportunidade, ou seja, o conhecimento contextualmente relevante que permite atuar com vantagens no ambiente considerado. É combinação destes três elementos resultante do processo de análise e validação pelo especialista. É a informação com valor agregado. Também pode ser vista como o conhecimento que foi sintetizado e aplicado a determinada situação para ganhar maior profundidade e consciência dela. Complementando, diz-se que a inteligência é a parte do conhecimento que habilita a tomada das melhores decisões.

#### Impacto Estratégico:

É onde se tem o objetivo de se optar pelo melhor caminho e se poder recomendar a estratégia a obter.

#### Ação:

Depende da avaliação dos gestores de topo que decidirão adotar as estratégias recomendadas ou não.

#### Soluções:

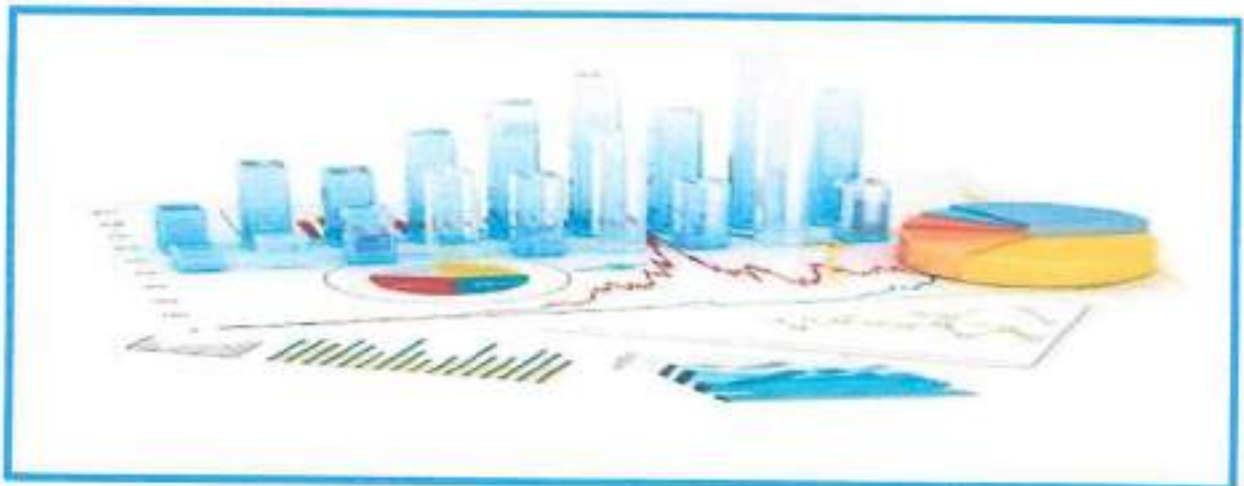
- Gestão baseada em Inteligência Competitiva: diagnóstico, plano de ação;
- Processos em Inteligência Competitiva: mapeamento e implementação de processos com foco em resultado;
- Técnicas de análise a implementação de indicadores de performance e desempenho (KPIs), Business Intelligence (BI) e Gerenciamento de Projetos.

#### Diferenciais:

- Vantagens econômicas e operacionais nos negócios com dados e análises assertivas;
- Aumentar a capacidade de inovação da empresa;



- Acelerar a criação de oportunidades de negócio para a empresa;
- Agilizar a tomada de decisão estratégica e operacional;
- Gerenciar e prever riscos na gerência de projetos PMI (Project Management Institute) ou qualquer outra metodologia para a gestão de projetos e/ou negócios;
- Disseminar o conhecimento gerado para as equipes internas da empresa e para os clientes e parceiros;
- Manter o foco no que é importante para o negócio;
- Direcionar e integrar, assertivamente, os planos de negócios e a implementação de ações;
- Reduzir os riscos não apenas na tomada de decisão estratégica, mas também na implementação e no acompanhamento das ações;
- Organizar e analisar as informações vindas de diferentes fontes e ao mesmo tempo;
- Estimula o Benchmarking e prevêem Cenários.



### Ferramentas de Excelência na Saúde e Gestão de Performance

A ideia de um modelo maduro na saúde é descrever, de forma sucinta, como uma organização e seu time de gestão podem desenvolver e ampliar o uso do conceito da excelência corporativa e seus processos e sistemas de informação relacionados. A origem do modelo reside na ideia de estágios, os quais uma organização geralmente atravessa a medida que se adapta a nova cultura, processos, práticas de gestão, conceitos de negócio e modos de operação. Estes estágios representam o crescimento, aprendizado e desenvolvimento organizacional que ocorrem a medida que novos métodos são implementados em grandes instituições.

Uma das melhores aplicações práticas do modelo é determinar a maturidade ou predisposição de uma organização da saúde para o programa de desenvolvimento da excelência organizacional. Geralmente, as diferentes partes de uma grande instituição têm capacidade de desenvolver o programa em ritmos diferentes, com pouca sincronização. Algumas partes da empresa estão bem estabelecidas ou reorganizadas e algumas se desenvolveram puramente através de evolução orgânica. Este tipo de desenvolvimento leva a uma situação onde os processos existentes,

conteúdo e qualidade da informação do paciente, e habilidades dos colaboradores podem existir em níveis muito diferentes nas diferentes partes da organização. Com o objetivo de desenvolver com sucesso a excelência nos diferentes temas, tais como em processos ou informações, a situação atual de cada unidade de negócio, unidade regional ou departamento deve ser reconhecida e suficientemente compreendida. O modelo de maturidade em excelência organizacional é uma valiosa ferramenta para esta avaliação e análise.

Pela verificação frequente dos itens de medição no macro e microsistemas – diária, semanal ou mensalmente – a organização pode monitorar melhor seu desempenho, encontrar oportunidades de melhoria, e prevenir níveis de qualidade de despencarem sem ninguém perceber.

Algumas características claramente diferenciam os níveis de maturidade tecnológica e apresentam evidências de progresso da organização, que impactam direta e positivamente na sustentação da mudança do modelo de gestão. Os fatores que melhor exibem este progresso são:

- **Pontualidade dos processos:** Tempo decorrido entre o início de um processo de negócio ou atividade e o resultado esperado. Por exemplo, tempo para registrar um prestador de serviço, designar um colaborador, pagar por um serviço, responder a uma solicitação, realizar uma mudança, reportar resultados, etc. Este indicador move a partir de um nível inicial de algumas horas/dias até retorno imediato ou simultâneo.
- **Acesso e precisão dos dados:** Facilidade de acesso aos dados requeridos pelo processo ou atividade, e disponibilidade e exatidão dos dados usados pelo processo. Este indicador parte de um padrão não determinado, até um formato padronizado com autorização, autenticação, e acesso instantâneo e remoto ao dado.
- **Nível de esforço:** carga de trabalho e de requisitos requeridos para realizar um processo de negócio ou atividade. Este indicador move desde uma grande carga de trabalho manual até elevada automação com intercâmbio e validação automática de dados a partir de fontes internas e externas.
- **Custo efetivo:** Relação entre esforço e custo com o resultado final. Este indicador move a partir de um grande número de profissionais até a automação total do processo com um reduzido número de profissionais chaves.
- **Qualidade dos resultados:** Benefícios mensuráveis resultantes do processo ou atividade. Esta qualidade move a partir de validações manuais e decisões inconsistentes até verificações automáticas através de mecanismos padronizados.
- **Utilidade ou valor para os participantes:** Impacto do processo ou atividade no indivíduo. Este indicador move desde sendo um facilitador até a padronização total dos processos para a melhor tomada de decisão.





Conforme as instituições migram de um nível de maturidade para o próximo, o impacto dos benefícios nas melhorias nos processos e atividades cresce substancialmente. Considerando que as melhorias em cada nível de maturidade solucionam diferentes conjuntos de problemas, diferentes benefícios são alcançados em cada nível.

Compreender o negócio da saúde requer a habilidade de integrar os dados médicos gerados no atendimento ao paciente com os dados administrativos e financeiros para transformar simples registros em informação inteligente para o disparo pró-ativo de ações. Ter o acesso aos dados certos na hora certa auxilia os gestores e corpo clínico a suportar eficazmente a organização e seus pacientes, e ao mesmo tempo, aprimorar continuamente a qualidade dos serviços prestados.

A maioria dos gestores não utiliza uma maneira simples para medir e monitorar o desempenho de seus indicadores - ou um método eficaz para comunicar metas e objetivos. Como resultado, muita atenção é dada aos indicadores financeiros e indicadores de resultado enquanto que os indicadores das operações críticas e os indicadores chaves de desempenho (KPIs) não recebem dedicação suficiente.

As Instituições arriscam desperdiçando recursos e esforços quando o que elas precisam é de uma estratégia clara e unificada. Na falta de fontes de indicadores comuns, os gestores medem o desempenho em áreas não relacionadas com a estratégia corporativa ou não alinhadas corretamente.

Os empregados sabem que eles são responsáveis por conduzir o desempenho da empresa. Mas, nem todos sabem se ou quando eles são responsáveis por resolver um problema de desempenho. Muitos problemas persistem ou ficam sem responsável porque nenhuma pessoa, equipe ou departamento foi especificamente designado para resolvê-lo.

O modelo de Gestão de Performance é um conjunto de processos de gestão, com suporte tecnológico, que possibilita a definição de objetivos estratégicos, a medição e o monitoramento de sua performance em relação às metas. A Gestão de Performance contempla indicadores, metodologias, processos e sistemas de informação para gerenciar o desempenho corporativo.

Além disso, soluções de Gestão de Performance devem ser abrangentes e suportar todos os níveis de desempenho para gerenciar a interação entre todos os tipos de indicadores e proporcionar uma visão única da organização. Esta Gestão também apresenta os seguintes benefícios:

- Melhora a tomada de decisão;
- Minimiza incertezas e alinha Indicadores e Objetivos;
- Foca nos indicadores que refletem a estratégia e que são mais críticos;
- Sincroniza a comunicação das metas, estratégias e indicadores através das diversas áreas e permite aos usuários consultar, editar, compartilhar e trabalhar simultaneamente em uma informação comum;
- Minimiza os problemas associados com a geração de relatórios financeiros detalhados e dados operacionais de múltiplas aplicações, base de dados e sistemas legados;
- Capacita a organização a tomar decisões de maneira mais rápida, mais inteligente e em tempo hábil obtendo e transformando dados dos sistemas legados operacionais e dos sistemas "front-end" em um repositório único em tempo real;

Integra processos chave como planejamento, orçamento, provisionamento, consolidação, relatórios e análises em uma única plataforma de TI.

Uma solução completa de Gestão de Performance suporta todos os estágios do ciclo de vida permitindo planejar a estratégia, definir os objetivos, gerenciar riscos e iniciativas, medir e monitorar os indicadores, tomar ações corretivas e preventivas, reportar e analisar seu desempenho através de toda a organização, compatível com o sistema utilizados por essa municipalidade, garantindo gerenciamento e monitoramento de todas as informações assistenciais, cadastrais, estatísticas, operacionais e financeiras.

## 6.6 Gestão de Resíduos

Os resíduos de serviços de saúde (RSS) são os chamados lixos ou resíduos hospitalares, originados em hospitais, unidades de pronto atendimento, ambulatórios, unidades básicas, laboratórios e outras instituições. Esses objetos podem ser sólidos, semissólidos ou líquidos e não pode ser simplesmente descartado com o lixo comum, há necessidade de um processo diferenciado, já que podem causar riscos à saúde e ao meio ambiente.

Dados estatísticos do Ministério do Meio Ambiente indicam que o Brasil produz aproximadamente de 625 a 1.250 toneladas de lixo hospitalar por dia. Do total recolhido, cerca de 87% são lançados a céu aberto ou em aterros feitos sem controle sanitário.



O gerenciamento correto destes detritos que, necessita de protocolos, sistemas e processos para o descarte, desde o momento de sua geração até a hora que deixará a unidade de saúde Este plano deve estar de acordo com as exigências locais, estaduais e federais.

- Gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

O gerenciamento dos RSS constitui-se em um conjunto de procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de minimizar a produção de resíduos e dar um encaminhamento seguro aos resíduos gerados, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, à preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (ANVISA, 2004). Será implantado um PGRSS na UNIDADE, de acordo com sua infraestrutura física.

Para a elaboração do PGRSS, também é imprescindível conhecer a quantidade e característica dos resíduos gerados.<sup>5</sup> Essa quantificação pode ser obtida por meio da estimativa do volume de resíduos ou pela pesagem dos mesmos. Defendemos a importância da pesagem, pelo menos ao elaborar o plano, por representar um resultado mais fidedigno da quantidade de resíduos gerados e, também, por permitir observar os possíveis erros na etapa da segregação.

A implementação de um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde apenas para cumprir normas não resolve o problema de sua geração. Quanto menor for a quantidade desses resíduos, menor será o custo para seu tratamento; disposição e os problemas a eles associados; contudo alternativas que busquem a redução da sua geração ainda são escassas.

- Etapas do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde

As etapas do gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde, segundo a resolução número 306/04 da ANVISA (ANVISA, 2004) consistem em:

- Segregação – separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características físicas, químicas e biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos. A segregação inadequada de resíduos compromete todas as outras etapas do gerenciamento de resíduos.

As vantagens de se praticar a segregação na origem, segundo a Organização Pan- Americana de Saúde (1997): reduzir os riscos para a saúde e o ambiente, impedindo que os resíduos infectantes, que geralmente são frações pequenas, contaminem os outros resíduos gerados no hospital; diminuir os custos, já que apenas terá tratamento especial uma fração e não todos e reciclar.

- Acondicionamento – ato de embalar os resíduos segregados, em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura; a capacidade dos recipientes de acondicionamento deve ser compatível com a geração diária de cada tipo de resíduo.

Os resíduos sólidos devem ser acondicionados em saco constituído de material resistente à ruptura e ao vazamento, impermeável, baseado na NBR 9191/2000 da ABNT (ABNT, 2001), respeitados os limites de peso de cada saco, sendo proibido o seu esvaziamento ou reaproveitamento.



Os sacos devem estar contidos em recipientes de material lavável, resistente à punctura, ruptura e vazamento, com tampa provida de sistema de abertura sem contato manual, com cantos arredondados e ser resistente ao tombamento (ANVISA, 2004).

Os resíduos líquidos devem ser acondicionados em recipientes constituídos de material compatível com o líquido armazenado, resistentes, rígidos e estanques, com tampa rosqueada e vedante (ANVISA, 2004).

- Identificação – conjunto de medidas que permite o reconhecimento dos resíduos contidos nos sacos e recipientes, fornecendo informações ao correto manejo dos RSS (ANVISA, 2004);

A identificação deve ser colocada nos sacos de acondicionamento, nos recipientes de coleta interna e externa, nos recipientes de transporte interno e externo e nos locais de armazenamento, em local de fácil visualização, de forma indelével, utilizando-se símbolos, cores e frases, atendendo aos parâmetros referenciados na norma NBR 7.500 da ABNT, além de outras exigências relacionadas à identificação de conteúdo e ao risco específico de cada grupo de resíduos.

A identificação dos sacos de armazenamento e dos recipientes de transporte será feita por adesivos, que garantirá a resistência desses aos processos normais de manuseio dos sacos e recipientes.

O Grupo A é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, são resíduos com a possível presença de agentes biológicos que, por suas características de maior virulência ou concentração, podem apresentar risco de infecção, são classificadas como A1, A2, A3, A4 e A5.

### **A1:**

- Culturas e estoques de microrganismos; resíduos de fabricação de produtos biológicos, exceto os hemoderivados; descarte de vacinas de microrganismos vivos ou atenuados; meios de cultura e instrumentais utilizados para transferência, inoculação ou mistura de culturas; resíduos de laboratório de manipulação genética.
- Resíduos resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou animais, com suspeita ou certeza de contaminação biológica por agentes Classe de Risco 4, microrganismos com relevância epidemiológica e risco de disseminação ou causador de doença emergente que se torne, epidemiologicamente, importante ou cujo mecanismo de infecção seja desconhecido.
- Bolsas transfusionais contendo sangue ou hemocomponentes rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta.
- Sobras de amostra de laboratório contendo sangue ou líquidos corpóreos, recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde, contendo sangue ou líquidos corpóreos na forma livre.



**A2:**

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

**A3:**

- Peças anatômicas (membros) do ser humano e, também, os produtos de fecundação sem sinais vitais, com peso menor que 500 gramas ou estatura menor que 25 centímetros ou idade gestacional menor que 20 semanas, que não tenham valor científico ou legal e não tenham sido requisitados pelo paciente ou familiares.

**A4:**

- Kits de linha arteriais, endovenosas e dialisadores, quando descartados, filtros de ar e gases aspirados de área contaminada, membrana filtrante de equipamento médico- hospitalar e de pesquisa entre outros similares;
- Sobras de amostra de laboratório e seus recipientes contendo fezes, urina e secreções, provenientes de pacientes que não contenham e nem sejam suspeitos de conter agentes Classe de Risco 4, e nem apresentem relevância epidemiológica e risco de disseminação, ou microrganismo causador de doença emergente que se torne, epidemiologicamente, importante ou cujo mecanismo de transmissão seja desconhecido ou com suspeita de contaminação por príons;
- Resíduos de tecido adiposo proveniente de lipoaspiração, lipoescultura ou outro procedimento de cirurgia plástica que gere esse tipo de resíduo;
- Recipientes e materiais resultantes do processo de assistência à saúde que não contenha sangue ou líquidos corpóreos na forma livre;
- Peças anatômicas (órgãos e tecidos) e outros resíduos provenientes de procedimentos cirúrgicos ou de estudos anatomopatológicos ou de confirmação diagnóstica;
- Carcaças, peças anatômicas, vísceras e outros resíduos provenientes de animais não submetidos a processos de experimentação com inoculação de microrganismos, bem como suas forrações;
- Bolsas transfusionais vazias ou com volume residual pós-transfusão.

**A5:**

- Órgãos, tecidos, fluidos orgânicos, materiais perfurocortantes ou escarificantes e demais materiais resultantes da atenção à saúde de indivíduos ou materiais com a suspeita ou certeza de contaminação por príons.

Figura 1. Identificação de resíduos do grupo A.



O Grupo B é identificado através do símbolo de risco associado, de acordo com a NBR 7500 da ABNT e com discriminação de substância química. Resíduos contendo substâncias químicas que podem apresentar risco à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade e toxicidade:

- Produtos hormonais e produtos antimicrobianos, citostáticos, antineoplásicos, imunossuppressores, digitálicos, imunomoduladores, antirretrovirais, quando descartados por serviços de saúde, farmácias, drogarias e distribuidores de medicamentos ou apreendidos e os resíduos e insumos farmacêuticos dos medicamentos controlados pela portaria do MS 344/98 e suas atualizações;
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, resíduos contendo metais pesados; reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Demais produtos considerados perigosos, conforme classificação da NBR 10.004 - (tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos) (ABNT, 2004).

Figura 2. Identificação dos resíduos do grupo B.



O Grupo C é representado pelo símbolo internacional de presença de radiação ionizante (trifólio de cor magenta) em rótulos de fundo amarelo e contornos pretos, acrescido da expressão "rejeito radioativo" (ANVISA, 2004). Quaisquer materiais resultantes de atividades humanas que contenham radionuclídeos em quantidades superiores aos limites de isenção especificados nas normas da Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN) e para os quais a reutilização é imprópria



ou não prevista.

- Enquadram-se, nesse grupo, os rejeitos radioativos ou contaminados com radionuclídeos, provenientes de laboratórios de análises clínicas, serviços de medicina nuclear e radioterapia, que contenham radionuclídeos em quantidade superior aos limites de eliminação.

Figura 3. Identificação de resíduos do grupo C.



Os resíduos do grupo D podem ser destinados à reciclagem ou reutilização. Quando a opção for a reciclagem, a identificação deve ser feita nos recipientes e nos abrigos de guarda de recipientes, usando código de cores e suas correspondentes nomeações, baseadas na resolução do CONAMA no. 275/01, e símbolo tipo material reciclável. Para os demais resíduos do grupo D, deve ser utilizada a cor cinza ou preta nos recipientes. Resíduos que não apresentem risco biológico, químico ou radiológico à saúde ou ao meio ambiente, podendo ser equiparados aos resíduos domiciliares.

- Papel de uso sanitário e fralda, absorventes higiênicos, peças descartáveis de vestuário, resto alimentar de usuário, material utilizado em antissepsia e hemostasia de venóclises, equipo de soro e outros similares não classificados como A1;
- Sobra de alimentos e do preparo de alimentos, resto alimentar de refeitório, resíduos provenientes das áreas administrativas, resíduos de varrição, flores, podas e jardins, resíduos de gesso provenientes da assistência à saúde.

Figura 4. Identificação dos resíduos do grupo D.



O **Grupo E** é identificado pelo símbolo de substância infectante constante na NBR-7500 da ABNT, com rótulos de fundo branco, desenho e contornos pretos, acrescido da inscrição de **RESÍDUO PERFUROCORTANTE**, indicando o risco que apresenta o resíduo. Materiais perfurocortantes ou escarificantes, tais como lâminas de barbear, agulhas, escalpes, ampolas de vidro, brocas, limas endodônticas, pontas diamantadas, lâminas de bisturi, lancetas, tubos capilares, micropipetas, lâminas, lamínulas, espátulas, e todos os utensílios de vidros quebrados no laboratório (pipetas, tubos de coleta sanguínea e placas de Petri) e outros similares.

**Figura 5.** Identificação dos resíduos do grupo E (Resíduo perfurocortante).



Transporte interno – traslado dos resíduos dos pontos de geração até o local destinado ao armazenamento temporário ou ao armazenamento externo (ANVISA, 2004);

O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito, separadamente, de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos (ANVISA, 2004).

Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com esse regulamento técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído (pneus de borracha). Os recipientes com mais de 400 litros de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo para higienização:

- Estabelecer turnos, horários e frequência de coleta;
- Sinalizar o itinerário da coleta de forma apropriada;
- Não utilizar transporte por meio de dutos ou tubos de queda;
- Diferenciar as coletas, isto é, executá-las com itinerários e horários diferentes segundo o tipo de resíduo
- Coletar resíduos recicláveis de forma separada;
- Fazer a manutenção preventiva dos carros para a coleta interna e higienizá-los ao final de cada coleta.



Operação: Manter a tampa permanentemente fechada no transporte dos caminhos.

Coletas: Se divide em três fases: Coleta Interna, coleta externa e coleta especial (químicos).

#### Coleta interna I:

É aquela realizada dentro da unidade, consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até a sala de resíduo (abrigo externo), local destinado ao armazenamento temporário. O colaborador da empresa de higienização coleta o resíduo nas salas de observação, sala de medicação, sala de sutura, consultórios, salão do acolhimento, sanitários dos funcionários e encaminha-os para o abrigo de resíduo externo. Os sacos são acondicionados dentro de um container exclusivo para resíduos infectante, comum e reciclável. Consiste no recolhimento do lixo das lixeiras, fechamento do saco e no seu transporte, utilizando o carrinho de utilidades. Os sacos e as lixeiras têm capacidade de acordo com a quantidade de resíduos produzidos e o número previsto de coletas.

#### Coleta Interna II:

Operação de transferência dos recipientes do armazenamento temporário (expurgo) para o armazenamento externo (abrigo externo).

O horário de coleta é programado de forma a minimizar o tempo de permanência do lixo no local de geração.

A coleta interna II: Segundo o manual de "ROTINA DE HIGIENE E LIMPEZA DO AMBIENTE DA UNIDADE", o recolhimento do lixo será realizado diariamente, conforme cronograma sugerido abaixo ou outros horários que forem mais convenientes na UPA:

06h30min às 07 horas; 08h30 às 09 horas; 12h30min às 13h45min; 15 horas às 16h45min; 18h30 às 20 horas

Deverá ser utilizado container exclusivo para cada tipo de resíduo. Coleta interna de emergência: No manuseio dos resíduos infectantes, extravasados, estão descritas no POP de limpezas concorrentes do Serviço de Higienização.

A Norma Técnica para Coleta de resíduos de saúde é a NBR 12810, fixa os procedimentos exigíveis para coleta interna e externa dos resíduos de serviços de saúde, sob condições de higiene e segurança. De acordo com a NBR 12810/1993, são de uso obrigatório os seguintes equipamentos:

#### **Equipamentos de coleta interna:**

Uniforme: Deve ser composto por calça comprida e camisa com manga, no mínimo de 3/4, de tecido resistente e de cor clara, específico para o uso do funcionário do serviço, de forma a identificá-lo de acordo com a sua função;

Luvas: Devem ser de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca,

antiderrapantes e de cano longo. Para os serviços de coleta interna I, pode ser admitido o uso de luvas de borracha, mais flexíveis, com as demais características anteriores;

Botas: Devem ser de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 e solado antiderrapante. Para os funcionários da coleta interna I, admite-se o uso de sapatos impermeáveis e resistentes, ou botas de cano curto, com as demais características já descritas;

Gorro: Deve ser de cor branca, e de forma a proteger os cabelos;

Máscara: Deve ser respiratória, tipo semifacial e impermeável.

Óculos: Deve ter lente panorâmica, incolor, ser de plástico resistente, com armação em plástico flexível, com proteção lateral e válvulas para ventilação.

Avental: Deve ser de PVC, impermeável e de médio comprimento.

Notas:

a) Todos os EPI utilizados por pessoas que lidam com resíduos de serviços de saúde têm que ser lavados e desinfetados diariamente; sempre que ocorrer contaminação por contato com material infectante, os EPI devem ser substituídos imediatamente e enviados para lavagem e higienização.

As características recomendadas para os EPI devem atender às normas do Ministério do Trabalho. Armazenamento temporário – guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para a coleta externa (ANVISA, 2004).

Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento (ANVISA, 2004).

A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo (ANVISA, 2004).

No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes coletores ali estacionados.

Os resíduos de fácil putrefação que venham a ser coletados por período superior a 24 horas de seu armazenamento devem ser conservados sob refrigeração e, quando não for possível, ser submetidos a outro método de conservação.

Quando o armazenamento temporário for feito em local exclusivo, deve ser identificado como sala de resíduo que pode ser um compartimento adaptado para isso, caso não tenha sido concebida na construção, desde que atenda às exigências legais para este tipo de ambiente. A quantidade de salas de resíduos será definida em função do porte, quantidade de resíduos, distância entre pontos de geração e layout do estabelecimento

Dependendo da distância entre os pontos de geração de resíduos e do armazenamento externo **poderá ser dispensado o armazenamento temporário, sendo o encaminhamento direto ao**



armazenamento para coleta externa.

- Armazenamento externo – guarda dos recipientes dos resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. Nesse local, não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados (ANVISA, 2004). Ter porta provida de tela de proteção contra roedores e vetores, de largura compatível com as dimensões dos recipientes de coleta externa; possuir símbolo de identificação, em local de fácil visualização, de acordo com a natureza do resíduo;

Ter dispositivo de forma a evitar incidência direta de luz solar;

Ter sistema de combate a incêndio por meio de extintores de gás carbônico (CO<sub>2</sub>) e de pó químico seco (PQS);

Ter kit de emergência para os casos de derramamento ou vazamento, incluindo produtos absorventes;

Manter o local trancado, impedindo o acesso de pessoas não autorizadas.

O local do armazenamento externo de RSS deve apresentar as seguintes características:

Acessibilidade: o ambiente deve estar localizado e construído de forma a permitir acesso facilitado para os recipientes de transporte e para os veículos coletores;

Exclusividade: o ambiente deve ser utilizado somente para o armazenamento de resíduos;

Segurança: o ambiente deve reunir condições físicas estruturais adequadas, impedindo a ação do sol, chuva, ventos etc. e que pessoas não autorizadas ou animais tenham acesso ao local;

Higiene e saneamento: deve haver local para higienização dos carrinhos e contêineres; o ambiente deve contar com boa iluminação e ventilação e ter pisos e paredes revestidos com materiais resistentes aos processos de higienização.

Limpeza da Área de Armazenamento Externo:

- A limpeza da superfície da área de armazenamento externo está indicada todas as vezes que houver coleta externa.
- A desinfecção de superfícies deve ser feita após a limpeza das superfícies. As soluções usadas
  - para desinfecção de superfície são o álcool etílico a 70% (em superfícies metálicas e mármore) e o hipoclorito de sódio a 1% (não usar em materiais de ferro para evitar oxidação).
- Tetos e paredes, não precisam ser lavados diariamente e sim conforme planejamento de limpeza geral do setor. Três vezes por semana (segunda, quarta e sexta).
- Limpar primeiro o teto e depois a parede com movimentos de cima para baixo. Em seguida limpar o a parede, usar água e sabão para limpeza, enxaguar com água limpa.
- Fazer a desinfecção com hipoclorito de sódio a 1% deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água limpa e secar.

com hipoclorito de sódio a 1%, deixar agir por 10 minutos e enxaguar.

- Coleta e transporte externos – remoção dos RSS do armazenamento externo até a unidade de tratamento e disposição final (ANVISA, 2004). A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 (ABNT, 1993d) e NBR 14652 da ABNT (ABNT, 2001).

Durante a coleta externa, o lixo infectante, químico e comum é transportado isoladamente em carros específicos.

### **Equipamentos de coleta externa:**

Uniforme: Deve ser composto por calça comprida e camisa com manga, no mínimo de 3/4, de tecido resistente e de cor clara, específico para o uso do funcionário do serviço, de forma a identificá-lo de acordo com a sua função.

Luas: Devem ser de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, antiderrapantes e de cano longo.

Botas: Devem ser de PVC, impermeáveis, resistentes, de cor clara, preferencialmente branca, com cano 3/4 e solado antiderrapante.

Colete: Deve ser de cor fosforescente para o caso de coleta noturna.

Bonê: Deve ser de cor branca e de forma a proteger os cabelos.

Todos os equipamentos da coleta interna e externa precisam ser lavados e desinfetados periodicamente, e quando houver suspeita de contaminação devem ser substituídos imediatamente.

Além dos cuidados com os equipamentos todos os funcionários da limpeza devem ser vacinados contra o tétano e a hepatite A e B, devendo os mesmos ainda passar por exames clínicos e laboratoriais periódicos, no mínimo 2 (duas) vezes ao ano.

### Coleta especial:

Todo resíduo que enseje alto grau de risco e responsabilidade no transporte, que não se ajuste à rotina da coleta convencional, deverá ser recolhido separadamente, com o acompanhamento de técnicos da unidade produtora e do serviço de Engenharia. Alguns resíduos perigosos poderão ser armazenados adequadamente na unidade. Possibilitando-se a retirada periódica pela coleta especial. Diminui-se, assim, o risco na coleta comum.

São exemplos de resíduos que exigem coleta especial: lotes de medicamentos vencidos, produtos químicos, inflamáveis, pilhas, baterias, lâmpadas fluorescentes, sucatas, películas de filmes de RX, filtros. + da descontaminação e prata, óleo de cozinha.



### Programa de Educação Continuada

O programa de educação continuada, previsto na RDC Anvisa nº 306/04, visa orientar, motivar, conscientizar e informar permanentemente a todos os envolvidos sobre os riscos e procedimentos adequados de manejo, de acordo com os preceitos do gerenciamento de resíduos. De acordo com a RDC Anvisa nº 306/04, os serviços geradores de RSS devem manter um programa de educação continuada, independente do vínculo empregatício dos profissionais.

Os profissionais envolvidos são: médicos, enfermeiros, auxiliares, pessoal de limpeza, coletores internos e externos, pessoal de manutenção e serviços.

O programa deve se apoiar em instrumentos de comunicação e sinalização e abordar os seguintes temas, de modo geral:

- Noções gerais sobre o ciclo da vida dos materiais.
- Conhecimento da legislação ambiental, de limpeza pública e de vigilância sanitária relativas aos RSS.
- Visão básica do gerenciamento dos resíduos sólidos no município.
- Definições, tipo e classificação dos resíduos e seu potencial de risco.
- Orientações sobre biossegurança (biológica, química e radiológica).
- Orientações especiais e treinamento em proteção radiológica quando houver rejeitos radioativos.
- Sistema de gerenciamento adotado internamente no estabelecimento.
- Formas de reduzir a geração de resíduos e reutilização de materiais.
- Identificação das classes de resíduos.
- Conhecimento das responsabilidades e de tarefas.
- Medidas a serem adotadas pelos trabalhadores na prevenção e no caso de ocorrência de incidentes, acidentes e situações emergenciais.
- Orientações sobre o uso de EPIs e EPCs específicos de cada atividade, bem como sobre a necessidade de mantê-los em perfeita higiene e estado de conservação.
- Orientações sobre higiene pessoal e dos ambientes.
- Conhecimento sobre a utilização dos veículos de coleta.

A coleta de Lixo Comum será realizada por empresa especializada mediante pesquisa de mercado. A INGDS preocupada com o meio ambiente e bem estar da população segue rigorosamente o preconizado na RDC conforme descrito abaixo:

- RDC nº306 e da Resolução – RDC/ANVISA nº 306, de 7 de dezembro de 2004

**1.4 - TRANSPORTE INTERNO** - Consiste no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo com a finalidade de apresentação para a coleta.

1.4.1 - O transporte interno de resíduos deve ser realizado atendendo roteiro previamente definido e em horários não coincidentes com a distribuição de roupas, alimentos e medicamentos, períodos de visita ou de maior fluxo de pessoas ou de atividades. Deve ser feito separadamente de acordo com o grupo de resíduos e em recipientes específicos a cada grupo de resíduos.

1.4.2 - Os recipientes para transporte interno devem ser constituídos de material rígido, lavável, impermeável, provido de tampa articulada ao próprio corpo do equipamento, cantos e bordas arredondados, e serem identificados com o símbolo correspondente ao risco do resíduo neles contidos, de acordo com este Regulamento Técnico. Devem ser providos de rodas revestidas de material que reduza o ruído. Os recipientes com mais de 400 L de capacidade devem possuir válvula de dreno no fundo. O uso de recipientes desprovidos de rodas deve observar os limites de carga permitidos para o transporte pelos trabalhadores, conforme normas reguladoras do Ministério do Trabalho e Emprego.

**1.5 - ARMAZENAMENTO TEMPORÁRIO** - Consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à apresentação para coleta externa. Não poderá ser feito armazenamento temporário com disposição direta dos sacos sobre o piso, sendo obrigatória a conservação dos sacos em recipientes de acondicionamento.

1.5.1 - O armazenamento temporário poderá ser dispensado nos casos em que a distância entre o ponto de geração e o armazenamento externo justifiquem.

1.5.2 - A sala para guarda de recipientes de transporte interno de resíduos deve ter pisos e paredes lisas e laváveis, sendo o piso ainda resistente ao tráfego dos recipientes coletores. Deve possuir ponto de iluminação artificial e área suficiente para armazenar, no mínimo, dois recipientes coletores, para o posterior traslado até a área de armazenamento externo. Quando a sala for exclusiva para o armazenamento de resíduos, deve estar identificada como "SALA DE RESÍDUOS".

1.5.3 - A sala para o armazenamento temporário pode ser compartilhada com a sala de utilidades. Neste caso, a sala deverá dispor de área exclusiva de no mínimo 2 m<sup>2</sup>, para armazenar, dois recipientes coletores para posterior traslado até a área de armazenamento externo.

1.5.4 - No armazenamento temporário não é permitida a retirada dos sacos de resíduos de dentro dos recipientes ali estacionados.

1.5.6 - O armazenamento de resíduos químicos deve atender à NBR 12235 da ABNT.



**1.6 TRATAMENTO** - Consiste na aplicação de método, técnica ou processo que modifique as características dos riscos inerentes aos resíduos, reduzindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes ocupacionais ou de dano ao meio ambiente. O tratamento pode ser aplicado no próprio estabelecimento gerador ou em outro estabelecimento, observadas nestes casos, as condições de segurança para o transporte entre o estabelecimento gerador e o local do tratamento. Os sistemas para tratamento de resíduos de serviços de saúde devem ser objeto de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº. 237/1997.

**1.7 - ARMAZENAMENTO EXTERNO** - Consiste na guarda dos recipientes de resíduos até a realização da etapa de coleta externa, em ambiente exclusivo com acesso facilitado para os veículos coletores. 1.7.1 - No armazenamento externo não é permitida a manutenção dos sacos de resíduos fora dos recipientes ali estacionados. **1.8 COLETA E TRANSPORTE EXTERNOS** - Consistem na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, utilizando-se técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente, devendo estar de acordo com as orientações dos órgãos de limpeza urbana. 1.8.1 - A coleta e transporte externos dos resíduos de serviços de saúde devem ser realizados de acordo com as normas NBR 12.810 e NBR 14652 da ABNT. **1.9 - DISPOSIÇÃO FINAL** - Consiste na disposição de resíduos no solo, previamente preparado para recebê-los, obedecendo a critérios técnicos de construção e operação, e com licenciamento ambiental de acordo com a Resolução CONAMA nº.237/97.

## **6.7 Controle De Portaria**

### **Controle de acesso**

O aumento crescente da violência no mundo afeta a todos os segmentos, inclusive nas unidades de saúde. Por isso, é dever da instituição implantar controles de acesso eficientes, visando maior segurança e tranquilidade na rotina de médicos, enfermeiros, equipe administrativa, pacientes e acompanhantes. O sistema de monitoramento e controle de acesso é, portanto, idealizado para dar mais segurança às unidades, por meio de catracas com identificação biométrica, portas automáticas controladas, por exemplo, ou a instalação de câmeras quem filmam em alta resolução.

Assim, o acesso não somente às alas internas da unidade de saúde, mas também a entrada e saída de veículos têm igual importância. Um processo ágil, definido a partir de um cadastro único de pessoal técnico e visitante, pode definir o acesso ao local. Da mesma forma, a automatização restringiria o acesso de não cadastrados a remédios, por exemplo, aumentando a segurança do ambiente.

Na área da farmácia, as soluções de controle de acesso também podem estar presentes. É possível acompanhar quais dos enfermeiros e médicos autorizados tiveram acesso aos armários de remédios, principalmente aqueles com tarja preta – os mais controlados. Além disso, o desempenho do sistema é totalmente mensurável, antevendo fatos negativos que possam vir a acontecer, além de sanar problemas já detectados por estes.

Esta prestação de serviços será terceirizada para empresa especializada, e deverá conter no mínimo os seguintes critérios de controle:

a. Critérios e procedimentos relativos ao controle de acesso de pessoas Cadastramento de Pessoas

Deverão ser apontados:

- Os critérios para habilitação de pessoas ao cadastramento, indicando os dados a serem exigidos. Poderão ser estabelecidos requisitos para integrantes de órgãos públicos diferenciados dos demais.
- A sistemática de obtenção do cadastramento, indicando os procedimentos a serem adotados para sua solicitação, renovação e cancelamento, bem como definindo a respectiva validade.
- A sistemática de identificação do cadastrado para acesso a cada área da instalação portuária (de acesso restrito, controlado ou público).
- A sistemática de divulgação, para os cadastrados e para o público interno de interesse da administração, dos procedimentos a serem adotados.

b. Controle de Acesso e de Trânsito de Pessoas Deverão ser apontados:

- Os critérios a serem adotados para acesso e trânsito de pessoas à instalação da unidade
- A sistemática de controle de acesso e trânsito, indicando a respectiva estrutura organizacional competente, atribuições e responsabilidades. Os tipos de procedimentos a serem adotados para identificação, inspeção, vistoria e registro das pessoas que acessem as instalações. Deverão, ainda, ser consideradas: as bagagens que por ventura, as pessoas estejam transportando.
- A sistemática de avaliação da eficiência e eficácia dos equipamentos/sistemas de controle de acesso, bem como os procedimentos para a identificação e a resolução de possíveis falhas nos equipamentos/sistemas.
- A sistemática de divulgação dos procedimentos de controle para as pessoas que acessem à instalação; público interno de interesse da administração; e para os representantes de empresas e órgãos públicos que tem necessidade de acessá-las.
- A sistemática de registro e arquivamento dos dados e informações colhidas, sobre as pessoas, por ocasião do acesso e saída da instalação.
- A sistemática de troca de informações com os diversos órgãos públicos envolvidos.



c. Crítérios e procedimentos relativos ao controle de acesso de veículos.

Cadastramento de Veículos

Deverão ser apontados:

- Os critérios para habilitação ao cadastramento de veículo e respectivo condutor, indicando os dados a serem exigidos. Poderão ser estabelecidos requisitos diferenciados para cada tipo/emprego de veículo, bem como para os pertencentes aos órgãos públicos.
- A sistemática de obtenção do cadastramento, indicando os procedimentos a serem adotados para sua solicitação, renovação e cancelamento, bem como definindo a respectiva validade.
- A sistemática de identificação do cadastrado para acesso a cada área da instalação (de acesso restrito, controlado ou público).
- A sistemática de divulgação, para os cadastrados e para o público interno de interesse da administração, dos procedimentos a serem adotados pelos condutores dos veículos para acesso e circulação na instalação da unidade.

**Infraestrutura (zeladoria)**

Tem por objetivo a gestão dos processos, necrotério, monitoramento da utilização de gases medicinais, controle de claviculário, jardinagem, guarda de pertences de pacientes e dos profissionais do HMP, acompanhamento do controle de pragas, controle de transportes e de patrimônio, controle de limpeza de caixas d'água, controle de circulação de bens, controle de armazenamento de bens e acessórios, controle de estacionamento dos profissionais do HMP com interação com a Segurança/Portaria.

A Zeladoria mantém integração direta com os processos Assistências, Técnicos e Administrativos da UDASOJ, essa atividade é considerada de APOIO, e absorve demandas conforme os acordos firmados com seus clientes internos, para a garantia da continuidade e qualidade dos serviços prestados pela unidade.

Principais rotinas da zeladoria

- Rotina para solicitação e utilização de transportes;
- Rotina de recebimentos de óbitos, e gestão de necrotério;
- Rotina para liberação e registro de óbitos;
- Rotina de integração e procedimentos com o Laboratório da unidade;
- Rotina para integração com a Higiene/Limpeza do Necrotério;
- Rotina de cuidados e riscos no processo de Necrotério;

- Rotina de controle de gases medicinais;
- Rotina de transportes de torpedos e materiais de suporte para contingências;
- Rotina de registros gerais de monitoramento de gases medicinais;
- Rotina de controle e utilização de chaves;
- Rotina de controle de estacionamento dos profissionais da unidade;
- Rotina de contingência em caso de necessidade de abastecimento de água;
- Rotina de interação com a gestão de Patrimônio;
- Rotina geral para telefonia;
- Rotina geral de manutenção de jardinagem;
- Rotina geral de acompanhamento de controle de pragas;
- Rotina geral de guarda de pertences de clientes;
- Rotina geral de armazenamento de pertences de profissionais da unidade;
- Rotina geral de controle de circulação de bens dos clientes da unidade;
- Rotina geral de armazenamento de itens, materiais, acessórios e utensílios.

## **6.8 Segurança**

Segurança Privada é conceituada como um conjunto de mecanismos e ações para prevenir e reduzir perdas patrimoniais em um empreendimento, promover bem estar aos seus usuários, contribuindo com o sistema de Segurança Pública na prevenção e coerção da criminalidade, no estímulo aos comportamentos éticos e de convivência comunitária pacífica.

O processo de segurança deverá compreender ações integradas de controle de acesso, compreendendo o serviço de vigilância de locais por meio de postos de serviços e sistemas de vigilância eletrônica de alarmes e imagens, bem como de controle e combate a incêndio.

### **VIGILÂNCIA**

A CONTRATADA deverá disponibilizar postos de serviço de Vigilância Patrimonial Desarmada, por meio de empresas especializadas e habilitadas para atuar no Estado da Paraíba, de acordo com a regulamentação aplicável definida no presente Anexo, utilizando-se de pessoal devidamente capacitado para a função de Vigilante.

- Seu plano de atuação será restrito aos limites territoriais de cada Unidade, e terá como missão garantir a incolumidade física das pessoas e a integridade do patrimônio no local, ou nos eventos sociais.



- Deverão ser previstas rondas ostensivas e preventivas fiscalizando todas as dependências de seu local de atuação, registrando quaisquer anormalidades, cujo controle deverá ser efetuado eletronicamente, mediante dispositivos apropriados, controlados a partir da Central de Monitoramento, com vistas à eliminação de papeis.
- Promover treinamentos constantes, realinhando as responsabilidades dos vigilantes conforme estabelecido nos Planos Operacionais, em periodicidade compatível com as regras determinadas pela contratada com a legislação aplicável, descrita neste documento.

### **VIGILÂNCIA ELETRÔNICA**

- Instalação, manutenção, disponibilização e operação permanentes dos equipamentos e infraestrutura previstos neste Anexo, referente à detecção, alarme e comunicação;
- Disponibilização de postos de serviços de monitoramento;
- Instalação, manutenção, disponibilização e operação permanentes dos equipamentos de Controle de Acesso;
- Disponibilização de postos de serviços de Portaria e Recepção;
- Instalação, manutenção, disponibilização e operação permanentes dos equipamentos específicos.

### **SISTEMA DE ALARME**

- Sistema de alarme é o conjunto de equipamentos destinados à detecção de anormalidades que permitam à Central de Segurança detectar e identificar a área ou ponto exato de evento anormal, para que sejam tomadas as medidas necessárias de contingência.

O Sistema de Alarme deverá consistir minimamente nos seguintes subsistemas:

- Sensoriamento de violação de porta ou janela;
- Sensoriamento de presença;
- Sensoriamento ativo de intrusão perimetral imune a pequenos animais.
- Acionamento silencioso em caso de emergência – botão de pânico sem fio.

## **6.9 Estrutura Administrativa**

### **Estrutura Administrativa Operacional Voltado Ao Apoio Do Contrato De Gestão**

Organograma atual da Sede Administrativa

A INGDS visa a normatização da ideia de integrar as chefias e funcionários de todos os setores a fim de atualizá-los, fornecendo subsídios que contribuíssem para o bom desempenho profissional, melhor conhecimento das atividades desenvolvidas por outros setores e finalmente trazer à esses profissionais a integralidade e a multidisciplinaridade, melhorando o convívio e consequentemente otimizando o trabalho, manual que tem como objetivo informar os setores da competência de cada um, para uma melhor inter-relação entre os setores, bem como a pró-atividade de cada líder.

A instituição é separada da seguinte forma:

#### Recursos Humanos

O foco no desenvolvimento humano se justifica pelas atividades próprias de unidades de saúde, onde os profissionais possuem grau de autonomia importante e a qualidade do trabalho é fruto da qualificação profissional, do conhecimento técnico, do domínio das tecnologias inerentes à especialidade e da interação com os demais profissionais.

Desse modo, a ênfase no desenvolvimento coloca no centro da questão as pessoas, no entendimento que a competitividade organizacional, ou seja, a apresentação de nível contínuo de alto desempenho está associada à competitividade interna. Isso quer dizer que quanto maior for a excelência gerencial e técnica dos profissionais do projeto maior será a repercussão positiva junto aos pacientes, familiares, fornecedores, autoridades da área de saúde, entidades representativas dos profissionais, sociedade civil organizada etc.

#### Financeiro e Contabilidade

A estrutura desse setor, os números de funcionários e as tarefas dessa área dependerão exclusivamente e diretamente do tamanho dos contratos que firmamos, garantindo ao nosso parceiro segurança e credibilidade nos serviços prestados, acompanhando linearmente as questões de fluxo de caixa e equilíbrio físico e financeiro.

A área financeira é equilibrada por meio de repasse de verbas para o cumprimento do atendimento de determinadas especialidades que, de forma a suportar as suas saídas ou despesas, mantendo um saldo positivo no caixa do contrato de gestão.

A gestão financeira tem participação ativa no ciclo do planejamento estratégico e na definição dos recursos necessários para a implementação dos planos de ação.

Após a etapa do desdobramento estratégico, o diretor administrativo e financeiro realiza estudo da viabilidade dos planos propostos e discute, na reunião do Conselho, a necessidade de priorização.

A partir dessas discussões, a área financeira vai buscar os recursos necessários para o cumprimento do planejado, e as estratégias para recursos, neste caso, são similares às já descritas para a captação de recursos objetivando o equilíbrio do fluxo financeiro.

Este setor é comandado por especialistas, tanto em gestão financeira e contabilidade, quanto a prestações de contas e suas especificidades, e responde pelas atividades e pelos resultados que o setor apresenta.

A área é responsável com acompanhar a contabilidade, gestão dos contratos, e prestação de contas.



### Controle orçamentário financeiro

É de responsabilidade da organização o controle e a gestão das bancárias, de forma que se verifiquem todo o capital disponível para a Instituição. Com isso, é possível tomar decisões mais assertivas.

O documento gerado é a conciliação, que verifica dos extratos bancários com os pagamentos realizados.

Realizar verificação dos lançamentos bancários se estão de acordo com os lançamentos realizados no caixa.

É feito uma planilha com as posições dos saldos bancários das contas conforme os extratos para acompanhamento do fluxo de caixa.

Esta conciliação faz parte da prestação de contas a ser apresentada.

### Planejamento financeiro

Processo pelo qual são determinadas estratégias para desenvolver ações com intuito de resolver um problema ou atingir um objetivo. No planejamento é fundamental criar e analisar o fluxo de caixa.

### Contas a receber

Rotina pela qual, se acompanham datas de repasse financeiro por parte de nossos parceiros e, tem a missão, de controlar os créditos a receber, que se originam dos serviços prestados por nossa instituição frente os contratos de gestão, termo de parceria e convênios firmados junto ao tomador.

### Contas a pagar

Departamento que controlar os recursos que a empresa deve a funcionários, referente à folha de pagamento e suas obrigações tributárias e fiscais, fornecedores, contratos, Plantões, entre outros.

### Apuração dos Custos

Possui como principais atividades a realização orçamentária e financeira do projeto, de acordo com as diretrizes da organização, e proceder, sem prejuízo de competência atribuída a outras áreas, o acompanhamento gerencial, físico e financeiro da execução orçamentária.

### Contratos – Terceiros

Tem como finalidade de disciplinar os procedimentos para a gestão e fiscalização dos contratos, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres, tais como aplicação das despesas, ordem de execução de serviço, termo de cooperação técnica, permissão de uso, firmados com terceiros, obedecendo as orientações e as normas estabelecidas.

### Controle De Pessoal

#### Competências:

- Imprimir as frequências e as escalas dos colaboradores, separá-las e distribuí-las aos respectivos setores antes do início do mês;
- Receber, separar por vínculo/categoria e arquivar as frequências e as escalas do mês anterior;
- Conferir e lançar as frequências relacionando: escala x frequência x alteração de horário x horário x plantão x hora extra x relatório emitido pela Diretoria e Gerência;
- Separar as frequências por ordem alfabética e arquivar em caixas de arquivo, referente ao mês de apuração do Relatório de Frequência;
- Receber o relatório de Licenças Médicas do setor de Saúde ocupacional e lançar no programa de Escala;
- Emitir relatório de Plantão e de Adicional Noturno para lançamento;
- Elaborar Escala Anual de Férias de acordo com a marcação de cada setor e lançá-la mensalmente na Escala de serviço;
- Confeccionar Folha de pagamento conforme processo emitido pela chefia imediata e conferência e enviá-las as instâncias superiores para aprovação;
- Confeccionar relatório de Vale Transporte;
- Controlar todos os contratos de funcionários, analisando os prazos de vencimento e encaminhar relatório as instâncias competentes;
- Atender todos os funcionários e outros buscando sempre solucionar o problema.

### Prestação De Contas

Visa estabelecer os procedimentos para a Prestação de Contas mensal e anual, nos termos estabelecidos em Leis e regulamentos vigentes.

Trata-se um acervo documental de extrema importância e será computada conforme os lançamentos financeiros realizados, os resultados organizacionais serão analisados de acordo com os fatores de avaliação definidos pelo modelo de gestão proposta, na pauta será observado a relevância, tendência e desempenho.

O processo de prestação de contas financeira seguirá o preconizado pela legislação do tomador, respeitando o preconizado pelo Tribunal de Contas, instrução normativa do Terceiro Setor.

Poderá ser alinhado junto a municipalidade a forma adequada para a respectiva apresentação processual.



## PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Fornecer ao Conselho da Instituição as condições plenas para avaliar a conformidade e o desempenho dos gestores, com base no conjunto de documentos, informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial, obtidos por meio dos controles internos, pelas auditorias independentes e internas realizadas e em consonância com Instruções Normativas e decisões normativas dos Tribunais.

## APRECIÇÃO DAS CONTAS

Serão submetidas às Comissões de Avaliações de acordo com os cronogramas locais e ao Conselho da Instituição, que com base nos relatórios e pareceres de auditorias independentes contratadas, e considerando os pareceres e as recomendações das Comissão, emitidos sobre cada prestação de contas, contendo opinião para:

Aprovação plena: Quando os pareceres não apresentarem recomendações e/ou não registrarem falhas e impedimentos

Regularidade com ressalva: Quando os pareceres apresentarem recomendações para a correção de falhas e impropriedades apontadas em seus relatórios, de natureza formal ou administrativa, passíveis de correção, sem prejuízo à gestão.

## COMPOSIÇÃO DO PROCESSO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

Prestação Financeira - Destina-se à análise do desempenho do gestor, com base nos indicadores que permitam avaliar o grau de eficácia, eficiência e economicidade da ação administrativa, considerando os resultados qualitativos e quantitativos alcançados no ano a que se refere. Deve conter informações e demonstrativos de natureza contábil, financeira, orçamentária, operacional ou patrimonial, permitindo a visão sistêmica do desempenho e da conformidade da gestão dos responsáveis durante um exercício financeiro.

Prestação Assistencial é elaborado a partir do Plano de Trabalho realçando os principais objetivos estratégicos traçados e aprovados, e o resultado obtido ao final da gestão do exercício a que se refere, abrangendo as principais realizações, e ainda:

Os aspectos gerenciais de maior importância ocorridos durante o exercício

As principais metas previstas e os resultados quantitativos e qualitativos alcançados, esclarecendo possíveis distorções estruturais ou situacionais que prejudicaram ou inviabilizaram o alcance dos objetivos e metas estabelecidas no plano, bem como as medidas implementadas ou a implementar, para corrigir os desvios ou distorções ocorridas

Informações sobre indicadores utilizados para monitorar e avaliar a gestão, acompanhar o alcance das metas, identificar os avanços e as melhorias na qualidade dos serviços prestados, identificar as necessidades de correções e de mudanças necessárias à obtenção de melhores resultados

Elementos objetivos que permitam avaliar o grau de eficácia, eficiência e economicidade dos atos de gestão e da ação administrativa ocorridos no período a que se refere a prestação de contas

### Registros Contábeis e Financeiros

- Balanço Orçamentário da Receita Orçada e com a Arrecadada
- Balanço Orçamentário da Despesa Autorizada com a Realizada
- Balanço Financeiro
- Balanço Patrimonial Comparado
- Demonstração das Variações Patrimoniais
- Extratos e Conciliações dos saldos bancários, de todas as contas, inclusive de poupança e de aplicações
- Demonstração da composição do saldo das contas analíticas apresentadas no Balanço Patrimonial
- Demonstrativo do Inventário de bens moveis e imóveis
- Certidões Negativas de Débitos do INSS, FGTS e Receita Federal.

### FORMA DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO

A Prestação de Contas poderá organizada em 2 (duas) vias, com a seguinte destinação:

- Uma para arquivo e controle interno.
- Uma encaminhadas ao Contratante.

A prestação será conforme determina o órgão anuente, sendo realizando conforme acordado com o contratante.

Poderá ser encaminhado, ou conforme acordado com a secretaria:

- Conciliações bancárias: Conta Corrente e de aplicação
- Demonstrativo financeiro
- Extratos bancários: Conta Corrente e de Aplicação
- Documentação das despesas (comprovantes, notas fiscais, boletos, etc) A prestação de

contas anula, será realizada conforme Instrução Normativa. Para as despesas cabíveis junto a matriz, poderá haver despesas no que tange:

- Aquisições
- Contábil
- Jurídico
- Recursos Humanos

Havendo recolhimento de custos indiretos será realizado o rateio das respectivas despesas, sendo apresentado Planilha de Memória de Cálculo que poderá ser apresentada juntamente as prestações de contas mensais, ou conforme solicitado pela comissão de avaliação.



## **PUBLICIDADE**

Será realizado a divulgação no site da transparência, conforme legislação: Lei Federal nº 12.527/2011 e Lei Complementar nº 131/2009.

### Compras

A normatização da política visa documentar, padronizar e evidenciar as práticas relacionadas à área de compras. Pretende descrever os fluxos, visando à dinamização do processo, a racionalização dos tramites e a eficácia das aquisições.

A organização visa pela transparência, atendimento técnico, economicidade ampla pesquisa de preços junto aos fornecedores.

O Regulamento de Compras e Contratos fica disponível no portal da instituição, além de ser apresentado o tomador, conforme preconiza a legislação e órgão anuentes.

### Coordenação do Serviço Competências:

É responsável pela operação direta das atividades pertinentes ao contrato de gestão, que envolve todas as áreas administrativas internas e operacionais, garantindo o pleno funcionamento de todas as ações

### Transporte

Transportar pessoas e/ou pacientes, cargas, materiais, documentos, valores e outros, conforme requisição de transporte, zelando pela segurança pessoal e alheia.

### Transportes de documentos:

Transporte de medicamentos, atendendo o setor de compras, aquisição e devolução de medicamento, quando necessário;

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, normatizado pelo Decreto presidencial nº 5505 de 27/04/2004, caracteriza-se pelo atendimento às pessoas em situações de agravo de urgência e emergência em ambiente pré-hospitalar garantindo acesso ao SUS. Não é sua função a realização de remoções eletivas ou de urgência intra-hospitalares.

- Monitoramento local e/ou remoto de CFTV e Alarme executado por operador externo autorizado pela regulamentação;
- Para o atendimento dos objetivos propostos considera-se que a instalação de câmeras em locais estratégicos e o monitoramento local deverão possibilitar uma visualização ampla e um adequado acompanhamento da movimentação de pessoas nas áreas externas e Internas.

### Estrutura Apoio Operacional Voltado Operação Da Unidade De Saúde

Normas para o Funcionamento do Serviço de Administração Geral. Os Gestores da UPA cumprirão a filosofia, missão, valores e a visão Institucional que nortearão o gerenciamento de todas as atividades administrativas, assistenciais e técnicas da unidade. A Estrutura Administrativa terá o suporte de uma equipe de gerentes, coordenadores e chefes de processos.

A estrutura de gestão de recursos humanos manterá as características Institucionais para o processo de recrutamento, seleção, desenvolvimento profissional e demais atividades que irão compor a estrutura administrativa.

O processo de gestão de pessoas será apresentado na formatação do processo de administração de pessoal adotará a estratégia Institucional com a especificidade das normas locais para a administração de pessoas que será aplicada na UPA.

Algumas diretrizes e normas administrativas que irão compor a estrutura da unidade.

O Diretor Administrativo - orientará o fluxo dos processos da unidade e implementará a organização administrativa e gestão dos recursos humanos. Controlará patrimônio, suprimentos e logística e supervisionará os serviços complementares.

Coordenará os serviços de apoio e fiscalizará a qualidade da prestação de serviços das empresas terceirizadas e acompanhará a produção dos procedimentos médicos e administrativos para elaboração dos indicadores que será apresentado na prestação de contas mensal.

### **Conforme Regimento Interno do Corpo Clínico**

#### Compete ao Diretor Administrativo:

- Assegurar condições de trabalho e disponibilizar materiais, medicamentos e suprimentos necessários para o funcionamento da unidade;
- Assessorar a equipe corporativa da sede no planejamento, organização e administração dos Serviços da Instituição;
- Elaborar relatórios sobre a execução dos planos de meta da Instituição;
- Assegurar condições de trabalho ao setor de Recursos Humanos.

#### Secretaria da diretoria

- Planejar, organizar e facilitar as atividades da equipe gestora;
- Preparar e secretariar reuniões da equipe de gestão, e do conselho, elaborando atas e resoluções;
- Elaborar ofícios, memorandos e relatórios;





- Organizar e manter arquivada a documentação relativa à diretoria;
- Arquivar e manter atualizada a agenda telefônica;
- Organizar os documentos e o fluxo de documentos dos serviços apoiados;
- Providenciar a distribuição interna das mensagens e documentos recebidos;
- Solicitar e diligenciar reservas de passagens aéreas e hotéis, reserva de automóvel, diárias e outras providências relativas à diretoria;
- Atender e encaminhar solicitações e dúvidas de clientes internos;
- Controlar o recebimento e emissão de correspondência, protocolar, registrar e distribuir documentos;
- Operar e colaborar, produzindo e encaminhando comunicações através de computador, telefone, videoconferência, entre outros, para suporte às atividades da diretoria;
- Marcar reuniões preparando suas pautas e mantendo a agenda sempre atualizada;
- Recepcionar e acompanhar visitantes e colaboradores em nome do diretor geral;
- Demais atividades correlatas.

#### Apoio geral administrativo

Atuará nas mais diversas áreas administrativas da unidade, como a de escritório, recepção e admissão, entre outros:

- Desenvolver atividades na área administrativa dando suporte as atividades da unidade e;
- Controle do fluxo de documentos;
- Elaborar ofícios, memorandos e relatórios;
- Desenvolver e preparar expedientes administrativos que se fizerem necessários nas diversas áreas, com orientação do líder do processo em que este desenvolve suas atividades;
- Intelar-se dos trabalhos desenvolvidos em cada setor, visando orientar e facilitar a obtenção de dados, documentos ou outras solicitações dos superiores;
- Atuar como responsável pela fiscalização e manutenção da ordem nos ambientes;
- Operar equipamentos diversos, tais como: projetor multimídia; aparelhos de fax; máquinas fotocopadoras/duplicadoras e outros;
- Zelar pela higiene, limpeza, conservação e boa utilização dos equipamentos e instrumentos utilizados sob sua responsabilidade, solicitando junto à chefia dos serviços de manutenção;
- Manter, organizar, classificar e atualizar arquivos e outros documentos, para possibilitar controle e novas consultas;
- Atender aos clientes em geral, averiguando suas necessidades para orientá-los e/ou encaminhá-los às pessoas e/ou setores competentes;

- Receber, entregar, levar e buscar documentos, através de malote e protocolo, providenciando os registros necessários;
- Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática;
- Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função;
- Demais atividades correlatas.

#### Protocolo / Mensageria

O serviço de mensageria caracteriza-se pelo registro e movimentação de correspondências e documentos interna e externamente ao Hospital e, mediante a utilização de sistema para a gestão e controle de informações mínimas como remetente, destinatário, data, prioridade e assunto.

Detalhamento das Atividades - O setor de mensageria será responsável pelo recebimento, seleção, cadastro, reprodução, arquivamento, distribuição interna e externa de documentos, correspondências, encomendas, execução de serviços externos, atender solicitações de serviços devidamente registrados e autorizados, serviços de correios devidamente registrados e autorizados.

Quando realizados por motoboy, os serviços de mensageria serão executados exclusivamente na Região, fora deste perímetro serão utilizados os serviços postais ou de comunicação à distância (correio eletrônico, fax, dentre outros).

#### Compete ao Diretor Técnico

- Ser o Responsável Técnico e zelar pela ética nos serviços de saúde da unidade em conjunto com a Comissão de Ética, zelar pela qualidade dos Serviços de Saúde, estabelecer, para os serviços de saúde, metas que serão acompanhadas através de indicadores previamente acordados, representar a unidade, sempre que solicitado, junto a instâncias gestoras do Sistema de Saúde,
- Coordenar e Supervisionar as atividades dos profissionais de saúde da Instituição, zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor, assessorar a equipe corporativa da INGDS no planejamento, organização e administração dos Serviços da unidade de saúde, e assumir a responsabilidade ética, médica, técnica-científica da unidade,
- Participar solidariamente com as decisões da Gerencia de enfermagem e Diretoria Administrativa relatar ao diretor médico da INGDS a situação da Assistência sempre que solicitado em reunião mensal.



## **Conforme Regimento Interno do Corpo Clínico**

### Compete a Gerência de Enfermagem:

- Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem da unidade junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem, bem como representá-lo junto às autoridades e perante juízo, conforme legislação vigente;
- Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento da UNIDADE;
- Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem;
- Administrar todas as atividades técnicas da Gerência de Enfermagem, em colaboração com a diretoria técnica;
- Dimensionar o pessoal de enfermagem para as unidades, segundo os critérios estabelecidos pela equipe de gestão da unidade;
- Estimular a evolução dos profissionais de enfermagem no âmbito da assistência, ensino e pesquisa (quando for o caso);
- Promover e manter o bom relacionamento entre os profissionais de Enfermagem e dos demais setores;
- Resolver os problemas relativos aos recursos materiais e humanos de sua competência;
- Cumprir e fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Corpo Clínico Assistencial - é constituído por todos os profissionais da área da saúde que atuam diretamente com o usuário como médicos, equipe de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas. A atuação será com o usuário que busca atendimento, o cidadão que é trazido para atendimento, o cidadão que se encontra em observação ou o cidadão internado. O Corpo Clínico Assistencial atuará em conjunto nos leitos de observação, na sala vermelha e nos leitos de internação, de acordo com a necessidade de terapêutica do paciente.

### Assistência de Enfermagem:

- Elabora, implementa e supervisiona, em conjunto com a equipe médica e multidisciplinar, o Protocolo de Atenção em Emergências (PAE) nas bases do acolhimento e classificação de risco, pré-atendimento, regulação dos fluxos e humanização do cuidado;
- Presta o cuidado ao paciente juntamente com o médico;
- Prepara e ministra medicamentos;
- Viabiliza a execução de exames complementares necessários à diagnose;
- Instala sondas nasogástricas, nasoenterais e vesicais em pacientes;
- Realiza troca de traqueotomia e punção venosa com cateter;
- Realiza curativos de maior complexidade;
- Preparam instrumentos para intubação, aspiração, monitoramento cardíaco e desfibrilação,

auxiliando a equipe médica na execução dos procedimentos diversos;

- Realiza o controle dos sinais vitais;
- Executa a consulta de enfermagem, diagnóstico, plano de cuidados, terapêutica em enfermagem e evolução dos pacientes registrando no prontuário;
- Administra, coordena, qualifica e supervisionam todo o cuidado ao paciente, o serviço de enfermagem em emergência e a equipe de enfermagem sob sua gerência.

Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) - A elaboração da sistematização da assistência de enfermagem é um dos meios que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O ponto central da Sistematização da Assistência de Enfermagem é guiar as ações de enfermagem a fim de que possa atender as necessidades individuais do cliente-família comunidade. Através dela é possível identificar as repostas do cliente, família comunidade e atender as necessidades afetadas e prevenir futuros agravos.

Competências pessoais para a Função de Técnico de Enfermagem

- Demonstrar atenção
- Iniciativa
- Paciência
- Trabalhar em equipe
- Bom condicionamento físico
- Autocontrole
- Saber ouvir
- Compreensão
- Respeitar paciente

Ações Assistenciais do Técnico de Enfermagem

- Receber o plantão no horário estabelecido;
- Realizar higiene do paciente (enfermaria);
- Administração de medicamentos prescritos;
- Atuação sistêmica de maneira integral ao paciente.
- Auxiliar na elaboração de escala de tarefas;
- Auxiliar no controle e no uso racional de roupas, materiais utilizados pela enfermagem e



pela equipe multiprofissional de cuidado ao paciente;

- Auxiliar na conservação e no controle do patrimônio da unidade;
- Seguir as normas de biossegurança;
- Executar ações de assistência de enfermagem ao paciente, com exceção àquelas privativas do enfermeiro;
- Prestar assistência de enfermagem segura, humanizada e individualizada aos clientes, sob supervisão do enfermeiro, assim como colaborar nas atividades de ensino e pesquisa desenvolvidas na Instituição.
- Auxiliar o superior na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral, em programas de vigilância epidemiológica e no controle sistemático da infecção hospitalar.
- Preparar clientes para consultas e exames, orientando-os sobre as condições de realização dos mesmos.
- Colher e ou auxiliar o cliente na coleta de material para exames de laboratório, segundo orientação.
- Realizar exames de eletro diagnósticos e registrar os eletrocardiogramas efetuados, segundo instruções médicas ou de enfermagem.
- Orientar e auxiliar clientes, prestando informações relativas a higiene, alimentação, utilização de medicamentos e cuidados específicos em tratamento de saúde.
- Verificar os sinais vitais e as condições gerais dos clientes, segundo prescrição médica e de enfermagem.
- Preparar e administrar medicações por via oral, tópica, intradérmica, subcutânea, intramuscular, endovenosa e retal, segundo prescrição médica, sob supervisão do Enfermeiro.
- Cumprir prescrições de assistência médica e de enfermagem.
- Realizar a movimentação e o transporte de clientes de maneira segura.
- Auxiliar nos atendimentos de urgência e emergência.
- Realizar controles e registros das atividades do setor e outros que se fizerem necessários para a realização de relatórios e controle estatístico.
- Efetuar o controle diário do material utilizado, bem como requisitar, conforme as normas da Instituição, o material necessário à prestação da assistência à saúde do cliente.
- Controlar materiais, equipamentos e medicamentos sob sua responsabilidade.
- Manter equipamentos e a unidade de trabalho organizada, zelando pela sua conservação e comunicando ao superior eventuais problemas.
- Executar atividades de limpeza, desinfecção, esterilização de materiais e equipamentos,

bem como seu armazenamento e distribuição.

- Propor a aquisição de novos instrumentos para reposição daqueles que estão avariados ou desgastados.
- Realizar atividades na promoção de campanha do aleitamento materno bem como a coleta no lactário ou no domicílio.
- Auxiliar na preparação do corpo após o óbito.
- Participar de programa de treinamento, quando convocado.
- Executar tarefas pertinentes à área de atuação, utilizando-se de equipamentos e programas de informática.
- Executar outras tarefas compatíveis com as exigências para o exercício da função.

## **SERVIÇOS DE APOIO**

### **Lavanderia**

O serviço de lavanderia será realizado por empresa terceirizada e supervisionado pela equipe da INGDS, considerando que a empresa contratada o fornecerá o enxoval completo, e o mesmo virá acondicionado por jogo de maneira preconizada e padronizada pela unidade contratante.

Serão definidos protocolos de manuseio, acondicionamento e fluxo de entrada de roupa limpa e saída de roupa suja e roupa contaminada e funcionará de acordo com o protocolo de critérios para contratação de terceiros que segue anexo a proposta.

### **Coleta de resíduos**

A Coleta de resíduos será realizada por empresa especializada conforme metodologia descrita no item 4.2 Implantação de fluxos - Fluxo Unidirecional para Resíduos de Saúde.

### **Ciência e Tecnologia**

- a. Termo de referência para desenvolvimento de PTA em educação permanente

A INGDS estabelecerá na UPA o núcleo de educação permanente, e a partir dele atuar de forma a manter a equipe da unidade capacitada e atualizada de suas atribuições diárias.

Abaixo segue a descrição do funcionamento do serviço:



- Núcleo de Educação Permanente

Treinar e desenvolver as competências técnicas e comportamentais dos colaboradores propiciando a oportunidade de desenvolver suas potencialidades e ampliar seus conhecimentos, visando o melhor desempenho no trabalho e conscientização do seu papel como profissional da saúde. São Modalidades de atuação do núcleo de Educação Permanente (NEP) a ser instituído:

- Desenvolvimento de Pessoas

Com o objetivo de desenvolver constantemente os colaboradores, aumentando assim os conhecimentos, habilidades e competências de sua força de trabalho, melhorando o desempenho geral da organização. Este processo inicia-se desde o primeiro dia de trabalho, na integração institucional/setorial. Na sequência acompanhemos sua adaptação e construção dos conhecimentos internos nas avaliações de experiência e desempenho, bem como nos treinamentos pontuais internos ou externos viabilizados pelo NEP.

- Programa de Integração Institucional e Setorial

A integração será aplicada a todo novo colaborador. O programa de integração será estabelecido em 36 horas, sendo as 6 primeiras horas para temas institucionais gerais, onde o novo colaborador irá conhecer a instituição como um todo. Na sequência, tem-se as 30 horas setoriais utilizadas no programa de desenvolvimento setorial elaborado pelo gestor da área, em parceria com o NEP, para que o novo colaborador seja capacitado nas rotinas operacionais pertinentes a sua atuação.

- Treinamentos

Refere-se à aquisição de conhecimento, habilidades e competências como resultado de formação profissional ou de ensino de habilidades práticas relacionadas às competências úteis específicas. Para tanto os gestores deverão disponibilizar suas equipes, em horários específicos pré-estabelecidos, ou em treinamentos in loco, sempre que convocados pelo NEP.

- Levantamento de Necessidade de Treinamento – LNT

É uma ferramenta que atua concomitantemente com o planejamento estratégico da instrução, como o intuito de programar anualmente os treinamentos técnicos de aperfeiçoamento. O LNT deve ser flexível e compreender as necessidades das equipes no período e estar sempre disponível para consulta no NEP. Do LNT geramos o PAT (Plano Anual de Treinamento), um cronograma anual, em que todos os treinamentos estão dispostos e acessíveis à gestão do responsável da área.

- **Treinamentos Internos**

São os Treinamentos promovidos e administrados pelo próprio Unidade. Podem ser ministrados por colaboradores, comissões específicas, gestores, setores específicos ou através de empresas contratadas especificamente para tal. Para garantir a eficácia de todo e qualquer conhecimento transmitido, este segue as seguintes diretrizes:

- ✓ Convidar o instrutor, interno ou externo, alinhando os detalhes para a realização do evento, bem como capacita-lo quanto aos padrões utilizados na instituição;
- ✓ Validar o Plano de Aula, com todos os campos preenchido e discutidos no intuito de garantir a melhor aplicabilidade dos recursos disponíveis;
- ✓ Certificar-se da logística antes, durante e após o evento, com divulgação, agenda do local, confecção de convites/convocação dos colaboradores à participação, e demais peculiaridades dos treinamentos;
- ✓ Fornecer ao palestrante os formulários Lista de Presença e Avaliação de Reação solicitando que, impreterivelmente, ambas sejam respondidas pelos participantes;
- ✓ Discutir e formalizar entre palestrante, gestor da área e NEP, o modelo de avaliação de eficácia a ser utilizado, bem como acompanhar todo o processo, tabulando os dados e arquivando todo o material utilizado para consulta futura.

- **Avaliações de Eficácia**

As avaliações nos conduzem para uma melhor visualização do novo aprendizado, não basta só treinar, é necessário encontrarmos uma melhor forma de mensurar o conteúdo assimilado ou não pelos participantes. Devemos ter uma ideia, a priori, quanto ao impacto causado pelo treinamento, bem com medir os níveis de aprendizagem e conhecimentos adquiridos, técnicos e relacionais refletidos na mudança de comportamento do colaborador.

Para garantir a eficácia de um treinamento será aplicada avaliação pós-treinamento, que será realizada em períodos distintos:

- ✓ Avaliação de Reação (curto prazo) será sempre aplicada ao término de todos os treinamentos. O objetivo é medir a percepção dos participantes em relação às experiências de aprendizado, ao conteúdo, ao facilitador e a relevância para o trabalho;
- ✓ Avaliação de Aprendizagem, quando prevista no formulário Plano de Aula, deverá ser aplicada ao término de cada evento a ter a média mínima de 70% de total de avaliação, seguindo o padrão de instituições de formação técnica. Esta, por sua vez, deverá ser discutida entre instrutor, Gestor da área e NEP, visualizando a melhor forma para aplicação. Deve ser corrigida pelo instrutor do treinamento e entregue ao NEP para arquivamento com a devida nota, assinada pelo instrutor.



Caso essa avaliação não atinja os índices esperados, cabe ao NEP planejar, junto ao requisitante do treinamento, uma forma de replicar o assunto abordado;

✓ A Avaliação de Eficácia (média e longo prazo) tem como objetivo avaliar a retenção e aplicabilidade do conhecimento adquirido. Este é o resultado tangível, mensurado da cadeia de evidências que valida o que os níveis anteriores mostraram por meio de dados.

- **Treinamento Externos**

Referem-se a cursos, seminários, congressos, palestras, workshops, encontros e similares, oferecidos por instituições ou empresas e não abrangidos pelo PAT. O NEP deverá manter controle referente a esses treinamentos. Os cursos externos ou eventos devem ser indicados, de forma seletiva, aos colaboradores que tenham necessidade para o aprimoramento e/ou reciclagem/atualização da função. O gestor deverá encaminhar solicitação ao NEP que visualizará se o conteúdo está alinhado com a descrição de cargo do respectivo colaborador e a viabilidade de participação. EM todos os casos, o participante deverá entregar ao NEP, para fins de arquivamento e consulta posterior, uma cópia do certificado de participação, uma cópia do material didático fornecido. Em conjunto, será analisada a metodologia e didática utilizada para a prorrogação do conhecimento adquirido para a(s) equipe(s) de trabalho, sempre que pertinente.

Em casos pontuais, o NEP poderá solicitar a contratação de instrutor externo para a realização de treinamentos específicos para os profissionais da Unidade.

- **Reembolsos Eventos Externos**

Será realizado o reembolso integral ao colaborador participante de eventos externos desde que previamente autorizados, tais como treinamentos, cursos, congressos, visitas técnicas, entre outros qualificados e voltados à capacitação profissional. O Unidade custeará, a priori, valores referentes a inscrições, transportes e hospedagens, devendo o colaborador arcar com despesas adicionais e apresentar em até 10 dias, as notas fiscais justificáveis para reembolso.

O Plano de Treinamento apresentado a seguir é uma proposta inicial a ser ajustado conforme necessidade da equipe profissional da unidade.



## PLANEJAMENTO ANUAL DE TREINAMENTOS

MÊS	TREINAMENTO	TIPO	PÚBLICO	CARGA HORÁRIA	INSTRUTOR	RESPONSÁVEL
MÊS 1	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	SAE-Sistematização de Assis. Enf.	Específico	Enfermagem	12hs	Interno	RT Enfermagem
MÊS 2	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12hs	Interno	RT Enfermagem
	Programa de Segurança de Paciente	Institucional	Equipe Multiprofissional	12hs	Interno	NSP-N.S. Paciente
MÊS 3	Protocolo Cirurgia Segura	Específico	Equipe Multiprofissional	04hs	Interno	NSP-N.S. Paciente
	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12hs	Interno	RT Enfermagem
	Central de Materiais	Específico	Enfermagem	02hs	Interno	NEP - N.E. Permanente
MÊS 4	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Acolhimento com Classif. Risco	Específico	Médicos e Enfermeiros	06hs	Interno	RT Enfermagem
	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Atendimento e Urgências	Específico	Médicos e Enfermagem	06hs	Interno	RT Médico
MÊS 5	Higienização das Mãos (Prática)	Institucional	Equipe Multiprofissional	15min	Interno	NEP/SCI H





	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12hs	Interno	RT Enfermagem
	Imobilização Ortopédica	Específico	Enfermagem	01h	Externo	RT Enfermagem
MÊS 6	Coleta de Exames	Específico	Enfermagem	01h	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Curativos	Específico	Enfermagem	02hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Profilaxia Antirrábica	Específico	Enfermagem	01h	Interno	SCIH
MÊS 7	Tipos de Precaução	Institucional	Equipe Multiprofissional	02hs	Interno	SCIH
	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Registro em Prontuário	Específico	Enfermagem	02hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Choque	Específico	Enfermagem	02hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
MÊS 8	Protocolo PEP	Específico	Enfermagem	01h	Interno	SCIH
	Biológicos	Específico	Enfermagem	01h	Interno	SCIH
	Higienização e Limpeza	Específico	Aux. Higiene	De 01h	Interno	Segurança do Trabalho
	Recepção	Específico	Recepcionista	02hs	Externo	Recepção
	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Externo	Segurança do Trabalho



MÊS 8	Acidentes de Trabalho	Institucional	Equipe Multiprofissional	02hs	Interno	Segurança do Trabalho
	Intoxicação Exógena	Específico		01h	Interno	SCIH
	Marketing Pessoal	Institucional	Equipe Multiprofissional	02hs	Interno	S.A.U.
	Vestimenta e Postura	Institucional	Equipe Multiprofissional	02hs	Externo	Recepção
	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe Multiprofissional	02hs	Externo	Segurança do Trabalho
MÊS 9	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12hs	Interno	RT Enfermagem
	Administração Medicamentosa	Específico	Equipe Multiprofissional	02hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	BLS, ACLS, ATLS,PALS	Institucional	Equipe Multiprofissional	02hs	Externo	NEP-N.E. Permanente
	Dispensação deAntirretrovirais	Específico	Enfermagem/Farmácia	01h	Interno	Farmácia
	N35 – Trabalho emAltura	Específico	Aux. Manutenção	02hs	Externo	Segurança do Trabalho
	Contaminação emSaúde e Seus Riscos	Institucional	Equipe Multiprofissional	01h	Interno	Segurança do Trabalho



	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe Multiprofissional	08hs	Externo	Segurança do Trabalho
	BLS, ACLS, ATLS PALS	Específico	Médicos e Enfermeiros	08hs	Externo	NEP-N.E. Permanente
MÊS 10	Integração	Institucional	Equipe Multiprofissional	06hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Treinamento Admissional Enfermagem	Específico	Enfermagem	12hs	Interno	RT Enfermagem
	Administração Medicamentosa	Específico	Equipe Multiprofissional	02hs	Interno	NEP-N.E. Permanente
	Dispensação de Medicamentos	Específico	Equipe Multiprofissional	02h	Interno	Farmácia
	Brigada de Incêndio	Institucional	Equipe Multiprofissional	08hs	Externo	Segurança do Trabalho
	CLS, ACLS, ATLS, PALS	Específico	Médicos e Enfermeiros	08hs	Externo	NEP-N.E. Permanente
MÊS 11	Fechamento Anual	-	-	-	-	NEP-N.E. Permanente

### 6.7 Unidade de faturamento

Este setor deverá estar integrado com as áreas que prestam o atendimento e será o responsável pela inserção dos dados no sistema para os órgãos competentes, na Gestão Estadual a Secretaria Estadual de Saúde, na Gestão Municipal a Secretaria Municipal de Saúde e para o Ministério de Saúde por intermédio dos sistemas e módulos específicos por complexidade do SIA (BPA/BPAI), e do CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

A unidade de faturamento desenvolve suas atividades integradas com as unidades de atendimento, agendamento, gerenciamento de leitos, SAME, Farmácia, Almoxarifado, Auditoria Médica e Assistencial e das áreas de produção.

Funcionamento: A unidade de Faturamento da UPA funcionará de segunda a sexta-feira no horário de 08:00hs as 17:00hs

**Obs.:** Caso a Secretaria de Saúde do município não indique os profissionais de seu quadro para auditar os procedimentos realizados, a INGDS contratara os profissionais por serviços de terceiros pessoa jurídica.

#### a. Descrição do Funcionamento da Manutenção Predial e de Equipamentos

O Modelo apresentado nesta proposta é um produto apresentado e formulado com o intuito de atender aos requisitos normativos baseados na NORMA ABNT/NBR 15.943:2011, RDC/ANVISA nº 02, de 25 de janeiro de 2010 e RDC/ANVISA nº 63, de 25 de novembro de 2011 no que se referem a infraestrutura e a equipamentos de saúde, nos termos a seguir:

O escopo dos serviços prevê todas as atividades intrínsecas e pertinentes à operação, manutenção e conservação das edificações e seus equipamentos, através da residência de sua equipe nas instalações da contratante, de domingo a sábado, ininterruptamente.

### 6.8 Central De Materiais E Esterilização

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

A CME deve ser dividida minimamente em três áreas separadas por barreira física, são elas:

Área suja: destinada ao recebimento e separação dos materiais sujos advindo dos setores de assistência. Local onde é realizado o processo de limpeza, desinfecção e secagem dos instrumentais. Deve ser de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais da saúde deverão trabalhar paramentados com gorro, máscara, luva de borracha cano longo, avental de brim manga longa, avental impermeável, óculos de proteção e sapato fechado.

Área limpa: local destinado aos processos de separação dos instrumentais, conferência da limpeza, funcionalidade e integridade dos artigos. Assim como empacotamento, selagem das embalagens e esterilização. Local de acesso restrito ao fluxo de pessoas e os profissionais deverão trabalhar paramentados com gorro, avental, luva de procedimento e sapato fechado.

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



O fluxo dos materiais na CME deve ser unidirecional e com barreira física entre as áreas:

Expurgo	Preparo de material e carga	Guarda do material estéril
Área Suja	Área Limpa	Área Estéril

**Expurgo:** área responsável por receber os materiais, onde os Instrumentais são lavados, os funcionários fazem uso de EPIs para protegerem da contaminação pois os instrumentais contêm sangue e fluidos corpóreos, estas áreas dispõem pias próprias com cubas fundas para evitar respingos trabalhadores e em número suficiente para atender a demanda de materiais sujos a serem lavadas, torneiras com disponibilidade de água quente e fria, adaptadas para possibilitar a limpeza de tubulações e artigos com lúmen e balcões em aço inoxidável, para propiciar facilidade de limpeza, onde os materiais são depositados para posterior secagem e separação.

O expurgo deve contar com um hamper, recipiente para lixos recipientes para a colocação de artigos em soluções detergentes ou germicidas, suportes que favoreçam a secagem de sondas e tubulações, escovas e esponjas para a limpeza, sabões, detergentes, desinfetantes e compressas ou toalhas macias para a secagem do material.

O expurgo é um local onde é recomendado o uso de ar condicionado com pressão negativa devido a manipulação de matérias que contêm grande quantidade de microorganismos.

**Área de preparo:** Setor onde os materiais são preparados, ela é dividida em seções: roupas, vidraria, material inoxidável, instrumental cirúrgico, gases vaselina e alguns cadarços. Materiais devidamente embalados aguardando a esterilização.

A área de preparo deve contar com; carro de transporte de materiais, armários e prateleiras que contêm embalagens, materiais de reserva, bancadas, mesas espaçosas que facilitem a abertura dos campos para a inspeção rigorosa e a dobradura dos mesmos, escadas, cadeiras, cestos aramados com os respectivos suportes, equipamentos para termo-selagem das embalagens, suporte e hamper e recipiente para lixo.

**Área de esterilização:** local onde realizada a esterilização, onde estão localizados equipamentos como autoclaves, estufas, carros para colocação e retirada da carga de materiais e exaustores para eliminação do vapor.

**Distribuição e Guarda de materiais:** local onde é realizada a distribuição. Deve contar com carro para transporte de materiais, mesa, cadeira, escada, armários, prateleiras e cestos aramados com seus respectivos suportes, de maneira que os materiais sejam armazenados organizadamente, facilitando a identificação, localização e distribuição.

Pela sua própria finalidade, esta área deve ser de acesso restrito aos trabalhadores que a executam suas tarefas, diminuindo assim a circulação de pessoas e conseqüentemente a contaminação ambiental.

A temperatura ambiente e a umidade relativa devem ser controladas, de maneira a oferecer melhores condições de manutenção de esterilidade dos materiais aí armazenados.

Área restrita onde devem circular poucos profissionais devido ao risco de contaminação.

O controle sobre a umidade do ar também é muito importante para que não haja o umedecimento dos pacotes, a umidade muito baixa também pode danificar dos tecidos.

Ambiente de Apoio: Inclui sanitário e vestuário dos funcionários deposita de matérias de limpeza, sala administrativa, área de manutenção de equipamento de esterilização.

Estrutura física: este é um ponto muito importante pois a estrutura física fluxo contínuo sem cruzamento de materiais.

O piso deve ser de material resistente antiderrapante claro de fácil limpeza.

Área de preparo, esterilização: janelas teladas, sistema de ar condicionado central e sistema de exaustão.

Paredes: pintura lavável, nas que contém pias azulejo ou granito aproximadamente 60 cm.

Nas paredes entre expurgo e preparo e esterilização ter altura de 1.00 m de alvenaria e o restante vidro.

Iluminação artificial fluorescente, reservatório de água fria deverá ter autonomia mínima de 2 dias.

### **Fluxo de Materiais**

A CME recebe matérias de vários setores da unidade. Materiais que são recebidos do almoxarifado, quando descartáveis devem ser armazenados em área própria, pois os mesmos são controlados e distribuídos, materiais novos como cateteres, gases cirúrgicas, são recebidos no preparo recebem embalagens, são esterilizados e distribuídos.

Roupas limpas, compressas, aventais cirúrgicos e embalagens de tecidos, são recebidos no preparo vistoriados, e encaminhado para esterilização, são armazenados e posteriormente distribuídos.

E função da CME fornecer material esterilizado a toda unidade, devendo haver integração entre expurgo, montagem de instrumental.

Para que isto seja possível é importante que haja uma integração com Educação continuada para que treinamento dos profissionais, para o trabalho CME possa atender as necessidades da unidade.



## 6.12 Central De Distribuição E Farmácia - Cadeia de Suprimentos e Apoio Logístico

A metodologia de abastecimento está descrita nos itens logística e suprimentos e fluxo de Material Médico Hospitalar e Medicamentos.

### Abastecimento de Material Médico Hospitalar, Medicamentos e Insumos

Uma organização de saúde é um sistema produtivo de atenção à saúde, onde o setor de abastecimento integra-se como subsistema para atender as necessidades de insumos (materiais de consumo) e de equipamentos (materiais permanentes) daqueles que desenvolvem e disponibilizam os produtos, que são os profissionais de saúde.

### Manual para Padronização de Medicamentos e Materiais Médico Hospitalares Medicamentos

Dentre as vantagens advindas da padronização de medicamentos, encontram-se:

- a. Para os pacientes - existe a confiança do uso do medicamento correto e a satisfação psíquica por não necessitar adquirir quaisquer outros remédios pertinentes ao seu tratamento, dos quais o hospital não disponha;
- b. Para os médicos e para a enfermagem - ter a certeza de que os medicamentos disponíveis na Farmácia são adequados aos tratamentos propostos, garantindo aos pacientes a fidelidade em atender as prescrições e maior interação entre as equipes;
- c. Para a Farmácia e para a unidade de saúde - melhor controle dos produtos abrigados em estoques, através da menor diversidade de itens e benefício através da redução do custo dos estoques, da diminuição de pessoal ligado às estratégias de controle e redução do espaço físico destinado à farmácia. Contudo, os profissionais médicos muitas vezes se opõem à padronização de medicamentos, em função de interesses pessoais, sem a preocupação com a gestão dos custos hospitalares.

#### Estratégia para a padronização de medicamentos

Para atingir uma padronização dos produtos da farmácia que contemple adequadamente as necessidades dos pacientes, determinados parâmetros são seguidos.

Dentre estes:

- formar uma comissão de padronização de medicamentos (para estabelecer os critérios para inclusão/exclusão de produtos e revisar continuamente os itens padronizados);
- considerar o perfil epidemiológico das doenças prevalentes e/ou incidentes na população assistida pela instituição de saúde;

Adotar o nome farmacológico para relacionar os medicamentos (mencionando, junto

a este, a concentração e a forma de apresentação);

- selecionar fármacos com valor terapêutico comprovado, de menor toxicidade e de fácil aquisição no mercado;
- reunir os produtos em grupos farmacológicos semelhantes (classificação), reduzindo a variedade desnecessária de materiais (simplificação) e adotando uma codificação (para facilitar a identificação dos remédios); e,
- finalmente, criar um manual impresso ou virtual, que possa ser consultado facilmente pelos profissionais envolvidos.

Contudo, devemos lembrar que preferências por um determinado medicamento ou grupo de produtos, por parte dos médicos, e as pressões exercidas pela indústria farmacêutica sobre os responsáveis pelas aquisições de remédios, são as maiores barreiras encontradas para a padronização de medicamentos em uma unidade, ocasiões em que, nem sempre, são respeitados os princípios éticos vigentes.

Diferentes técnicas gerenciais facilitam o processo de padronização. Um desses métodos seria a classificação ABC, utilizado para a administração de estoques, para a definição de políticas de vendas, para estabelecimento de prioridades, para a programação da produção e uma série de outros problemas usuais.

A Comissão de Padronização de Medicamentos da UPA será responsável pelo desenvolvimento e supervisão das políticas e práticas de seleção e uso racional de medicamentos na unidade, visando a contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

A Comissão de Padronização de Medicamentos da unidade será constituída por uma equipe multidisciplinar, contando com a participação de médicos, farmacêuticos, administrador hospitalar, e representante do CCIH.

Periodicamente, a Comissão avalia os medicamentos padronizados, promovendo inclusões e exclusões segundo critérios de eficácia, eficiência clínica e custo.

Conforme orientação da Comissão, todos os medicamentos adquiridos e utilizados na unidade são fabricados por indústrias certificadas e com qualidade garantida, sendo preferencialmente produtos éticos e genéricos.

Com o intuito de proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos, otimizando os recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis na Instituição, a Comissão de Padronização de Medicamentos da unidade elaborará o Manual de Padronização e Diluições de Medicamentos.

#### Apresentação

UPA 24Hrs BAYEUX/ Comissão de Padronização de Medicamentos Manual de Padronização e Diluições de Medicamentos – mês/ano.



A existência de uma relação padronizada de medicamentos proporciona a unidade alguns benefícios, como:

- aumentar a qualidade da farmacoterapia e facilitar a vigilância farmacológica;
- reduzir o custo da terapêutica, sem prejuízos para a segurança e a efetividade do tratamento;
- reduzir o número de fórmulas e formas farmacêuticas;
- reduzir os estoques qualitativo e quantitativo;
- reduzir o custo de aquisição de medicamentos;
- facilitar a comunicação entre farmácia, médicos, enfermagem e setores administrativos;
- simplificar rotinas de aquisição, armazenamento, dispensação e controle.

Os medicamentos padronizados da unidade serão organizados da seguinte forma:

- I. Relação de Medicamentos Padronizados;
- II. Classificação dos Medicamentos Padronizados;
- III. Medicamentos Padronizados ordenados por nome comercial.
- IV. Orientações para Diluições de Medicamentos

#### Material Médico Hospitalar

A Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares (CPM) é um órgão de assessoria, com caráter multiprofissional para subsidiar tecnicamente os processos de aquisição de produtos, criando especificações, protocolos e padronização de produtos, considerando-se a qualidade, custo, segurança e aplicabilidade do mesmo.

Entender a definição de materiais Padrão, Não Padrão e Despadronizado.

**Padrão:** Insumos de uso contínuo aprovado na Instituição em que tenha um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente a reposição nos estoques;

**Não Padrão:** insumos de uso com aprovação técnica (médico / Farmácia/ enfermagem), adquirindo sob encomenda, que não se mantém em estoque – Ex: produtos adquiridos temporariamente para substituição de um produto padrão em falta;

**Despadronizado:** insumo que já foi adquirido pela Instituição, quer seja padrão ou não padrão, que não deve ser mais adquirido, sendo excluído para novas aquisições.

## Finalidade

Desenvolver e manter um controle de qualidade sobre os materiais e insumos médico-hospitalares utilizados na unidade de saúde, sempre avaliando o binômio custo/benefício.

Esta comissão está ligada à Diretoria Técnica e Operacional da unidade e tem autonomia para implementação de suas recomendações técnicas, no que se refere à inclusão e exclusão de materiais na Instituição.

## Competência:

- ✓ Elaborar a padronização de materiais e insumos, descartáveis ou não, bem como catalogar suas especificações técnicas e fornecedores;
- ✓ Realizar a triagem dos produtos encaminhados para teste, avaliando suas qualidades e a real necessidade dentro da instituição;
- ✓ Certificar a idoneidade da empresa fabricante e fornecedora, bem como todos os registros pertinentes à fabricação do produto para seu credenciamento junto à unidade;
- ✓ Avaliar continuamente os produtos que já se encontram em uso na Instituição, promovendo a revisão e atualização periódica da lista de produtos padronizados;
- ✓ Informar as diretorias técnica e hospitalar da inclusão de novos itens na padronização, explicando sua importância e principais indicações;
- ✓ Estabelecer critérios para inclusão e exclusão de produtos na padronização;
- ✓ Desenvolver programas educacionais para o corpo de enfermagem e demais profissionais, de modo a atualizar o conhecimento sobre novos produtos padronizados;
- ✓ Propor modificações em seu regimento interno, quando julgar necessário e de significativa relevância, como também nas situações não previstas ou omissas, para aprimoramento de suas atividades.

Quando houver necessidade de parecer técnico específico, um profissional não integrante da Comissão poderá ser convidado a participar de reunião técnica para deliberação conjunta.

Quando for necessária a substituição provisória de algum artigo médico hospitalar o departamento que utiliza o insumo deverá indicar o produto a ser adquirido.

Para a aquisição temporária de artigo médico hospitalar por substituição provisória será necessária a assinatura do Presidente da Comissão de Padronização de Materiais e/ou do representante do Corpo Clínico, não estando nenhum na Instituição o vice-presidente da poderá assinar a solicitação.



### Competência da direção da unidade

Propiciar a infra-estrutura básica necessária para a correta operacionalização da Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos Médico-Hospitalares;

Dar o devido apoio para implementação das medidas de padronização de insumos médico-hospitalares.

#### **6.12.1 Almoxarifado**

##### Manual de Gerência do Almoxarifado

O Almoxarifado pode ser conceituado como sendo o local destinado à guarda e conservação de materiais médico hospitalar, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionados à política geral de estoques.

a. Os principais objetivos:

- Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

b. A eficiência de um Almoxarifado depende fundamentalmente:

- Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do conseqüente aumento do número das viagens de ida e volta;
- Do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;
- Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.
- A organização funcional de um Almoxarifado pode ser resumida utilizando-se de suas principais atribuições, sendo:
  - Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;
  - Entregar os materiais aos seus usuários mediante requisições autorizadas;
  - Manter atualizados os registros necessários.

Embora não haja menção na estrutura organizacional do Almoxarifado, o controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor funcional envolvido, sendo: recebimento, armazenagem e distribuição. O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.



### c. Recebimento

É a atividade intermediária entre as tarefas do setor compra e pagamento aos fornecedores, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoarifado.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil. O recebimento compreende quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização.

### d. Entrada de Materiais

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;



- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador. O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.

#### e. Conferência Quantitativa

Trata-se da atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

#### f. Conferência Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

#### g. Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá

dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Especificação de compra;
- Catálogos técnicos;

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

#### h. Armazenamento

A armazenagem dos materiais no Almojarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação. Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almojarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);





- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:

- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso);
- Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- Piso (resistência).

Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

#### i. Distribuição

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos, normalmente, se faz por meio de requisição específica.

#### j. Recebimento e Aceitação

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas.

São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão, Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor.

Observando-se que, quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado pelo recebimento ou o Almojarife, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega.

#### k. Rotina para Recebimento de Materiais

A empresa transportadora deve aguardar o atendimento do recebedor devendo este:

- Retirar o pedido de compra e conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor. Receber o material apenas se o valor da Nota Fiscal for igual ou menor do que o valor total da Nota de Empenho. Atentar-se com relação ao tipo de empenho: Ordinário ou Global. Quando ordinário, a entrega é feita na sua totalidade, se global, a entrega pode ser parcial.
- O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material.
- O recebedor deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo do frete, se couber.
- No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização.
- Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor pode escrever ou carimbar no canhoto da Nota Fiscal: Recebido ..... volumes sujeitos à conferência.

Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almojarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto à Natureza da Operação, muitas vezes caracterizada "Simples Remessa". Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.



## I. Rotina para Aceitação de Materiais

Finalizado o recebimento do material, o Almoxarife providenciará a conferência do mesmo conforme descrito abaixo:

O Almoxarife deve identificar e solicitar ao responsável pelo material ou equipamento que realize a conferência.

- Quando o material é caracterizado como sendo de "consumo", o responsável deve retirá-lo, mediante assinatura em protocolo específico ou similar. Quando for um bem considerado "permanente", sendo necessário identificá-lo junto à área responsável
- Após a devida conferência do material, o Almoxarife deve dar entrada em sistema informatizado, próprio da unidade, do referido bem e encaminhar a Nota Fiscal para pagamento, quando material de consumo.
- Se constatado alguma irregularidade no material recebido durante sua conferência, o Almoxarife deve providenciar junto ao fornecedor sua resolução, estando o responsável pelo material ciente deste processo. O primeiro registro de entrada de um material se faz por meio de protocolo, que será utilizado também para conferência do material e envio da Nota Fiscal para pagamento. Neste protocolo são preenchidos os dados abaixo:
  - Data de chegada do material;
  - Número do empenho ou similar;
  - Número da Nota Fiscal ou similar;
  - Nome do Fornecedor;
  - Valor da Nota Fiscal ou similar;
  - Data de emissão da Nota Fiscal ou similar;
  - Descrição sucinta do material recebido;
  - Data da conferência e/ou entrega;
  - Assinatura do conferente;
  - Data de envio da Nota Fiscal;
  - Nome do Setor/Departamento que recebeu a Nota Fiscal;
  - Assinatura do recebedor da Nota Fiscal.

Após a conferência do material e este estando de acordo com as especificações e quantidades adquiridas, será realizado o lançamento da Nota Fiscal.

Após o lançamento, o Almoxarife carimba a Nota Fiscal dando seu acordo para pagamento e, por fim, envia ao setor competente.

Em alguns casos, o Almoxarife pode constatar algumas divergências da Nota Fiscal com a Nota de Empenho, sendo assim, será necessário entrar em contato com o fornecedor para

proceder com a correção das irregularidades ora encontradas.

#### m. Aquisições de Materiais para o Estoque

Um dos objetivos principais do Almoxarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque. O Almoxarife efetua o pedido ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente.

Para a aquisição de materiais, se faz necessário o levantamento de orçamentos. Com os valores fornecidos pelas empresas, calcula-se a média e faz a requisição de compra em sistema informatizado, a qual deve ser enviada, anexa aos orçamentos, ao Setor de Compras.

#### n. Requisições de Material

Os materiais de uso comum a diversos setores da Instituição são mantidos em estoque, sendo os materiais são entregues mediante requisição própria assinada pelo funcionário.

Os necessários controles dos materiais em estoque no Almoxarifado poderão ser feitos por meio de inventários que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes de acordo com os relatórios processados pelo sistema eletrônico do Almoxarifado.

#### Almoxarifado Central

O Almoxarifado pode ser conceituado como sendo o local destinado à guarda e conservação de materiais médico hospitalar, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna condicionados à política geral de estoques.

Os principais objetivos:

- Assegurar que o material esteja armazenado em local seguro e na quantidade ideal de suprimento;
- Impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza;
- Preservar a qualidade e as quantidades exatas;
- Possuir instalações adequadas e recursos de movimentação e distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente.

A eficiência de um Almoxarifado depende fundamentalmente:

- Da redução das distâncias internas percorridas pela carga e do conseqüente aumento do número das viagens de ida e volta;





- Do aumento do tamanho médio das unidades armazenadas;
- Da melhor utilização de sua capacidade volumétrica.

A organização funcional de um Almoxarifado pode ser resumida utilizando-se de suas principais atribuições, sendo:

- Receber para guarda e proteção os materiais adquiridos pela empresa;
- Entregar os materiais aos seus usuários mediante requisições autorizadas;
- Manter atualizados os registros necessários.

Embora não haja menção na estrutura organizacional do Almoxarifado, o controle deve fazer parte do conjunto de atribuições de cada setor funcional envolvido, sendo: recebimento, armazenagem e distribuição. O controle deve fornecer a qualquer momento as quantidades que se encontram à disposição em processo de recebimento, as devoluções ao fornecedor e as compras recebidas e aceitas.

#### Recebimento

É a atividade intermediária entre as tarefas do setor compra e pagamento aos fornecedores, sendo de sua responsabilidade a conferência dos materiais destinados à empresa. As atribuições básicas do recebimento são:

- Coordenar e controlar as atividades de recebimento e devolução de materiais;
- Analisar a documentação recebida, verificando se a compra foi autorizada;
- Controlar os volumes declarados na Nota Fiscal e no Manifesto de Transporte com os volumes a serem efetivamente recebidos;
- Proceder a conferência visual, verificando as condições da embalagem quanto a possíveis avarias na carga transportada e, se for o caso, apontando as ressalvas nos respectivos documentos;
- Proceder a conferência quantitativa e qualitativa dos materiais recebidos;
- Decidir pela recusa, aceite ou devolução, conforme o caso;
- Providenciar a regularização da recusa, devolução ou da liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberar o material desembaraçado para estoque no Almoxarifado.

As atividades de recebimento abrangem desde a recepção do material na entrega pelo fornecedor até a entrada nos estoques. A função de recebimento de materiais compõe um sistema global integrado com as áreas de contabilidade, compras e transportes e é caracterizada como uma interface entre o atendimento do pedido pelo fornecedor e os estoques físico e contábil.

O recebimento compreende quatro fases:

- Entrada de materiais;
- Conferência quantitativa;
- Conferência qualitativa;
- Regularização. Entrada de Materiais

A recepção dos veículos transportadores representa o início do processo de recebimento que tem como objetivos:

- A recepção dos veículos transportadores;
- A triagem da documentação suporte para o recebimento;
- Constatação se a compra, objeto da Nota Fiscal em análise, foi autorizada;
- Constatação se a compra autorizada está no prazo de entrega contratual;
- Constatação se o número do documento de compra consta na Nota Fiscal;
- Cadastramento no sistema das informações referentes às compras autorizadas.

As compras não autorizadas ou em desacordo com a programação de entrega devem ser recusadas, transcrevendo-se os motivos no verso da Nota Fiscal. Outro documento que serve para as operações de análise de avarias e conferência de volumes é o "Conhecimento de Transporte Rodoviário de Carga", que é emitido quando do recebimento da mercadoria a ser transportada.

As divergências e irregularidades insanáveis constatadas em relação às condições de contrato devem motivar a recusa do recebimento, anotando-se no verso da Nota Fiscal as circunstâncias que motivaram a recusa, bem como nos documentos do transportador.

O exame para constatação das avarias é feito através da análise da disposição das cargas, da observação das embalagens, quanto a evidências de quebras, umidade, dentre outros danos.

Os materiais que passaram por essa primeira etapa devem ser encaminhados ao Almoxarifado. Para efeito de descarga do material no Almoxarifado, a recepção é voltada para a conferência de volumes, confrontando-se a Nota Fiscal com os respectivos registros e controles de compra.



### Conferência Quantitativa

Trata-se da atividade que verifica se a quantidade declarada pelo fornecedor na Nota Fiscal corresponde efetivamente à recebida.

### Conferência Qualitativa

Esta atividade tem por objetivo garantir a adequação do material ao fim que se destina. A análise de qualidade efetuada pela inspeção técnica visa garantir o recebimento adequado do material. São utilizados no processo de inspeção: a especificação de compra do material e alternativas aprovadas; desenhos e catálogos técnicos; dentre outros.

A depender da quantidade, a inspeção pode ser total ou por amostragem, utilizando-se de conceitos estatísticos. A análise visual tem por finalidade verificar o acabamento do material, possíveis defeitos, danos à pintura, etc. A análise dimensional tem por objetivo verificar as dimensões dos materiais, tais como largura, comprimento, altura, espessura, diâmetro. Os ensaios específicos para materiais mecânicos e elétricos comprovam a qualidade, a resistência mecânica, o balanceamento e o desempenho de materiais ou equipamentos.

### Regularização

Caracteriza-se pelo controle do processo de recebimento, pela confirmação da conferência qualitativa e quantitativa, respectivamente, por meio do laudo de inspeção técnica e pela confrontação das quantidades conferidas e faturadas. O processo de Regularização poderá dar origem a uma das seguintes situações:

- Liberação de pagamento ao fornecedor;
- Liberação parcial de pagamento ao fornecedor;
- Devolução de material ao fornecedor;
- Reclamação de falta ao fornecedor;
- Entrada do material no estoque.

Os procedimentos de regularização, visando à confrontação dos dados, objetivando recontagem e aceite ou não de quantidades remetidas em excesso pelo fornecedor, envolvem os seguintes documentos:

- Nota Fiscal;
- Conhecimento de transporte rodoviário de carga;
- Documento de contagem efetuada;
- Especificação de compra;
- Catálogos técnicos;

O material em excesso ou com defeito será devolvido ao fornecedor, dentro de um prazo de 10 dias a contar da data do recebimento, acompanhado da Nota Fiscal de Devolução, emitida pela empresa compradora.

### Armazenamento

A armazenagem dos materiais no Almoxarifado obedece a cuidados especiais, que devem ser definidos no sistema de instalação e no layout adotado, proporcionando condições físicas que preservem a qualidade dos materiais, objetivando a ocupação plena do edifício e a ordenação da arrumação.

Compreende as fases da armazenagem dos materiais:

- Verificação das condições de recebimento do material;
- Identificação do material;
- Guarda na localização adotada;
- Informação da localização física de guarda;
- Verificação periódica das condições de proteção e armazenamento;
- Separação para distribuição.

Alguns cuidados devem ser tomados durante o projeto do layout de um Almoxarifado, de forma que se possam obter as seguintes condições:

- Máxima utilização do espaço;
- Efetiva utilização dos recursos disponíveis (mão de obra e equipamentos);
- Pronto acesso a todos os itens;
- Máxima proteção aos itens estocados;
- Boa organização;
- Satisfação das necessidades dos clientes.

No projeto de um Almoxarifado devem ser verificados os seguintes aspectos:

- Itens a serem estocados (itens de grande circulação, peso e volume);
- Corredores (facilidades de acesso);
- Portas de acesso (altura, largura);
- Prateleiras e estruturas (altura e peso);
- Piso (resistência).



Dependendo das características do material, a armazenagem pode dar-se em função de parâmetros como: fragilidade, combustão, volatilização, oxidação, explosão, intoxicação, radiação, corrosão, volume, peso, forma.

Os materiais sujeitos à armazenagem não obedecem a regras taxativas que regulem o modo como os materiais devem ser dispostos no Almoxarifado. Por essa razão, devem-se analisar, em conjunto, os parâmetros citados anteriormente, para depois decidir pelo tipo de arranjo físico mais conveniente, selecionando a alternativa que melhor atenda ao fluxo de materiais.

Com relação à localização dos materiais, o objetivo é estabelecer os meios necessários à perfeita identificação da localização dos materiais. Normalmente é utilizada uma simbologia (codificação) alfanumérica que deve indicar precisamente o posicionamento de cada material estocado, facilitando as operações de movimentação e estocagem. O Almoxarife é o responsável por este sistema e deverá possuir um esquema do depósito com o arranjo físico dos espaços disponíveis por área de estocagem.

#### Distribuição

A distribuição dos materiais estocados deve ser realizada mediante programação ou necessidade dos demais departamentos, normalmente, se faz por meio de requisição específica.

#### Recebimento e Aceitação

O recebimento é o ato pelo qual o material adquirido é entregue no local previamente designado, no caso o Almoxarifado, uma vez que todo o registro de entrada e distribuição de material deverá ser de responsabilidade do Almoxarifado.

A aceitação consiste na operação segundo a qual se declara que o material recebido satisfaz às especificações contratadas.

São considerados documentos hábeis para o recebimento de materiais ou equipamentos:

- Nota Fiscal, Fatura e Nota Fiscal/Fatura;
- Termo de Cessão, Doação ou Declaração exarada no processo relativo à permuta;
- Guia de Remessa de Material ou Nota de Transferência;
- Guia de Produção.

Nestes documentos constarão, obrigatoriamente: descrição do material, quantidade, unidade de medida e valor.

Observando-se que, quando o material não corresponder com exatidão ao que foi pedido, ou ainda, apresentar faltas ou defeitos, o encarregado pelo recebimento ou o Almoxarife, providenciará junto ao fornecedor a regularização da entrega.

## Rotina para Recebimento de Materiais

A empresa transportadora deve aguardar o atendimento do recebedor devendo este:

1. Retirar o pedido de compra e conferir com a Nota Fiscal enviada pelo fornecedor. Receber o material apenas se o valor da Nota Fiscal for igual ou menor do que o valor total da Nota de Empenho. Atentar-se com relação ao tipo de empenho: Ordinário ou Global. Quando ordinário, a entrega é feita na sua totalidade, se global, a entrega pode ser parcial.
2. O descarregamento é realizado pela transportadora, devendo o recebedor indicar o local adequado para o material.
3. O recebedor deve acompanhar o descarregamento e conferir a quantidade de volumes entregues de acordo com o recibo do frete, se couber.
4. No ato do recebimento, se o recebedor verificar que houve danos nas embalagens, deverá escrever ou carimbar no verso do recibo do frete: Embalagem danificada sujeito à conferência pelo solicitante e possível indenização.
5. Depois de acompanhado e conferido toda a entrega do material, o recebedor pode escrever ou carimbar no canhoto da Nota Fiscal: Recebido volumes sujeito à conferência.

Finalizar o recebimento assinando e carimbando o canhoto da Nota Fiscal.

Muitos materiais são recebidos pelo Almojarifado, cuja origem não tenha sido por meio de compra, portanto, sem a existência de documentação específica. Nestes casos, atentar-se quanto à Natureza da Operação, muitas vezes caracterizada "Simples Remessa". Para tanto, deve-se entrar em contato com o responsável pela aquisição.

## Rotina para Aceitação de Materiais

Finalizado o recebimento do material, o Almojarife providenciará a conferência do mesmo conforme descrito abaixo:

O Almojarife deve identificar e solicitar ao responsável pelo material ou equipamento que realize a conferência.

1. Quando o material é caracterizado como sendo de "consumo", o responsável deve retirá-lo, mediante assinatura em protocolo específico ou similar. Quando for um bem considerado "permanente", sendo necessário identificá-lo junto à área responsável
2. Após a devida conferência do material, o Almojarife deve dar entrada em sistema informatizado, próprio da unidade, do referido bem e encaminhar a Nota Fiscal para pagamento, quando material de consumo.
3. Se constatado alguma irregularidade no material recebido durante sua conferência, o Almojarife deve providenciar junto ao fornecedor sua resolução, estando o responsável



pelo material ciente deste processo. O primeiro registro de entrada de um material se faz por meio de protocolo, que será utilizado também para conferência do material e envio da Nota Fiscal para pagamento. Neste protocolo são preenchidos os dados abaixo:

- Data de chegada do material;
- Número do empenho ou similar;
- Número da Nota Fiscal ou similar;
- Nome do Fornecedor;
- Valor da Nota Fiscal ou similar;
- Data de emissão da Nota Fiscal ou similar;
- Descrição sucinta do material recebido;
- Data da conferência e/ou entrega;
- Assinatura do conferente;
- Data de envio da Nota Fiscal;
- Nome do Setor/Departamento que recebeu a Nota Fiscal;
- Assinatura do recebedor da Nota Fiscal.

Após a conferência do material e este estando de acordo com as especificações e quantidades adquiridas, será realizado o lançamento da Nota Fiscal. Após o lançamento, o Almojarife carimba a Nota Fiscal dando seu acordo para pagamento e, por fim, envia ao setor competente.

Em alguns casos, o Almojarife pode constatar algumas divergências da Nota Fiscal com a Nota de Empenho, sendo assim, será necessário entrar em contato com o fornecedor para proceder com a correção das irregularidades ora encontradas.

#### Aquisições de Materiais para o Estoque

Um dos objetivos principais do Almojarifado é controlar a saída e aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque. O Almojarife efetua o pedido ao constatar que os materiais mantidos em estoque atingiram a quantidade mínima para atender satisfatoriamente as necessidades.

Para a aquisição de materiais, se faz necessário o levantamento de orçamentos. Com os valores fornecidos pelas empresas, calcula-se a média e faz a requisição de compra em sistema informatizado, a qual deve ser enviada, anexa aos orçamentos, ao Setor de Compras

#### Requisições de Material

Os materiais de uso comum a diversos setores da Instituição são mantidos em estoque,

sendo os materiais são entregues mediante requisição própria assinada pelo funcionário.

Os necessários controles dos materiais em estoque no Almoxarifado poderão ser feitos por meio de inventários que poderão ser efetuados semanalmente, mensalmente ou anualmente. Os inventários consistem na verificação dos materiais existentes de acordo com os relatórios processados pelo sistema eletrônico do Almoxarifado.

## **6.12.2 Farmácia.**

### **6.12.2.1 Farmácia Central**

A farmácia é considerada um serviço de apoio clínico, e sua produtividade se quantifica através das prescrições atendidas. Em virtude disto, a ausência de prescrições médicas por paciente, impede que se conheça a produtividade da farmácia em relação à produtividade dos outros serviços de saúde, impedindo a análise de demanda na farmácia e a racionalização do uso de medicamentos. Atualmente alguns hospitais já atingiram esse patamar, entretanto este cenário não é prevalente em grandes números de unidades.

A Farmácia é um serviço tecnicamente aparelhado para planejar, organizar, dirigir, controlar, desenvolver e executar planos, programas e projetos de ensino e pesquisa relacionados às atividades de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e correlatos, de modo a garantir efetiva assistência farmacêutica.

### **Funções Básicas da Farmácia**

Um serviço de farmácia sustenta seu trabalho em quatro suportes fundamentais:

- A seleção de Medicamentos necessários para a UNIDADE realizada por uma Comissão de Farmácia e Terapêuticos, na qual a participação do farmacêutico é de extrema importância, em face de seus conhecimentos sobre as necessidades de medicamentos, rotatividade dos mesmos e seus custos, os medicamentos representam cerca de 1/3 do custeio de uma unidade de saúde, dentre outras atividades igualmente importantes.
- A aquisição, conservação e o controle dos medicamentos selecionados, evitando-se sempre a aquisição de quantidades excessivas e conseqüentemente perdas que só trariam prejuízos ao serviço, evitando-se o remanejamento de produtos para outras unidades onerando ainda mais, o sistema com o custo de transporte.
- O estabelecimento de um sistema racional de distribuição de medicamentos que assegure que o medicamento prescrito chegue ao paciente com segurança, no lugar certo, na hora certa, e do modo certo, garantindo dessa forma a qualidade da Assistência Farmacêutica prestada.
- A implementação de um sistema de informação sobre medicamentos, que proporcione dados objetivos tanto para o pessoal de saúde como também para o próprio paciente hospitalizado ou já em tratamento ambulatorial.



## Manual de Normas e Procedimentos

O conjunto de normas e procedimentos deverá ser elaborado de forma clara e objetiva, para todas as atividades e serviços: seleção, programação, aquisição, armazenamento, recepção de medicamentos, controle, distribuição, dispensação, prescrição, entre outros. As normas deverão também abordar aspectos referentes às questões administrativas, disciplinares, horários, conduta e vestuário, entre outros aspectos.

### a. Funções da Farmácia

- Organização e gestão
- Planejamento
- Seleção de Medicamentos, Germicidas e Correlatos
- Programação das Necessidades
- Aquisição
- Armazenamento e Conservação de Medicamentos, Germicidas e Correlatos
- Distribuição de Medicamentos, Germicidas e Correlatos
- Sistemas de Distribuição de Medicamentos
- Manipulação
- Informação sobre Medicamentos
- Ensino e Pesquisa

### 6.12.2.2 **Farmácia Satélite**

A Farmácia abrangerá os serviços de separação e dispensação de medicamentos de uso interno da unidade, no sistema de dose unitária, durante 24h por dia, todos os dias da semana, 24h por dia, ininterruptamente.

Os medicamentos de uso interno da unidade deverão seguir uma padronização estabelecida pelas normas e diretrizes descritas na proposta de padronização.

### b. Sistema de Informação do Serviço Farmacêutico

- Informação: será o processo que permite que uma organização se informe sobre si própria e o ambiente sobre ela. Não se limitará, apenas, a dados coletados;
- Sistema de informação: consistirá num conjunto de pessoas, estrutura, tecnologia da informação (hardware e software), procedimentos e métodos, que deverão permitir ao parceiro dispor, em tempo desejado, das informações de que necessita;



- Imprescindível dispor de um Sistema de Informação eficiente, com uma base referencial de informação e comunicação integrada. O Sistema deverá superar o fornecimento de dados meramente quantitativos e se orientar no eixo da gestão da informação, produção, qualificação, aporte gerencial e comunicação eficiente das informações de interesse à gestão. Deverá possibilitar, em qualquer tempo, a sistematização de registros e controle das informações geradas, emissão de relatórios gerenciais, estudos estatísticos, análises comparativas, desempenho das ações e da equipe, gestão dos estoques, consumo e gastos efetuados, entre outras informações relevantes sobre o Serviço Farmacêutico.
- Gestão da informação: consistirá no tratamento da informação – gestão da qualidade, do conteúdo e do uso da informação, englobando dados, equipamentos, redes e suporte tecnológico.

Ressalta que para a gestão da informação e alcance dos objetivos pretendidos, pressupõe-se uma reorganização gerencial, para uma nova ordem de prática organizacional, a fim de possibilitar normas gerenciais, procedimentos, registros das atividades, fluxos operacionais bem estabelecidos e ordenados, responsabilidades definidas, para um direcionamento de informações qualificadas. Será necessário um processo de construção coletiva, com a colaboração de todos da equipe, para o cuidado e transmissão de dados administrativos e informações, em prazos estabelecidos. Por isso, será imperativo que todo o serviço disponha de um responsável técnico para gerir as informações, sistematizar, acompanhar, avaliar, identificar problemas, demandas, entraves existentes, elaborar relatórios gerenciais, e dar os devidos encaminhamentos, para o bom andamento do serviço.

Sem informação e sem organização, não haverá gerenciamento. Conseqüentemente, será difícil desenvolver estratégias, implementar ações, intervenções ou ocorrer melhoria de serviço, com satisfação da equipe e usuários.

### c. Prescrição eletrônica

A prescrição eletrônica é uma versão digital e mais completa da prescrição comum, feita em papel e, geralmente, à mão. É utilizada para orientar pacientes e outros profissionais envolvidos no tratamento quanto às medicações, posologias e dosagens a serem administradas.

Os benefícios da prescrição eletrônica existem como uma funcionalidade do PEP — o Prontuário Eletrônico do Paciente — que também traz uma série de vantagens para a rotina dos estabelecimentos de saúde.

As vantagens da prescrição eletrônica

1. A prescrição eletrônica torna a rotina profissional mais simples e contribui para que médicos façam escolhas mais adequadas ao tratamento de cada paciente. Como consequência, contribui para a recuperação mais rápida dos pacientes, além de facilitar sua compreensão e acompanhamento da receita.





2. Agilidade no processo de prescrição
3. O PEP conta com bulário integrado. Isso significa que todos os medicamentos e diluentes são pré-cadastrados no sistema, permitindo que os médicos o encontrem e incluam na prescrição em poucos cliques.
4. Em razão do volume de atendimentos realizados e da variedade de medicamentos disponíveis no mercado, até mesmo profissionais bem preparados precisam buscar informações relativas à apresentação desses medicamentos, seus equivalentes ou substitutos, antes de fazer a prescrição.
5. O sistema eletrônico também torna esse processo de pesquisa, conferência e comparação muito mais simples, contribuindo para dar agilidade ao atendimento.
6. Conquista de melhores resultados no tratamento
7. Ao fazer uma prescrição, é importante que o medicamento esteja bem adequado às condições do paciente. O uso do papel e da caneta torna mais trabalhoso o processo de conferência de dados relativos ao histórico, alergias, tratamentos e resultados anteriores.
8. Como parte do PEP, a prescrição eletrônica é mais facilmente baseada em todas essas informações, que também podem ser acessadas em poucos cliques, no mesmo software.
9. Como consequência, os médicos conseguem indicar tratamentos com ainda mais eficiência e assertividade, tornando mais rápido o processo de recuperação da saúde de seus pacientes. Algo que contribui, também, para a sua satisfação e fidelização.
10. Aumenta a segurança dos pacientes
11. Por mais eficiente que seja o sistema de organização de uma clínica médica ou hospital e, até mesmo, o do próprio paciente, a prescrição tradicional em papel pode acabar caindo nas mãos de quem não tem autorização.
12. Um simples erro de manejo ou arquivamento das partes envolvidas e o sigilo e segurança dos dados do paciente são colocados em risco. Isso prejudica tanto o cumprimento de premissas médicas, quanto o relacionamento do paciente com a instituição, uma vez que afeta a confiança entre as partes.
13. Por sua vez, uma vez integrada ao sistema de prontuário eletrônico, a prescrição eletrônica só pode ser acessada pelo próprio paciente e por quem tenha autorização e senha.
14. Reduz o uso de papel
15. Ainda que exista a possibilidade para os que preferem lidar com o papel, a prescrição eletrônica não precisa ser impressa. Para os profissionais, ela será sempre facilmente

acessada por meio do sistema de prontuário.

16. Além disso, já no momento do atendimento, os médicos podem enviar a prescrição eletrônica para o e-mail do paciente, permitindo que ele também tenha acesso fácil ao seu conteúdo.
17. A redução do uso de papel, como um todo, favorece a organização tanto da clínica ou hospital, quanto do próprio paciente (sobretudo daqueles que estão em tratamento longo e realizam várias consultas, recebendo diversas prescrições).
18. Possibilita integração
19. A prescrição eletrônica, bem como o PEP como um todo, pode ser integrada a outros sistemas de gestão médica utilizado pela unidade de saúde. Essa integração torna mais fácil, ágil e assertiva a realização de outros atendimentos no local, como exames e a administração de medicamentos.
20. Isso porque, como explicado, profissionais autorizados e com a senha podem acessar a prescrição, sem precisar lidar com papelada e enfrentar qualquer dificuldade de leitura e entendimento com relação aos procedimentos ou medicamentos indicados.

Tudo isso facilita, também, a conclusão de processos de lançamento de informações relativas ao faturamento que o ministério da saúde exige.

São atividades da farmácia:

- Assumir a coordenação técnica nas discussões para seleção e aquisição de medicamentos, germicidas e correlatos, garantido sua qualidade e otimizando a terapia medicamentosa". Significa que o gestor farmacêutico, como supremo detentor de conhecimento sobre os fármacos deve participar ativamente da seleção de medicamentos padronizados e dos processos de aquisição.
- Cumprir normas e disposições gerais relativas ao armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos, correlatos, germicidas e materiais médicos hospitalares.
- A central de abastecimento farmacêutico deve estar adequadamente equipada para o cumprimento das Boas Práticas de Distribuição.
- Estabelecer um sistema eficiente, eficaz e seguro de dispensação para pacientes ambulatoriais e internados, de acordo com as condições técnicas hospitalares, onde ele se efetive. O sistema de distribuição empregado deve poder garantir o abastecimento da unidade nas 24 horas e, ao mesmo tempo, evitar desvios, caducidade e perdas por armazenamento inadequado ou administração de medicamentos não prescritos.
- Elaborar manuais técnicos e formulários próprios. Os manuais de normas e procedimentos operacionais devem ser elaborados e implantados para fins de



treinamento, de uniformidade dos procedimentos e da assistência, além de orientar sobre os diversos protocolos.

- Manter membro permanente nas comissões de sua competência, principalmente na comissão de farmácia e terapêutica ou padronização de medicamentos; na comissão de controle de infecção hospitalar; na comissão de licitação ou parecer técnico e na missão de suporte nutricional. A participação nestas comissões é indispensável para a eficiência do trabalho farmacêutico, já que o monitoramento do uso racional de medicamentos depende do estabelecimento de protocolos de dispensação, padronização, aquisição e manipulação.
- Atuar junto à Central de Esterilização na orientação de processos de desinfecção e esterilização de materiais, podendo ser responsável pelo setor. As orientações e os treinamentos sobre o uso de técnicas assépticas beneficiam o trabalho neste setor e minimiza as possibilidades de contaminação.
- Participar nos estudos de ensaios clínicos e no programa de farmacovigilância da unidade. O monitoramento das reações adversas não dependentes do paciente, seja nos ensaios clínicos ou na pós-comercialização do medicamento é útil também para as avaliações da farmácia na revisão da padronização.
- Exercer atividades formativas sobre materiais de sua competência, promovendo cursos e palestras e criando um setor de Informações sobre Medicamentos, de acordo com as condições da unidade
- Estimular a implantação e o desenvolvimento da Farmácia Clínica. Como vimos anteriormente, a implantação destas atividades divulga o papel do farmacêutico na instituição e potencializam seu valor profissional.

#### Recursos Humanos da Farmácia

- A equipe de profissionais que desenvolvem atividades na área de Farmácia são: farmacêuticos e auxiliares de farmácia e deve receber treinamento continuado para o cumprimento de todas as funções descritas a seguir.

#### Funções Administrativas:

- Administração, seleção e orientação dos funcionários para o serviço
- Registro de documentação clínica
- Política de uso de medicamentos
- Monitoramento do programa de abuso de medicamentos
- Controle de medicamentos não padronizados
- Controle de vendedores e representantes

- Controle de amostras
- Escrituração de medicamentos controlados
- Inspeção de áreas de armazenamento
- Organização de sistema racional de distribuição e controle
- Registros de manutenção de equipamentos em livro capa dura específico
- Divulgação de informação sobre medicamentos
- Seleção de medicamentos
- Participação em comissões
- Monitoramento dos efeitos do regime farmacoterapêutico.
- Adequação permanente do regime farmacoterapêutico e o plano de monitoramento.

#### Funções Operacionais:

- Confeção de planos de ação
- Manuais de normas e procedimentos
- Definição de formulários de fornecimentos de medicamentos
- Empacotamentos de dose unitária
- Armazenamento adequado de medicamentos
- Farmacovigilância, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia.
- Diagramação de planos de monitoramento
- Programas de nutrição parenteral
- Coleta de informações sobre os pacientes
- Controle da distribuição dos medicamentos
- Controle de administração dos medicamentos
- Implantação do regime farmacoterapêutico.

#### Funções Técnicas:

- Educação e treinamento
- Monitoramento de reações adversas e erros
- Manuseio de quimioterápicos antineoplásicos
- Avaliação de desempenho de pessoal
- Preparo de medicamentos extemporâneos e produtos estéreis



- Gerenciamento de gastos com medicamentos
- Avaliação de melhoria de qualidade
- Avaliação de monografias terapêuticas de medicamentos
- Avaliação de prescrições médicas
- Monitoramento de terapia medicamentosa
- Consulta farmacêutica
- Avaliação de uso dos medicamentos
- Assistência farmacêutica e microbiológica ao uso dos antimicrobianos
- Descrição de cargos dos colaboradores
- Diagramação do regime farmacoterapêutico.
- Determinação de problemas relativos a terapêutica.
- Especificação de objetivos farmacoterapêuticos.
- Desenvolvimento do regime farmacoterapêutico e do plano de monitoramento
- Correspondente, em colaboração com o paciente e outros profissionais de saúde.

#### Fluxos e Rotinas da Farmácia

Procedimento operacional para recebimento, armazenamento e conservação de medicamentos.

#### Recebimento de medicamentos

No ato do recebimento, cada entrada de mercadoria será examinada, seguindo as rotinas que são:

- Conferir a Nota Fiscal, ordem de fornecimento e estado em que se encontra a mercadoria;
- Carimbar e assinar a Nota Fiscal;
- Verificar se o número do lote e a quantidade estão de acordo com a Nota Fiscal;
- Não escrever ou rasurar o documento original;
- Medicamentos não deverão ser recebidos com validade inferior a um ano;
- Medicamentos em desacordo com as especificações solicitadas (forma farmacêutica: apresentação, concentração, rótulo, embalagem, condições de conservação, lote e validade), não deverão ser recebidos;
- No caso de se constatar danos na embalagem ou alteração do produto, o mesmo

deverá ser identificado, separado e devolvido ao remetente com comunicação por escrito;

- Embalagens violadas ou suspeitas de qualquer contaminação devem ser rejeitadas e registradas;
- Não será permitido o recebimento sem documentação e registrar qualquer irregularidade comunicando o superior imediato, conforme orientações;
- Os medicamentos recebidos são separados em área específica até a sua conferência. O farmacêutico ou o funcionário responsável pelo recebimento conferem as apresentações, dosagens, quantidades, lote e validade dos medicamentos que estão sendo entregues com o quantitativo especificado no pedido;
- Inspeção visual dos produtos farmacêuticos para verificar sua integridade;
- Qualquer discordância entre a fatura e os medicamentos recebidos deverá ser comunicada, por escrito, ao Almoxarifado Central para os devidos ajustes e/ou correções;
- Não serão recebidos nas farmácias satélites medicamentos quebrados, com embalagens violadas ou cuja data de validade seja inferior a sessenta dias (exceções serão analisadas pelo farmacêutico).

#### Distribuição de Medicamentos Controlados pela Portaria 344.98

- Distribuir os medicamentos sujeitos a controle especial somente mediante requisição de medicamento e material (verificando data, setor solicitante, assinatura do funcionário autorizado, descrição do medicamento e quantidade solicitada) acompanhada de receita de controle especial;
- Retirar do estoque, dar baixa na ficha de prateleira subtraindo a quantidade distribuída;
- Carimbar as receitas atendidas (carimbo padronizado) inserido as seguintes informações: data, quantidade, lote, validade, separado por: conferido por:
- Conferir o medicamento separado de acordo com a receita e a requisição de materiais e medicamentos (esta deverá estar completamente preenchida para a conferência);
- Solicitar a orientação dos farmacêuticos sempre que ocorrer qualquer problema ou dúvida com relação aos medicamentos solicitados

#### Armazenamento e conservação

O armazenamento e a distribuição são as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica que visam, como finalidades precípuas, a assegurar a qualidade dos medicamentos através de condições adequadas de armazenamento e de um controle de estoque eficaz, bem como a garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário.

- Antes do armazenamento dos medicamentos os mesmos deverão ser devidamente



etiquetados e identificados, sendo que o serviço de farmácia terá a responsabilidade de reenvasar e etiquetar todas as doses de medicamentos que serão usados na UPA 24Hrs BAYEUX Este serviço será feito dentro da farmácia com a supervisão de um Farmacêutico.

- Os medicamentos a serem fornecidos estarão apresentados nas seguintes formas farmacêuticas: comprimidos, drágeas, cápsulas, pós-efervescentes, cremes e pomadas, soluções e xaropes, injetáveis, emulsões e suspensões.
- Os medicamentos serão armazenados em um local ventilado e climatizado, adequado, conforme Normas da Vigilância Sanitária do Estado. Estarão dispostos em estantes ou estrados sendo que as estantes estarão protegidas de luz. Medicamentos com controle especial – terão uma área reservada para armazenamento dos mesmos, devendo atender as especificações sobre ventilação, temperatura, condições de luminosidade e umidade. As entradas e saídas destes medicamentos deverão ser registradas em formulário próprio sendo que ficará sob controle e responsabilidade do farmacêutico.
- Medicamentos termolábeis – deverão ser armazenados em equipamentos apropriados para conservação a frio (refrigeradores) sendo que as retiradas destes medicamentos deverão ser programadas visando diminuir as variações internas de temperatura.
- Os medicamentos são armazenados somente após o recebimento oficial;
- Na Farmácia, os medicamentos são estocados em prateleiras de aço, em bins de plástico em ordem alfabética, mantendo distância entre os produtos, paredes, tetos e chão, facilitando assim a circulação do ar, são fracionados individualmente com código de barra, identificados com lote, data de validade e especificação do medicamento;
- Os medicamentos são estocados rigorosamente por lote e por prazo de validade, sendo que os produtos com datas de validade mais próximas serão dispensados primeiramente;
- É fixado nos bins o nome do produto. Se houver recebimento de dois lotes diferentes do mesmo produto, identifica-se e estoca separadamente priorizando o lote com data de validade mais próxima;
- Materiais passíveis de quebra (frascos, ampolas) são guardados em bins sendo menos exposto a acidentes;
- Ordenar as soluções de grande volume em estrados, com identificações de fácil visualização e obedecendo a quantidade máxima de empilhamento e a organização por validades;
- Os medicamentos sujeitos a Controle são estocados em bins mas em armário fechados com chave diferente do destinado ao armazenamento de medicamentos básicos, com as mesmas operações, cuidados e preservação realizadas para os anteriores;

- Os produtos termolábeis são estocados em refrigerador próprio, exclusivo para este fim;
- A estocagem é feita separadamente, por lote e prazo de validade;
- O refrigerador, cuja temperatura deve ser mantida entre 2°C a 8°C, utilizado somente para medicamentos, é mantido limpo e organizado, e as temperaturas diárias registradas em. Termômetro de máxima e mínima, no início da manhã e final da tarde e período noturno, mantendo-se registro mensal em formulário próprio e distinto.
- Procedimento para controle de temperatura ambiente e de refrigeradores
- Manter um termômetro de refrigerador em cada refrigerador que armazenar medicamentos e correlatos;
- Manter um termômetro de temperatura ambiente na Central de Abastecimento Farmacêutico, afixado em local de fácil visualização;
- Verificar diariamente a temperatura ambiente, registrando em formulário específico, a marcação máxima duas vezes ao dia manhã e tarde;
- Contatar o farmacêutico no caso de registro de temperatura fora dos limites aceitáveis para armazenamento de medicamentos e correlatos;
- Temperatura ambiente ideal: 20 a 25° C. Temperatura Ideal no refrigerador: 2° C a 8° C.

Temperatura para conservação de medicamentos	
FRIA OU REFRIGERADA	2-8°C
FRESCA	8-15°C
AMBIENTE	15-30 °C
QUENTE	Acima de 30°C

### Luminosidade

A incidência direta de luz, principalmente de raios solares, sobre os medicamentos acelera a velocidade das reações químicas (principalmente óxido-reduções), alterando a estabilidade dos mesmos. Os produtos particularmente sensíveis à ação da luz são chamados 'fotossensíveis'.

Os efeitos da luminosidade dependem da fonte de luz, grau de intensidade e tempo de exposição. Para proteção dos medicamentos fotossensíveis, utilizam-se embalagens de cor âmbar ou de papel alumínio, em virtude da opacidade das mesmas. Os problemas da estocagem poderão ser minimizados se houver a preocupação, na aquisição, de especificar corretamente a embalagem adequada.



## Ventilação

Circulação interna de ar, que deve ser mantida para conservação satisfatória dos produtos e equilíbrio da temperatura em todos os pontos do ambiente.

## Umidade

Dependendo da forma do medicamento, a alta umidade pode afetar sua estabilidade ao desencadear reações químicas (acelerar a degradação química), biológicas (crescimento de fungos e bactérias) e físicas (amolecimento de cápsulas). As cápsulas exercem grande poder de atração e adsorção pela umidade, principalmente as de gelatina, que, por serem sensíveis à umidade, devem ser armazenadas em locais frescos ou climatizados.

Os medicamentos armazenados em áreas úmidas podem sofrer alterações na consistência, sabor, odor, turvação, tempo de desintegração. Por isso, recomenda-se não encostar medicamentos nas paredes, teto, em contato direto com o chão, próximos a banheiros ou junto a áreas com muitas infiltrações.

Os produtos sensíveis à umidade devem ser conservados e distribuídos em frascos hermeticamente fechados ou contendo substâncias dessecantes. Alguns, devido à elevada umidade, trazem invólucros de sílica gel para a devida proteção, não devendo ser retirados das embalagens.

O grau de umidade para armazenamento de medicamentos não deve ultrapassar 70%. A medição da umidade é feita por meio de higrômetros ou psicrômetros, sendo os últimos de uso mais fácil. A umidade relativa do ar é calculada pela relação entre a temperatura seca e a temperatura úmida. Os gráficos para o cálculo visual em geral são fornecidos com o equipamento.

## Organização da CAF

A CAF é uma construção destinada ao recebimento, estocagem, guarda e expedição de medicamentos e insumos farmacêuticos, visando a assegurar a conservação adequada dos produtos em estoque.

A organização do espaço físico deve garantir a separação física dos principais processos desenvolvidos: recebimento, quarentena, estocagem geral e específica, expedição e área para produtos impróprios para uso (vencidos, danificados ou adulterados) enquanto se providencia seu destino.

Determinar o tamanho de um almoxarifado é uma tarefa complexa e os cuidados deverão ser tanto maiores quanto maior o número de itens a serem estocados e, conseqüentemente, do espaço físico a ser comprometido, sendo aconselhável, dependendo da situação, contar com o auxílio de um engenheiro ou um arquiteto para essa tarefa.

No enfoque moderno de gestão de estoques, just in time (JIT), busca-se, cada vez mais, minimizar estoques, maximizando seu giro e reduzindo espaço necessário para estocagem, reduzindo risco de perdas e de imobilização de capital.

#### Áreas Básicas Fundamentais

- Área administrativa:
- Área destinada às atividades operacionais, que deve estar localizada, preferencialmente, na entrada, para melhor acompanhamento das ações e o fluxo de pessoas e produtos.
- Área de recepção:
  - Área destinada ao recebimento e à conferência de produtos. Obrigatoriamente, deve ficar situada junto à porta principal e conter normas e procedimentos escritos e fixados na parede.
- Área de expedição:
  - Local destinado à organização, preparação, conferência e liberação dos produtos.
- Área de produtos rejeitados:
  - Local destinado a guarda de produtos inservíveis enquanto aguardam a destinação específica. Outras áreas básicas, como vestiários, banheiros e refelórios, dependerão se o porte do almoxarifado as comporta.

#### Procedimento para dispensação de medicamentos

Um sistema de distribuição de medicamentos é necessário que se considere alguns fatores que tornarão essa escolha a mais indicada:

- A estrutura física da unidade a localização da farmácia e sua relação com as diversas clínicas;
- O tamanho da unidade em função do número de leitos disponíveis;
- A disponibilidade de recursos humanos na farmácia;
- Os sistemas especiais de controle de algumas substâncias como os medicamentos psicotrópicos e entorpecentes, antibióticos, etc.
- As características dos diferentes serviços existentes na unidade que incluem:
  - As clínicas que mantêm leitos para internação como clínica de psiquiatria, etc, onde se podem implantar sistemas de distribuição de medicamentos por dose unitária para um período de 24 horas;



Os serviços que requerem sistemas de distribuição coletiva ou farmácias satélites como emergência, centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, etc.

Existem alguns modelos de sistemas de distribuição de medicamentos nas unidades hospitalares destacando-se os principais:

#### Sistema de Distribuição Coletivo:

Distribuição baseada em reposição de quantidades fixas, em nível de cada unidade de atenção médica.

#### Vantagens:

- Menor número de prescrições;
- Menor número de recursos humanos na farmácia;
- Rápida disponibilidade de medicamentos na unidade assistencial. Desvantagens:
- Maior quantidade de estoque imobilizado;
- Maior perda por deterioração, roubo, etc.;
- Maior probabilidade de erros na medicação;
- Requer tempo de trabalho da enfermagem;
- Aumento dos gastos;
- Dificil integração do farmacêutico à equipe de saúde;
- Ausência de opções para intervir, de forma oportuna, em favor da racionalização da terapia.

#### Sistema de Distribuição por Prescrição Individualizada:

É o sistema de distribuição baseado na prescrição médico do paciente. Vantagens:

- A prescrição médica pode ser revisada pelo farmacêutico;
- Maior controle sobre o material estocado;
- Permite calcular para cada paciente o gasto com medicamentos durante a internação.
- Redução potencial de erros de medicação;
- Aumento da integração do farmacêutico à equipe de saúde. Requer um maior investimento:
- Aumento da necessidade de recursos humanos e infraestrutura da Farmácia;
- Todos os inconvenientes da transcrição das prescrições médicas;

- Requer excesso de tempo de trabalho da enfermagem;
- Falta de controle sobre a deterioração, perdas, desvios, etc.;
- Não há devolução de medicamento não utilizado Sistema de Distribuição Combinado:

É um sistema em que se estabelece a distribuição de algumas drogas mediante a prescrição individual se mantendo em cada serviço, um estoque de medicamentos geralmente de uso comum.

Vantagens:

- Redução do nível de estoque;
- Maior controle farmacoterapêutico mediante a participação do farmacêutico.

Desvantagens:

- Requer excesso de tempo de trabalho da enfermagem;
- Continuam as probabilidades de erros de medicação;
- Dificulta cobrar o medicamento consumido pelo paciente durante a internação;
- Escasso controle sobre o material estocado.

d. Sistema de Distribuição por Dose Unitária:

Consiste em dispensar os medicamentos em doses individualizadas, de acordo com a prescrição médica para cada paciente, em frascos de administração única.

Vantagens:

- Redução grande de erros de medicação;
- Controle mais efetivo sobre os medicamentos estocados;
- Redução do tempo de trabalho da enfermagem;
- Integração do farmacêutico à equipe de saúde;
- Aumento da segurança do médico;
- Otimização da qualidade assistencial;
- Oferta de medicamentos em doses organizadas e higiênicas. Investimento:
- Requer maior investimento inicial;
- Requer aumento das necessidades de recursos humanos e infraestrutura na Farmácia;
- Compra de materiais e equipamentos especializados;
- Incremento das atividades desenvolvidas pela farmácia.



§5º. Em havendo qualquer fiscalização e autuação de obrigações trabalhistas, fiscais e comerciais, que porventura responsabilizem o **Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS**, deverá este proceder com a instauração de processo administrativo com vistas a apuração da infração atribuída, de forma a identificar o responsável principal pelo fato, convocando-o para pagamento dos valores ou ressarcimento posterior, de forma administrativa ou via ação de regresso.

Art. 31. As Notas Fiscais serão atestadas por, no mínimo, um empregado do **Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS**, sendo preferencialmente o empregado responsável pelo setor de onde o serviço, objeto do contrato, foi executado ou pelo do setor de recebimento do produto.

Art. 32. Os contratos devem conter cláusulas com sanções a serem aplicadas em decorrência de atraso injustificado na execução do contrato, bem como aos demais casos de descumprimento da relação contratual, sujeitando o contratado à multa de mora.

§1. A multa a que alude este artigo não impede que o **Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS** rescinda o contrato e aplique as outras sanções previstas no contrato.

§2º. A multa aplicada sempre será precedida de notificação à contratada para apresentar suas justificativas e será descontada/íglosada do valor do pagamento.

§3º. Se a multa for de valor superior ao valor do pagamento, o **Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS** poderá se valer de todos os meios lícitos para cobrar e executar a dívida.

#### **Capítulo IV DA AQUISIÇÃO DE BENS MÓVEIS**

Art. 33. Todas as solicitações de compras de bens móveis e equipamentos médico hospitalares devem atender às disposições abaixo:

I - Ser emitidas pelo setor interessado e encaminhadas ao Diretor Geral do Hospital e ou Presidente do Instituto, para que este autorize a aquisição;

II - Contemplar ao menos as seguintes informações: justificativa da necessidade do gasto, especificação detalhada do objeto, unidade de fornecimento, quantidade, condições de fornecimento, garantia, instalação, adequação às normas de padronização, entre outras consideradas necessárias;

§ 1º. É vedada a indicação de marca ou modelo de determinado fabricante, exceto o caso de fornecedor exclusivo ou quando se tratar de manutenção ou peça de reposição de equipamentos.

§2º. Os bens móveis e equipamentos médico-hospitalares a serem adquiridos devem atender aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos pela Comissão de Padronização de Materiais e Equipamentos médico-hospitalares padronizados para a unidade.

Art. 34. Todos os bens móveis e equipamentos médico-hospitalares serão entregues no Almoxarifado do Hospital, onde permanecerá à disposição do interessado.

§1º. No ato de recebimento será observado se o bem ou equipamento médico-hospitalar confere com as especificações formalizadas no processo de compras, o recebimento será atestado pelo almoxarife e posteriormente pelo interessado.

§2º. Os bens móveis e equipamentos médico-hospitalares devem ser tombados pelo setor de patrimônio da administração pública e sua titularidade transferida de imediato ao Estado, Município ou União e compor o Inventário Patrimonial da unidade hospitalar.

Art. 35. Os equipamentos médico-hospitalares que dependem de instalação por parte do fornecedor, deverão ser entregues diretamente ao interessado, na presença do empregado do **Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS**, vinculado ao Almoxarifado do Hospital.



Deverão ser desenvolvidas atividades como:

- Diagnóstico das categorias de compras (identificação e qualificação da necessidade);
- Análise dos requerimentos internos;
- Estudo do Mercado Fornecedor;
- Identificação dos direcionadores de custos e alavancas de valor;
- Desenvolvimento das estratégias das categorias;
- Cotação dos preços de referência;
- Elaboração do Projeto Básico e Termo de Referência;
- Suporte à definição dos parâmetros Regulamento de Compras e processos licitatórios de forma a potencializar as estratégias de compras;
- Suporte ao processo de licitatório e às atividades de negociação;
- Suporte às atividades de implementação dos acordos.

As ordens de compras serão emitidas por colaboradores responsáveis por cada grupo de materiais e de acordo com a necessidade.

Os processos iniciam-se por meio de solicitação de cotação aos fornecedores em caso de regulamento de compras ou publicação no Diário Oficial da União em caso de licitações.

No processo de regulamento de compras as empresas interessadas em participar deverão apresentar antecipadamente os documentos que comprovem a capacidade técnica, jurídica e fiscal.

Os critérios de seleção e qualificação dos fornecedores serão estabelecidos pelo setor de Análise de Compras e Contratos, formada por Profissionais da INGDS. O setor além de selecionar os fornecedores manterá o cadastro dos fornecedores atualizado, com anotações das eventuais ocorrências e avaliações. Serão avaliados os produtos e prestação dos serviços, bem como teste dos materiais quando necessário para verificar a qualidade.

Qualquer ocorrência com o produto e ou fornecedor pode ser resolvida por meio de comunicação direta com a empresa. O problema é verificado, avaliado e o fornecedor é orientado e quando necessário será realizado a troca do produto acompanhado do parecer técnico.

Os fornecedores serão cadastrados com fichas técnicas, avaliação de produtos e, serviços, bem como elaboração de indicadores de desempenho.



### Avaliação de Fornecedores

A avaliação de fornecedores tem como objetivo manter a sistemática de avaliação de fornecedores de Materiais, Insumos, equipamentos e prestação de serviços, visando determinar o nível de conformidade com as condições contratuais estabelecidas.

Este procedimento se aplica à avaliação de fornecedores de itens essenciais, que são os materiais, insumos e equipamentos e prestação de serviços cuja aplicação pode impactar a qualidade do produto e dos serviços prestados aos usuários. Esses fornecedores são identificados no momento do cadastro.

A avaliação é a sistemática utilizada pela INGDS para avaliar o desempenho de fornecedores, definida com base em indicadores relacionados à qualidade dos produtos adquiridos ou prestados bem como a qualidade de entrega.

Os índices que medem o Desempenho dos Fornecedores quanto ao atendimento aos requisitos de qualidade são constituídos dos fatores associados à aprovação dos itens em inspeção de fábrica e ou recebimento; índice de aprovação no recebimento que consiste na taxa de aprovação de itens efetivamente recebidos nas suas dependências, índice de pontualidade de entrega que consiste na taxa na qual os itens adquiridos pela INGDS são entregues no prazo específico e índices de atendimento as quantidades que consiste na taxa de entrega dos itens adquiridos nas quantidades específicas.

### Responsabilidade da INGDS

- Identificar, classificar e cadastrar materiais, insumos, equipamentos e prestação de serviços que serão definidos como itens essenciais ou não;
- Proceder inspeção dos itens essenciais quando no recebimento;
- Registrar as informações necessárias para posterior cálculo dos índices;
- Notificar o fornecedor de eventual aplicação de penalidades (exigência de plano de ação, advertência ou suspensão);
- Aprovar os planos de ações corretivas propostos pelos fornecedores para as falhas relacionadas aos aspectos comerciais na aquisição de materiais e equipamentos essenciais;
- Acompanhar a implantação e efetividade das ações previstas nos planos de ação acordados com os fornecedores, nas questões relativas aos aspectos comerciais;
- Aprovar o plano de ações corretivas propostos pelos fornecedores para as falhas relacionadas aos aspectos tecnológicos dos materiais, insumos, equipamentos e prestação de serviços essenciais;
- Acompanhar a implantação e efetividade das ações previstas nos planos de ação acordados com os fornecedores, nas questões relativas aos aspectos tecnológicos;

*Parágrafo único. Depois de instalado o equipamento médico-hospitalar e, em perfeito funcionamento, a Nota Fiscal será atestada pelo interessado e funcionário responsável do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS.*

#### **Capítulo VI DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

*Art. 36. Este Regulamento é válido para todas as contratações e compras realizadas pelo Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS.*

*Art. 37. Os casos omissos, que não importem em modificações do presente Regulamento, serão resolvidos por ato da Diretoria do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS.*

*Art. 38. Este Regulamento entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos a partir da data da assinatura.*

*São Paulo/SP, 19 de maio de 2023.*

*Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS*

#### **6.14 Termos de Referência para a contratação de terceiros para os Serviços contratados**

A INGDS adota o processo de compras pelo Regulamento de Compras, Contratos e Serviços/Obras que estabelece as normas gerais de compras e contratos, bem como utiliza-se dos processos de licitação apoiado pela Lei 8.666 de 21/06/1993, dentre as modalidades Pregão Eletrônico, carta convite, tomada de preços, registro de preços e dispensa de licitação. Nas aquisições efetuadas por regulamento de compras são exigidos três orçamentos ou carta de exclusividade.

Será realizado um trabalho anterior ao início da operação da unidade de saúde para garantir a identificação, modelagem estratégica e a correta aquisição de todos os insumos, nutrição, serviços, equipamentos, mobiliários bens, materiais permanente e de consumo (escritório, impressos gráficos, material médico hospitalar, material de limpeza dentre outros) e medicamentos, etc.

Poderão ser contratados os seguintes serviços, conforme a necessidade:

- Serviço de coletas de resíduos
- Higienização e Limpeza
- SND
- Segurança
- Manutenção
- Transporte



**Art. 19.** Nos processos de contratação regidas por este Regulamento, poderão ser utilizados os seguintes critérios de julgamento:

- I - Menor preço;*
- II - Melhor técnica;*
- III - Melhor combinação de técnica e preço.*

§1º. Os critérios de julgamento serão expressamente identificados no instrumento convocatório.

§2º. A habilitação preliminar, as propostas, as impugnações e os recursos serão processados e julgados por Comissão de Análise e Julgamento constituída por 3 (três) membros, os quais serão indicados, pelo Presidente do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS ou pela Direção-Geral da Unidade Hospitalar.

§3º. O resultado do processo de contratação será publicado no portal eletrônico do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS ([www.ingds.org.br](http://www.ingds.org.br)).

### **Seção III**

#### **Do Processo de Compras ou Aquisições com Base no Portal de Compras**

**Art. 20.** No caso de compra de medicamento, materiais hospitalares e também materiais de escritório, o Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, preferencialmente, manterá contrato com Portal de Compras on line, para fins de escolha dos fornecedores com melhores preços, cotados na Plataforma de Compra na data da compra.

*Parágrafo único.* Excetua-se do disposto neste artigo, algumas situações que porventura venham a dificultar a aquisição de materiais médicos e medicamentos, devendo a Presidência do Instituto e a Diretoria Geral do Hospital sempre primar pela garantia do acesso e o atendimento ao usuário.

**Art. 21.** As notas fiscais de compras e aquisições de medicamentos e materiais hospitalares e bens duráveis, deverão ser atestadas por empregado do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, sendo preferencialmente do empregado responsável pelo armazenamento, recebimento e utilização do produto.

**Art. 22.** Os medicamentos e materiais médico hospitalares a serem adquiridos devem observar a Padronização respectiva elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica Hospitalar, bem como o protocolo de antimicrobiano instituído no Hospital.

**Art. 23.** As compras de medicamentos e materiais médico-hospitalares devem estar em consonância com a Padronização de Medicamentos e Materiais Médico-Hospitalares instituída na unidade e no sistema de estoque. Os itens adquiridos dessa modalidade devem ter o aval da área responsável com o respaldo do sistema de controle de estoque.

**Art. 24.** Nos casos de necessidade extrema de aquisição de algum Medicamento ou Material Médico Hospitalar não padronizado, deverá haver a competente justificativa assinada pela(s) Diretoria(s) Técnica(s).

### **Capítulo III DOS CONTRATOS**

#### **Seção I**

##### **Das Disposições Preliminares e da Formalização dos Contratos**

**Art. 25.** Os contratos devem estabelecer com clareza e precisão as condições para sua execução, expresse em cláusulas que definem os direitos, obrigações e responsabilidades das partes.

**Art. 26.** São cláusulas necessárias nos contratos disciplinados por este Regulamento:

- I - As partes, o objeto e seus elementos característicos;*
- II - O regime de execução ou a forma de fornecimento;*
- III - O preço e as condições de pagamento, os critérios, a data-base e a periodicidade do reajustamento de preços e os critérios de atualização monetária entre a data do adimplemento das obrigações e a do efetivo pagamento;*
- IV - Os prazos de início de cada etapa de execução, de conclusão, de entrega, de observação, quando for o caso, e de recebimento;*
- V - Os direitos e as responsabilidades das partes, as tipificações das infrações e as respectivas penalidades e valores das multas;*
- VI - Os casos de rescisão do contrato e os mecanismos para alteração de seus termos;*
- VII - A obrigação do contratado de manter, durante a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, as condições de habilitação e qualificação exigidas no curso do procedimento de contratação;*
- VIII - As metas, quando for o caso, que o contratado estará obrigado em virtude do atendimento às metas do Contrato de Gestão e a forma de mecanismos de aferição do alcance da meta estabelecida ao Contratado.*
- IX - A vinculação do contrato firmado com o contrato de gestão.*

*Art. 27. A duração dos contratos regidos por este Regulamento não excederá ao prazo de vigência do Contrato de Gestão pactuado entre o Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS e o ente público parceiro.*

*Art. 28. O prazo de vigência do contrato poderá ser prorrogado sempre que demonstrado a vantajosidade econômica, quando o preço de mercado não seja inferior ao praticado pela contratada, observando o prazo máximo de acordo com o artigo anterior e também o equilíbrio econômico-financeiro do Contrato de Gestão.*

*§1º. Em situações excepcionais que poderão prejudicar a concorrência devido a locomoção das empresas em âmbito nacional ou em situações de calamidade pública, declarada pelo Estado ou Municípios, as contratações diretas previstas nos Incisos VIII e IX do art. 15 poderão ser prorrogadas até a normalidade.*

*§2º. Após esse período, o Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS deverá publicar o instrumento de convocação de processo seletivo em até 90 (noventa) dias.*

*Art. 29. O contratado é obrigado a reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, às suas expensas, no total ou em parte, o objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes da execução ou de materiais empregados, e responderá por danos causados diretamente a terceiros ou ao Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, independentemente da comprovação de sua culpa ou dolo na execução do contrato.*

*Art. 30. O contratado é responsável pelos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais resultantes da execução do contrato.*

*§1º. O contratado é obrigado a respeitar a legislação tributária federal (LC nº 116/2003) bem como os Códigos Tributários Municipais de cada localidade que prestar serviço para o instituto, recolhendo os impostos devidos.*

*§2º. O contratado é obrigado a respeitar as normas e procedimentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde relativos ao Sistema Único de Saúde - SUS.*

*§3º. No ato de apresentação da Nota Fiscal para pagamento dos serviços, não havendo comprovação de recolhimento dos tributos, o Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, irá proceder com a retenção, recolhimento dos impostos e abatimento do valor devido.*

*§4º. A inadimplência do contratado quanto aos encargos trabalhistas, fiscais e comerciais não transfere responsabilidade ao Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, nem poderá onerar o objeto do contrato ou restringir a regularização e o uso das obras e edificações, inclusive perante o Registro de imóveis.*



O Sistema de Distribuição por Dose Unitária (SDMDU), trata-se de uma ferramenta indispensável para que o farmacêutico hospitalar possa desenvolver uma Assistência Farmacêutica com segurança e qualidade, e por tanto merece destaque.

Hoje em dia, não há mais dúvida, que o sistema mais adequado para a realização da distribuição de medicamentos é a dispensação por dose unitária.

#### Características

- Os medicamentos são acondicionados em embalagem individuais;
- Os produtos farmacêuticos são dispensados pronto para o uso, tanto quanto for possível;
- A disponibilidade, a qualquer momento, das doses dos medicamentos, com formas dosagens prontas para serem ministradas a um determinado paciente, de acordo com a prescrição médica, num certo período de tempo;
- Desta forma, poderíamos conceituar SDMDU como uma quantidade ordenada de medicamentos, com formas e dosagens prontas para serem ministradas a um determinado paciente, de acordo com a prescrição médica, num certo período.

#### Objetivos

- Garantir a adequada terapia farmacológica.
- Cumprir a prescrição médica evitando erros.
- Prover o acompanhamento farmacoterapêutico
- Diminuir erros de medicação.
- Racionalizar o processo de distribuição dos medicamentos, reduzindo custos.
- Proporcionar melhor segurança, rastreabilidade e identificação dos medicamentos.
- Reduzir estoques periféricos, com melhor controle logístico dos produtos farmacêuticos.
- Favorecer a correta ministração dos medicamentos.
- Dar suporte para a implantação da farmácia clínica.
- Aumentar a qualidade assistencial do paciente.

#### Sistema de Distribuição de Correlatos:

O sistema de distribuição de correlatos pode estar incluído nas atividades do setor de dispensação segundo a realidade de cada instituição. A distribuição pode ser realizada, conforme o sistema de distribuição de medicamentos adotado pela unidade (MS, 1994).

### Sistema de Distribuição de Germicidas:

A distribuição de germicidas deve estar sujeitada ao que as CCIH de cada unidade determinam. A manipulação das soluções tem que ser feita de modo a garantir as concentrações corretas respeitando os protocolos das referidas comissões de controle de infecção.

### Organização específica do Serviço de Farmácia

O objetivo é garantir o uso seguro e racional dos remédios que serão prescritos pelo profissional médico, para isso tem que fazer um bom planejamento na aquisição de medicamentos e materiais hospitalares para suprir à demanda e necessidades dos pacientes hospitalizados, na mesma proporção da sua utilização.

### Conceitos Gerais

**Farmácia:** "Unidade clínica, técnico-administrativa e econômica, dirigida por profissional farmacêutico, ligada hierarquicamente à direção técnica da unidade integrada funcionalmente com as demais unidades de assistência ao paciente.

**Dose Individualizada:** Dose direcionada à enfermagem por paciente (leito) para 24 horas de utilização.

**Dose Unitária:** Dose preparada e encaminhada à enfermagem por paciente por horário, ou seja, cada paciente terá em seu nome a dose separada em seu respectivo horário de uso. Esta metodologia de distribuição será implantada no prazo de 90 (noventa) dias.

**Dose Coletiva:** Encaminhada à enfermagem para uso coletivo, ou seja, uma quantidade que será usada por todos os pacientes sem discriminar horário ou leito, controle feito pela enfermagem, esta metodologia será utilizada por 90 dias até que seja implantada as ferramentas dose unitária.

O sistema contempla também a dispensação por centros de custo que permitem cadastrar os medicamentos diretamente para um determinado centro de custo.

Resumindo o sistema de farmácia engloba tecnicamente o rastreamento de todos os medicamentos desde a sua entrada até a dispensação seja ela por dose individualizada, unitária ou dose coletiva.

### Localização e Área física

**Farmácia Central:** Deverá estar localizada em local estratégico com fácil acesso para os profissionais ligados à assistência.



- Recepção
- Armazenagem (Geral, Termolábeis, Inflamáveis e Psicotrópicos)
- Distribuição
- Área de Dispensação
- Farmacotécnica (Sólidos e Líquidos)
- Centro de Informações Sobre Medicamentos
- Área Administrativa

#### Conferência dos Medicamentos e Materiais dos Carros de Parada

Informar a vistoria nos carros de parada à supervisão de enfermagem um dia antes da realização da mesma;

Solicitar que uma enfermeira acompanhe a vistoria da equipe de farmácia;

Romper o lacre do carro de parada a ser vistoriado;

Realizar a conferência de validade, quantidade, lote e aspecto físico de todos os medicamentos e materiais contidos no carro de parada todo último dia útil de cada mês;

Realizar a troca de todos os materiais e medicamentos próximos ao vencimento (vencerão no mesmo mês) que serão retirados do carro de parada;

Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na conferência;

Preencher a requisição de materiais e medicamentos com todos os itens que serão substituídos;

Assinar o livro de rompimento do lacre e informar novo número sequencial do lacre;

Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada;

No caso de emergência com a necessidade de rompimento do lacre, a Farmácia será avisada e deverá assinar o livro do rompimento do lacre;

Conferir o carro e pedir reposição do material e medicamento que foi utilizado na emergência;

Lacrar o carro após a conferência da enfermagem/farmácia;

Atualizar a planilha de controle de materiais e medicamentos do carro de parada e régua de controle da conferência

#### Ronda Farmacêutica nas Clínicas Médicas

Poderá Realizar quinzenalmente a ronda farmacêutica nas clínicas médicas, juntamente com um profissional da enfermagem, utilizando o Check-list para conferência;

Retirar do estoque todos os materiais e medicamentos com prazo de validade igual ou

- inferior a um mês, ou com etiqueta de abertura vencida, além de amostras grátis;
- Apresentar à enfermeira responsável da unidade uma listagem com todos os medicamentos e materiais retirados na ronda;
- Preencher uma requisição de material e medicamento com todos os itens retirados dos setores e encaminhar a Farmácia a fim de não comprometer o estoque mínimo do setor;
- Protocolar com a enfermagem a data da ronda e as intercorrências encontradas;
- Comunicar à equipe de Farmácia eventual medicamento ou material vencido ou próximo ao vencimento bem como qualquer irregularidade em relação aos mesmos (alteração de cor dos medicamentos ou integridade comprometida da embalagem);
- Realizar a substituição dos materiais e medicamentos retirados dos setores pela equipe de enfermagem mediante apresentação de requisição de material e medicamento corretamente preenchida;

### **6.13 Instrução Normativa para Realização dos Procedimentos de Compras Aquisição de Materiais.**

#### **REGULAMENTO DE COMPRAS E CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS E OBRAS**

*Regulamento do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS com finalidade de fixar parâmetros gerais a serem seguidos no âmbito de todos os procedimentos de contratações e compras para atendimento dos serviços públicos pactuados nos contratos de gestão, tendo por norte os princípios constitucionais que regem a administração pública, a Lei nº 8.666/93 e as diretrizes decorrentes da decisão do Supremo Tribunal Federal na ADI 1923.*

#### **Capítulo I DISPOSIÇÕES GERAIS**

#### **Seção I Das Disposições Preliminares**

*Art. 1º. Este Regulamento estabelece normas gerais sobre contratações pertinentes a obras, serviços, compras e locações no âmbito do Instituto Nacional Gestão De Saúde – INGDS com o objetivo de garantir a observância aos princípios constitucionais da isonomia e publicidade, e a assegurar a seleção da proposta mais vantajosa.*

*§1º. O Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, fica dispensado da observância do disposto neste Regulamento no caso de Contratação de fornecedores ou prestadores de serviços com recurso próprio do Instituto, para fins de atender às demandas administrativas.*

*§2º Também não se aplica o disposto neste Regulamento às compras ou contratações de pequeno valor, assim entendidas aquelas cujo valor global não ultrapasse R\$ 3.000,00 (três mil reais), que serão objeto de pronto pagamento.*



- a) As compras e contratações de pequeno valor ficam dispensadas de formalização via contrato, devendo, contudo, ser formalmente autorizadas pela direção/administração da unidade em documento específico e deverão ser documentalmente comprovados os gastos.

Art. 2º. Para os fins dispostos no presente Regulamento entende-se por:

I – Compra: toda aquisição remunerada de bens de consumo, drogas e medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios, materiais permanentes;

II – Aquisição: toda aquisição remunerada de bens duráveis;

III – Contratação: toda contratação de pessoa jurídica para prestação de serviços para suprir as necessidades do Instituto e das unidades de saúde que gerencia, exceto contratações de pessoal, o qual seguirá o regulamento de contratação de RH.

IV – Valor Global: o valor de aquisição, nos casos de compras; o valor estimado para 12 (doze) meses, nos casos de serviços de prestação continuada; ou o valor total do serviço contratado, quando este durar menos de 12 (doze) meses;

Art. 3º. Para a realização dos procedimentos de Compra e Aquisição será utilizada a Cotação Prévia com fornecedores legalmente habilitados conforme exigências do art. 20º. Os procedimentos deverão preferencialmente ser realizados através de plataforma eletrônica de compras.

Art. 4º. Para a realização do procedimento de Contratação, deverá ser utilizado Procedimento Seletivo de Contratação (PSC), composto por Termo de Referência (TR) e sua convocação será divulgada previamente no site do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, [www.ingds.org.br](http://www.ingds.org.br), exceto se a opção se der nos termos do art. 15, devendo ser respeitados os seguintes prazos mínimos para apresentação de propostas, contados a partir da divulgação do instrumento convocatório:

I - Mínimo de 03 (três) dias para Processos de Contratação que adote como critério de julgamento, o melhor preço;

II - Mínimo de 05 (cinco) dias para Processo de Contratação que adote como critério de julgamento a melhor técnica, a melhor combinação de técnica e preço.

§1º. Os prazos para impugnação da convocação do procedimento seletivo serão de até 03 (três) dias corridos, após a divulgação do TR e abertura do PSC, devendo a impugnação ser protocolada por escrito, conforme indicado na convocação, podendo ser:

- a) no local indicado pelo Instituto, preferencialmente no local da prestação do serviço ou da entrega do bem;

§2º. Nos atos decorrentes da aplicação da convocação do PSC, cabem recursos no prazo de 03 (três) dias corridos, a contar da intimação/publicação do ato impugnado.

§3º. Nos casos de contratação direta, regulados pelo art. 15 deste Regulamento, a convocação será realizada mediante a solicitação de propostas às empresas/fornecedores cadastrados no Instituto ou, não havendo empresas/fornecedores cadastrados, poderá o Instituto, através de justificativa prévia que acompanhará o processo, realizar a contratação direta de empresa/fornecedor não cadastrado.

Art. 5º. Todos os valores, preços e custos utilizados nos processos de contratação terão como expressão monetária a moeda corrente nacional.

Art. 6º. O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas, a mais vantajosa e que atenda aos princípios da moralidade e boa-fé, probidade, impessoalidade, economicidade e eficiência, isonomia, publicidade, legalidade, razoabilidade e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos do Instituto.

Art. 7º. Todo o processo de compras, aquisições e contratações de que trata este regulamento deve estar devidamente documentado e disponibilizado em plataforma eletrônica de prestação de contas, a fim de facilitar o acompanhamento, o controle e a fiscalização dos contratos de gestão.

Parágrafo único. O Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS manterá os documentos do processo de compra, aquisição e contratação, seja direta ou por PSC, incluindo os documentos

elencados no art. 13 deste Regulamento, arquivados na sua sede ou na respectiva unidade, sendo disponibilizada a versão digitalizada na aba transparência de seu portal.

**Art. 8º.** Compete à Direção do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS firmar:

- I - Contratos e respectivos termos aditivos ou documentos equivalentes.
- II - Acordos e ajustes;
- III - Protocolos de intenção;
- IV - Parcerias e patrocínios.

**Art. 9º.** Compete ao Diretor Presidente do Instituto e/ou à Direção Geral do Hospital:

- I - Determinar e autorizar a abertura dos processos seletivos de contratação (PSC);
- II - Homologar o resultado do processo seletivo de contratação (PSC);
- III - Aplicar sanções.

## **Seção II** **Das Obras e Serviços de Engenharia**

**Art. 10.** Os processos seletivos de contratação (PSC) para a execução de obras e para a prestação de serviços de engenharia obedecerão ao disposto neste artigo e, em particular, à seguinte sequência:

- I - Projeto básico;
- II - Cronograma de execução das obras e serviços.

§1º. Havendo necessidade de modificação no projeto básico, especialmente em relação aos quantitativos de itens, exigências técnicas e alteração qualitativa, as mudanças deverão estar registradas em nota técnica fundamentada, que será submetida à aprovação do setor técnico competente.

§2º. Os contratos destinados à realização de obras e serviços de engenharia seguirão os regimes de execução definidos no projeto básico.

**Art. 11.** No projeto básico de obras e serviços serão considerados, principalmente, os seguintes requisitos:

- I - Segurança;
- II - Funcionalidade e adequação ao interesse público;
- III - Economia na execução, conservação e operação;
- IV - Possibilidade de emprego de mão-de-obra, materiais, tecnologia e matérias-primas existentes no local para execução, conservação e operação;
- V - Adoção das normas técnicas, de saúde e de segurança do trabalho adequadas.

Parágrafo único. O projeto básico deve contemplar no mínimo: projetos, orçamento detalhado, cronograma físico-financeiro e responsabilidade do autor do projeto básico.

**Art. 12.** O disposto nesta seção aplica-se também, no que couber, aos casos de contratos oriundos de contratação direta.

## **Seção III** **Dos Serviços Técnicos Profissionais Especializados**

**Art. 13.** Para os fins deste Regulamento, consideram-se serviços técnicos profissionais especializados os trabalhos relativos a:

- I - Estudos técnicos, planejamentos e projetos básicos;
- II - Pareceres, perícias e avaliações em geral;



- III – Assessorias ou consultorias técnicas, de gestão, jurídica, contábil, auditorias financeiras, tributárias ou independentes, processamento de folha de pagamento e sistemas;
- IV – Fiscalização, supervisão ou gerenciamento de obras ou serviços;
- V – Patrocínio ou defesa de causas judiciais ou administrativas;
- VI – Treinamento e aperfeiçoamento de pessoal;
- VII – Serviços de direção, gerenciamento, coordenação e/ou supervisão Hospitalar.

## **Capítulo II** **DO PROCESSO DE CONTRATAÇÃO, AQUISIÇÃO E COMPRAS**

**Art. 14.** O procedimento de Contratação, Aquisição ou Compra compreende o cumprimento das etapas a seguir especificadas:

- I - Solicitação de contratação de serviços, compras ou aquisição;
- II - Justificativa da solicitação de contratação de serviços, compras ou aquisições;
- III - Indicação da modalidade, com a devida justificativa, no caso de contratações dos serviços, se PSC ou Contratação Direta, nos casos de compras e Aquisições, se cotação prévia ou compra e aquisição direta;

§1º. Em havendo indicação do Presidente do Instituto e/ou da Direção Geral do Hospital pela modalidade de contratação direta, deverá ser realizada coleta de preços entre os fornecedores, previamente cadastrados, desde que justificado previamente, para homologação do menor valor, ou melhor técnica ou combinação entre técnica e preço constante em tal Convocação, mediante apresentação de propostas e documentos de qualificação que forem exigidos.

§2º Não havendo empresas/fornecedores cadastrados, poderá o Instituto, através de justificativa prévia que acompanhará o processo, realizar a contratação direta de empresa/fornecedor não cadastrado.

§3º Poderá o fornecedor/prestador de serviços, a qualquer tempo, realizar a solicitação de cadastro prévio junto ao Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS.

§4º. Em havendo indicação do Presidente do Instituto e/ou da Direção Geral do Hospital pela modalidade de processo seletivo de contratação, o processo será remetido para confecção de Termo de Referência e convocação do procedimento seletivo de contratação, que deverá respeitar o disposto nesse Regulamento.

§5º. O Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS, poderá cadastrar fornecedores por meio de convocação para credenciamento, tendo por objeto a formação do cadastro de fornecedores de bens e serviços.

### **Seção I** **Da Compra, Aquisição ou Contratação Direta**

**Art. 15.** Poderá ser realizada a compra, aquisição ou a contratação direta, com base nos fornecedores cadastrados no Instituto conforme previsto no artigo 4º, §3º, nas seguintes hipóteses:

- I – Para obras e serviços de engenharia de valor global até 1% do valor mensal do Contrato de Gestão, desde que não se refiram a parcelas de uma mesma obra ou serviço ou ainda a obras e serviços de mesma natureza e no mesmo local que possam ser realizadas conjunta e concomitantemente;
- II – Para outras contratações de serviços, aquisições e compras de valor global até 0,5% do valor mensal do Contrato de Gestão, desde que não se refiram a parcelas de um mesmo serviço ou compra de maior vulto que possa ser realizado de uma só vez;
- III – Quando não acudirem interessados no processo de contratação, compra ou aquisição anterior e essa não puder ser repelida sem prejuízo para o Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS na execução do Contrato de Gestão, desde que mantidas as condições preestabelecidas;
- IV – Quando as propostas apresentadas consignarem preços manifestamente superiores aos praticados no mercado nacional;



- V – Para a locação de imóvel, quando as necessidades de instalação e localização condicionarem a escolha do imóvel, desde que o preço seja compatível com o valor de mercado;
- VI – Na contratação de remanescente de obra, de serviço ou de fornecimento, em consequência de rescisão contratual, desde que atendida a ordem de classificação do processo de contratação anterior e aceitas as mesmas condições do contrato encerrado por rescisão ou distrato, inclusive quanto ao preço, devidamente corrigido;
- VII – Para a aquisição de componentes ou peças de origem nacional ou estrangeira necessários à manutenção de equipamentos durante o período de garantia técnica, junto ao fornecedor original desses equipamentos, quando tal condição de exclusividade for indispensável para a vigência da garantia;
- VIII – Em emergências ou calamidade pública, quando caracterizada situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer o funcionamento da unidade e causar prejuízo ao interesse público, pelo prazo de 120 (cento e vinte) dias, podendo ser prorrogado;
- IX – Em situações de transição, quando estiver o Instituto a assumir a gestão de nova unidade, poderá contratar as empresas já em atividade no local ou mesmo contratar novos prestadores de serviços, a seu critério, em qualquer caso pelo prazo máximo de 120 (cento e vinte dias), podendo ser prorrogado.

Art. 16. A compra, a aquisição e a contratação direta também ficam autorizadas quando houver inviabilidade de competição, em especial nas hipóteses de:

- I - Aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por produtor, empresa ou representante comercial exclusivo;
- II - Contratação de serviços técnicos especializados, com profissionais ou empresas de notória especialização, nas hipóteses previstas no artigo 13.
- III – Nos casos de atrasos nos repasses por parte do Estado, vez que tal expediente limita as condições de Compra e Aquisição.

## **Seção II** **Do Processo de Contratação por Seletivo**

Art. 17. O instrumento de convocação do procedimento seletivo conterá as seguintes informações:

- I - Objeto da contratação em descrição clara e sucinta;
- II - Modalidade de contratação;
- III - Data, hora e local de sessão para a entrega da documentação de habilitação técnica e abertura das propostas;
- IV - Procedimento, prazos e recursos;
- V - Minuta do Termo de Referência;
- VI - Anexos.

§1°. A fase externa da contratação será iniciada com a convocação dos interessados por meio de publicação do Instrumento de Convocação no site do Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS ou em jornal de grande circulação na região da unidade hospitalar.

§2°. Em situações excepcionais em que poderão prejudicar a concorrência devido à localização das empresas em âmbito nacional, assim como situações de calamidade pública, poderá ser dispensada a designação de sessão para entrega de documentos e abertura das propostas, hipótese em que os documentos exigidos para qualificação técnica junto com a proposta poderão ser encaminhados via e-mail ou correio com aviso de recebimento.

Art. 18. O Instituto Nacional Gestão De Saúde - INGDS não pode descumprir as normas e condições do instrumento de convocação, ao qual se acha estritamente vinculada.

§1°. Qualquer empresa interessada em participar do procedimento de contratação poderá impugnar o instrumento de convocação por irregularidade na aplicação deste Regulamento, protocolando o pedido até 02 (dois) dias antes da data fixada para a entrega das propostas.

§2°. Decairá do direito de impugnar o instrumento de convocação o concorrente que não o fizer até o prazo definido no parágrafo anterior.



- Suspensão
- Declaração de Idoneidade

Em caso de advertência e ou exigência de plano de ação corretiva, a INGDS notificará o fornecedor por escrito, através de fax, e-mail com confirmação de leitura ou carta registrada com aviso de recebimento, devendo arquivar a evidência de envio da notificação.

Neste caso, a INGDS define com o fornecedor um prazo para que este analise as falhas ocorridas, identifique suas causas e planeje as ações corretivas. Tal prazo não pode ultrapassar a 20 (vinte) dias corridos.

O plano de ações corretivas deve ser aprovado pela INGDS em conjunto com as áreas envolvidas, caso o plano de ação seja reprovado, conceder-se-á ao fornecedor o prazo de 5 (cinco) dias úteis para revisão do mesmo. Vencido o prazo cabe a INGDS a aplicação da suspensão mínima, conforme definido na tabela acima do presente procedimento.

Se o resultado dos índices de Desempenho de Fornecedores indicar a necessidade de suspensão do fornecedor, pelo prazo mínimo a INGDS verificará se ele já foi advertido anteriormente, caso não tenha sido, a INGDS pode substituir a suspensão por advertência, se tiver sido, aplica-se a suspensão devida.

Se efetivada a suspensão do fornecedor por qualquer dos prazos previstos, o mesmo fica impossibilitado de participar de qualquer licitação e contratação promovidas pela INGDS e nem pode renovar seu cadastro durante o prazo da suspensão.

### 6.15 Alimentação e Serviço de Nutrição e Dietética – SND

A INGDS contratará uma empresa especializada que fornecerá o serviço de nutrição e dietética, a qual disponibilizará refeições aos usuários, como:

Refeição	Horário de Distribuição
Desjejum	Das 07:00 às 08:30 horas
Lanche da Manhã	Das 10:00 às 11:00 horas
Almoço	Das 11:30 às 13:00 horas
Lanche da tarde	Das 15:00 às 16:00 horas
Jantar	Das 18:00 às 20:00 horas
Lanche da noite	Das 21:00 às 22:00 horas

\*Os horários pré-estabelecidos poderão sofrer alterações mediante as rotinas assistenciais, visando à qualificação assistencial e a satisfação do usuário de acordo com o que for acordado junto a contratante municipal

Os acompanhantes também receberão as refeições que estiverem internados, conforme o protocolo.

Será disponibilizado:

- Dimensionamento;
- Gerenciamento do fornecimento;
- Organização;
- Produção em unidade de alimentação e nutrição específica para dietas hospitalares (não haverá estrutura de cozinha, lactários ou quaisquer outras instalações para o preparo de refeições na Unidade de Pronto Atendimento – UPA);
- Distribuição de refeições com veículos próprios (deverão ser transportadas de forma a cumprir as normas e horários estipulados), considerando as quantidades estimadas e tipos de refeições especificadas neste anexo.
- Mão de obra especializada em quantidade suficiente;

Fornecimento de equipamentos, mobiliários, utensílios, materiais e insumos de maneira a atender 100% da demanda da OSS de forma ininterrupta

### Cardápio

Os cardápios elaborados serão preparados de forma variada, podendo ser pela mesma empresa terceirizada, com alimentação equilibrada e de boa aparência e excelente qualidade proporcionando um aporte calórico necessário atendendo o preconizado e de aceitação por parte dos consumidores.

Haverá um planejamento antecipado cabível com preparações típicas e até mesmo com decorações conforme as datas comemorativas aos pacientes e acompanhantes como: por exemplo: Páscoa, Natal, Ano Novo, Dia das Crianças, Dia dos Pais, Dia das Mães, Festas Juninas entre outros, respeitando as características específicas de cada dieta, conforme padrão determinado.

Serão atendidas as solicitações de cardápios diferenciados aos pacientes cujos padrões alimentares tenham influências de preceitos religiosos, tabus, hábitos alimentares e sócios culturais, em consonância com estado clínico e nutricional.

### Normas dos serviços de nutrição

Art. 1º - O Serviço de Nutrição e Dietética - S.N.D. da unidade é um serviço subordinado a Diretoria Técnica que realiza assistência nutricional e educação alimentar a pacientes (coletividade enferma) e a acompanhantes e funcionários (coletividade sadia).



- Apurar e manter atualizado os índices de Desempenhos dos Fornecedoros. Descrição das Atividades

O período e frequência de apuração dos indicadores cobre o período compreendido nos últimos 12 (doze) meses. Os indicadores de desempenho de fornecedores serão apurados mensalmente, até o quinto dia útil do mês subsequentes, por essa ocasião é feita também a consolidação dos resultados acumulados dentro do ciclo de 12 meses.

Os resultados dos índices apurados, do mês em questão e acumulado até aquele mês, serão informados aos fornecedores via e-mail e com confirmação de entrega de leitura, a fim de que os mesmos possam estabelecer ações proativas no sentido de se corrigir eventuais desvios.

#### Definição de Critérios

O desempenho de fornecedor serve de base para a definição pela instituição das ações aplicáveis aos mesmos, que poderão ser reconhecimento pelo bom desempenho ou aplicação de penalidade.

Índice	Ação a ser tomada
De 0 a 10	Suspensão de 24 (vinte e quatro) meses.
De 11 a 30	Suspensão de 12 (doze) meses.
De 31 a 50	Suspensão de 06 (seis) meses.
De 51 a 65	Advertência e exigência de Plano de Ação Corretiva, para as falhas detectadas. Tal plano deverá ser aprovado e acompanhado pelo IAPEMESP, conforme o caso
De 66 a 80	Exigência de Plano de Ação Corretiva para as falhas detectadas. Tal plano deverá ser aprovado e acompanhado pelo IAPEMESP, conforme o caso
De 81 a 95	Emissão de Atestado de fornecimento, se solicitado pelo fornecedor destacando o bom desempenho do mesmo
De 96 a 100	Emissão de Atestado de fornecimento, se solicitado pelo fornecedor constatando o registro de qualidade assegurada.

#### Aplicação de Penalidades

Quaisquer penalidades serão aplicadas em conformidade com as prescrições legais e contratuais estabelecidas.

As penalidades são independentes entre si e não cumulativas e podem ser:

- Advertência
- Multa

Art. 2º - Seu objetivo principal é proporcionar, embasado em fundamentos técnicos científico, a assistência nutricional adequada através da elaboração de dietas e orientações nutricionais para pacientes e da distribuição de refeições para pacientes e acompanhantes.

Art. 3º - O S.N.D. exerce particular importância na imagem da unidade, sendo decisivo o seu papel no restabelecimento da saúde dos pacientes e na redução do tempo de internação e custos hospitalares.

A nutrição e dietética é serviços de apoio responsável pelo processo de distribuição de Refeições (aproximadamente 1000 refeições mensais – 20% dietas especiais) e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação, em quantidade adequada a todos os setores da unidade.

Compete:

- I. Implantar e acompanhar a execução de procedimentos previstos no Manual de Boas Práticas do S.N.D. (MBP/SND);
- II. Colaborar com as atividades de fiscalização profissional e sanitária; III. Participar da elaboração de projetos de construção e/ou reforma da área física do S.N.D;
- III. Colaborar na execução dos programas de nutrição, e de pesquisas científica e de estágios;
- IV. Elaborar escalas de serviço e fazer remanejamento de pessoal, de acordo com as necessidades do S.N.D.;
- V. Implementar controle de plantões, como trocas, substituições, quantidades de acordo com necessidade do serviço;
- VI. Controlar manutenção de equipamentos e utensílios, assim como aquisição dos mesmos;
- VII. Avaliar qualidade e quantidade das atividades dos servidores do S.N.D.;
- VIII. Promover a divulgação da profissão de Nutricionista, atendendo ao Código de Ética Profissional;
- IX. Fazer reuniões periódicas para avaliação das atividades desenvolvidas no Serviço;
- X. Colaborar com os demais Serviços participando das reuniões e atividades afins;
- XI. Planejar, orientar e desenvolver programas e treinamentos, em parceria com os setores responsáveis, para os funcionários do S.N.D.;
- XII. Participar de Processos de Padronização proposta pela Diretoria Técnica Assistencial;
- XIII. Apresentar à Diretoria Técnica Assistencial Relatórios periódicos de atividades e estatísticas do S.N.D.;
- XIV. Cumprir e fazer cumprir: Ordens de Serviço, Portarias e Regulamento expedidos pelo Diretor da Organização.



### São atribuições da Copeira:

- I. Receber e conferir junto à Supervisão de Serviços Gerais o material da seção, de acordo com a previsão elaborada pela Supervisão de Produção;
- II. Lavar e higienizar as panelas e utensílios após a sua utilização;
- III. Lavar os carros após a distribuição das refeições;
- IV. Lavar e esterilizar as bandejas de refeições;
- V. Executar a limpeza e organização do Refeitório, antes e após as refeições;
- VI. Executar a limpeza do Serviço, de acordo com o cronograma de higienização do S.N.D;
- VII. Cumprir ordens e instruções de Serviço e Regulamento da unidade.
- VIII. Executar as tarefas orientadas pela Auxiliar de Dietética;
- IX. Distribuir as refeições para os pacientes, seguindo o MAPA DE DIETA sob a supervisão;
- X. Executar a montagem de dietas livres;
- XI. Participar da confecção centralizada dos lanches, de acordo com a escala do Serviço;
- XII. Solicitar, quando necessário, a substituição de insumos para garantir a qualidade final das preparações;
- XIII. Zelar pela guarda e higiene de utensílios utilizados na distribuição de refeições;
- XIV. Atender aos pedidos de alimentos sob a orientação da Nutricionista;

### São atribuições da Nutricionista Dietoterápica:

- I. Participar da Equipe Multidisciplinar de Saúde;
- II. Promover assistência Nutricional integral aos pacientes;
- III. Elaborar prescrição dietética, com base nas diretrizes estabelecidas na prescrição médica, adequando-a as condições do paciente, em consenso com o Médico assistente;
- IV. Programar a T.N.E. (Terapia Nutricional Enteral), formulando-a e estabelecendo as suas características;
- V. Orientar e supervisionar o processo de confecção e a distribuição da dieta prescrita;
- VI. Acompanhar a evolução nutricional do paciente;
- VII. Colaborar na formação de profissionais da área de saúde;
- VIII. Orientar estágios de Nutrição, em colaboração com as Instituições de Ensino;
- IX. Elaborar Plano Alimentar de Alta Hospitalar, quando solicitado;

X. Realizar orientação nutricional de alta hospitalar para pacientes com indicação de Nutrição Enteral Domiciliar.

São atribuições da Nutricionista plantonista diurna do S.N.D.

- I. Conferir a presença dos funcionários e fazer as adequações necessárias na escala de serviço;
- II. Registrar faltas de funcionários;
- III. Conferir as prescrições de lanches para pacientes adequando as quantidades da distribuição e das requisições de lanches aos mapas de dietas (Anexo IX);
- IV. Supervisionar a confecção de lanches e de dietas dos pacientes;
- V. Realizar a contagem de dietas dos pacientes preenchendo os impressos: RESUMO DE DIETAS e CONTROLE DE DIETAS
- VI. Atualizar os MAPAS DE DIETAS das Nutricionistas;
- VII. Supervisionar o abastecimento e armazenamento de gêneros alimentícios;
- VIII. Supervisionar a qualidade e a quantidade de gêneros alimentícios e das preparações a serem servidas;
- IX. Orientar e supervisionar técnicas e preparo de alimentos, porcionamento e distribuição de refeição;
- X. Modificar a requisição de gêneros para a confecção de cardápios quando surgir a necessidade de substituir insumos;
- XI. Solicitar ao despenseiro o balanço diário de gêneros e materiais estocados;
- XII. Requisitar ao almoxarifado, de acordo com o balanço e o cronograma de pedidos, a solicitação de gêneros não perecíveis (aos domingos);
- XIII. Encaminhar aos fornecedores de acordo com o cronograma de pedidos, a solicitação de gêneros pedidos;
- XIV. Conferir os impressos de PRESCRIÇÃO DE DIETAS ESPECIAIS para Ceia e Desjejum de pacientes de acordo com os MAPAS DE DIETAS;
- XV. Calcular Ceias e Desjejum de pacientes, preenchendo os impressos: DISTRIBUIÇÃO DE CEIA E DESJEJUM e REQUISIÇÃO DE GÊNEROS;
- XVI. Registrar as ocorrências do plantão;



### 6.17 Serviço Social

O Assistente Social em uma equipe interdisciplinar em uma unidade de saúde é o profissional que identifica as necessidades dos usuários e as condições sociais em que ele está inserido, numa perspectiva de totalidade, passando a interpretar junto à equipe aspectos relevantes no âmbito social. Com isso, o mesmo utiliza-se de seus conhecimentos teórico-prático para ser um proponente de novas modalidades de enfrentamento das situações.

O Assistente Social atua visando sempre os interesses dos usuários, viabiliza o acesso às garantias dos direitos sociais.

A interdisciplinaridade nos serviços de saúde se insere como estratégia de fortalecimento das atividades integradoras que abrem espaço para reflexão e troca de experiências valiosas para produção de conhecimentos e aprimoramento da qualidade da formação de profissionais e da assistência em saúde, perspectiva da humanização, integralidade e resolutividade do atendimento.

Os assistentes sociais trabalham em parceria com outros profissionais, portanto a importância da consciência coletiva de todos, para que o bem-estar do paciente seja o foco principal. As principais atividades desenvolvidas pelo Serviço Social nas unidades de internação, emergência e ambulatórios:

- Visitar pacientes das enfermarias e emergências, visando à resolução de problemas sociais e o fornecimento de orientações e esclarecimentos acerca das normas e rotinas da unidade;
- Notificar os conselhos municipais: criança e adolescente, idosos, assistência social, entre outros;
- Comunicar a alta e orientar sobre o processo de saída da unidade hospitalar.
- Tomar providências relacionadas à alta de pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas e vítimas de violência (urbana e doméstica);
- Contactar os postos de saúde dos municípios de abrangência da Divisão Regional de Saúde para solicitar ambulâncias para a alta, remoção e transferências de pacientes;
- Orientar os casos de óbitos: informar sobre os direitos de seguros, previdências e funeral;
- Convocar o paciente para o retorno ambulatorial e reforçar a importância do tratamento;
- Comunicar e orientar os pacientes quanto à data, horário e local de cirurgias;
- Contactar por telefone e/ou telegrama a alteração de datas de agendamento de consultas/cirurgias;
- Orientar os familiares e/ou paciente no caso de cirurgia de grande ou médio porte, sobre a importância e necessidade de doação de sangue;
- Inserir usuários especiais na rotina, após a avaliação do caso;
- Trabalhar preventivamente na democratização de informações e conhecimentos

voltados para a promoção da saúde, prevenção de doenças, danos, riscos e agravos para o tratamento médico. Reforçar a importância de campanhas e mutirões que o hospital realiza;

- Agendar o teste do pezinho e o retorno ambulatorial do recém-nascido.

O trabalho dos assistentes sociais é de suma importância no espaço hospitalar. A humanização do atendimento hospitalar deve ser sua meta e o uso de seus conhecimentos em benefício da população necessitada seu objetivo.

O setor de emergência/urgência é o lugar onde se dá o inesperado e o assistente social deve estar preparado para atender os diversos conflitos e orientar os pacientes de seus direitos sociais como: seguro obrigatório, indenização de acidente de trabalho, encaminhamento, localização de familiares, trabalho em rede com instituições, ou mesmo atuar como retaguarda médica social nos casos de moradia inadequada ou residências distantes, tudo de acordo com a necessidade apresentada pelos pacientes.

O espaço da emergência de uma UPA é um espaço legítimo de atuação do Assistente Social, no qual, além de um atendimento imediato, poderá ter o acompanhamento daquele atendido e se utilizar daquele momento de atendimento para um espaço de particularidade, fazendo valer o cumprimento de direitos antes negligenciados em toda trajetória daquele sujeito dentro do sistema de saúde pública.

Priorizando sempre o bem-estar coletivo e a integração do indivíduo na sociedade, os assistentes sociais têm atuação ampla, estando presentes em áreas como educação, família, saúde, habitação, trabalho, lazer, reabilitação e previdência social. Na equipe hospitalar da INGDS, os profissionais formam a equipe de assistentes sociais, sendo que uma equipe é direcionada para o acolhimento aos pacientes e familiares e outra equipe atua no atendimento aos colaboradores. Com o objetivo de orientar, planejar e promover uma vida mais saudável para as pessoas.

O atendimento voltado para colaboradores envolve:

- Assistência médica e benefícios e projetos de ações de incentivo,
- Programas de preparo para aposentadoria e encaminhamento para reabilitação profissional. "O foco é sempre o bem-estar do outro",
- Orientação para a terceira idade e crianças em situação de risco. "É preciso sempre saber escutar.
- O Serviço Social da unidade deve deixar as portas abertas para o colaborador procurar sempre que precisar".

O Serviço de Assistência Social da unidade também é responsável pela Unidade de Atenção ao Cliente, que vai registrar queixas, sugestões, críticas e elogios de pacientes, acompanhantes e familiares. O Setor também elabora o Guia do Paciente, com orientações sobre seus direitos e deveres.

Equipe mínima – um profissional será disponibilizado no período diurno de segunda a sexta feira de 07:00hs as 19:00hs



### **6.18 Cronogramas de implantação e/ou execução das atividades**

A transição para assunção total das unidades e serviços de saúde será de até 120 (cento e vinte dias) dias, a partir da data de ordem de início de execução do contrato de gestão.

O Cronograma para assunção total das unidades deverá ocorrer conforme preconiza o projeto respeitando o contido no contrato de gestão a ser pactuado.

A assunção se dará a partir do recebimento da OS – Ordem de Serviço, iniciando a transição durante o qual a INGDS em conjunto com a municipalidade deverão agir a fim de assegurar a regularidade e a continuidade dos serviços.

#### Implantação e Transição de Gestão

A assunção da gestão de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) requer uma transição eficiente para garantir a continuidade dos serviços. Aqui está um exemplo de cronograma de assunção da OSS em uma UPA em até 120 dias:

#### Fase de planejamento (15 dias):

Reuniões entre a OSS e a gestão anterior para discutir a transição e obter informações sobre a UPA.

Análise dos contratos, termos de referência e acordos firmados com fornecedores. Definição dos principais objetivos, metas e estratégias da OSS para a gestão da UPA.

#### Fase de diagnóstico e mapeamento (20 dias):

- Avaliação da estrutura física da UPA, incluindo equipamentos, mobiliário e instalações.
- Avaliação do quadro de funcionários, identificando competências e necessidades de capacitação.
- Análise dos processos internos, fluxos de trabalho e sistemas de informação utilizados.
- Identificação dos principais desafios e oportunidades para a melhoria dos serviços.

#### Fase de contratação e capacitação de recursos humanos (30 dias):

- Revisão do quadro de funcionários existente e definição das necessidades de contratação.

- Realização de processos seletivos e contratação dos profissionais necessários.
- Elaboração de um plano de capacitação para os novos funcionários e reciclagem para os funcionários existentes.

#### Fase de estruturação e aquisição de recursos (30 dias):

- Revisão dos contratos com fornecedores de insumos, medicamentos e serviços terceirizados.
- Identificação das necessidades de equipamentos, mobiliário e materiais de consumo.
- Realização de cotações e negociações com fornecedores para aquisição dos recursos necessários.
- Implantação de sistemas de tecnologia da informação, como prontuários eletrônicos e sistemas de gestão.

#### Fase de adequação e padronização de processos (15 dias):

- Revisão dos protocolos de atendimento, fluxos de trabalho e procedimentos operacionais padrão.
- Realização de treinamentos e capacitações para padronização dos processos internos.
- Adequação da estrutura física da UPA de acordo com as necessidades e normas vigentes.
- Implantação de medidas de controle de qualidade e monitoramento dos serviços.

#### Fase de acompanhamento e avaliação (30 dias):

- Estabelecimento de indicadores de desempenho para monitorar a qualidade dos serviços.
- Realização de reuniões periódicas de avaliação e acompanhamento com a equipe da OSS.
- Identificação de possíveis ajustes e melhorias nos processos de trabalho.
- Elaboração de relatórios de desempenho e prestação de contas às autoridades competentes.

É importante ressaltar que esse cronograma é apenas um exemplo e pode variar de acordo com as particularidades UPA e do contrato firmado entre a instituição e a prefeitura. É a garantia de uma transição suave, priorizando a qualidade e a continuidade do atendimento aos usuários.



## **7 APRESENTAÇÃO DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS**

Os protocolos e manuais de manutenção completo encontram-se no Anexo II desta proposta.

### **7.1 Manutenção Predial**

Mais especificamente deve contemplar e não se limitar a:

- Supervisão, Operação, Manutenção e Conservação elétrica;
- Ações de supervisão, operação e primeiro atendimento;
- Entrada de média tensão, transformação, geração, condicionamento, quadros de distribuição geral e Sistemas de Proteção Atmosférica ou ainda pela ocorrência de obras.
- Ações de supervisão, operação, manutenção e conservação
- Inspeção diária de equipamentos e utilidades.
- Manutenção corretiva e preventiva em quadros de distribuição parcial, quadros de comando, bombas (água potável, água pluvial, lençol freático, recirculação, esgoto, vácuo, incêndio etc.), compressores de ar, luminárias, luminosos, totens, tomadas, interruptores, etc.
- Manutenção corretiva em complemento as atividades das demais divisões da manutenção (hidráulica, civil, etc.)
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.
- Manutenção corretiva, preventiva do sistema de entrada de média tensão, transformação e quadros de distribuição geral.
- Manutenção preditiva do sistema de entrada de média tensão, transformação, quadros de distribuição geral e quadros de distribuição parcial.
- Manutenção preventiva do SPDA.
- Manutenção corretiva e preventiva do sistema de geradores
- Manutenção corretiva e preventiva dos sistemas de condicionamento (estabilizadores e nobreaks).
  - Manutenção corretiva e preventiva de compressores de ar e bombas de vácuo.
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra)
- Instalação de pontos de luz, força, comando, etc., incluindo a infraestrutura necessária (tubulação, caixas, fiação, etc.), incluindo recomposições de alvenarias e



revestimentos quando necessário.

- Instalação de novos equipamentos.
- Supervisão, Operação, Manutenção e Conservação hidráulica.
- Ações de supervisão, operação e primeiro atendimento.
- Manutenção e conservação de reservatórios de água e ou pontos de vazamento causados por falhas estruturais ou de impermeabilização ou ainda pela ocorrência de obras.
- Restabelecimento do fornecimento de água e servidão de esgotos.
- Ações de supervisão, operação, manutenção e conservação.
- Inspeção diária de equipamentos e utilidades.
- Manutenção corretiva/ preventiva e operação do sistema de coleta e distribuição de água potável, água pluvial, lençol freático, esgoto, recirculação, pressurização de hidrantes, etc.
- Manutenção corretivo-preventiva e operação dos sistemas de aquecimento de água potável, distribuição de Manutenção preventiva em bebedouros (substituição de filtros).
- Manutenção corretivo-preventiva de torneiras, registros, chuveiros, vasos sanitários, pias, ralos, grelhas, calhas, condutores, etc., incluindo a substituição dos itens.
- Manutenção de vazamentos e entupimentos em geral.
- Manutenção corretiva em complemento às atividades das demais divisões da manutenção (hidráulica, ar condicionado, etc.).
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.
- Manutenção e limpeza de reservatórios de água potável.
- Limpeza e esgotamento de caixas de gordura.
- Coleta de amostras de água para análise.
- Ações ao abastecimento em contingência a falta de água potável.
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra).
- Instalação de pontos de água, e acessórios, incluindo a infraestrutura necessária, incluindo recomposições de alvenarias e revestimentos quando necessário.
- Instalação de novos equipamentos.
- Operação e Manutenção Civil.
- Ações de operação e primeiro atendimento
- Nas ocorrências de falhas causadas por vícios ou desvios estruturais e pela ocorrência de obras.
- Ações de supervisão, operação, manutenção e conservação.



- Manutenção preventivo-corretiva de telhados, portas, espelhos, vidros, fechaduras, dobradiças, persianas, etc., incluindo substituição.
- Manutenção corretiva em alvenaria (chapisco, emboço, reboco), pisos, painéis e forros de gesso, paredes drywall.
- Abertura e fechamento de vãos para manutenção ou instalações elétricas, hidráulicas, etc.
- Manutenção corretiva em complemento às atividades das demais divisões da manutenção (hidráulica, civil, etc.)
- Manutenção da pintura de áreas comuns em paredes, forros, caixilhos, portas, divisórias, leitos de internação e ambientes específicos, como parte do plano de manutenção preventiva da unidade.
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.
- Pintura corretivo-preventiva interna e externa de fachadas, paredes, forros, pisos, portas, janelas e outros quando representarem montante que comprometa a atividade corrente da manutenção.
- Ações de limpeza de elementos arquitetônicos externos (brises, pisos, fachadas, caixilharia, etc).
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra).
- Abertura e fechamento de vãos para instalações elétricas, hidráulicas, etc.
- Instalação de portas, janelas, grelhas, etc.
- Operação e Manutenção sistemas especiais.
- Ações de supervisão e primeiro atendimento
- Supervisão e primeiro atendimento dos sistemas de telefonia, chamada de enfermagem, detecção de incêndio no que tange as suas centrais (hardware + softwares + periféricos).
- Solicitação que demandem configuração/inclusão de pontos (hardware + software)
- Ações de operação, manutenção e conservação.
- Operação das centrais de telefonia, chamada de enfermagem e detecção de incêndio.
- Manutenção de periféricos indiretos do sistema de telefonia, chamada de enfermagem e detecção de incêndio.
- Substituição de terminais de chamada de enfermagem e detecção de incêndio.
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.

- Manutenção corretivo-preventiva das centrais de telefonia, chamada de enfermagem e detecção de incêndio.
- Acompanhamento na configuração/inclusão de pontos (hardware + software).
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra)
- Instalação de Infraestrutura de pontos de rede (voz/dados) incluindo sua infraestrutura (tubulações, caixas, cablagem, etc.)
- Operação e Manutenção Sistemas de Condicionamento, Exaustão e Ventilação.
- Dentro de todo escopo, o sistema de condicionamento, exaustão e ventilação mecânica do ar de interiores merece atenção especial, uma vez que trata de itens que possuem normas mais rigorosas no sentido técnico, de fiscalização e de controle de infecção hospitalar.
- Em sendo assim o escopo deve incluir todas as obrigações contidas nas normas sobre a totalidade dos equipamentos constantes nas edificações, como segue:
  - o NBR 13971 – Sistemas de Refrigeração, Condicionamento de Ar e Ventilação – Manutenção Programada.
  - o Portaria nº 3.523 de 28/08/1998.
  - o Resolução RE nº 176 de 24/10/2.000.
  - o Resolução RE nº 9 de 16/01/2003.
  - o Ações de supervisão, operação e primeiro atendimento.
- Restabelecimento do funcionamento de equipamentos de ar condicionado, ventilação e exaustão, principalmente em áreas críticas assistenciais, presença de clientes externos ou áreas administrativas, mantendo a salubridade da área atendida.
- Ações de supervisão, operação, manutenção e conservação.
- Manutenção corretiva e preventiva de todos os componentes dos sistemas de ar-condicionado existentes na instalação, bem como procedimentos de higienização e limpeza de gabinetes, filtros, dutos, grelhas, dumpers, tubulações e outros.
- Inspeção diária de equipamentos e utilidades.
- Verificação da pressão de gases refrigerantes e correção de eventuais vazamentos nas linhas frigorígenas e compressores.
- Integridade dos isolamentos térmicos em tubulações e equipamentos.
- Regulagem e funcionamento dos controles e termostatos. o Regulagens de temperaturas e vazões.
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.
- Supervisão e acompanhamento da coleta de amostras para análise da qualidade do ar de interiores.



- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra)
- Instalação de unidades de pequeno porte tipo split, pontualmente.
- Apoio na instalação de novos equipamentos.
- Manutenção e Operação de Sistema de Refrigeração.
- Ações de supervisão, operação, manutenção, conservação e primeiro atendimento.
- Manutenção de câmaras e balcões frigoríficos, frízeres, refrigeradores, geladeiras, frigobares e bebedouros.
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra)
- Instalação de bebedouros, apoio na instalação de novos equipamentos.
- Manutenção de Equipamentos de Cozinha, Eletrodomésticos e Eletroeletrônicos.
- Ações de primeiro atendimento
- Avaliação preliminar de defeitos em eletrodomésticos, eletroeletrônicos e equipamentos de cozinha incluindo; fogões, fornos, panelões, fritadeiras, banho maria e maquinas de lavar.
- Ações de operação, manutenção e conservação.
- Reparos de baixa complexidade em eletrodomésticos, eletroeletrônicos e equipamentos de cozinha incluindo; fogões, fornos, panelões, fritadeiras, banho maria e maquinas de lavar (substituição de fusíveis, plugues, etc.)
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.
- Encaminhamento, acompanhamento, recepção e testes de eletrodomésticos, eletroeletrônicos equipamentos de cozinha a reparos externos.
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra)
- Apoio na instalação de novos equipamentos.
- Manutenção de mobiliário hospitalar e marcenaria.
- Ações de primeiro atendimento
- Avaliação preliminar de defeitos ligados a estofamento, dispositivos hidráulicos, pneumáticos, mecânicos e eletrônicos.
- Reparos estruturais em móveis, prateleiras, portas e caixilhos de madeira que apresentem interrupção do funcionamento ou risco de queda.
- Ações de operação, manutenção e conservação.
- Manutenção de camas hospitalares (elétricas), berços, macas, divãs, armários, carros de transporte, etc.
- Substituição de rodízios de camas hospitalares (elétricas), macas, divãs, carros de transporte, etc.

- Substituição e transporte de camas e berços.
- Pequenos reparos de solda.
- Reparos em revestimento de fórmica, dobradiças, puxadores e acabamentos diversos, recuperação da estrutura de madeira de móveis e prateleiras danificadas.
- Ações de acionamento, supervisão e acompanhamento de terceiros.
- Encaminhamento, acompanhamento, recepção e testes de itens para estofamento e reparos de dispositivos hidráulicos, pneumáticos, eletrônicos e mecânicos, bem como de marcenarias.
- Pintura corretiva de macas, divãs, camas, criados, etc.
- Ações de instalação de pequeno porte (não configuram obra)
- Apoio na instalação de móveis e marcenarias.

## **7.2 Manutenção de Equipamentos Engenharia Clínica**

- Montar, manter e organizar, nos espaços e materiais cedidos pela CONTRATANTE (em comum acordo entre as Partes), estrutura logística de oficinas, equipamentos, instrumentos, ferramentas, EPIs, almoxarifado para peças e materiais e depósito de materiais e equipamentos, obedecendo às normas técnicas e de segurança vigentes;
- Preencher, realizar, atualizar e gerenciar o Inventário de Equipamentos da unidade de saúde.
- Elaborar e implantar Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e Instruções de Trabalho para todas as atividades contidas no Plano de Gerenciamento de Equipamentos de Saúde.
- Gerenciar o ciclo de vida e o histórico dos equipamentos, incluindo válvulas, fluxômetros e manômetros de gasoterapia, da unidade, incluindo parecer técnico das aquisições, recebimento, aceitação, treinamento técnico e de usuários, utilização, manutenção, calibrações periódicas, controle das garantias de aquisição e serviços, atualizações, reciclagens.
- Zelar pela responsabilidade ambiental, em toda a estrutura, acompanhando e Gerenciando campanhas, descartes e usos de materiais e equipamentos das unidades de saúde.
- Alienar, desativar ou efetuar a baixa patrimonial apenas em comum acordo com a unidade, através de justificativas técnicas detalhadas, orçamentos e laudos que comprovem sua necessidade, em função de custo elevado ou não atendimento de normas de segurança.
- Especificação Técnica de equipamentos, implantação de novas tecnologias.
- Executar o primeiro atendimento, acompanhamento e retorno da informação ao usuário, para equipamentos de contratos com terceiros ou comodatos.



- Acompanhamento de processos (fornecedores de equipamentos e/ou serviços), abrangendo desde a gestão da solicitação de manutenção, acompanhamento dos serviços, cobrança e avaliação de resultados dos atendimentos e da documentação pertinente (ordens de serviço, relatórios, laudos, certificados de calibrações, orçamentos, etc.), além da avaliação da qualidade dos serviços.
- Documentar as solicitações corretivas, atendimentos preventivos e proativos (rotas ou rotinas), através de ordens de serviço, de modo a permitir relatórios de históricos de equipamentos, por setores, buscando o gerenciamento das atividades, visando à melhoria do desempenho, na unidade e no contrato como um todo.
- Montar programas periódicos de treinamentos e reciclagem de usuários, através dos fabricantes ou representantes dos equipamentos ou pela própria equipe, mantendo registros, lista de presença e documentação dos mesmos, organizando-as com vistas a Certificações ou Acreditação Hospitalar.
- Montar arquivo de documentação técnica, realizando inventário já existente, buscando e incluindo novos exemplares (manuais, laudos, certificados de garantia, plantas, layouts, etc.), organizando-a com vistas a Certificações ou Acreditação Hospitalar.
- Controlar o ciclo de vida dos equipamentos médico-hospitalares e seus componentes.
- Auxiliar quando necessário na aquisição e realizar a aceitação das novas tecnologias;
- Treinar pessoal para manutenção (técnicos) e operação dos equipamentos (operadores).
- Indicar, elaborar e controlar os contratos de manutenção preventiva e corretiva;
- Executar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos médico hospitalar, no âmbito da instituição.
- Controlar e acompanhar os serviços de manutenção executados por empresas externas.
- Estabelecer medidas de controle e segurança do ambiente hospitalar, no que se refere aos equipamentos médico-hospitalares.
- Elaborar, quando necessário, projetos de novos equipamentos, ou modificar os existentes, de acordo com as normas vigentes.
- Estabelecer rotinas para aumentar a vida útil dos equipamentos médico-hospitalares.
- Auxiliar quando necessário nos projetos de Informatização, relacionados aos equipamentos médico hospitalares.
- Efetuar a avaliação da obsolescência dos equipamentos médico-hospitalares, entre outros.
- Calibração e Testes de Segurança Elétrica dos Equipamentos de Saúde.
- Participar, acompanhar e dar suporte técnico e administrativo nos programas obrigatórios dos órgãos do governo e nos programas de gestão da qualidade implementados pela CONTRATANTE (Exemplo: Acreditação, ONA, ISO, CQH, etc.).

PLANO DE ORÇAMENTARIA MENOR

CATEGORIA PROGRAMÁTICA	COMPOSIÇÃO SALARIAL				ENCARGOS SOCIAIS				PROJEÇÃO NUMÉRICO				TOTAL GERAL PROVISÓRIA MENOR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	QTD	CARGA HORÁRIA	1º ANO	TOTAL SALÁRIO ANUAIS	ESPECIALIZADO 20% OU MAIS	TOTAL COMPOSIÇÃO SALARIAL	VALI PRÓPRIA PROVISORA C/D	VALI PROVISORA %	TOTAL BENEFÍCIO	PI IN	PIVS SALÁRIO %	TOTAL ENCARGOS		QTD	PROFESSOR	PROFESSOR -10% IN	PROFESSOR -15% IN	PROFESSOR -20% IN	PROFESSOR -25% IN	PROFESSOR -30% IN	PROFESSOR -35% IN	PROFESSOR -40% IN	PROFESSOR -45% IN	PROFESSOR -50% IN	PROFESSOR -55% IN	PROFESSOR -60% IN	PROFESSOR -65% IN	PROFESSOR -70% IN	PROFESSOR -75% IN	PROFESSOR -80% IN	PROFESSOR -85% IN	PROFESSOR -90% IN	PROFESSOR -95% IN	PROFESSOR -100% IN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
Administração	1	40	1800,00	72000,00	480,00	72000,00	440,00	280,00	72000,00	48,84	276,75	1003,20	340,32	36,33	4,54	25,36	8,65	18,30	25,36	34,48	43,60	52,72	61,84	70,96	80,08	89,20	98,32	107,44	116,56	125,68	134,80	143,92	153,04	162,16	171,28	180,40	189,52	198,64	207,76	216,88	226,00	235,12	244,24	253,36	262,48	271,60	280,72	289,84	298,96	308,08	317,20	326,32	335,44	344,56	353,68	362,80	371,92	381,04	390,16	399,28	408,40	417,52	426,64	435,76	444,88	454,00	463,12	472,24	481,36	490,48	500,00	509,12	518,24	527,36	536,48	545,60	554,72	563,84	572,96	582,08	591,20	600,32	609,44	618,56	627,68	636,80	645,92	655,04	664,16	673,28	682,40	691,52	700,64	709,76	718,88	728,00	737,12	746,24	755,36	764,48	773,60	782,72	791,84	800,96	810,08	819,20	828,32	837,44	846,56	855,68	864,80	873,92	883,04	892,16	901,28	910,40	919,52	928,64	937,76	946,88	956,00	965,12	974,24	983,36	992,48	1001,60	1010,72	1019,84	1028,96	1038,08	1047,20	1056,32	1065,44	1074,56	1083,68	1092,80	1101,92	1111,04	1120,16	1129,28	1138,40	1147,52	1156,64	1165,76	1174,88	1184,00	1193,12	1202,24	1211,36	1220,48	1229,60	1238,72	1247,84	1256,96	1266,08	1275,20	1284,32	1293,44	1302,56	1311,68	1320,80	1329,92	1339,04	1348,16	1357,28	1366,40	1375,52	1384,64	1393,76	1402,88	1412,00	1421,12	1430,24	1439,36	1448,48	1457,60	1466,72	1475,84	1484,96	1494,08	1503,20	1512,32	1521,44	1530,56	1539,68	1548,80	1557,92	1567,04	1576,16	1585,28	1594,40	1603,52	1612,64	1621,76	1630,88	1640,00	1649,12	1658,24	1667,36	1676,48	1685,60	1694,72	1703,84	1712,96	1722,08	1731,20	1740,32	1749,44	1758,56	1767,68	1776,80	1785,92	1795,04	1804,16	1813,28	1822,40	1831,52	1840,64	1849,76	1858,88	1868,00	1877,12	1886,24	1895,36	1904,48	1913,60	1922,72	1931,84	1940,96	1950,08	1959,20	1968,32	1977,44	1986,56	1995,68	2004,80	2013,92	2023,04	2032,16	2041,28	2050,40	2059,52	2068,64	2077,76	2086,88	2096,00	2105,12	2114,24	2123,36	2132,48	2141,60	2150,72	2159,84	2168,96	2178,08	2187,20	2196,32	2205,44	2214,56	2223,68	2232,80	2241,92	2251,04	2260,16	2269,28	2278,40	2287,52	2296,64	2305,76	2314,88	2324,00	2333,12	2342,24	2351,36	2360,48	2369,60	2378,72	2387,84	2396,96	2406,08	2415,20	2424,32	2433,44	2442,56	2451,68	2460,80	2469,92	2479,04	2488,16	2497,28	2506,40	2515,52	2524,64	2533,76	2542,88	2552,00	2561,12	2570,24	2579,36	2588,48	2597,60	2606,72	2615,84	2624,96	2634,08	2643,20	2652,32	2661,44	2670,56	2679,68	2688,80	2697,92	2707,04	2716,16	2725,28	2734,40	2743,52	2752,64	2761,76	2770,88	2780,00	2789,12	2798,24	2807,36	2816,48	2825,60	2834,72	2843,84	2852,96	2862,08	2871,20	2880,32	2889,44	2898,56	2907,68	2916,80	2925,92	2935,04	2944,16	2953,28	2962,40	2971,52	2980,64	2989,76	2998,88	3008,00	3017,12	3026,24	3035,36	3044,48	3053,60	3062,72	3071,84	3080,96	3090,08	3099,20	3108,32	3117,44	3126,56	3135,68	3144,80	3153,92	3163,04	3172,16	3181,28	3190,40	3199,52	3208,64	3217,76	3226,88	3236,00	3245,12	3254,24	3263,36	3272,48	3281,60	3290,72	3300,00	3309,12	3318,24	3327,36	3336,48	3345,60	3354,72	3363,84	3372,96	3382,08	3391,20	3400,32	3409,44	3418,56	3427,68	3436,80	3445,92	3455,04	3464,16	3473,28	3482,40	3491,52	3500,64	3509,76	3518,88	3528,00	3537,12	3546,24	3555,36	3564,48	3573,60	3582,72	3591,84	3600,96	3610,08	3619,20	3628,32	3637,44	3646,56	3655,68	3664,80	3673,92	3683,04	3692,16	3701,28	3710,40	3719,52	3728,64	3737,76	3746,88	3756,00	3765,12	3774,24	3783,36	3792,48	3801,60	3810,72	3819,84	3828,96	3838,08	3847,20	3856,32	3865,44	3874,56	3883,68	3892,80	3901,92	3911,04	3920,16	3929,28	3938,40	3947,52	3956,64	3965,76	3974,88	3984,00	3993,12	4002,24	4011,36	4020,48	4029,60	4038,72	4047,84	4056,96	4066,08	4075,20	4084,32	4093,44	4102,56	4111,68	4120,80	4129,92	4139,04	4148,16	4157,28	4166,40	4175,52	4184,64	4193,76	4202,88	4212,00	4221,12	4230,24	4239,36	4248,48	4257,60	4266,72	4275,84	4284,96	4294,08	4303,20	4312,32	4321,44	4330,56	4339,68	4348,80	4357,92	4367,04	4376,16	4385,28	4394,40	4403,52	4412,64	4421,76	4430,88	4440,00	4449,12	4458,24	4467,36	4476,48	4485,60	4494,72	4503,84	4512,96	4522,08	4531,20	4540,32	4549,44	4558,56	4567,68	4576,80	4585,92	4595,04	4604,16	4613,28	4622,40	4631,52	4640,64	4649,76	4658,88	4668,00	4677,12	4686,24	4695,36	4704,48	4713,60	4722,72	4731,84	4740,96	4750,08	4759,20	4768,32	4777,44	4786,56	4795,68	4804,80	4813,92	4823,04	4832,16	4841,28	4850,40	4859,52	4868,64	4877,76	4886,88	4896,00	4905,12	4914,24	4923,36	4932,48	4941,60	4950,72	4959,84	4968,96	4978,08	4987,20	4996,32	5005,44	5014,56	5023,68	5032,80	5041,92	5051,04	5060,16	5069,28	5078,40	5087,52	5096,64	5105,76	5114,88	5124,00	5133,12	5142,24	5151,36	5160,48	5169,60	5178,72	5187,84	5196,96	5206,08	5215,20	5224,32	5233,44	5242,56	5251,68	5260,80	5269,92	5279,04	5288,16	5297,28	5306,40	5315,52	5324,64	5333,76	5342,88	5352,00	5361,12	5370,24	5379,36	5388,48	5397,60	5406,72	5415,84	5424,96	5434,08	5443,20	5452,32	5461,44	5470,56	5479,68	5488,80	5497,92	5507,04	5516,16	5525,28	5534,40	5543,52	5552,64	5561,76	5570,88	5580,00	5589,12	5598,24	5607,36	5616,48	5625,60	5634,72	5643,84	5652,96	5662,08	5671,20	5680,32	5689,44	5698,56	5707,68	5716,80	5725,92	5735,04	5744,16	5753,28	5762,40	5771,52	5780,64	5789,76	5798,88	5808,00	5817,12	5826,24	5835,36	5844,48	5853,60	5862,72	5871,84	5880,96	5890,08	5899,20	5908,32	5917,44	5926,56	5935,68	5944,80	5953,92	5963,04	5972,16	5981,28	5990,40	5999,52	6008,64	6017,76	6026,88	6036,00	6045,12	6054,24	6063,36	6072,48	6081,60	6090,72	6100,00	6109,12	6118,24	6127,36	6136,48	6145,60	6154,72	6163,84	6172,96	6182,08	6191,20	6200,32	6209,44	6218,56	6227,68	6236,80	6245,92	6255,04	6264,16	6273,28	6282,40	6291,52	6300,64	6309,76	6318,88	6328,00	6337,12	6346,24	6355,36	6364,48	6373,60	6382,72	6391,84	6400,96	6410,08	6419,20	6428,32	6437,44	6446,56	6455,68	6464,80	6473,92	6483,04	6492,16	6501,28	6510,40	6519,52	6528,64	6537,76	6546,88	6556,00	6565,12	6574,24	6583,36	6592,48	6601,60	6610,72	6619,84	6628,96	6638,08	6647,20	6656,32	6665,44	6674,56	6683,68	6692,80	6701,92	6711,04	6720,16	6729,28	6738,40	6747,52	6756,64	6765,76	6774,88	6784,00	6793,12	6802,24	6811,36	6820,48	6829,60	6838,72	6847,84	6856,96	6866,08	6875,20	6884,32	6893,44	6902,56	6911,68	6920,80	6929,92	6939,04	6948,16	6957,28	6966,40	6975,52	6984,64	6993,76	7002,88	7012,00	7021,12	7030,24	7039,36	7048,48	7057,60	7066,72	7075,84	7084,96	7094,08	7103,20	7112,32	7121,44	7130,56	7139,68	7148,80	7157,92	7167,04	7176,16	7185,28	7194,40	7203,52	7212,64	7221,76	7230,88	7240,00	7249,12	7258,24	7267,36	7276,48	7285,60	7294,72	7303,84	7312,96	7322,08	7331,20	7340,32	7349,44	7358,56	7367,68	7376,80	7385,92	7395,04	7404,16	7413,28	7422,40	7431,52	7440,64	7449,76	7458,88	7468,00	7477,12	7486,24	7495,36	7504,48	7513,60	7522,72	7531,84	7540,96	7550,08	7559,20	7568,32	7577,44	7586,56	7595,68	7604,80	7613,92	7623,04	7632,16	7641,28	7650,40	7659,52	7668,64	7677,76	7686,88	7696,00	7705,12	7714,24	7723,36	7732,48	7741,60	7750,72	7759,84	7768,96	7778,08	7787,20	7796,32	7805,44	7814,56	7823,68	7832,80	7841,92	7851,04	7860,16	7869,28	7878,40	7887,52	7896,64	7905,76	7914,88	7924,00	7933,12	7942,24	7951,36	7960,48	7969,60	7978,72	7987,84	7996,96	8006,08	8015,20	8024,32	8033,44	8042,56	8051,68	8060,80	8069,92	8079,04	8088,16	8097,28	8106,40	8115,52	8124,64	8133,76	8142,88	8152,00	8161,12	8170,24	8179,36	8188,48	8



**PLANILHA DE CUSTO  
CONTRATAÇÃO POR PESSOA JURÍDICA**

PROFISSIONAL	QTDE	CARGA HORÁRIA	VALOR HORA	TOTAL
<b>MÉDICOS</b>				
Diretor Técnico / Coordenador	1	60	R\$ 160,00	R\$ 9.600,00
Médico Visitador	1	180	R\$ 120,00	R\$ 21.600,00
Médico Pediatra	1	183	R\$ 125,00	R\$ 22.875,00
Médico Especialista/Interconsulta a Distância	1	24	R\$ 90,00	R\$ 2.160,00
Médico Clínico Geral de Apoio (Visando garantir as transferências e intercorrências)	1	181	R\$ 120,00	R\$ 21.960,00
Médico Clínico Geral (3 DIA/2 NOITE)	4	1464	R\$ 120,00	R\$ 175.680,00
Médico Ortopedista	1	183	R\$ 120,00	R\$ 21.960,00
Médico de Ultrassom	1	183	R\$ 90,00	R\$ 16.470,00
			<b>TOTAL MENSAL</b>	<b>R\$ 292.305,00</b>

**CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO -  
BAYEUX**

Itens de Custeio		Mês 1	TOTAL 180 DIAS
<b>1. Pessoal e Reflexo</b>			
01.01	Salários	R\$ 376.394,80	R\$ 2.258.368,80
01.02	Encargos e Gratificações (se houver)		
01.03	Funde de Reserva (13º e Férias)	R\$ 307.928,59	R\$ 1.847.571,52
01.04	Fundo de Reserva (Rescisões)		
01.05	Benefícios	R\$ 39.176,40	R\$ 235.058,40
<b>TOTAL (A)</b>		<b>R\$ 723.499,79</b>	<b>R\$ 4.340.998,72</b>

<b>2. Materiais e Medicamentos</b>			
02.01	Medicamentos	R\$ 55.000,00	R\$ 330.000,00
02.02	Materiais Médicos	R\$ 28.000,00	R\$ 168.000,00
02.03	Materiais de Escritório	R\$ 2.000,00	R\$ 12.000,00
02.05	Materiais de Manutenção	R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00
02.06	Materiais de Informática	R\$ 1.000,00	R\$ 6.000,00
02.07	Materiais de Higiene e Limpeza	R\$ 3.500,00	R\$ 21.000,00
02.08	Materiais Descartáveis	R\$ 2.000,00	R\$ 18.000,00
02.09	Insumos de Enfermagem	R\$ 1.000,00	R\$ 6.000,00
02.10	Uniformes e Crachás	R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00
02.11	Gêneros Alimentícios	R\$ 3.500,00	R\$ 30.000,00
<b>TOTAL (B)</b>		<b>R\$ 102.000,00</b>	<b>R\$ 627.000,00</b>

<b>3. Pessoas Jurídicas</b>			
03.01	Locação de Equipamentos	R\$ 18.500,00	R\$ 111.000,00
03.02	Médicos	R\$ 292.305,00	R\$ 1.753.830,00
03.03	Portaria e Segurança	R\$ 20.000,00	R\$ 120.000,00
03.04	Lavanderia e Esterilização	R\$ 3.000,00	R\$ 18.000,00
03.05	Advogado	R\$ 8.000,00	R\$ 48.000,00
03.06	Limpeza	R\$ 22.000,00	R\$ 132.000,00
03.07	Contabilidade	R\$ 8.000,00	R\$ 48.000,00
03.08	Laboratório	R\$ 35.000,00	R\$ 210.000,00
03.09	Gases Medicinais	R\$ 10.000,00	R\$ 60.000,00
03.10	Laudos a Distância por Telemedicina	R\$ 5.000,00	R\$ 30.000,00
03.11	Engenharia Clínica	R\$ 16.000,00	R\$ 96.000,00
03.12	Cozinha Industrial	R\$ 15.000,00	R\$ 90.000,00
03.13	Softwares	R\$ 9.000,00	R\$ 54.000,00
<b>TOTAL (C)</b>		<b>R\$ 461.805,00</b>	<b>R\$ 2.770.830,00</b>

<b>4. Gerências e Administrativas</b>			
04.02	Educação Permanente	R\$ 4.850,00	R\$ 29.100,00
04.03	Medicina Ocupacional /SESMT	R\$ 2.500,00	R\$ 15.000,00
<b>TOTAL (D)</b>		<b>R\$ 7.350,00</b>	<b>R\$ 44.100,00</b>

<b>TOTAL GERAL (A+B+C+D)</b>	<b>R\$ 1.294.654,79</b>	<b>R\$ 7.782.928,72</b>
------------------------------	-------------------------	-------------------------

O valor **mensal** para gerenciamento e operacionalização das atividades na UPA 24h proposto pelo INGDS é de R\$ 1.294.654,79 (Um milhão, duzentos e noventa e quatro mil, seiscentos e cinquenta e quatro reais e setenta e nove centavos).

O valor **semestral** para gerenciamento e operacionalização das atividades na UPA 24h BAYEUS proposto pelo INGDS é de R\$ 7.782.928,72 (sete milhões, setecentos e oitenta e dois mil, novecentos e vinte e oito reais e setenta e dois centavos).



## 9. VALIDADE DA PROPOSTA

Esta Proposta tem validade de 90 (noventa) dias.

**ANEXO**

**PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS, DE ENFERMAGEM E MANUAIS NECESSÁRIOS  
PARA O GESTÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E  
SERVIÇOS DE SAÚDE NA UPA (PRONTO ATENDIMENTO) DO MUNICÍPIO DE  
BAYEUX/PB DENOMINADA "UPA 24 HRS BAYEUX"**

DEZEMBRO 2023



## **SUMÁRIO**

<b>MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS (ENGENHARIA CLÍNICA).....</b>	<b>7</b>
NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG .....	7
MANUAL ENGENHARIA CLÍNICA .....	9
<b>ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>MANUAL DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENS, MÉTODOS GRÁFICOS.....</b>	<b>73</b>
<b>MANUAL DE COLETA DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS .....</b>	<b>83</b>
<b>MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>111</b>
PROCOLOS DO CENSO DIÁRIO .....	111
PROCOLOS DO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM E DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....	112
PROCOLOS DE ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO.....	113
PROCOLOS DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS À FARMÁCIA .....	114
PROCOLOS DE REQUISIÇÃO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA À FARMÁCIA .....	114
PROCOLOS DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL AO ALMOXARIFADO.....	116
PROCOLOS DO SETOR DE NUTRIÇÃO.....	116
PROCOLOS DO SERVIÇO DE LAVANDERIA.....	116
PROCOLOS DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO (CONSERTOS E REPAROS) .....	117
PROCOLOS DE ADMISSÃO.....	119
PROCOLOS DE ALTA.....	120
PROCOLOS DE ALTA A PEDIDO .....	121
PROCOLOS DE TRANSFERÊNCIA (INTERNO E/OU EXTERNO).....	122
PROCOLOS DE ÓBITO.....	123
PROCOLOS DE VISITANTES.....	124
PROCOLOS DE ACOMPANHANTES.....	124
PROCOLOS DE ENTREGA DE PLANTÃO .....	125
PROCOLOS DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS .....	125
PROCOLOS DE ASSISTÊNCIA AOS EXAMES RADIOLÓGICOS .....	126
PROCOLOS DE ASSISTÊNCIA AOS EXAMES ESPECIALIZADOS.....	127
PROCOLOS DE HEMOTERAPIA .....	129
PROCOLOS DE OXIGENO TERAPIA .....	130
PROCOLOS DE AEROSOLTERAPIA .....	132
<b>PROCOLOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA .....</b>	<b>133</b>
<b>PROCOLOS NO MANUSEIO DE APARELHOS E EQUIPAMENTOS .....</b>	<b>133</b>

PROTOSCOLOS NA ASSISTÊNCIA DE ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES .....	134
PROTOSCOLOS NA ASSISTÊNCIA DA PUNÇÃO VENOSA .....	135
PROTOSCOLOS NA VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS .....	136
PROTOSCOLOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO .....	137
LAVAGENS DAS MÃOS .....	138
PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL PERFURO-CORTANTE .....	140
CUIDADOS COM ROUPAS USADAS .....	141
CONTROLE AMBIENTAL .....	142
CUIDADOS COM ARTIGOS E EQUIPAMENTOS .....	143
ACOMODAÇÃO ADEQUADA DO PACIENTE .....	144
PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA PARA GOTÍCULAS .....	145
PRECAUÇÃO DE CONTATO .....	146
PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA POR AEROSSOL .....	147
PROTOSCOLOS NO USO DE IMPRESSOS .....	147
<b>PROTOSCOLOS NO CONTROLE DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS .....</b>	<b>148</b>
PROTOSCOLOS DE MATERIAL PERMANENTE .....	148
<b>ENFERMAGEM - PRONTO ATENDIMENTO .....</b>	<b>151</b>
INTUBAÇÃO .....	151
<b>PROTOSCOLO ADMINISTRATIVO NORMATIZADO .....</b>	<b>152</b>
ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE .....	152
<b>PROTOSCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>161</b>
<b>PROTOSCOLO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS .....</b>	<b>168</b>
<b>PROTOSCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS .....</b>	<b>171</b>
<b>PROTOSCOLO DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS .....</b>	<b>197</b>
ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO – DELIRIUM/AGITAÇÃO .....	197
REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA .....	202
CONVULSÕES .....	206
CEFALÉIA .....	210
VERTIGEM .....	213
SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA .....	215
REAÇÕES ANAFILÁTICAS .....	216
URTICÁRIA .....	219
INTOXICAÇÕES EXÓGENAS .....	219
ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISPNEIA .....	228
ASMA BRÔNQUICA .....	233
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DESCOMPENSADA .....	236
HEMOPTISE .....	238
NÁUSEA E VÔMITOS .....	240





HEMORRAGIA DIGESTIVA .....	242
EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS NÃO TRAUMÁTICAS .....	244
APENDICITE .....	248
PANCREATITE AGUDA .....	250
COLECISTITE AGUDA E CÓLICA BILIAR .....	252
CÓLICA RENAL .....	254
OBSTRUÇÃO INTESTINAL .....	256
CETOACIDOSE DIABÉTICA .....	258
HIPOGLICEMIA .....	260
COMA HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO .....	262
HIPERNATREMIA GRAVE .....	264
ACIDOSE METABÓLICA .....	266
HIPERCALEMIA .....	267
HIPONATREMIA GRAVE .....	268
HIPOCALCEMIA .....	270
OCCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DE EXTREMIDADE .....	270
TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL .....	272
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA .....	272
DEGLUTIÇÃO DE CORPO ESTRANHO .....	274
DESIDRATAÇÃO .....	275
GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO .....	276
OLHO VERMELHO .....	277
DOR CERVICAL E LOMBAR .....	281
ARTRITE GOTOSA .....	282
DOR CIÁTICA .....	283
DOR ESCROTAL .....	284
INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA .....	287
OLIGÚRIA OU ANÚRIA .....	288
DISÚRIA .....	289
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA .....	289
CIRROSE .....	290
SEPSE .....	292
<b>PROTOCOLO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES .....</b>	<b>297</b>
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA .....	297
ARRITMIAS CARDÍACAS .....	313
BRADIARRITMIAS .....	317
TAQUIARRITMIAS .....	321
SÍNCOPE .....	327
ATAQUE VASCULAR CEREBRAL .....	329
EMERGÊNCIAS HIPERTENSIVAS .....	333
EDEMA AGUDO DE PULMÃO HIPERTENSIVO .....	336
SÍNDROME CORONARIANA AGUDA ASSOCIADA À HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	339
DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO .....	340

DISSECÇÃO AÓRTICA .....	341
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA .....	343
EMBOLIA PULMONAR .....	344
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL .....	347
PERICARDITE .....	349
<b>PROTOCOLO DE DOENÇAS INFECCIOSAS – PRONTO ATENDIMENTO.....</b>	<b>351</b>
INFEÇÕES VIRAIS COMUNS .....	351
FARINGITE .....	352
SINUSITE .....	354
BRONQUITE AGUDA .....	355
PNEUMONIA COMUNITÁRIA NO PACIENTE IMUNOCOMPETENTE .....	356
CISTITE .....	360
PIELONEFRITE .....	361
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA .....	362
MENINGITE .....	364
ENDOCARDITE INFECCIOSA .....	365
ERISPELA .....	368
OSTEOMIELITE .....	369
ABCESSOS CUTÂNEOS .....	370
TUBERCULOSE PULMONAR .....	372
LEPTOSPIROSE .....	374
DENGUE .....	376
HEPATITE A .....	380
HEPATITE B .....	381
HEPATITE C .....	383
RUBÉOLA .....	385
SARAMPO .....	386
VARICELA .....	388
HERPES ZOSTER .....	390
HERPES GENITAL .....	392
PROFILAXIA APÓS VIOLÊNCIA SEXUAL .....	393
DOENÇAS OPORTUNISTAS .....	395
RAIVA HUMANA .....	396
ESCABIOSE .....	398
<b>PROTOCOLO DE PROCEDIMENTOS - PRONTO ATENDIMENTO.....</b>	<b>399</b>
ANALGESIA .....	399
DESFIBRILAÇÃO .....	420
LAVAGEM GÁSTRICA .....	422
INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL .....	425
DRENAGEM TORÁCICA .....	428
INSERÇÃO DE CATETER INTRA-ARTERIAL .....	430
PERICARDIOCENTESE .....	432
MONITORIZAÇÃO CARDÍACA .....	434



CARDIOVERSÃO.....	445
DEFIBRILAÇÃO MANUAL .....	447
CUIDADOS PÓS MORDEDURA CANINA.....	449
FECHAMENTO DE FERIMENTOS .....	450
INTUBAÇÃO PEDIÁTRICA.....	453
<b>PROTOCOLO DE TRAUMA - PRONTO ATENDIMENTO .....</b>	<b>454</b>
ATENDIMENTO AO POLITRAUMATIZADO.....	454
TRAUMATISMO DE COLUNA VERTEBRAL.....	459
TRAUMATISMO DA CABEÇA.....	461
LESÕES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS.....	468
ESMAGAMENTOS.....	473
AMPUTAÇÕES TRAUMÁTICAS .....	475
TRAUMATISMOS DE TÓRAX.....	477
FRATURA DE ARCOS COSTAIS .....	479
PNEUMOTÓRAX ABERTO .....	480
PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO .....	481
HEMOTÓRAX MACIÇO.....	482
CONTUSÃO MIOCÁRDICA.....	483
TÓRAX INSTÁVEL.....	484
TAMPONAMENTO CARDÍACO .....	486
INTERMAÇÃO.....	487
HIPOTERMIA .....	488
AFOGAMENTO .....	492
ATENDIMENTO AO GRANDE QUEIMADO .....	495
TRAUMATISMO DE ABDOME.....	500

## MANUTENÇÃO PREDIAL E DE EQUIPAMENTOS (ENGENHARIA CLÍNICA)

### NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL - NMG

O NÚCLEO DE MANUTENÇÃO GERAL tem por finalidade assessorar a diretoria da unidade, na busca por soluções que irão garantir a segurança dos pacientes, colaboradores e visitantes.

Este núcleo será constituído para cumprimento dos requisitos do contrato de gestão nº xx/xx onde deverá contemplar as áreas de manutenção predial, hidráulica e elétrica, assim como um serviço de gerenciamento de risco e de resíduos sólidos na unidade, bem como manter o núcleo de engenharia clínica, para o bom desempenho dos equipamentos.

O Núcleo de Manutenção Geral possui como atribuições específicas:

- a) Estabelecer as diretrizes técnico-administrativas que devem nortear as atividades da equipe e suas relações com a instituição;
- b) Elaborar, atualizar e revisar o Plano de Contingência da Unidade;
- c) Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com a aplicação do procedimento, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- d) Realizar reuniões bimestrais com a equipe, todas registradas em ata; e
- e) Respeitar a porcentagem mínima de 50% de presença dos participantes para realização das reuniões.
- f) Validar e acompanhar o desenvolvimento e aplicação do PGRSS (Programa de Gerenciamento de Resíduos em Serviço de Saúde)
- g) Validar e acompanhar o plano de manutenção preventiva predial
- h) Validar e acompanhar o plano de manutenção preventiva e de calibração de equipamentos médicos hospitalares.

O NDMG possui a seguinte estrutura funcional:

Diretor Geral
Engenharia de Manutenção
Engenharia Clínica
Técnico de Segurança do Trabalho
Patrimônio
Segurança



Qualidade

O Núcleo de Manutenção Geral será constituída pela Diretoria apoio em ----, na sala de reuniões, com o intuito de iniciar os trabalhos de gestão dos processos envolvidos para a garantia da segurança dos pacientes e colaboradores

A eleição dos membros da Comissão de Gerenciamento de Contingências se dará por indicação da Diretoria de Geral, com validade indeterminada, sendo que a comissão é constituída de, no mínimo, representantes dos setores: Diretoria, Atendimento/ Segurança Patrimonial, Segurança do Trabalho, Manutenção,

São atribuições do Presidente da Comissão:

- a) Representar a equipe em suas relações internas e externas;
- b) Presidir as reuniões;
- c) Tomar parte nas discussões e votações e, quando for o caso, exceder direito do voto de desempate;
- d) Nomear membros para dirigir as reuniões da comissão sempre que julgar necessário.

São atribuições dos membros:

- e) Estudar e relatar nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pelo Presidente;
- f) Comparecer às reuniões, relatando os expedientes, proferindo voto ou pareceres e manifestando-se a respeito de matérias em discussão;
- g) Implantar, Treinar e Revisar as documentações necessárias.

São atribuições da secretária:

- a) Preparar o expediente da comissão;
- b) Lavrar as atas de reuniões da Comissão.

O NMG se reunirá ordinariamente, mensalmente nos primeiros seis meses, e extraordinariamente quando convocada pela Direção, Presidente ou a requerimento da maioria dos membros.

Eventualmente, O NMG poderá convidar, profissionais ligados à Unidade, para participar de suas reuniões, sempre que o assunto a ser discutido exigir parecer especializado. Os convidados atuarão como consultores.

Este regimento poderá ser alterado:

- a) Após avaliação de desempenho da Comissão se for o caso; ou,
- b) Pelas eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto.

Faz-se, portanto, neste momento a abertura oficial do Núcleo de Manutenção Geral, tendo como membros atuais.

### Cronograma de Reuniões da Comissão

MÊS	DIA	HORA	LOCAL
JANEIRO			
FEVEREIRO			
MARÇO			
ABRIL			
MAIO			
JUNHO			
JULHO			
AGOSTO			
SETEMBRO			
OUTUBRO			
NOVEMBRO			
DEZEMBRO			

### MANUAL ENGENHARIA CLÍNICA

#### 1. Objetivo

Este manual tem por objetivo esclarecer e padronizar nomenclaturas e procedimentos utilizados na rotina de trabalho de Engenharia Clínica.

#### 2. Política da Qualidade



A Engenharia Clínica, por meio de seu Sistema de Gestão da Qualidade, tem o compromisso de buscar a contínua melhoria de seus processos e demais partes interessadas, por meio de padronização de seus processos agilidade no atendimento às ordens de serviços qualificação e comprometimento de sua equipe de trabalho atendendo a dispositivos legais e normativos

### 3. Termos e Definições.

**Equipamento Médico Hospitalar (EMH):** Segundo a ANVISA, equipamentos médicos hospitalares (EMH) são todos aqueles que sob regime de Vigilância Sanitária possuem alguma finalidade médica, odontológica, laboratorial ou fisioterápica, utilizados direta ou indiretamente para diagnóstico, terapia, reabilitação ou monitorização de seres humanos e, ainda, aqueles que tenham a finalidade de embelezamento e estética.

**Classificação de Risco de Equipamento:** Os produtos para saúde são classificados em quatro classes de risco, conforme o risco associado na utilização dos mesmos.

Classe I – Baixo risco

Classe II – Médio risco

Classe III – Alto risco

Classe IV – Máximo risco

#### RDC N° 02

Este regulamento possui o objetivo de estabelecer os critérios mínimos, a serem seguidos pelos estabelecimentos de saúde, para o gerenciamento de tecnologias em saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde, de modo a garantir a sua rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade e segurança e, no que couber, desempenho, desde a entrada no estabelecimento de saúde até seu destino final,

incluindo o planejamento dos recursos físicos, materiais e humanos, bem como, da capacitação dos profissionais envolvidos no processo destes.

**Peça:** Entende-se por peça todo item que compõe o equipamento, interno ou estrutural, ou seja, que é parte fundamental para o funcionamento de um equipamento ou material, intrinsecamente inserido. As peças podem ser, elétricas, mecânicas ou pneumáticas.

Exemplos de peças são: placas de circuito, sensores internos, componentes eletrônicos e eletromecânicos, teclados, comandos, display, válvulas internas, orings, resistências, tubulação interna, pressostato, fusíveis, leitores e/ou conjuntos ópticos, entre outros.

**Acessório:** Acessório é todo aquele que está conectado ao principal não necessariamente sendo essencial para o funcionamento do equipamento.

Exemplos de acessórios são: pinças e canetas dos bisturis elétricos, circuitos de ventiladores, sensores de oximetria, braçadeiras, módulos opcionais, mangueiras de gases, cabos paciente, entre outros.

**Material de Consumo:** Os materiais de uso e consumo caracterizam-se por não se agregarem, fisicamente, ao produto final, sendo aqueles que são utilizados nas atividades de apoio e operacional. Geralmente, este tipo de material possui vida útil e a troca dependerá do seu uso ou prazo de validade.

Exemplo de materiais de consumo são: papéis, circuito paciente, célula de oxigênio, filtros, eletrodos (descartáveis e reutilizáveis) e pilhas (exceto baterias).

**Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS):** Denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde à população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade.



## RDC N° 50

Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ordem de Serviço (OS)

Consiste em um documento utilizado para formalizar o trabalho que será prestado a um cliente específico. As ordens de serviço ("OS") são utilizadas para controlar as intervenções técnicas, sejam elas externas ou internas, e de qualquer natureza, em um equipamento podendo estar na versão impressa ou digital.

Cada OS, é única para cada atendimento, ou seja, solicitações distintas para o mesmo equipamento requerem OSs distintas, não sendo utilizado pela Compreense OSs "coletivas".

Esse tipo de documento deve ser arquivado em versão física, preenchido e assinado por um responsável do setor no qual foi executado o serviço e pelo técnico por um período de 5 anos.

**Manutenção Preventiva (MP):** A manutenção preventiva consiste em uma intervenção programada visando manter o equipamento dentro das condições normais de utilização, reduzindo as possibilidades de ocorrência de defeitos por desgastes ou envelhecimento de seus componentes. Tais serviços abrangem lubrificação, ajuste de partes mecânicas, elétricas ou eletrônicas, verificações e alinhamentos, entre outros.

**Manutenção Corretiva:** Este serviço busca realizar o reparo a fim de eliminar defeitos ocorridos sob condições de utilização do equipamento, incluindo ainda testes e calibração do equipamento após reparos para que o equipamento volte ao seu estado de funcionamento, conforme instruções do Fabricante.

**Calibração:** Procedimento metrológico, cujo objetivo é a comparação entre os parâmetros disponibilizados pelo equipamento e um padrão com valores conhecidos.

Todos os testes necessários realizados devem utilizar padrões rastreáveis e serem realizados em réplica, mantendo padrões analíticos de ensaio.

**Teste de Segurança Elétrica (TSE):** O teste de segurança elétrica destina-se a identificar o risco potencial de choque elétrico para os usuários em equipamentos alimentados por eletricidade ou por uma fonte de energia interna. Este teste é realizado de acordo com planejamento e após a realização de um reparo ou reconfiguração de dispositivos eletro-médicos.

**Primeiro Atendimento:** O primeiro atendimento é o momento desde o recebimento da requisição de OS até a entrega da mesma para o técnico que ficará responsável pela intervenção, ou seja, a avaliação e aceite da requisição, agendamento para a realização do atendimento e entrega da OS para o responsável pela atividade dizem respeito ao primeiro atendimento.

#### **4. Procedimentos para implantação de engenharia clínica**

A fase de implantação é de fundamental importância para que o Hospital conheça e entenda a situação atual do ambiente em que irá trabalhar bem como os itens estabelecidos pela equipe de engenharia. Com as informações obtidas nesta fase é possível não só mensurar o tamanho do grupo de manutenção para suprir as necessidades, como também para a implantação ou reformulação de qualquer atividade que envolva recursos financeiros, materiais ou humanos.

Para a execução da implantação, utiliza-se de algumas ferramentas padronizadas e aprovadas internamente que serão descritas nos tópicos que seguem.

**Check List de implantação:** Consistem em uma ferramenta de controle utilizada para listar atividades que não podem ser esquecidas durante o processo de



implantação, além do status de cada atividade e o nome do responsável por ela. Caso alguma observação pertinente a atividade se faça necessária, como agendamento de datas ou dúvidas, por exemplo, deve ser relatado no campo "Observação" contido na linha da atividade em questão.

As atividades, devem cumprir os prazos estabelecidos no cronograma macro apresentado na primeira visita técnica e os status devem ser atualizados sempre que haja progresso ou conclusão em uma nova atividade para que todas as partes estejam cientes do andamento do processo.

O modelo de check list de implantação utilizado é dividido em 5 partes. Os itens abaixo explicam cada uma delas.

### **I. Documentação fiscal**

A diretoria jurídica ficará responsável por conferir a documentação contratual e repassa-la para os gestores de engenharia clínica para que sejam revistas as cláusulas contratuais existentes no contrato de gestão da instituição disponibilizado pelo município. Deverão ser pontuadas as dúvidas e observações para que sejam discutidas durante a primeira etapa.

A diretoria financeira será responsável por verificar como emitir nota fiscal e impostos a serem

Retidos referentes a compras e aquisições de peças para manutenção.

### **II. Infraestrutura**

A partir do edital, os gestores de engenharia clínica e do contrato devem extrair o maior número de informações possíveis quanto a infraestrutura. Na eventual possibilidade de algum dado não ter sido adquirido, deve-se providenciar a informação no dia da primeira visita técnica.

### **III. Mão de obra**

Este bloco de atividades diz respeito contratação de pessoal e todo o processo de inicialização do colaborador à equipe, incluindo documentação da contratação, integração e treinamento de pessoal.

#### **IV. Materiais**

Consiste no levantamento de todo material que será necessário para a implementação do trabalho, incluindo ferramentas, simuladores, uniformes, equipamentos de proteção, itens para escritório, equipamentos de utilidade/insumos de uso coletivo em geral, entre outros.

#### **V. Inventário de equipamentos**

Neste bloco de atividades deverão ser realizadas todas as aquelas pertinentes a levantamento, etiquetagem (TAG) e limpeza externa, avaliação e relatório de equipamentos.

#### **5. Aquisição e disponibilização de ferramentas**

A aquisição das ferramentas é feita anteriormente à contratação de pessoal para que no início das atividades da equipe técnica estes itens estejam disponíveis. A listagem dos materiais e ferramentas, deverá ser encaminhada para o setor de compras, que ficará responsável pela aquisição dos itens solicitados e entrega para o gestor do contrato. Este por sua vez, será responsável por entregar os itens para a equipe técnica juntamente com o formulário de Termo de Comprometimento do uso Equipamentos e Materiais que deverá ser assinado e devolvido para que o documento possa ser anexado aos demais documento do colaborador.

No caso de a equipe relatar a necessidade de itens que não foram fornecidos, deve-se solicitar via e-mail à Gerência do Projeto.

#### **6. Primeira visita técnica**

Durante a primeira visita técnica é feita uma breve apresentação da unidade a equipe da Engenharia Clínica.



### **7. Levantamento dos dados**

Deve ser feita uma planilha e Listagem dos materiais onde estarão contidas informações básicas de cada unidade (leito e quantidade total de equipamentos) e contato da diretoria administrativa de cada unidade e endereço.

### **8. Avaliação Inicial dos Equipamentos**

Durante a primeira visita, o responsável pela engenharia clínica deverá suprir eventuais dúvidas, autorização e, juntamente com profissional de saúde, realizar uma análise crítica do EAS levantando os itens de urgência a serem atendidos durante o primeiro atendimento e o nível de confiabilidade do parque tecnológico. Cabe, portanto, ao responsável pelo grupo, a partir do conhecimento do EAS, de sua infraestrutura e do parque de equipamentos instalados, estabelecer um sistema de gerenciamento de serviços capaz de garantir a presteza e confiabilidade na execução.

Ao fim da avaliação inicial, o responsável pela engenharia clínica deverá elaborar um relatório, contendo o diagnóstico inicial do cliente e os principais itens observados na visita.

Todos esses dados vão auxiliar o técnico na análise para detecção de falhas e no conhecimento sobre a urgência da realização do serviço.

### **9. Inventário**

O conhecimento da quantidade e da qualidade dos equipamentos existentes do parque tecnológico do cliente é de fundamental importância para a estruturação de um departamento de manutenção.

A obtenção dos dados para o inventário é uma tarefa relativamente simples, embora em muitos casos, demorada, dependendo do parque de equipamentos instalados e deve seguir o modelo de formulário FO-TEC-005-REV-00, correspondente a ficha de inventário. Esses dados posteriormente serão cadastrados no sistema Effort (para dúvidas relacionadas a cadastro de equipamentos utilizando o sistema Effort,

consultar o item 507 Cadastro de Equipamentos deste manual) e/ou outro escolhido pelo cliente.

#### **10. Aquisição de peças de reposição**

Após a avaliação inicial e durante o primeiro atendimento (que geralmente possui caráter emergencial) devem ser pontuados as peças que necessitam de reposição. Essa listagem será enviada para o setor de compras para que seja realizada a aquisição e envio para o cliente.

**Cadastro dos Equipamentos:** Após o inventário deve-se realizar o cadastro dos equipamentos em planilha e/ou sistema de informação.

#### **11. Planejamento de Manutenções Preventivas e Calibrações**

Caso a unidade possua um histórico completo de registro de manutenção preventiva e calibração confiável, utiliza-se cronograma disponibilizado. Caso não possua um registro completo, parte-se do pressuposto que nunca foram realizados este procedimento nos equipamentos e inicia-se a elaboração de cronograma de manutenções e calibração de concordando com periodicidade constada nos POPs de manutenção preventiva de cada equipamento.

#### **12. Treinamento dos colaboradores**

O treinamento é orientado para o colaborador com foco no cargo atual e busca melhorar as habilidades e capacidades do mesmo com o desempenho imediato do cargo. É realizado logo após a contratação a fim de dar as primeiras orientações a respeito das atividades que ele irá exercer.

Periodicamente, é realizada a capacitação dos profissionais, que consiste na atualização, complementação e/ou ampliação das competências necessárias à atuação no contexto dos processos ao qual a pessoa se vincula.



### 13. Cronograma sugerido para implantação

O cronograma irá nortear as fases da implantação, isso significa que a implantação tem início no questionário preenchido pelo contratante e tem fim no início das rondas e inspeções quando se dá início a rotina habitual de trabalho da equipe técnica.

Tabela 1 - Cronograma de implantação sugerido

Atividades	1º	2º	3º	4º	Meses seguintes
	Mês	Mês	Mês	Mês	
Elaboração do check list de implantação					
Elaboração do cronograma macro					
Elaboração do cronograma detalhado					
Levantamento dos stakeholders					
Questionário para o cliente e autorização					
Avaliação inicial dos equipamentos					
Contratação da equipe técnica e adm					
Treinamento da equipe técnica e adm					
Inventário					
Cadastro dos equipamentos					
Aquisição e disponibilização de ferramentas					
Atendimento dos serviços emergenciais					
Aquisição de peças de reposição					
Rondas e inspeções					
Manutenções Preventivas, Corretivas,					

Calibração e TSE				
Fiscalização de contrato				

#### 14. Atribuições e Responsabilidades

Os gestores de unidade e equipe técnica possuem responsabilidades muito bem delineadas na Descrição de Cargo e essas responsabilidades descritas nos tópicos abaixo.

##### Gestor da Unidade

- Manter contato com os gestores da unidade afim de entender suas necessidades específicas;
- Enviar o questionário de avaliação inicial e autorização do serviço a ser respondido e encaminhado para o gestor;
- Primeira visita para avaliação das necessidades específicas e levantamento dos itens;
- Realizar abertura de OS atendendo ao cronograma criado;
- Realizar atendimento aos clientes que entram em contato e programar o atendimento;
- Arquivar as OSs preenchidas pelos técnicos;
- Revisar Ordens de Serviço alimentadas manualmente ou no sistema e fechá-las;
- Contatar clientes para agendar atendimentos dos próximos dias;
- Solicitar orçamento de peças diagnosticada em avaliação de equipamentos;
- Separar os equipamentos que serão entregues nos próximos dias;
- Elaborar documentação de liberação de equipamentos;
- Revisar as atividades para a próxima semana;
- Entrar em contato com os clientes que não responderam aos e-mails enviados sobre agendamento de serviço;
- Emissão dos relatórios mensais, referente ao mês vigente;



- Elaborar agenda para o próximo mês.

### **Equipe técnica**

- Realizar inventário e cadastro de equipamentos médico-hospitalares e laboratoriais;
- Realizar o cadastro de peças e acessórios; Realizar controle e organização de manuais técnicos;
- Executar os serviços de manutenção corretiva de baixa e média complexidade, preventiva e calibração, conforme ordens de serviço em sistema, e solicitações do encarregado;
- Realizar transportes intersetoriais de equipamentos solicitadas através de ordem de serviço em sistema;
- Realizar rondas diárias e testes de verificação funcional em equipamentos de setores críticos utilizando checklist do sistema;
- Abrir e fechar ordens de serviço;
- Realizar atividades de manutenção utilizando os EPIs e EPCs;
- Comunicar ao superior imediato qualquer inconformidade e/ou irregularidades detectadas;
- Executar as manutenções conforme normas regulamentadoras;
- Fazer requisição de peças/materiais conforme avaliação técnica através de ordens de serviço;
- Acompanhar e fiscalizar serviços de terceiros referentes as manutenções em equipamentos, nas instalações do cliente;
- Elaborar ATA de reuniões e Relatórios técnicos;
- Realizar limpeza e organização do ambiente de trabalho, mantendo ambiente limpo e seguro; 5S
- Realizar Treinamento/Educação continuada ao usuário.

### **Auxiliar administrativo**

- Controlar requisições de chamados via sistema e abertura/fechamento de ordens de serviço;

- Realizar controle de documentos, planilhas, notas fiscais, remessa de correspondências, entrada e saída de materiais e equipamentos, logística, compra e controle de despesas da unidade;
- Realizar atendimento telefônicos e chamados técnicos;
- Conferir lançamento de ordens de serviço no sistema e corrigir possíveis falhas;
- Realizar controle, identificação e organização de pastas e documentos;
- Comunicar ao superior imediato qualquer inconformidade e/ou irregularidades detectadas;
- Atualizar as pendências de ordens de serviço em sistema;
- Controlar e organizar cadastro de funcionários, fornecedores e Terceiros;
- Realizar contato com fornecedores para atualizar andamento de orçamentos;
- Realizar lançamento e controle de notas fiscais e elaboração de planilha de custos;
- Efetuar pedidos de compra e controle de processos de compra de materiais diversos para execução dos serviços;
- Elaborar relatórios e documentos periódicos ou sob demanda referente as condições do parque de equipamentos;
- Executar a limpeza e organização do ambiente de trabalho, mantendo ambiente limpo e seguro;
- Atualizar e Controlar o inventario de peças e acessórios;
- Elaborar ATA de reuniões.

### **Indicadores de implantação**

A implantação é uma fase com início, execução e término e, portanto, possui um tempo bem definido para ser executada até o início das atividades. Para o controle desta atividade são utilizados documentos que evidenciam o termino de cada atividade.

Tabela 2 - Tabela contendo atividades da implantação e evidências



Atividades	Evidências
Elaboração check list de implantação	Adição do check list adaptado a pasta de documentos.
Elaboração do cronograma macro	Preenchimento do cronograma macro padrão com as datas pré-definidas com a unidade.
Elaboração do cronograma detalhado	Cronograma detalhado com o auxílio da Ferramenta de informática
Levantamento dos stakeholders	Levantamento das unidades e do relatório de visita técnica
Questionário de identificação e autorização	Entrega do Questionário preenchido Entrega da autorização preenchida
Avaliação inicial dos equipamentos	Relatório da primeira visita técnica.
Treinamento da equipe técnica e adm	Lista de presença assinada pelo responsável pelo treinamento e pelos colaboradores
Inventário e Cadastro dos equipamentos	Ficha de inventário e/ou listagem extraída do sistema com todos os itens levantados no inventário
Aquisição e disponibilização de ferramentas	Planilha de pedidos de compra, confirmação de entrega na unidade
Atendimento dos serviços de urgência	OS preenchida detalhadamente e assinada pelo(s) técnico(s) responsável pelo

	serviço e por um responsável pelo setor
Aquisição de peças de reposição	Planilha de pedidos de compra e confirmação de entrega na unidade
Planejamento de manutenções preventivas, calibrações e TSE	Cronograma extraído do Sistema contendo listagem de todos os equipamentos levantados no inventário do cliente e datas previstas para manutenções preventivas, calibrações e TSE
Rondas e inspeções	OS preenchida detalhadamente e assinada pelo(s) técnico(s) responsável pelo serviço e por um responsável pelo setor
Manutenções Preventivas, Corretivas, Calibração e TSE	OS preenchida e assinada pelo(s) técnico(s) responsável pelo serviço e por um responsável pelo setor
Fiscalização de contrato	Relatório gerencial referente ao mês vigente

### 15. Rotinas de trabalho

Os colaboradores de cada unidade possuem atividades, denominadas no sistema de "Ocorrências", a serem executadas (periodicamente ou sob demanda). Costuma utilizar o sistema para o gerenciamento de OS, entretanto essa ferramenta pode ser substituída ou utilizada em paralelo com outro software de acordo com necessidade da Instituição.

Independentemente do tipo de ocorrência, o atendimento da equipe técnica seguirá o fluxo estabelecido pela qualidade em Atendimento Técnico.



Para a execução de cada atividade é imprescindível que seja aberta uma OS. A OS pode ser aberta através de 2 (dois) meios distintos, sendo eles: "Requisição de OS" e "Ordem de serviço Rápida".

As requisições de serviço podem ser feitas pelo próprio setor, quando este tem acesso ao sistema informatizado, ou pelo técnico, através do mesmo sistema. Essa requisição será avaliada por um profissional capacitado (gestor ou auxiliar administrativo) e este irá gerar a OS quando aplicável.

Nos casos em que o setor não possui acesso ao sistema ou em que a equipe técnica elabora as OS de forma manual, o gestor ou auxiliar administrativo realizará a abertura das OS via sistema.

Ao OS devem ser acompanhadas diariamente seguindo a rotina da instrução de trabalho e rotina de acompanhamento das OS com pendência e as pendências devem ser monitoradas através do formulário de acompanhamento de Pendências.

#### **16. Acompanhamento Técnico**

Serviço de acompanhamento realizado por um técnico da empresa a fim de avaliar e inspecionar o serviço prestado por uma empresa terceira.

A OS passará por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" assim que for aberta pela engenharia clínica ou após solicitada pelo setor e aceita pela engenharia clínica.

**PENDENTE:** A partir do momento em que for realizado o primeiro atendimento a OS passará para o status "PENDENTE" e deverá permanecer assim até o encerramento. Todas as atividades realizadas e reportadas pelo terceiro deverão ser detalhadamente descritas nos campos "Mão de Obra" e "Pendências". O nome do fornecedor que realizará a atividade, bem como as datas de abertura de chamado, previsão de atendimento e conclusão e data efetiva de realização do serviço deverão ser documentadas em "Serviço Externo".

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço do terceiro com o equipamento liberado para uso ou mediante a laudo indicando desativação do equipamento, a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá como "ENCERRADO".

## 17. Atendimento de Chamado

Esse tipo de chamado é aberto em 2 situações:

– Quando o profissional não possui os dados do EMH e solicita manutenção corretiva, via telefone ou pessoalmente (marca, modelo, número de série, entre outros). Ao realizar a visita e identificar a ocorrência, o responsável deverá abrir uma OS de manutenção corretiva com "Ocorrência" e "Causa", apropriados. Caso o chamado tenha sido solicitado para mais de um equipamento, as OSs devem ser abertas individualmente para cada EMH;

A OS passará por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS é criada com status "EM ABERTO" assim que o profissional solicitar atendimento da engenharia clínica.

**PENDENTE:** A partir do momento em for agendado o dia para o colaborador realizar uma visita ao setor, deve-se alimentar a OS com a data da visita ao campo "Pendência". Caso ocorra algum imprevisto que impeça a visita, esta informação deve ser adicionada no campo "Pendência" da OS.

**ENCERRADO:** Após a visita, o técnico responsável deverá abrir uma OS do tipo "Manutenção Corretiva" contendo a ocorrência apropriada e a OS do tipo "Atendimento de Chamado" deverá ser encerrada.

– Quando a Instituição é submetido a auditorias, internas ou externas, e a engenharia é pontuada. As OSs desta natureza serão utilizadas para contabilizar o tempo gasto e coletar evidências de que foram executados os itens em não conformidade.

A OS passará por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS deverá ser aberta no caso de o setor de engenharia clínica receber uma ou mais não conformidades ou caso precise interromper as atividades de rotina para a execução de itens apontados em auditoria, interna ou externa.



**PENDENTE:** Todas as atividades realizadas deverão ser relatadas em "Mão de Obra". Se não for possível concluir o serviço, a justificativa deve constar em "Pendências" incluindo previsão para conclusão.

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço, a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá como "ENCERRADO".

### Calibração

OSs abertas automaticamente de acordo com Cronograma de Calibração previamente cadastrado no sistema, podendo ser antecipada ou aberta pelo gestor se solicitado pelo cliente. O controle das calibrações é realizado através do formulário de Controle de Calibração de Equipamentos.

A OS poderá passar por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS é gerada com o status "ABERTO" e possui prazo de 1 (um) mês para ser concluída;

**PENDENTE:** Caso ocorra algum imprevisto que impeça a calibração no prazo de 1 (um) mês deve-se acrescentar uma justificativa ao campo "Pendência" incluindo uma previsão para a execução do serviço.

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço o check list deve ser preenchido com os dados obtidos durante a calibração e um certificado "Aprovado" ou "Reprovado" deverá ser gerado. O modelo de OS com status "ENCERRADA".

### Manutenção Corretiva

Consiste na correção de falha ou queda de desempenho ocorrida de forma inesperada em um equipamento. Os reparos não possuem planejamento e, portanto, devem ser realizados sempre que solicitados pelo cliente.

A OS passará por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" assim que for aberta pela engenharia clínica ou após

solicitada pelo setor e aceita pela engenharia clínica.

**PENDENTE:** A partir do momento em que for realizado o primeiro atendimento a OS passará para o status "PENDENTE" e deverá permanecer assim até o encerramento. Todas as atividades realizadas deverão ser detalhadamente descritas nos campos "Mão de Obra" e "Pendências". **ENCERRADO:** Após finalização do serviço, o equipamento deverá ser liberado para uso ou mediante laudo indicando desativação do equipamento, a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá como "ENCERRADO".

### Entrega de Material

Tipo de serviço utilizado exclusivamente quando o colaborador realiza apenas a entrega de um EMH ao EAS.

A OS passará por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" assim que for aberta pela engenharia clínica.

**PENDENTE:** A partir do momento em que for agendado um dia para o EMH e/ou material seja entregue ao cliente, deve-se alimentar a OS com essa informação e mudar o status para "PENDENTE". Caso ocorra algum imprevisto que impeça a entrega de material, esta informação deve ser adicionada no campo "Mão de Obra" e "Pendência" da OS.

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço, o equipamento deverá ser liberado para uso ou mediante laudo indicando desativação do equipamento, a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá como "ENCERRADO".

### Instalação

Necessidade de o técnico alterar um EMH de setor, no caso de equipamentos de baixa e média complexidade, ou quando um EMH de alta complexidade for disponibilizado para o cliente necessitando que o fornecedor e/ou empresa terceira realize a instalação do mesmo no setor.



Para todo equipamento novo instalado na unidade deverá ser preenchido o formulário para laudo de instalação referente a laudo de instalação.

A OS poderá passar por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" quando um EMH foi recebido pela engenharia clínica ou quando solicitada a troca de um EMH, já existente no parque tecnológico, de setor.

**PENDENTE:** A partir do momento em for agendado o dia para o EMH e/ou material instalado, deve-se alimentar a OS com essa informação e mudar o status para "PENDENTE". Caso ocorra algum imprevisto que impeça a entrega de material, esta informação deve ser adicionada no campo "Mão de Obra" e "Pendência" da OS. A partir do momento em que for realizado o primeiro atendimento a OS passará para o status "PENDENTE" e deverá permanecer assim até o encerramento. Todas as atividades realizadas e reportadas pelo terceiro deverão ser detalhadamente descritas nos campos "Mão de Obra" e "Pendências". O nome do fornecedor que realizará a atividade, bem como as datas de abertura de chamado, previsão de atendimento e conclusão e data efetiva de realização do serviço deverão ser documentadas em "Serviço Externo".

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço do terceiro com o equipamento liberado para uso ou mediante a laudo indicando desativação do equipamento, a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá como "ENCERRADO".

### **Inventário**

Utilizada para contabilizar no sistema as horas trabalhadas do colaborador enquanto este encontra-se no cliente realizando o inventário.

O inventário deve ser registrado na ficha de Inventário.

A OS poderá por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará com status "ABERTO" enquanto os técnicos realizam a atividade, sendo

alimentada apenas com a mão de obra.

**PENDENTE:** Caso algo impeça o fim do levantamento dos dados ou algo impeça o fim da atividade (como a ausência de etiquetas para confecção das TAGS, por exemplo), deve-se relatar no campo "Pendência".

**ENCERRADO:** Após finalização da atividade a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá

como "ENCERRADO".

### **Manutenção Preventiva**

As OSs deste tipo são geradas de forma automática e programada com o objetivo de reduzir falhas no desempenho do equipamento e aumentar a confiabilidade. O check list é elaborado a partir do manual do fabricante e exposto no corpo da OS.

A OS poderá passar por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS é gerada com o status "ABERTO" e possui prazo de 1 (um) mês para ser

concluída;

**PENDENTE:** Caso ocorra algum imprevisto que impeça a manutenção preventiva no cronograma previsto, deve-se acrescentar uma justificativa ao campo "Pendência" incluindo uma previsão para a execução do serviço.

**ENCERRADO:** Durante a manutenção preventiva, o check list deve ser preenchido com os dados obtidos durante a calibração e um certificado "Aprovado" ou "Reprovado" deverá ser gerado.

### **Retirada de Equipamento**

Tipo de serviço utilizado exclusivamente quando o colaborador realiza apenas a retirada de um equipamento ao cliente para leva-lo a Matriz.

A OS PODERÁ passar por três estágios diferentes:



**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" assim que for realizada a solicitação de retirada pelo setor

e aberta pela engenharia clínica.

**PENDENTE:** A partir do momento em for agendado uma data para ser retirado do setor/cliente, deve-se alimentar a OS com essa informação e mudar o status para "PENDENTE". Caso ocorra algum imprevisto que impeça a execução da atividade, esta informação deve ser adicionada no campo "Mão de Obra" e "Pendência" da OS.

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço equipamento deverá ser liberado para uso ou mediante a laudo indicando desativação do equipamento, a OS deverá ser encerrada e o status aparecerá como "ENCERRADO"

### **Ronda e Inspeção**

Vistoria realizada periodicamente por um técnico a fim de inspecionar a integridade física e teste de funcionamento dos equipamentos médicos.

Este procedimento é cadastrado de forma genérica no sistema e cabe ao gestor ou técnico imprimir, executar e editar conforme necessidades específicas de cada setor.

A OS poderá passar por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" assim que for gerada a no sistema para execução por parte da engenharia clínica.

**PENDENTE:** Caso ocorra algum imprevisto que impeça a execução da atividade, esta informação deve ser adicionada no campo "Pendência" da OS.

**ENCERRADO:** Durante a ronda/inspeção, o check list deve ser preenchido com as informações pertinentes e em caso de não conformidade para algum equipamento solicita-se a abertura de OS de manutenção corretiva.

### **Teste de Verificação Funcional (TVF)**

Inspeção técnica periódica realizada pelo setor e Engenharia Clínica, objetivando verificar o funcionamento de equipamentos médicos de forma metódica e periódica

com a finalidade de acompanhar o uso destes, conforme suas especificações estabelecidas pelo fabricante.

### **Limpeza**

É a remoção mecânica de sujidade. Realizada pela aplicação de energia mecânica (fricção), química (soluções detergentes, desincrustantes ou enzimáticas) ou térmica de acordo com as instruções fornecidas no manual de cada equipamento.

### **Condições Gerais do Equipamentos**

Consiste na inspeção visual do equipamento, ou seja, verificação da integridade física da carcaça, folgas, desgastes, botões, tela trincada e/ou arranhada, partes amassadas, oxidações na pintura, entre outros.

### **Condições dos Acessórios**

Consiste em conferir se todos os acessórios estão devidamente disponibilizados com o equipamento, bem como se estes estão limpos, íntegros e em condições de uso.

### **Verificação do Estado de todas as Etiquetas**

Deverá ser avaliada se todas as etiquetas pertinentes estão coladas no equipamento e a integridade física das mesmas observando se todas as informações estão legíveis, se elas não estão descolando e se estão coladas na posição padronizada.

### **TAG**

É o código de identificação de engenharia clínica para equipamentos médicos ou equipamentos padrões (analisadores e simuladores). O padrão interno da engenharia é composto por três letras, um hífen e sete números (Exemplo: ABC-1234567). As três letras fazem referência à Instituição, ao setor ou ao agrupamento de equipamento ao qual pertence.



Além do número da TAG, consta na etiqueta: Número de Série, Patrimônio, Nome do Equipamento (Nome do Equipamento), Modelo, Setor.

### **Patrimônio**

Geralmente o controle patrimonial envolve somente um código numérico ou alfanumérico de modo sequencial e são fixados pelo setor responsável do próprio cliente, o que torna difícil a identificação do equipamento e, conseqüentemente, compromete o controle gerencial e por esse motivo a utilização da TAG.

### **Preventiva**

Será realizada de acordo com uma etiqueta de manutenção preventiva que deve estar preenchida com letra legível e fixada no equipamento.

A etiqueta possui 4 (quatro) campos para preenchimento, que são:

**Serial:** Informação que relacione a etiqueta ao equipamento, podendo ser substituído pelo número de patrimônio ou TAG;

**Técnico:** Nome do colaborador Comprehense que realizou a intervenção;

**Data:** Data em que o serviço foi realizado;

**Validade:** Validade do serviço dentro dos prazos estabelecidos em contrato.

### **Calibração**

Será realizada conforme uma etiqueta de calibração que deve estar preenchida com letra legível e fixada no equipamento.

A etiqueta possui 3 (três) campos para preenchimento, que são:

**Certificado:** Número do certificado gerado após realização dos procedimentos de calibração;

**Data:** Data em que o serviço foi realizado;

**Validade:** Validade do serviço dentro dos prazos estabelecidos em contrato.

## TSE

Será realizado conforme uma etiqueta de calibração que deve estar preenchida com letra legível e fixada no equipamento.

A etiqueta possui 3 (três) campos para preenchimento, que são:

**Certificado:** Número do certificado gerado após realização dos procedimentos de teste de segurança elétrica;

**Data:** Data em que o serviço foi realizado;

**Validade:** Validade do serviço dentro dos prazos estabelecidos em contrato.

### Teste de Segurança Elétrica

As OSs deste tipo são geradas de forma automática para equipamento eletro-médicos alimentados por eletricidade ou por uma fonte de energia interna (baterias) e que frequentemente são fixados no paciente através de fios a fim de reduzir a possibilidade de vazamento da corrente a partir do dispositivo.

Também devem ser abertas OS do tipo Teste de Segurança Elétrica todas as vezes que forem realizadas corretivas em um eletro-médico.

A OS poderá passar por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS é gerada com o status "ABERTO" e possui prazo de 1 (um) mês para ser

concluída;

**PENDENTE:** Caso ocorra algum imprevisto que impeça a execução do TSE no prazo de 1 (um) mês, deve-se acrescentar uma justificativa ao campo "Pendência" incluindo uma previsão para a execução do serviço.

**ENCERRADO:** Após finalização do serviço, o check list deve ser preenchido com os dados

obtidos durante o TSE e um certificado "Aprovado" ou "Reprovado" deverá ser gerado.



## Teste de Avaliação

Solicitado pelo profissional afim de verificar um equipamento que não apresenta algum alerta, sonoro ou visual, ou desvio de funcionamento (ruídos, superaquecimentos, entre outros), que não necessariamente impeçam o funcionamento do EMH.

A OS poderá passar por três estágios diferentes:

**ABERTO:** A OS estará "EM ABERTO" assim que for solicitada pelo setor

**PENDENTE:** Quando for agendado o atendimento ao setor ou caso ocorra algum imprevisto que impeça a execução da atividade na data programada, deve-se atualizar o campo "Pendência" da OS adicionando esta informação.

**ENCERRADO:** Após realizada a visita, a OS deve ser encerrada com a descrição detalhada das medidas tomadas e em caso de não conformidade ou na necessidade de alguma intervenção, solicita-se a abertura de OS de manutenção corretiva.

## Treinamento

Utilizado em duas situações:

- Para treinamentos a serem ministrados pela equipe técnica para os colaboradores assistenciais de saúde, de acordo com o cronograma ou quando solicitado pelo gestor do setor. A depender da especificidade do equipamento, o treinamento pode ser ministrado por empresa terceirizada.

- Para integração no momento da admissão de um novo colaborador e para os treinamentos aos quais os colaboradores da Comprehense são submetidos periodicamente.

Para esses, o agente multiplicador deverá elaborar um memorando, contendo: critérios para treinamento, nível de conhecimento da equipe antes do treinamento, situação que originou a necessidade do treinamento, melhorias esperadas e conteúdo abordado. O instrutor deverá também solicitar aos colaboradores que participarem do treinamento que assinem a lista de presença.

Para ambas as situações, imediatamente após o treinamento, o instrutor deverá entregar para todos os colaboradores que participarem do treinamento a avaliação de treinamento para a evolução do planejamento didático e aperfeiçoamento dos próximos treinamentos. Após 30 dias de treinamento o gestor do contrato, ou responsável, deverá realizar uma visita técnica e solicitar que o formulário de Avaliação de Eficácia de Treinamento seja preenchido. No caso de a pontuação obtida ser  $< 9$ , deverá ser aplicado novamente o treinamento ao setor.

### **Validação**

Como próprio nome sugere, refere-se a validar um processo, obtendo resultados mediante a comprovações metrológicas. O processo de validação refere-se à verificação de desempenho em um processo ou equipamento. Esses testes comprovam a validade, correção ou concordância com padrões a fim de garantir a desinfecção ou esterilização dos materiais hospitalares.

A validação completa do processo de esterilização do equipamento deve ser feita na ocasião da instalação do equipamento ou se o equipamento for submetido a intervenção que possa causar impacto ao seu processo. A requalificação (apenas Qualificação Térmica) deve ser realizada anualmente (cada 12 meses) e é gerada automaticamente pelo sistema.

Esse processo é feito em equipamentos como: Autoclaves, Termodesinfectoras, Estufas, entre

outros.

### **Visita Técnica**

Atividade realizada pelo gestor do contrato ou preposto, onde se caracteriza pela observação de procedimentos técnicos, assistenciais e/ou gerenciais que não envolvam a manipulação direta de materiais, equipamentos e atendimento ao paciente contrato a fim de avaliar a qualidade dos serviços técnicos.

A periodicidade das visitas técnicas será definida entre as partes contratante e contratada e serão firmadas na SLA.

### **Demais itens para abertura de OS**



## **Setor**

Setor em que o equipamento estará localizado.

Seguir modelo padronizado pela qualidade.

## **Equipamento**

Equipamento em que será feita a manutenção.

Para o cadastro de um novo equipamento deve-se modelo padronizado pela qualidade.

## **Patrimônio**

Número fornecido pelo controle patrimonial envolve somente um código numérico ou alfanumérico de modo sequencial e são fixados pelo setor responsável do próprio gestor.

## **Número de série**

Número fornecido pelo fabricante disponibilizado no próprio equipamento

## **Oficina**

Nome da área técnica da unidade em questão. Sempre haverá uma única opção a ser selecionada.

## **Complexidade**

Equipamentos médicos podem ser divididos em três classes: ALTA, MÉDIA E BAIXA complexidade.

- **Alta Complexidade**

São equipamento que demandam técnicos qualificados e com treinamento especializado pelo fabricante, sendo necessário conhecimentos técnicos de projeto de fabricação ou acesso restrito pelo fabricante, como senhas, acessos remotos, etc

Enquadra-se nesta categoria: ventilador Pulmonar, Aparelhos de Anestesia, Ressonância Magnética, Tomógrafos, ultrassom, entre outros.

- **Média Complexidade**

São equipamentos que exigem um pessoal com formação básica e treinamento mais adequado para execução do reparo.

Enquadram-se nesta categoria equipamentos do tipo: Incubadora, centrífuga, monitor cardíaco, eletrocardiógrafo, eletroencefalógrafo, equipamento para hemodiálise, entre outros.

- **Baixa Complexidade**

São equipamentos cuja complexidade dos circuitos eletrônicos e, ou mecânicos não apresentam grande dificuldade para manutenção. Os recursos humanos não precisam ser especializados em equipamento médicos e o treinamento que demandam é bastante simples.

Exemplos de equipamentos desta classe são: banho-maria, berço aquecido, estufa esfigmomanômetro, balança mecânica, entre outros.

#### **Abertura da OS**

Data em que a OS foi aberta no sistema.

#### **Parada**

Data em que o serviço foi finalizado e o equipamento disponibilizado para o cliente.

#### **Ocorrência**



Este item descreve a intervenção ou atividade executada, conforme descrito nas Rotinas de trabalho deste manual. Deve-se procurar e selecionar a opção mais condizente com o serviço a ser feito.

### **Mão de Obra**

Nome do colaborador que executou ou acompanhou a atividade.

### **Serviço Executado**

Descrição do serviço executado ou acompanhado por um colaborador da Comprehense. Deve-se procurar e selecionar a opção mais próxima ao serviço executado.

### **Serviço Externo**

Em caso de serviço realizado por alguma empresa terceira deve-se selecionar o nome da empresa.

### **Serviço**

Descrição do serviço executado por colaborador da empresa terceira. Deve-se procurar e selecionar a opção mais próxima ao serviço executado.

### **Valor**

Valor da nota fiscal incluindo serviço e peça, quando aplicável.

### **Garantia**

Data da garantia do serviço.

### **Nota Fiscal**

Número da Nova fiscal.

### **Peça/Quantidade (QTD)**

Preencher este item quando for realizada a troca de uma peça. Deve-se procurar o item que necessita ser trocado, quando aplicável) e a quantidade do mesmo.

### **Pendência**

Questão que impossibilita a execução da intervenção e encerramento da atividade.

A pendência não deve ficar mais de 20 dias sem atualização para que os envolvidos estejam cientes do andamento do processo.

No sistema são listadas alguns dos possíveis motivos que fazem com que a atividade não tenha sido concluída e conseqüentemente OS não tenha sido finalizada, essas opções são apresentadas abaixo.

### **Responsável**

Nome do colaborador responsável pela atividade.

### **Reclamante**

Nome no reclamante

### **Observações**

Observações relevantes a serem feitas a respeito da ocorrência.

## **18. Metas estratégicas**

As metas estratégicas representam os resultados a serem alcançados pela engenharia clínica para atingir os objetivos propostos. Elas permitem um melhor



controle do desempenho da instituição, pois são observáveis, contêm prazos de execução e são quantificadas por meio de indicadores.

### 19. Melhoria na qualidade

Atingir baixas taxas de retrabalho e altos níveis de disponibilidade de equipamento como mostrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Itens e metas de melhoria da qualidade

ITEM	META
Retrabalho	≤ 5%
Disponibilidade equipamento	do 95% ≤ Disponibilidade do equipamento ≤ 99%
Notificações de Advertências	0

Para atingir os indicadores estabelecidos, faz-se uso do ciclo PDCA que consiste em uma ferramenta da qualidade utilizada no controle de processos. Sua aplicação compõe de quatro fases:

- **P (plan: planejar):** seleção de um processo, atividade ou máquina que necessite de melhoria e elaboração de medidas claras e executáveis, sempre voltadas para obtenção dos resultados esperados;
- **D (do: fazer):** implementação do plano elaborado e acompanhamento de seu progresso;
- **(check: verificar):** análise dos resultados obtidos com a execução do plano e, se necessário, reavaliação do plano;
- **A (act: agir):** caso tenha obtido sucesso, o novo processo é documentado e se transforma em um novo padrão.

## Satisfação

Atingir a excelência no nível de satisfação dos usuários quanto aos serviços/infraestrutura oferecidos.

Tabela 4 - Item e meta para avaliação de satisfação do cliente

ITEM	META
OSs avaliadas como atendimento	ótimo ≥ 90%

Evidenciar no relatório mensal a taxa de satisfação de atendimento e elaboração de planilha com justificativa para controle de reclamações do cliente.

## Avaliação das ordens de serviço

Garantir o atendimento dentro dos índices estabelecidos de entre contratante e contratado em SLA para todo o tipo de atendimento e ocorrência. Caso o cliente não possua prazos estabelecidos se adotará as metas internas.

Tabela 5 - Prazos internos de atendimento da engenharia

ITEM	META
Manutenção Corretivas Mensal (baixa e média complexidade)	90% de resolatividade
Manutenções Preventivas Mensal	90% de resolatividade
Calibração, TSE e Validação	90% de resolatividade



Térmica	
1º atendimento	até 2h
Gerar OS	até 3h
Atualizar OS	até 48h úteis
Cotação	até 72h úteis
Tempo para encerramento de OS	até 90 dias úteis

A avaliação do cumprimento dos prazos será realizada a partir dos indicadores de gestão e de ordens de serviço que será descrito no item 11. Fiscalização de contrato e o relatório proveniente deste item será utilizada como evidência.

#### Qualificação e comprometimento da equipe

Garantir que todos os colaboradores que estejam no quadro de funcionários da equipe tenham passado por treinamento do sistema informatizado, nos fluxos e nas rotinas internas da empresa. Neste indicador também se mensura o nível de absenteísmo da equipe a fim de monitorar o comprometimento da equipe.

Tabela 6 - Itens e metas de qualificação e comprometimento da equipe

ITEM	META
Colaboradores treinados no sistema Effort	100%
Colaboradores treinados nosso fluxos e rotinas	100%
Índice de absenteísmo	≤ 2%

Os resultados de absenteísmo devem ser monitorados pelo RH juntamente com a qualidade.

### Educação continuada

Garantir que o programa de educação continuada, programa de treinamento que a equipe técnica oferece a equipe assistencial de saúde, atinja os valores estabelecidos na SLA.

Tabela 7 - Item e meta de treinamentos

ITEM	META
Treinamentos aplicados pela equipe técnica	≥70%

- Total de ordens de serviço abertas
- Total de ordens de serviço abertas por setor
- Total de ordens de serviço por tipo de manutenção
- Total de Ordens de serviço por centro de custo
- Manutenções corretivas abertas X fechadas
- Manutenções corretivas internas X externas
- Manutenções internas X externas em percentagem
- Ocorrência por ordem de serviço fechada em percentagem
- Conclusão do programa de manutenção em percentagem
- Saldo de quantidade de manutenções preventivas
- A engenharia clínica deverá assumir como meta atingir um índice de 90% de resolutividade das manutenções preventivas mensais.
- Saldo de quantidade de manutenções calibrações
- Saldo de quantidade de manutenções corretivas
- Ordem de serviço pendente X aberta em percentagem



- **Custo das ordens de serviço corretivas fechadas**
- **Custo das ordens de serviço preventivas fechadas**
- **Custo por processo**
- **Equipamentos que apresentam maior número de falhas**
- **Causas de parada de equipamentos**

## **20. Gestão da manutenção**

### **Indicadores de manutenção**

#### **Disponibilidade do equipamento**

Tabela contendo dados do equipamento (TAG, Equipamento, Modelo, Fabricante, Número de Série, Patrimônio), quantidade de OSs abertas para o equipamento no período selecionado e disponibilidade do equipamento ordenado por disponibilidade decrescente em percentagem.

#### **Tempo médio entre Falhas**

Tabela contendo dados do equipamento (TAG, Equipamento/Setor, Modelo, Fabricante, Número de Série, Patrimônio), quantidade de OSs abertas para o equipamento no período selecionado e tempo médio entre falhas ordenado de acordo com o número da TAG

#### **Tempo médio para Reparo**

Tabela contendo dados do equipamento (TAG, Equipamento/Setor, Modelo, Fabricante, Número de Série, Patrimônio), quantidade de OSs abertas para o equipamento no período selecionado e tempo médio para reparo ordenado de acordo com o número da TAG

#### **Tempo médio de atendimento (OS aberta até Primeiro atendimento)**

Tabela contendo dados do equipamento (TAG, Equipamento/Setor, Modelo, Fabricante, Número de Série, Patrimônio), quantidade de OSs abertas para o equipamento no período selecionado e tempo médio de atendimento ordenado em ordem alfabética de acordo com o nome do equipamento

## **21. Desempenho da manutenção**

### **Produtividade dos técnicos**

Tabela contendo nome do colaborador, tipo de serviço realizado, local de execução e horas trabalhadas pelo técnico em ordem alfabética de acordo com o nome do colaborador.

Total de OS pendente X OS aberta

### **Total de Manutenções Preventivas Fechadas por OS Fechadas**

## **22. Custos da manutenção:**

### **Manutenção por Centro de Custo Sintético**

Lista contendo código do centro de custo, nome do centro de custo, quantidade de OSs abertas, quantidade de OSs fechadas, horas técnicas, gastos com serviços externos, gastos com materiais, gastos com contrato e gastos com mão de obra e gastos total.

### **Gráfico do Custo da Manutenção**

Gráfico circular indicando a percentagem do orçamento total do período selecionado gasta com cada centro de custo.



### **Custo da manutenção por equipamento**

Lista contendo dados do equipamento (Equipamento, TAG, Número de Série, Patrimônio), Número de OS, Custo, razão entre Número de OS e Custo e disponibilidade de Equipamento ordenada de acordo com disponibilidade do equipamento.

## **23. Equipamentos**

### **Relatório de Peças Utilizadas nos Equipamentos**

Lista contendo os equipamentos nos quais foram feitas manutenção e o descritivo de todas as peças utilizadas incluindo o número da OS, valor da peça, quantidade e total gasto em peças no período selecionado.

## **24. Ordens de serviço**

### **Listagem das Ordens de Serviços**

Lista contendo todos os números de OS, TAG, Equipamento/Setor (Cliente), Tipo de Manutenção, Situação da OS, Data de Abertura e Data de Fechamento das OS abertas no período selecionado.

### **Resumo dos Serviços Externos**

Lista contendo todos os números de OS, TAG, Equipamento/Setor (Cliente), Tipo de Manutenção, Situação da OS, Data de Abertura e Data de Fechamento das OS abertas para serviço de empresa terceira no período selecionado.

### **Ordem de Serviço Abertas para Manutenção Preventiva**

Lista contendo todos os números de OS, TAG, Equipamento/Setor (Cliente), Tipo de Manutenção, Situação da OS, Data de Abertura e Data de Fechamento das OS abertas para realização de manutenção preventiva realizadas no período selecionado.

### **Ordem de Serviço Abertas para Manutenção Calibração**

Lista contendo todos os números de OS, TAG, Equipamento/Setor (Cliente), Tipo de Manutenção, Situação da OS, Data de Abertura e Data de Fechamento das OS abertas para realização de calibrações realizadas no período selecionado.

### **25. Análise Crítica de Indicadores**

Justificativa para os tópicos que não estiverem em conformidade com a SLA.

### **Plano de Melhorias**

Plano de ação a ser aplicado nos itens pontuados. Análise Crítica de Indicadores incluindo um plano de ação a fim de solucionar os itens pontuados com não conformidades.

## **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS**

### **INTRODUÇÃO**

O termo TRIAGEM significa "seleção", "estratificação de risco". Este sistema foi introduzido pelos militares, durante a II Guerra Mundial, para escolher soldados feridos em batalha e estabelecer prioridades no tratamento. O objetivo era devolver, o mais rápido possível, soldados para os campos de batalha.

Nos anos 50, o Sistema de Saúde dos Estados Unidos passou por algumas mudanças, o que ocasionou em um aumento da demanda dos atendimentos nos Prontos Socorros, gerando longas filas e demora pelo atendimento médico.



No Brasil, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a proposta de Acolhimento com Classificação de Risco nas Unidades de Urgências e Emergências (PNH) com o objetivo de organizar o fluxo e reduzir o tempo de espera dos pacientes com urgência médica.

O atendimento nos serviços de urgência e emergência é um grande problema identificado no Sistema Único de Saúde (SUS). As UPAs e os P.S evidenciam que grande parte dos cidadãos que demandam estes serviços apresentam problemas de saúde de baixa gravidade, que deveriam ser resolvidos na UBS.

Os profissionais da Central de Regulação apontam a falta de um protocolo de Classificação de Risco para priorização dos casos de maior gravidade. Apontavam também da falta de cobertura do SAMU em toda a macrorregião, pois este serviço só era prestado no município. Estes problemas motivaram a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde da macrorregião a organizar a rede de atenção à urgência e emergência.

Como estratégia para a organização desta rede, os gestores optaram pela implantação de um protocolo de classificação de risco unificado em todos os pontos de atenção dos níveis primário, secundário e terciário.

O Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação das condições dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o seu potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento; o profissional de saúde deverá ouvir as queixas, medos e expectativas do usuário, humanizando o atendimento e oferecendo resolutividade para o problema apresentado.

## PROTOCOLO

Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192 Regional), Hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS e UBSF) de São José do Rio Preto.

## ESPECIALIDADE

Urgências e Emergências em adultos

## POPULAÇÃO ALVO E GRUPO DE RISCO

Cidadãos que se encontram em agravos de urgência ou emergência e que procuram o Serviço de Emergência das UPAS, SAMU 192 Regional, Hospitais, UBS e UBSF.

## CONCEITOS

De acordo com o conselho federal de enfermagem o enfermeiro possui competências legais, determinadas pelo artigo 11, inciso I e alíneas da Lei 7.498/86, regulamentada pelo Decreto 94.406/87, conforme segue:

"Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada e chefia dos serviços de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matérias de Enfermagem;
- e) consulta de enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde".

O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução 145/95 define URGÊNCIA como "ocorrência imprevista de agravo à saúde com sem risco de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata"; EMERGÊNCIA como "constatação médica de agravo à saúde que implique em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento imediato"



## CRITÉRIO PARA CLASSIFICAR O RISCO NO PRONTO SOCORRO ENGENHO NOVO

Avaliar e classificar o risco pressupõe a determinação de agilidade no atendimento, a partir da análise do grau da necessidade do usuário, com base em protocolos pré-estabelecidos, centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada.

Para classificar o risco, o Enfermeiro deverá considerar a apresentação atual da doença, resposta emocional, sinais de alerta, situação/queixa, sinais vitais, saturação de O<sub>2</sub>, Escala de dor, Escala de Coma de Glasgow, Glicemia, Escala de Queimados (Regra dos 9); estes dados serão registrados em impresso próprio, com o carimbo e assinatura do profissional.

A prioridade da assistência médica e de enfermagem será categorizada através das cores:

**COR VERMELHO:** prioridades 1 - Condições em que o usuário apresenta risco de morte ou sinais de deteriorização do quadro clínico que ameaçam à vida - RESSUCITAÇÃO/EMERGÊNCIA.

**COR LARANJA:** prioridades 2 - Condições que potencialmente, ameaçam à vida e requer rápida intervenção médica e de enfermagem – URGÊNCIA.

**COR AMARELO:** prioridade 3 - Condições que podem evoluir para um problema sério, se não forem atendidas rapidamente - URGÊNCIA.

**COR VERDE:** prioridade 4 - Condições que apresentam um potencial para complicações - SEMI-URGÊNCIA.

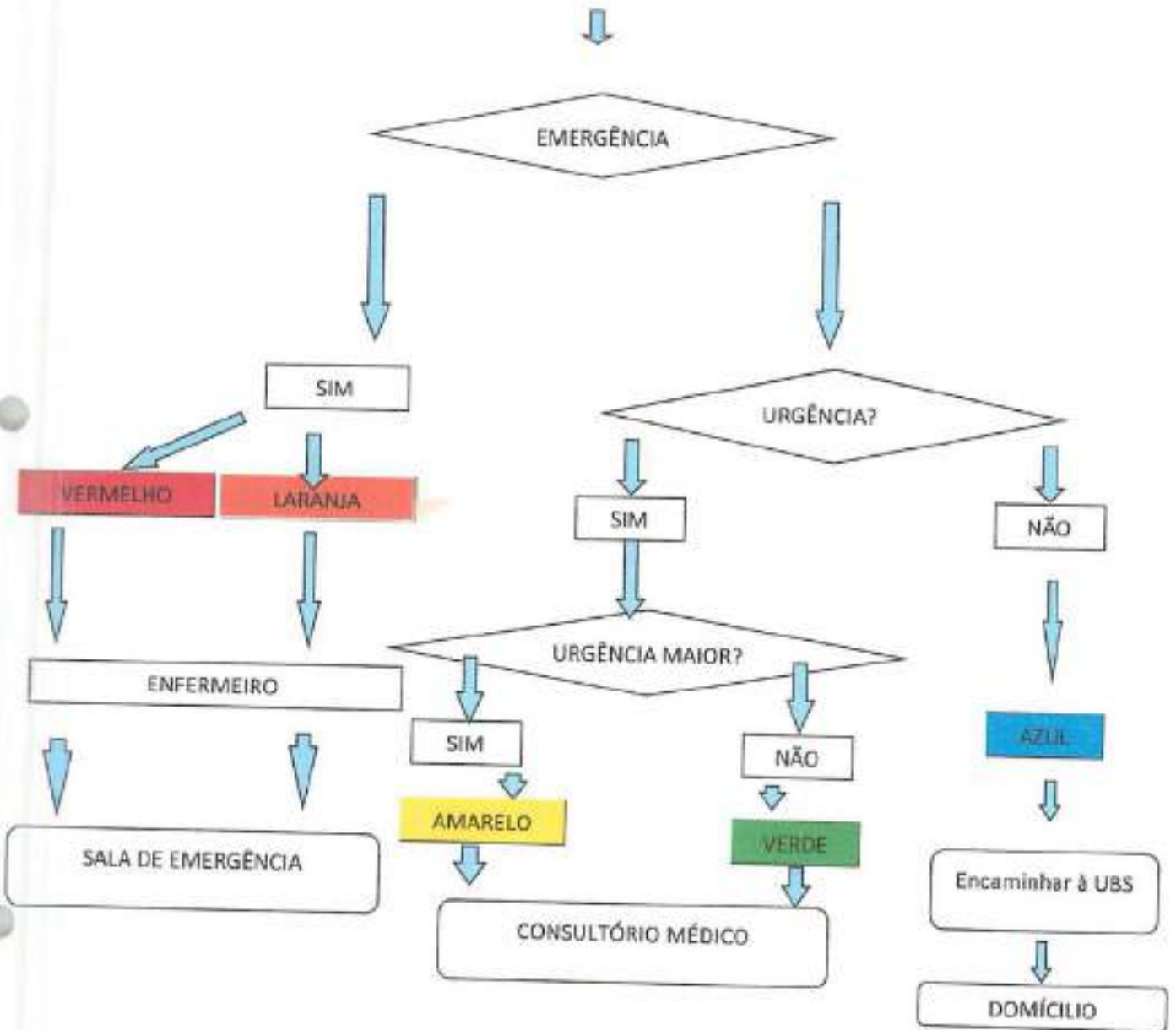
**COR AZUL:** prioridade 5 - Condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos, sem alterações dos sinais vitais - NÃO URGÊNCIA.

ACESSO DO USUÁRIO AO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO PS



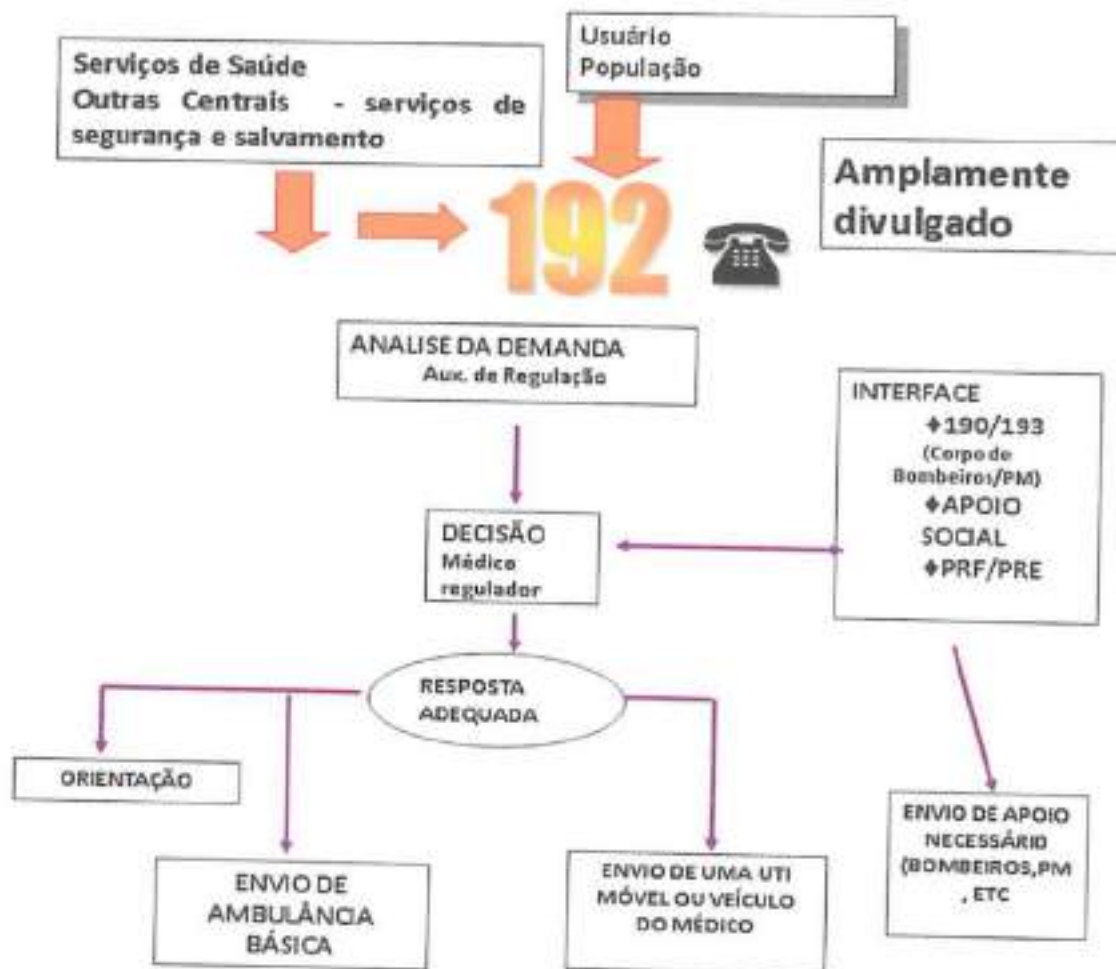
Enfermeiro da Classificação de Risco





O SAMU 192 Regional, realiza o atendimento de urgência e emergência em qualquer local da cidade: residências, locais de trabalho e vias públicas. O socorro é feito após chamada gratuita, feita para o telefone 192. A ligação é atendida por técnicos na Central de Regulação que identificam a emergência e, imediatamente, transferem o telefonema para o médico regulador. Esse profissional faz o diagnóstico da situação e inicia o atendimento no mesmo instante, orientando o paciente, ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras ações.

\*Regulação Médica:



OBJETIVOS



- Avaliar o usuário, logo na sua chegada, identificando, rapidamente, as condições de ameaça à vida e de urgência – 10 minutos após o Boletim de Atendimento.
- Agilizar o atendimento médico e de enfermagem, fazendo com que o usuário seja visto precocemente, de acordo com sua gravidade, diminuindo os riscos que possam surgir com a espera do atendimento.
- Humanizar o atendimento – Ouvir a queixa, medos e expectativas do usuário.
- Organizar o fluxo dos usuários.
- Descongestionar as Unidades de Pronto Atendimento, encaminhando os usuários que não necessitam de atendimento de urgência/emergência para as Unidades Básicas de Saúde.
- Informar tempo de espera e retornar informações aos familiares.
- Aumento da satisfação dos profissionais e cidadãos, com melhoria das relações interpessoais.
- Padronização de dados para estudo e planejamento de ações.
- Garantia de atendimento em todas as unidades com estabelecimento de atribuições e competências.
- Garantir uma escuta médica permanente a toda demanda de atendimento de urgência.
- Determinar e desencadear a resposta mais adequada a cada caso, evitando intervenções inúteis, hospitalizações desnecessárias.
- Assegurar a disponibilidade dos meios de assistência pública ou privada adequada ao estado do paciente, levando em conta o respeito de livre escolha, a grade de regionalização e hierarquização do Sistema.
- Gerando o acesso aos serviços de urgência de uma maneira eficiente e equânime.
- Primar pelo interesse público (do cidadão).
- Qualificar e ordenar fluxos oferecendo respostas individualizadas, por necessidade, complexidade disponível e proximidade segundo critérios de regionalização.

## ESTRUTURA NECESSÁRIA

- c) Pessoal qualificado para realizar o acolhimento.
- d) Acesso de comunicação direta com a área de Acolhimento.
- e) A área física deve possibilitar a visão dos que esperam pelo atendimento.
- f) Disponibilidade de macas e cadeiras de rodas em áreas subjacentes.
- g) Material e equipamento para atendimento emergência e de urgência.

- h) Aparelho de glicosímetro, aparelho de pressão, estetoscópio, termómetro e monitor de oximetria de pulso.
- i) Mobiliário: mesa, cadeiras e escadinha.

#### **EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO DO USUÁRIO**

- h) Enfermeiros, Médicos, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Recepcionista, Segurança e Jovem Acolhedor.

#### **RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

- i) Enfermeiro.

#### **RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO MÉDICA**

- Médico Regulador da Central de Regulação médica



## PROTOCOLO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

**VERMELHO - Prioridade 1:** Pacientes com condições que ameaçam a vida ou com sinais iminentes de risco de deteriorização do quadro clínico

\* Tempo para o atendimento médico: Imediato.

### SITUAÇÃO / QUEIXA

#### II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Estado de inconsciência – overdoses, intoxicação exógenas, estado de anafilaxia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.
2. Estado de crise convulsiva – Crises > 5 minutos (Estado de Mal Eplético).

#### I. TRAUMA\*

##### 1. Grande Trauma

- Politraumatizado grave: lesão grave de um ou mais órgãos, sistemas e/ou comprometimento de coluna cervical.
- Queimaduras graves: > 20 % da superfície corpórea (SC) nas lesões de 2º e 3º grau em adulto; crianças e idosos com mais de 10% da SC nas lesões de 2º e 3º grau; e > 5% SC nas lesões de 3º grau.
- Queimaduras químicas e/ou elétricas.
- Traumatismo crânio-encefálico (TCE) grave ECG < 10 pontos.
- Amputação com alteração dos sinais vitais.
- Lesão no tórax e/ou abdômen com alteração respiratória, hipotensão, taquicardia, estado mental e/ou dor severa.
- Grandes hemorragias com alteração dos sinais vitais.
- Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna



### III. ALTERAÇÃO CÁRDIO - VASCULAR.

1. Parada cárdio-respiratória (PCR) – Pacientes em PCR ou com sinais sugestivos de pré-parada.
2. Estados de choque – Condições onde exista um desequilíbrio entre a oferta de O<sub>2</sub> e a demanda, caracterizado por: sudorese intensa, pele fria e pegajosa, palidez e hipotensão, taquicardia e bradicardia com instabilidade.
3. Dor no peito associada à falta de ar e cianose – dor tipo facada, em aperto, agulhada com irradiação para um ou ambos membros superiores, região cervical e mandíbula; início súbito, acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos ou queimação gástrica e/ou perda da consciência.
4. Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supra S-T.  
\* Atenção para os pacientes com história anterior de DAC, embolia pulmonar, aneurisma e/ou diabetes.

### IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Alterações respiratórias graves – Bradispnéia ou taquidispnéia (FR < 10 e > 30), incapacidade para falar, cianose, sibilos, respiração diafragmática e estado de mal asmático – incapacidade para falar, letargia, confusão e saturação < 90%.



## V. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS; UPA; SAMU 192 e Hospital.
2. Local de Atendimento: Sala de Emergência
3. SAMU 192: USA
4. Atendimento Definitivo: Hospital
5. Atribuições
  - > Enfermeiro:
    - I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R
    - II. M.O.V
    - III. Acompanhar o paciente
    - IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência
  - > Médico
    - I. Iniciar S.B.V e S.A.V. em caso de P.C.R
    - II. Estabilização:
      - Vias Aéreas (V.A)
      - Reposição de Volume
      - Drogas
      - Desfibrilação/Cardioversão
    - III. Comunicar o SAMU em caso de transferência.
    - IV. Informar a família em caso de óbito/gravidade.

## TIPO DE PACIENTE:

- **NÃO RESPONSIVOS;**
- **SINAIS VITAIS INSTÁVEIS OU AUSENTES;**
- **DESIDRATAÇÃO GRAVE.**

**LARANJA – Prioridade 2:** Pacientes com condições que potencialmente, ameaçam à vida e requerem rápida intervenção médica e de enfermagem.

\* Tempo para o atendimento médico: Obrigatoriamente  $\leq 10$  minutos.

## SITUAÇÃO / QUEIXA

### I. TRAUMA

#### 1. Trauma Grave\*

- TCE com Escala de Coma de Glasgow  $>10$  e  $\leq 14$  pontos ou com comprometimento da coluna cervical ou associado com cefaléia severa, perda da consciência, dor cervical e vômitos.
- Forças de aceleração ou desaceleração (veículos motorizados acima de 35 km/h, quedas ou explosões) com ou sem alteração dos sinais vitais e/ou com perda da consciência após o acidente, mesmo que momentânea.
- Suspeita de fraturas de costelas: 1ª e 2ª Costelas; 9ª, 10ª e 11ª costelas ou mais de 3 costelas.
- Possível aspiração ou contusão pulmonar.
- Amputação traumática.
- Óbitos no local do acidente.
- Mordeduras ou picadas de animais peçonhentos de grande repercussão: ex. cobras venenosas, escorpiões (com dor intensa).
- Tentativas de suicídio e alteração do estado mental.
- Empalamentos por corpo estranho.
- Acidente em rodovia.
- \* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna

### II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Infecções graves – febre mais exantema petequeal ou púrpura e com sinais vitais alterados.
2. Intoxicações exógenas - Deve-se levar em consideração o tipo de droga, a quantidade e tempo de ingestão ( $<6$  horas), alterações dos sinais vitais e/ou Glasgow  $\leq 12$  pontos.
3. Distúrbios neurológicos graves e agudos (plegias, dislalia, cefaléia intensa), tempo de início dos sintomas  $< 3$  horas.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva acompanhada de sinais e sintomas neurológicos - parestesia, plegias, alterações no campo visual, dislalia e afasia.
5. Imunossuprimido com alteração do nível de consciência e/ou deteriorização do quadro clínico.



### III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10 – após exposição química, queimadura e/ou corpo estranho com

### IV. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso e história anterior de DAC.
2. Dor torácica com ou sem alteração dos sinais vitais.
3. Dor visceral contínua com duração entre 2-5 minutos.
4. Crise hipertensiva P.A.S.  $\geq$  220 mmHg e P.A.D.  $\geq$  130mmHg e sinais de comprometimento de órgãos alvos (cefaleia severa, dor no peito, parestias, parestesias, plegias, náuseas e vômitos).
5. Hipotensão grave – P.A.S.  $<$  80 mmHg e P.A.D.  $<$  50mmHg.
6. Febre  $39^{\circ}/40^{\circ}$  com um ou mais sinais físicos alterados: estado mental, sinais vitais, saturação de oxigênio, calafrios, tremores ou sinais de letargia.
7. Sangramento ativo – grave ou moderado – hematêmese, melena, enterorragia e/ou hemorragias internas ou externas com alteração dos sinais vitais.
8. Epistaxe ativo com ou sem alterações dos sinais vitais.

### V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Estados de hiperpirexia – temperatura  $>$   $40^{\circ}$ , associado à falta de ar.
2. Alteração respiratória grave: asma severa com saturação  $O_2 <$  90% e sinais vitais alterados.
3. Dispneia FR  $>$  34 – A ausculta pulmonar permite intervenção precoce para a maioria dos casos de falta de ar.
4. Reações alérgicas graves – com queixa de aperto na garganta ou sinais respiratório.

### VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal grave – 8-10/10, de início súbito e alteração sinais vitais (P.A.S  $<$  90 mmHg ou  $>$ 180 mmHg, FC  $>$  120 e  $<$ 50).

## VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor severa em região genital – 8-10/10 com hematomas, considerar traumas.
2. Sangramento vaginal ou dor pélvica de origem súbita e aguda, alteração dos sinais vitais – considere prenhez ectópica.
3. Retenção urinária severa. dor intensa – 8-10/10 e alteração dos sinais vitais.

## VIII. DOR

1. Dor grave 8-10/10, com sinais vitais alterados e qualquer um dos sintomas: sudorese, náuseas/vômitos e postural, de origem aguda central ou periférica.

## IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Abstinência de drogas – Delirium Tremens, convulsões, coma, confusão, agitação, taquicardia e alteração da pressão arterial.
2. Psicoses agudas/agitação extrema – Negação violenta das óbvias injúrias com pensamentos de fuga e alteração do discurso, e ocasionalmente, com respostas inapropriadas.

## X. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos incoercíveis e/ou diarreia com sinais de desidratação grave.
1. Abuso, negligência ou violência sexual com dor intensa – Proporcionar ambiente seguro e calmo com suporte emocional.
2. Complicações pós-operatórias: grandes eviscerações.
3. Alterações dos sinais vitais em pacientes sintomáticos:  
Pulso > 140 ou < 45 bpm  
P.A.S < 80 mmHg ou P.A.D >= 130 mmHg.  
FR > 34 ou < 10 irpm.



## XI. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS/UPA/HOSPITAL/SAMU
2. Local de Atendimento: Preferencialmente na Sala de Emergência
3. SAMU 192: USA ou USB
4. Atendimento Definitivo: Hospital
5. Atribuições
  - Enfermeiro:
    - I. Iniciar S.B.V em caso de P.C.R
    - II. M.O.V
    - III. Acompanhar o paciente
    - IV. Chamar o médico para a Sala de Emergência
  - Médico:
    - I. Iniciar S.B.V e S.A.V em caso de P.C.R
    - II. Estabilização:
      - V.A
      - Reposição de Volume
      - Drogas
      - Desfibrilação/Cardioversão

**AMARELOS - Prioridade 3:** Pacientes em condições que podem, potencialmente, evoluir para problemas sérios e requerem atendimento médico e de enfermagem, porém não correm risco imediato de morte.

\* Tempo para o atendimento médico: **Obrigatoriamente <=60 minutos.**

## SITUAÇÃO / QUEIXA

### I. TRAUMA\*

#### 1. Trauma moderado

- Queda da própria altura sem alteração do estado mental (Glasgow 15 pontos) e sinais vitais normais.
- TCE Leve – Glasgow 15 pontos, sem perda da consciência.
- Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro-vascular ou dor severa – 8-10/10.
- Moderaduras ou picadas de animais peçonhentos de menor repercussão – verificar o tempo que ocorreu o evento.
- Queimaduras leves 1º e 2º grau – < 5% da superfície corpórea.
- TCE tardio com dor severa – 8-10/10.
- Acidente com material perfuro-cortante – verificar o local de referência.
- \* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

### II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Alteração do estado mental leve/moderada (agitação, letargia ou confusão) e Glasgow >13 pontos.
2. Convulsões – convulsão prévia ou ataque recente, inclusive pós-ictal, < 5 minutos de duração; o paciente deve estar fora da crise, em alerta e sinais vitais normais.
3. História de desmaios recentes.
4. Cefaléia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, não acompanhada de sinais e sintomas neurológicos – parestia, alterações no campo visual, dislalia, plegia e afasia.
5. Alterações nos diabéticos: sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômitos, taquidispnéia e/ou taquicardia – Fazer teste de glicemia.
6. Intoxicações exógenas, sem alteração dos sinais vitais, Glasgow de 15 pontos e tempo de ingestão >6 horas.



### III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor ocular – 8-10/10, sem alterações visuais ou dos sinais vitais, com eritema e/ou lacrimejando.

### IV. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Dor torácica aguda que piora com a respiração, tosse ou palpação, não associada à falta de ar ou outros sintomas de doenças cardíacas, inclusive o paciente não deve ter passagem, no serviço de saúde, por doenças coronarianas; nem características de dor visceral.
2. Crise hipertensiva PAS  $\geq$  220 e PAD  $\geq$  120, sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, plegias, parestias e/ou parestesias).
3. História recente de melena ou hematêmese com sinais vitais normais. Se vômitos e/ou evacuações > 5 episódios no período de 24 hs – aumentar o nível de classificação.
4. Sangramento vaginal com dor abdominal e alterações de sinais vitais – gravidez confirmada ou suspeita.
5. Epistaxe recorrente e não ativo, com alteração dos sinais vitais.
6. Dor em MMII com ausência de pulso pedioso, eritema, calor e/ou edema.

### V. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Crise asmática – leve/moderada, falta de ar aos esforços, tosse freqüente e sat. de O<sub>2</sub> > 93%.
2. Alteração respiratória leve/modera – dispnéia, estertores creptantes, roncos.
3. Febre 39<sup>o</sup> /40<sup>o</sup>.

### VI. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal – 8-10/10, não súbita, com náuseas/vômitos, sudorese e alteração de sinais vitais – taquicardia, bradicardia, hipertensão, hipotensão e/ou febre.

### VII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor intensa – 8-10/10 tipo “cólica”, em região lombar, sem alteração dos sinais vitais – Proporcionar maca para o conforto deste paciente.
2. Disúria - dor intensa – 8-10/10.
3. Vítimas de abuso sexual ou agressão física com sinais vitais normais – Proporcionar

#### VIII. DOR

1. Dor forte 8-10/10 com sinais vitais normais e nenhum outro sintoma observado, de origem aguda ou crônica.
2. Dor moderada de 4-7/10 de origem central e aguda.  
\* Verificar o modificador – Severidade da dor.

#### IX. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Psicose aguda/suicida leve ou moderada.

#### X. OUTRAS CONDIÇÕES

1. Sintomatologias de doenças altamente contagiosas – Tuberculose, Varicela, Meningite, H1N1 (medidas de precaução e isolamento).
2. Vômitos/diarréias persistentes com desidratação – letargia discreta, mucosas ressecadas, turgor pastoso e alterações dos sinais vitais.
3. Transplantados com alteração dos sinais vitais.
4. Nefropatas – em hemodiálise e alterações dos sinais vitais.
5. Imunossuprimidos – Quimioterapia, neoplasias, HIV – com alterações dos sinais vitais.
6. Coloração da pele – descorada ou icterica com alterações dos sinais vitais.
7. Abscesso com flutuação (tumefação, dor intensa, calor e rubor).
8. Lesões de pele graves com eritema, dor, calor e/ou odor.
9. Prurido intenso.
10. Retorno do paciente no serviço de urgência por sintomas agudos no período de 7 dias.
11. Alterações dos sinais vitais em paciente assintomáticos e com antecedentes respiratórios, cardiovasculares e/ou metabólicos:  
Pulso  $>50$  ou  $\leq 140$  bpm  
PAS  $< 80$  mmHg ou PAD  $> 130$ mmHg  
FR  $> 34$  ou  $< 10$  irpm



## XI. COMPETÊNCIA.

1. Primeiro Atendimento: UBS/UPA/HOSPITAL/SAMU
2. Local de Atendimento: Preferencialmente na Sala de Observação
3. SAMU 192: USB
4. Tratamento Definitivo: Na própria Unidade com Referenciamento para Atenção Básica de Origem.
5. Atribuições
  - Enfermeiro:
    - I. Orientar aguardar na Recepção
    - II. Reavaliação até o atendimento médico
  - Médico:
    - I. Realizar a consulta
    - II. Reavaliação
    - III. Referenciar: Atenção Básica ou investigação em Unidade Hospitalar.

**VERDES - Prioridade 4:** Pacientes que apresentam potencial para complicações (condições agudas ou não agudas) Retorno ao serviço no período inferior a 24 horas, mesmo que o nível de classificação anterior tenha sido – cor AZUL (prioridade 5).

\* Tempo para o atendimento: Desejável  $\leq$  120 minutos.

## SITUAÇÃO / QUEIXA

### I. CONDIÇÕES ESPECIAIS

1. Condições que devem ter prioridade no atendimento, pois apresentam potencial para complicações:

- Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos.
- Pacientes escoltados (não presidiário).
- Pacientes com criança amamentando.
- Gestantes com complicações da gravidez.
- Paciente transplantado, mas, no momento da consulta, assintomático.
- Pacientes doadores de sangue com alteração dos sinais vitais.
- Portadores com necessidades especiais (ex. déficits motores e/ou visuais)
- Paciente na fila de transplante.
- Retorno ao Serviço de Emergência no período inferior a 24 horas, devido a não melhora do quadro clínico, exceto no nível de classificação vermelho 1, laranja 2 ou amarelo 3.
- Pacientes com distúrbios neurovegetativos.



## II. TRAUMA

### 1. Trauma menor

- Pequenos traumas – contusões, abrasões, luxações e/ou entorses (tornozelo, punho, etc.) com sinais vitais normais e dor moderada – 4-7/10.
- TCE com dor leve – 1-4/10, sem alterações de sinais vitais, nem perda da consciência no local.
- TCE tardio com dor leve – 1-4/10 e sinais vitais normais.
- \* Verificar o modificador – mecanismo da lesão, pensar em TCE e proteção de coluna cervical.

## III. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Cefaléia ou Enxaqueca – Dor moderada – 5-7/10, pacientes com diagnóstico anterior de Enxaqueca.
2. História de crises convulsivas recorrentes (última crise > 24 horas), sinais vitais normais e sem alterações neurológicas.

## IV. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor moderada – 4-7/10 nos olhos ou ouvidos com sinais de eritema, lacrimejando e/ou secreção.
2. Corpo estranho no olho ou ouvido com dor leve – 1-4/10 e tempo > 24 horas.

## V. ALTERAÇÃO CÁRDIO-VASCULAR

1. Sangramento retal ou nas fezes, discreto e/ou crônico.
2. Dor torácica moderada – 4-7/10, eupnéico, sem característica de dor visceral, nem história DAC e sinais vitais normais – DEFINITIVAMENTE NÃO ANGINOSA.
3. Sangramento vaginal e dor abdominal sem alteração dos sinais vitais – descartar gravidez.
4. Hipertensão PAS  $\geq$  180 e  $<$  220 e PAD  $\geq$  120 e  $<$  130 sem indicações de comprometimento de órgãos vitais (cefaléia, dor no peito, parestias, plegias e/ou parestasias) e sinais vitais normais.
5. Dor nos MMII com pulso pedioso presente, edema, eritema e/ou calor.



#### VI. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA

1. Lombalgia ou dor nas costas moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.
2. Portadores de asma, fora da crise.
3. Estado gripal com alteração dos sinais vitais, febre (<39º), tosse, garganta inflamada, congestão nasal, dor moderada – 4-7/10 e história recorrente no serviço de urgência; se a Sat. de O<sub>2</sub> <=92%, eleve a cor de classificação.

#### VII. ALTERAÇÃO ABDOMINAL

1. Dor abdominal crônica ou aguda moderada – 4-7/10 com sinais vitais normais.

#### VIII. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA

1. Dor lombar tipo cólica moderada/leve – 1-7/10 de origem aguda ou recorrente.
2. História de disúria aguda ou recorrente, dor moderada – 4-7/10.

#### IX. DOR

1. Dor aguda ou crônica de origem periférica moderada 4-7/10, de origem central e crônica ou periférica e aguda; com lesões mínimas ou problemas no sistema músculo-esquelético.
2. Dor leve 1-4/10 de origem central e aguda.

#### X. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL

1. Estados depressivos, idealização suicida, calmo e com necessidade de acompanhante.

## XI. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Vômitos e diarreias persistentes, sinais de desidratação leves/moderados ou ausentes.
2. Abscesso sem flutuação e dor aguda/modera – 4-7/10.
3. Prurido moderado/leve ou crônico (porém ativo).
4. Ferida infectada e sinais vitais normais.
5. Complicações pós-operatória leve/modera (PO até 30 dias), sem alteração dos sinais vitais – encaminhar o paciente para o serviço de origem.

## XII. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: UBS e UPA
2. Local de Atendimento: Preferencialmente no Consultório Médico
3. SAMU 192: USB/VTA ou Meios-Próprios
4. Tratamento Definitivo: UPA/ UBS
5. Atribuições
  - > Enfermeiro
    - I. Acolher/ Avaliar
    - II. Orientar quanto ao tempo de espera
    - III. Reavaliar se necessário
  - > Médico
    - I. Realizar a consulta
    - II. Reavaliar
    - III. Referenciar: Atenção Básica ou investigação em Unidade Hospitalar

- ❖ Observar necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho).
- ❖ Pacientes com ferimentos abertos deverão ser encaminhados diretamente para a sala de sutura.



**AZUL - Prioridade 5:** Pacientes em condições não agudas, não urgentes ou problemas crônicos com sinais vitais normais.

\* Tempo para o atendimento médico: **Desejável <= 240 minutos.** O enfermeiro avaliará o risco e terá a seguinte conduta:

## SITUAÇÃO / QUEIXA

### I. TRAUMA

#### 1. Trauma\*

- Pequenos traumas que não necessitem de suturas, analgesia e/ou curativos.
  - Pequenas lesões na pele – alergias, de origem crônica – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
  - Doença do sistema osteomuscular crônica, sem alterações dos sinais vitais – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
- \* Caso ocorra a necessidade de abertura de NAT (Notificação de Acidente de Trabalho), realizar o atendimento, caso contrário orientar e encaminhar o paciente para UBS, se necessário.

### II. ALTERAÇÃO DO ESTADO MENTAL

1. Tontura crônica e sinais vitais sem alterações.

### III. OLHOS E OUVIDOS

1. Dor de ouvido, olho, nariz, garganta de origem crônica e dor leve – 1-4/10.

#### **IV. ALTERAÇÃO RESPIRATÓRIA**

1. Sinais de infecções de VAS leves, congestão nasal com sinais vitais normais, temperatura corporal  $< 37,5^{\circ}$ , nem história de febre.

#### **V. ALTERAÇÃO ABDOMINAL**

1. Dor abdominal crônica, no momento da consulta, ausência de dor e sinais vitais normais.

#### **VI. ALTERAÇÃO GENITURINÁRIA**

1. Dor lombar crônica leve – 1- 4/10 e sinais vitais normais.
2. História de disúria recorrente, dor leve – 1-4/10.

#### **VII. DOR**

1. Dor leve 1-4/10 de origem de central e crônica ou periférica e crônica.
2. Dor moderada 4-7/10 de origem periférica e crônica.

#### **VIII. ALTERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

1. Distúrbios psiquiátricos leves, recorrentes e/ou crônicos.



## IX. OUTRAS COMPLICAÇÕES

1. Histórias de febre, dor no corpo e mal estar – no momento da consulta assintomático.
2. História de fraqueza sem sinais de desidratação.
3. Vômitos isolados e Diarreias isoladas.
4. Prurido leve e crônico – encaminhar para consulta agendada na UBS.
5. Apenas imunização.
6. Procedimentos como curativos, troca de sondas, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestado médico, solicitação de receitas de medicamentos de uso contínuo, retirada de pontos – o paciente deve ser encaminhado para consulta na UBS.
7. Queixas crônicas sem alterações agudas.
8. Atestado.

## X. COMPETÊNCIA

1. Primeiro Atendimento: Preferencialmente na UBS
2. Local de Atendimento: Consultório médico
3. SAMU 192; V.T.A ou Meios- Próprios
4. Tratamento Definitivo: UBS/UPA
5. Atribuições
  - > Enfermeiro
    - I. Acolher/ Avaliar
    - II. Orientar o tempo de espera
    - III. Encaminhar....
  - > Médico
    - I. Realizar a consulta
    - II. Reavaliar
    - III. Referenciar para Atenção Básica

- O Enfermeiro deverá se atentar para as apresentações anteriores do paciente ao serviço de emergência, antes de encaminhá-lo para consulta agendada na UBS.
- Registrar, no boletim do paciente, o horário e data da consulta agendada, nome do Médico e UBS/Ambulatório de Especialidade de origem.

## MANUAL DO SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENS, MÉTODOS GRÁFICOS

### APRESENTAÇÃO

Visando proporcionar maior facilidade, no trabalho do dia, o setor de Diagnóstico por Imagem, elaborou este Manual, onde será possível encontrar informações essenciais ao bom funcionamento do setor, contendo orientações sobre condições de trabalho, sistemática de fluxo de procedimentos a serem adotados e compartilhados com os outros funcionários cujo objetivo é tornar possível a visualização de onde começa e termina cada tarefa, sua descrição, permitindo analisar pontos críticos de cada processo, assim como os seus respectivos responsáveis.

Poderá visualizar também a preocupação da gestão quanto: à estrutura funcional de atendimento ao cliente que tem como principal meta oferecer aos pacientes que procuram este atendimento eficiência, rapidez e qualidade do serviço prestado; à qualificação dos recursos humanos focado nos aspectos técnicos, científicos e humanitários; a um planejamento que contempla treinamentos permanentes, reuniões de avaliação e motivação, destinadas a todos os profissionais envolvidos e também de treinamentos específicos para suprimentos da área como informática, relações públicas, conhecimentos específicos da área de Diagnóstico por Imagem e, também voltado para o relacionamento externo com o público, secretarias estaduais, prefeituras e demais instituições hospitalares integrantes da rede de assistência em saúde do estado.

Leia-o com atenção. Conheça seus direitos e deveres, utilize-o quando precisar.

Desejamos-lhe sucesso e esperamos que com empenho, força de vontade, conhecimentos e habilidades somados ao apoio da Direção – você atinja seus objetivos profissionais e pessoais

### 1. IDENTIFICAÇÃO

O serviço funciona em tempo integral de segunda a segunda, dispendo de variados exames de diagnóstico por imagem, a citar Raio-x, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Ressonância Magnética, dentre outros.

Tem por público alvo de atendimento, pacientes ambulatoriais referendados pelos postos e centros de saúde conveniadas e pacientes internados na própria instituição.



## OBJETIVO

Realizar exames complementares de Diagnóstico por Imagem e Intervenção nos pacientes do SUS, que procurarem o serviço com a finalidade de auxiliar o médico solicitante na elaboração do tratamento.

## DEVERES

- Cumprir com os procedimentos operacionais referentes às tarefas para as quais foi designado;
- Acatar as ordens recebidas de seus superiores hierárquicos, com zelo, presteza e pontualidade;
- Observar rigorosamente os horários de entrada, saída e refeições determinados pela administração;
- Comparecer ao trabalho com uniforme completo, conforme determinados pela administração;
- Utilizar os EPI's- Equipamento de Proteção Individual, sempre que for necessário;
- Comparecer e assistir a cursos especiais de aperfeiçoamento e treinamento para os quais seja comunicado;
- Prevenir quaisquer tipos de danos materiais aos equipamentos, instalações ou qualquer outro patrimônio;
- Acatar normas de segurança na entrada/saída ao local de trabalho.

## ROTINAS DE ATENDIMENTO

A supervisão de Diagnóstico por Imagem está dividida em sub-setores que facilitam o atendimento do paciente. Segue em anexo fluxograma de atendimento do setor, onde se detalha cada atividade do mesmo, facilitando a compreensão dos processos. O mesmo é passível de alterações caso haja mudanças significativas na rotina de funcionamento.

Na recepção, o paciente deve apresentar requisições de médicos, em formulários específicos do SUS, para cada tipo de atendimento, quais sejam: pacientes oriundos da enfermaria e ambulatório de postos de atendimento credenciados do SUS segundo deliberação da diretoria.

Após esse atendimento inicial, o paciente deverá ser encaminhado para a sala de exames do procedimento ao qual será submetido, sempre acompanhado por profissional de saúde.

Concretizado o exame, o mesmo será encaminhado para o setor de laudos onde o médico responsável pelo serviço elaborará o exame e o enviará para a sala de digitação, para que como o próprio nome sugere seja digitado.

Exame digitado,este retorna à sala de laudos para revisão do médico responsável a fim de preservar a qualidade do resultado oferecido. Se estiver tudo correto, o médico assina o laudo e envia para o setor de resultado. Caso precise de correções, o médico faz as orientações devidas e remete para o setor de digitação novamente, para então poder ser liberado.

No resultado, faz se a coleção do exame com seu fechamento, assim como a classificação do exame de acordo com a origem do paciente, isto é, neste momento, o funcionário observa no cadastro do paciente se ele vem de postos conveniados ou se ele está internado na própria instituição.

Ressalta-se que em nenhuma etapa do atendimento é permitida a cobrança de qualquer valor aos pacientes atendidos n Supervisão, assim como objetos e valores presenteados por pacientes devem passar pelo departamento administrativo, a quem cabe autorizar, e formulário próprio, a entrada destes.

## **NORMAS DE ATEDIMENTO**

O S.D.I pretende atingir seus objetivos mantendo boas relações de trabalho por meio de compreensão, cooperação, harmonia e respeito em todos os níveis, sempre considerando os direitos e os deveres de cada parte conforme consta do Manual de Integração.

## **SIGILO**

Os assuntos e informações pertinentes aos pacientes, ao seu trabalho na Unidade não devem ser divulgados a pessoas ou entidades estranhas. Cuide para que os papéis e arquivos eletrônicos de seu trabalho fiquem bem guardados e não sejam do local, sem a permissão de seu superior imediato.

## **ATENDIMENTO AO CLIENTE**

É de sua responsabilidade, ao ser acionado por um cliente, atendê-lo bem, ainda que seja no encaminhamento para outro setor responsável.



## APRESENTAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

A apresentação do colaborador no ambiente de trabalho contribui decisivamente para o alto padrão de qualidade de seu atendimento e para consolidação de uma imagem diferenciada, perante a sociedade.

Entendendo-se assim, requer do funcionário em serviço,

- Uso do uniforme completo, limpo e bem passado;
- Limpeza, higiene pessoal e uniforme impecável;
- O uso de cabelo, com corte curto para os homens;
- O uso de maquiagem leve que realce o rosto, contudo sem exageros;
- Uso de unhas aparadas e acessórios discretos;
- Evite camisa muito aberta, decotes e roupas curtas e apertadas;
- Evite piercing à mostra;
- Evite perfume muito forte;
- Sapatos discretos e confortáveis;
- Para as mulheres cabelos limpos e penteados;
- Unhas limpas e aparadas;
- Fazer a higiene íntima e pessoal diariamente e quando necessário;
- Bijuterias e demais acessórios discretos, sem extravagâncias;
- Barba feita ou bem cuidada.

## IDENTIFICAÇÃO

O colaborador deve usar o seu crachá sempre que estiver no ambiente de trabalho e fora dele somente quando estiver a serviço da empresa.

## REUNIÕES

O colaborador deve participar de reuniões periódicas para revisão de serviços, sugestões operacionais e reciclagem de conhecimentos a serem definidos pela diretoria de planejamento.

## **DESPERDÍCIO DE MATERIAIS**

O uso indevido e desnecessário de material implica em aumento de custos.

Isto não é bom nem para você nem para a instituição. Portanto procure utilizar adequadamente e racionalmente todos os materiais, ferramentas, impressos e suprimentos. Evite o desperdício.

## **ZELO-USO ADEQUADO DOS RECURSOS/ EQUIPAMENTOS**

Cuide bem de tudo o que a empresa lhe confiar, como máquinas, ferramentas, computadores, móveis, armários, telefones e materiais. Acione a área responsável sempre que notar algum defeito nos equipamentos, instrumentos ou instalações.

Lembre-se que é de sua responsabilidade guardar seus equipamentos, instrumentos e ferramentas de trabalho, bem como desligá-los, quando for o caso, antes de sair do seu local de trabalho.

Quando em viagem a trabalho, é de sua responsabilidade a guarda das ferramentas e instrumentos em seu poder.

Não é permitida a saída de funcionários das dependências internas com qualquer tipo de equipamento ou material sem autorização prévia.

Os recursos da empresa estão dimensionados para atender suas necessidades operacionais, agilizar sistemas de informação, integrar colaboradores, reduzir custos e melhorar a eficiência dos processos. Portanto, utilize-os de forma racional, moderada e com bom senso.

Quando necessitar de repor materiais de escritório, favor solicitá-los junto ao responsável e assinar o protocolo da retirada.

A entrada ou saída de equipamentos das instalações seguem normas internas, segundo as quais somente podem ocorrer com o preenchimento de formulário próprio e contendo a assinatura do chefe imediato.

## **TELEFONE**



As linhas telefônicas devem estar sempre à disposição dos clientes e da empresa, pois grande parte dos serviços é processada por telefone. Assim, utilize-as para casos pessoais somente com autorização do chefe imediato.

Para o bom uso de telefone, siga as instruções:

- Atenda ao primeiro toque, com gentileza e presteza;
- Não confie na memória, tenha sempre à mão papel e caneta;
- Não deixe esperando quem chamou;
- Se necessário, anote o nome e o telefone para posterior retorno.
- Fale somente o necessário, seja claro, breve e objetivo;
- Faça ou transfira você mesmo suas ligações;
- Encerre a conversa cordialmente colocando-se sempre a disposição;
- Planeje sempre o que você vai tratar, antes de fazer uma ligação telefônica;
- Sempre que possível, evite ligar para celulares porque a tarifa é maior.

## **PRESERVAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO**

Já que você preserva sua própria aparência, nada mais natural do que preservar o seu local de trabalho, mantendo limpo e não jogando papéis e objetos no chão.

Todos os dias, antes de iniciar as atividades operacionais, favor limpar e organizar seu local de trabalho. Manter somente sobre a mesa o que for utilizar naquele momento.

Retirar dos arquivos somente as pastas e documentos referentes ao tipo de operação que for executar. Se encerrar o expediente e os serviços não tiverem sido concluídos, mesmo assim você deve novamente arquivar as pastas e documentos para o dia seguinte.

Não deixar documentos, papéis e outros objetos auxiliares sobre a mesa ao encerrar o expediente.

## **POSTURA NO AMBIENTE DE TRABALHO**

Seu ambiente de trabalho é um local compartilhado com colegas, pacientes e fornecedores, portanto, o respeito neste é fundamental para que todos se sintam bem e em segurança.

Sendo assim, é necessário evitar atitudes que possam vir a interferir no bem-estar das pessoas. Dessa forma, ficam vedadas na empresa atitudes como:

- Fumar em suas dependências;
- Promover tumultos ou desordens;
- Fazer qualquer propaganda política ou religiosa;
- Efetuar vendas ou compras de qualquer artigo.
- Fazer comentários grotescos, preconceituosos e de deboche sobre os clientes e colegas;
- Comer nas estações de trabalho e no horário de expediente.

Abuse da Educação e da Cortesia, e não confunda gentileza com bajulação e sorrisos para agradar.

- Use bom dia, boa tarde, boa noite, por favor e obrigado;
- Trate sempre por senhor, senhora ou no máximo pelo nome, nunca por, meu bem querido filho;
- Evite gírias;
- Fale com moderação, em tom adequado;
- Não bata o telefone;
- Não importune colegas com conversas desviantes;
- Respeite horários.
- 

## **BIOSSEGURANÇA**

### **CONCEITO**

Conjunto de normas adotadas no local de trabalho, que visam proteger a saúde do indivíduo, contra qualquer agente de risco.

### **OBJETIVO**



Promover a segurança, a saúde, a qualidade de vida do trabalhador e do paciente.

## **PRINCÍPIOS**

- Socializar os conhecimentos;
- Rever princípios e erros cristalizados;
- Ter senso crítico;
- Detectar erros, admiti-los e corrigi-los.

## **MEDIDAS GERAIS**

### **- PESSOAL ADMINISTRATIVO**

- Evitar permanência em locais contaminados e sujeitos a exposição de radiação.
- Não transportar espécimes potencialmente contaminados;
- Zelo pelo ambiente: limpeza e conservação.

### **- PESSOAL TÉCNICO**

Normas básicas para todas as áreas técnicas

- Usar obrigatoriamente luvas sobre as mangas do avental, somente na área técnica. Ao usa-las não manusear telefones, maçanetas e outros objetos de uso comum;
- Objetos de uso nas áreas técnicas; canetas, lápis, borrachas, etc., não devem ser usados fora do local de trabalho, assim como os EPI's;
- Cobrir cortes e ferimentos antes de iniciar qualquer trabalho;
- Manter as mãos longe dos olhos, boca e nariz;
- Usuários de lentes de contato, usar óculos nos setores de trabalho;

- Evitar roupas de lã, veludo, fibra grossas, pois liberam milhares de partículas contaminando o ambiente e o usuário;
- Usar cabelos curtos ou presos;
- Não usar anéis, pulseiras e relógios;
- Não alimentar, portar ou armazenar alimentos em locais contaminados;
- Não colocar material contaminado em geladeiras e ambientes de uso do funcionário e paciente;
- Não fumar nas dependências do trabalho;
- Proibir colocação de flores e folhas secas nas áreas técnicas;
- Fazer limpeza e desinfecção da área técnica antes e após a rotina;
- Descartar o lixo em local com tampa, pedal e sacos plásticos;
- Lavar as mãos com sabão e desinfeta-las;
- Nunca reencapar agulhas, elas devem ser desprezadas em recipiente próprio.
- Vidrarias com rachaduras ou quebradas não devem ser reaproveitadas;
- Evite contaminações acidentais. Caso ocorra, lavar com água e sabão e aplicar anti- sépticos e notificar chefia imediata;
- Nunca transportar materiais/produtos sem acondicionamento próprio;
- Considerar qualquer material biológico como possivelmente contaminado;
- Não segurar garrafas pelo gargalo;
- Usar sempre os equipamentos proteção individuais recomendados;
- Conscientizar sempre os funcionários da importância das normas de biossegurança.

## RESPONSABILIZAÇÃO – PRINCÍPIOS BÁSICOS



- Abriu - feche
- Ligou - desligue
- Sujou - limpe
- Acendeu - apague
- Desarrumou - arrume
- Pegou emprestado - devolva
- Chegou - cumprimente
- Saiu - avise
- Prometeu - cumpra
- Falou - assuma
- Recebeu - agradeça
- Gostou – elogie
- É de graça – não desperdice
- É seu – conserve
- Não é seu – não desperdice
- Quebrou - conserve
- Não sabe – não mexa
- Veio ajudar - ótimo
- Não veio ajudar – não atrapalhe
- Sabe fazer melhor – faça-o
- Não sabe – não critique

## RESULTADOS ESPERADOS

Um atendimento humanizado dentro dos princípios éticos e da cidadania, em observância aos princípios estabelecidos na carta de Direitos e Deveres dos Usuários e Trabalhadores do SUS do Estado do, sem nenhum ônus financeiro ao paciente, isto é, um serviço eficiente, objetivo, rápido na execução dos exames e entrega de resultados, preciso no diagnóstico das enfermidades, e instituições da rede de assistência médica do Estado.

## MANUAL DE COLETA DE EXAMES DE ANÁLISES CLÍNICAS

### MANUAL DE COLETA BÁSICO

#### FINALIDADE

A melhoria da qualidade na prestação de serviços de saúde tem sido uma busca constante e cada vez mais crescente no país. A qualidade dos resultados dos exames laboratoriais está intimamente relacionada à fase pré-analítica e, principalmente, às condições de coleta de sangue venoso.

Inúmeras variáveis podem interferir no desempenho da fase analítica e, conseqüentemente, na exatidão e precisão dos resultados dos exames, vitais para a conduta médica e, em última instância, para o bem-estar do paciente.

As normas básicas de coleta para cada exame devem ser consultadas neste manual, a fim de evitarmos transtornos desnecessários ao paciente e perda da qualidade de nossos serviços devido a uma coleta inadequada.

A coleta perfeita é a base para um exame perfeito. O objetivo da coleta é obter do paciente as amostras adequadas aos exames solicitados. Portanto, estas devem estar em recipientes adequados, devidamente identificados e devem ser preservadas durante seu transporte até o setor de separação. Somente procedendo-se conforme normas pré-estabelecidas de coleta pode-se garantir que as análises que serão realizadas a partir do material obtido serão válidas e confiáveis.

A coleta deve ser realizada com o devido preparo do paciente, de maneira prestativa, cortês, com o maior conforto e com o mínimo de reações adversas.

A coleta, como o seu manuseio e transporte, são fatores chaves na exatidão das análises clínicas do laboratório.

Portanto, trata-se de um serviço de mais alta importância dentro do contexto de qualquer laboratório, e do tratamento a ser dado ao paciente.

#### Causas Pré-Analíticas de Variações dos Resultados de Exames Laboratoriais

Uma das principais finalidades dos resultados dos exames laboratoriais é reduzir as dúvidas que a história clínica e o exame físico fazem surgir no raciocínio médico. Para que o laboratório clínico possa atender, adequadamente, a este



propósito, é indispensável que o preparo do paciente, a coleta, o transporte e a manipulação dos materiais a serem examinados obedeçam a determinadas regras.

Antes da coleta de sangue para a realização de exames laboratoriais, é importante conhecer, controlar e, se possível, evitar algumas variáveis que possam interferir com exatidão dos resultados. Classicamente, são referidas como condições pré-analíticas variação crono-biológica, gênero, idade, posição, atividade física, jejum, dieta, uso de drogas para fins terapêuticos ou não, e a aplicação de torniquete. Alguns aspectos do tubo de coleta, como o uso do gel separador, anticoagulantes e conservantes e características da amostra, como Hemólise e Lipemia, também podem ser causa de variação dos resultados.

### COLETA DE SANGUE ARTERIAL:

Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;

Mostrar ao paciente que a seringa é descartável;

Deixar o braço bem estendido;

Selecionar a melhor artéria de preferência a radial;

Fazer a antisepsia do local a ser puncionado com álcool a 70% ou clorexidinaidina alcoólica;

Não tocar o local da artéria depois de limpo e se tocar realizar antisepsia novamente;

Retirar o protetor da agulha ou scalp;

Esticar a pele do braço com o polegar a fim de facilitar a penetração da agulha;

Com o bisel da agulha voltado para cima, puncionar o local a ser escolhido;

Esta coleta é feita por médicos ou enfermeiros;

Retirar a agulha com o auxílio de uma mecha de algodão seco, exercendo pressão sobre o local da punção, por cerca de 5 a 10 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos. Este procedimento é obrigatório, pelo fato de ter sido puncionado uma artéria de grande calibre;

Desprezar a agulha, sem reencapá-la, na caixa para perfuro cortantes mais próxima, evitando transitar com agulhas nas mãos;

Colocar a tampa (*luer cap*) quando necessário enviar material na seringa.

## **COLETA DE SANGUE VENOSO:**

Sangue usado para maioria absoluta dos exames feitos dentro do laboratório. Punção feita em veia comum periférica; geralmente colhemos no antebraço e dorso da mão, pois são os lugares mais fáceis. Atenção: Nunca coletar o sangue de veia com medicamentos, NPP, soro fisiológico, etc.

## **COLETA COM TUBO A VÁCUO (SISTEMA VACUTAINER):**

Questionar o paciente sobre o preparo para a coleta, como por exemplo, condições de jejum;

Preparar todo o material de coleta na frente do paciente. Identificar o (s) tubo (s) com etiquetas contendo a identificação do paciente;

Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;

Mostrar ao paciente que a agulha é descartável;

Quebrar o lacre da agulha e rosqueá-la no adaptador do sistema a vácuo;

Deixar o braço do paciente bem estendido;

Garrotear o braço, próximo ao local escolhido;

Selecionar a melhor veia;

Fazer a antissepsia do local a ser puncionado com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica e esperar secar;

Não tocar o local da veia depois de limpo e se tocar realizar antissepsia novamente;

Retirar o protetor da agulha;

Esticar a pele do braço com o polegar a fim de facilitar a penetração da agulha;

Com o bisel da agulha voltado para cima e tubo de coleta dentro do adaptador, puncionar o local escolhido;

Pressionar com o polegar, como se estivesse aplicando uma injeção, os tubos específicos a cada um dos exames solicitados;

Retirar o garrote tão logo o sangue flua para dentro do tubo coletor, porém, se a veia for muito fina o garrote deverá ser mantido e a mão do paciente deverá estar aberta;

Fazer uma contrapressão no adaptador para prevenir mudanças da agulha e facilitar a remoção do tubo;

Homogeneizar suavemente os tubos, inclusive os secos e com gel;



Retirar a agulha com o auxílio de uma mecha de algodão seco, exercendo pressão sobre o local da punção, por cerca de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos;

Se o paciente estiver em condições de fazê-lo, oriente-o para que faça a pressão até que o sangramento pare;

Manter o braço em posição horizontal sem dobrá-lo;

Desprezar a agulha, sem reencapá-la, na caixa para perfuro cortantes mais próxima, evitando transitar com agulhas nas mãos.

#### **COLETA COM AGULHA E SERINGA:**

Questionar o paciente sobre o preparo para a coleta, como por exemplo, condições de jejum;

Preparar todo o material de coleta na frente do paciente. Identificar o (s) tubo (s) com etiquetas contendo a identificação do paciente;

Lavar as mãos e colocar luvas de procedimento;

Mostrar ao paciente que a agulha é descartável;

Deixar o braço do paciente bem estendido;

Garrotear o braço, próximo ao local escolhido;

Selecionar a melhor veia;

Depois de realizada a antisepsia com álcool 70 % ou clorexidina alcoólica, encaixar a agulha na seringa e retirar o protetor da agulha;

Pedir ao paciente que mantenha a mão fechada;

Pegar a seringa e colocar o dedo sobre o mandril da agulha, para guiá-la durante a introdução na veia;

Esticar a pele da dobra do cotovelo com o dedo indicador da outra mão, a uns 5 cm abaixo do local da punção, mas sem tocá-lo;

Introduzir a agulha na pele ao lado da veia que vai ser puncionada, paralelamente a ela e, lentamente, penetrar em seu interior;

Um ligeiro afrouxamento da resistência à penetração da agulha indica que houve introdução na veia. Entretanto, nem sempre esse afrouxamento é percebido. O sangue fluirá para dentro da seringa, espontaneamente;

Retirada à quantidade de sangue necessária, soltar o garrote, retirar a agulha com o auxílio de uma mecha de algodão seco, exercendo pressão sobre o local da punção, por cerca de 1 a 2 minutos, evitando assim a formação de hematomas e sangramentos. Se o paciente estiver em condições de fazê-lo,

orientar-o para que faça a pressão até que o sangramento pare. Manter o braço em posição horizontal sem dobrá-lo;

Desprezar a agulha, sem reencapá-la, na caixa para perfuro cortantes mais próxima, evitando transitar com agulhas nas mãos;

Após a retirada da agulha da seringa transferir o sangue colhido com o máximo cuidado para os tubos, com ou sem anticoagulante, de acordo com os exames solicitados;

Escorrer lentamente o sangue pelas paredes dos frascos ou tubos, sem provocar a formação de espuma. Tampar os frascos e tubos, para evitar evaporação ou contaminação;

Os tubos com anticoagulante devem ser invertidos várias vezes, lentamente, pois uma agitação violenta causa hemólise;

Os tubos com gel também devem ser invertidos várias vezes para ativação mais eficaz do processo de coagulação.

*Exemplos de tubos de coleta: Atenção para prematuros e recém-nascidos, temos microtubos, coleta especial. (Microtainer, Ap, etc).*



#### COLETA DE SANGUE PELO CATETER

Preferencialmente usar via distal (cateter de duplo lúmen);

Realizar desinfecção da via com álcool a 70% ou clorexidina alcoólica;

Infundir SF 0,9% suficiente para lavar a extensão do cateter;

Desprezar os 3 primeiros mL de sangue e com uma nova seringa fazer a coleta;

Coletar volume necessário.

#### COLETA DE SANGUE (EXAMES DE COAGULAÇÃO).



## **Preparo do paciente**

Jejum de 4 horas. Não ter feito exercícios físicos antes da coleta do material. Repouso de 20 minutos antes da coleta. Evitar o uso de Heparina por 2 dias e de anticoagulante oral por 2 semanas. Atenção: se o paciente estiver tomando anticoagulante oral ou Heparina por orientação médica, não suspender a medicação. Colher o material e anotar na ficha. A conduta de suspender a medicação deve ser avaliada e autorizada pelo médico responsável pelo paciente.

### **Coleta**

O garroteamento não pode ser prolongado (não mais que 1 minuto).

A punção deve ser feita a menos traumática possível.

Colher o material utilizando técnica do duplo tubo ou da dupla seringa (o material do 1º tubo ou seringa não será utilizado para os testes de coagulação).

Coleta com o sistema Vacutainer: utilizar para os testes de coagulação o material colhido a partir do 2º tubo.

Coleta com seringa: utilizar para os testes de coagulação o material a partir da 2ª seringa. Para colocar o sangue no tubo após a coleta, desconectar a agulha da seringa, deixar o sangue escorrer lenta e cuidadosamente pela parede sem causar turbilhamento.

Homogeneizar o sangue com o anticoagulante imediatamente após a retirada do Vacutainer do suporte, inverter cuidadosamente o tubo 5 vezes. Não agitar. Desprezar a agulha, sem reencapá-la, na caixa para perfurocortantes mais próxima, evitando transitar com agulhas nas mãos.

### **URINA DE 12 HORAS:**

No momento em que iniciar a coleta, esvaziar a bexiga. Não colher esse material. Marcar bem esse horário (por exemplo: 07:00 horas).

Começar a coleta com a segunda urina do dia. Colher todas as urinas das 12 horas seguintes, a partir do horário em que foi desprezada a primeira urina. (Por exemplo: das 07:00 às 19:00 horas).

A urina deverá ser colhida nos frascos fornecidos pelo laboratório ou em frascos de água mineral. Ao completar às 12 horas, não guardar mais nenhuma urina no frasco.

Marcar nos frascos os horários: inicial e final da coleta, identificação do paciente e exame a ser realizado.

Observação: Para pacientes internados descer a urina em frascos de 6 horas até completar o período pedido pelo médico. Só descer o pedido para cadastro ao término da coleta solicitado pelo médico (12 horas ou 24 horas).

### **URINA DE 24 HORAS:**

No dia em que iniciar a coleta, ao levantar-se pela manhã, esvaziar a bexiga. Não colher essa urina. Marcar bem a hora em que essa urina foi desprezada (exemplo: 07:00 horas).

Começar a coleta com a segunda urina do dia. A partir desse momento, colher toda a urina e guardar nos frascos fornecidos pelo laboratório ou em garrafa de água mineral.

Terminar a coleta com a primeira urina do dia seguinte, de preferência no mesmo horário em que desprezou a primeira urina no dia anterior (07:00 horas, como no exemplo).

Caso a coleta da última urina não coincida com o horário urina desprezada no dia anterior, haverá uma tolerância de uma hora. Assim, se a primeira urina foi desprezada às 07:00 horas, a última poderá ser colhida no horário entre 06:00 e 08:00 horas.

Ao concluir a coleta não guardar mais nenhuma urina nesse frasco. Marcar nos frascos os horários: inicial e final da coleta, identificação do paciente e exame a ser realizado.

Observação: Para pacientes internados descer a urina em frascos de 6 horas até completar o período pedido pelo médico, caso não tenha geladeira no andar. Só descer o pedido para cadastro ao término da coleta solicitado pelo médico (12 horas ou 24 horas).

### **FEZES:**

Utilizar recipiente coletor universal. Colher preferencialmente no período da manhã, evitar contaminação por urina, água, gordura ou outros elementos e manter refrigerada até chegar ao laboratório.

Não usar laxantes ou leite de magnésia para obtenção das fezes.

Encaminhar o mais rápido para o laboratório.

Não ter usado: - antiparasitários e antibióticos (3 semanas)

- antidiarreicos e anti-inflamatórios (72 horas)



## INTRODUÇÃO

O material coletado deve ser representativo do processo infeccioso investigado, devendo ser escolhido o melhor sítio da lesão, evitando contaminação com as áreas adjacentes.

A coleta e o transporte inadequados podem ocasionar falhas no isolamento do agente etiológico e favorecer o desenvolvimento da flora contaminante, induzindo a um tratamento não apropriado. Portanto, procedimentos adequados de coleta devem ser adotados para evitar o isolamento de um "falso" agente etiológico, resultando numa orientação terapêutica inadequada.

O profissional responsável pela coleta será também responsável por identificar de forma legível e correta o material a ser encaminhado ao laboratório de microbiologia.

Na amostra devem estar identificados:

Nome e registro do paciente.

Data de nascimento, caso o paciente seja de ambulatório.

Leito ou ambulatório e especialidade.

Material colhido e local de onde foi colhido.

Data, hora e quem realizou a coleta no pedido médico.

## ASPECTOS BÁSICOS DA COLETA, SEGURANÇA E DO TRANSPORTE DE AMOSTRA.

Quem coleta o material deve ser devidamente treinado e periodicamente reciclado nesta atividade.

Deve saber que o material deverá ser destinado, o mais brevemente possível, ao laboratório.

Considerações gerais da coleta microbiológica:

Colher antes do início do antimicrobiano, sempre que possível.

Instruir claramente o paciente sobre o procedimento.

Observar a antissepsia na coleta de todos os materiais clínicos.

Colher do local onde o microrganismo suspeito tenha maior probabilidade de ser isolado.

Quantidade suficiente de material deve ser coletada para permitir uma completa análise microbiológica.

#### **Considerações de segurança:**

Utilizar as barreiras de proteção necessárias a cada procedimento.

Toda amostra deve ser tratada como potencialmente patogênica.

Usar frascos e meios de transporte apropriados.

Não manusear a amostra em trânsito.

Não contaminar a superfície externa do frasco de coleta e verificar se ele está firmemente vedado (caso ocorram respingos ou contaminação na parte externa do frasco, limpar com álcool 70%).

Não contaminar a requisição médica que acompanha o material.

As amostras deverão ser transportadas na maleta de transporte.

O profissional que transporta o material deverá usar luvas de procedimento.

Identificar claramente a amostra coletada, com todos os dados necessários.

Colocar a identificação no frasco de coleta e nunca na tampa ou sobre rótulos.

Encaminhar os materiais imediatamente ao laboratório.

#### **Transporte das Amostras:**

Consultar o laboratório para verificar a disponibilidade dos meios de transporte.

Transportar as amostras **IMEDIATAMENTE** ao laboratório para:

- Assegurar a sobrevivência e isolamento do microrganismo, pois o laboratório de microbiologia trabalha basicamente em função da viabilidade dos microrganismos;

- Evitar erros de interpretação nas culturas quantitativas, principalmente urina e lavado bronco-alveolar.



## CRITÉRIOS PARA REJEIÇÃO DE AMOSTRAS CLÍNICAS.

O recebimento criterioso das amostras clínicas pelo laboratório de microbiologia garante uma melhor correlação clínico/laboratorial.

O microbiologista ou responsável pela rotina deverá verificar se a amostra está apropriadamente identificada, se a quantidade de material é suficiente e observar o aspecto da amostra - purulento, límpido, hemorrágico e o tempo de estabilidade da amostra.

### Principais erros de identificação

Discrepância entre a identificação da amostra e o pedido médico.

Falta de identificação da amostra.

Origem da amostra ou tipo de amostra não identificada.

Teste a ser realizado não especificado.

### Amostras Inadequadas

Material clínico recebido em solução de fixação (formalina).

Escarro para cultura de anaeróbios.

Ponta de cateter em meio de transporte ou tubo para coleta sanguínea ou imerso em líquido.

Urina contaminada com fezes ou fezes contaminada com urina.

Ponta de cateter de Foley.

Material conservado inadequadamente com relação à temperatura (urinas colhidas há mais de 24 horas, que ficaram guardadas em geladeira, ou colhidas há mais de duas horas, sem refrigeração).

Frascos não estéreis.

Presença de vazamentos, frascos quebrados ou sem tampa, com contaminação na superfície externa.

Swab único com múltiplas requisições de testes microbiológicos.

Swab seco.

Amostras com as características acima descritas são inadequadas e demandam um contato prévio com o médico solicitante para melhores esclarecimentos.

## COLETA DE HEMOCULTURAS

### TÉCNICAS DE COLETA

Lavar as mãos e utilizar luvas estéreis;

Preparar o material, dispor a etiqueta de identificação no frasco, anotando o nome do paciente, leito, data, hora e local de coleta (sítio anatômico), imediatamente ao procedimento. *Atenção: Não colar a etiqueta de identificação sobre o código de barras do frasco.*



Remover os selos da tampa dos frascos de hemocultura e fazer desinfecção prévia nas tampas com álcool 70% ou clorexidina alcoólica;

Garrotear o braço do paciente e selecionar uma veia adequada. Esta área não deverá mais ser tocada com os dedos;

Fazer a antissepsia com álcool 70% ou clorexidina alcoólica de forma circular e de dentro para fora;

Aplicar solução clorexidina alcoólica 0,5% também com movimentos circulares e de dentro para fora. Aguardar secar antes de efetuar a coleta;

Coletar a quantidade de sangue e o número de amostras recomendado de acordo com as orientações descritas ou se discriminadas no pedido médico;

Identificar cada frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida;

Encaminhar ao laboratório em 30 minutos.





### **Observações:**

Não é recomendada a técnica de coleta através de cateteres periféricos ou centrais (CVC), a não ser que esteja em pedido médico;

Punções arteriais não trazem benefícios na recuperação dos microrganismos quando comparadas com punções venosas;

Não se recomenda a troca de agulhas entre a punção de coleta e distribuição do sangue no frasco de hemocultura;

Método de coleta do sangue e o volume coletado influenciam diretamente no sucesso de recuperação de microrganismos e uma interpretação adequada dos resultados.

### **NÚMERO DE FRASCOS, VOLUME DE SANGUE E MOMENTO DA COLETA.**

Coletar preferencialmente antes do início da antibioticoterapia. Entretanto, o uso prévio de antimicrobianos não é impeditivo para a realização do exame.

A Coleta de duas ou três amostras em 24 horas costuma ser suficiente para descartar bacteremia ou endocardite e permitem melhor interpretação do resultado para avaliar possibilidade de contaminação.

Mais de três amostras não contribuem para aumentar a chance de diagnóstico.

O volume ideal corresponde a 8 - 10 ml de sangue por punção em adultos e adolescentes. Quanto maior o volume de sangue inoculado no meio de cultura, melhor recuperação do microrganismo, desde que respeitada a proporção sangue/meio de cultura. Sangue em desproporção com o meio pode inibir o crescimento bacteriano.

Não há vantagem em colher hemocultura durante o pico febril.

**Adultos e Adolescentes** (colher amostras de 8 a 10 ml por frasco de BACTEC)

Infecções sistêmicas e localizadas (sepse aguda, meningite, osteomielite, artrite ou pneumonia bacteriana aguda): coletar duas amostras de punções venosas diferentes, antes da antibioticoterapia. Se após 48 horas de cultivo, não apresentarem crescimento bacteriano, colher mais duas amostras.

Febre de origem indeterminada: coletar duas a quatro amostras de punções venosas diferentes em 48 horas. Se, após 48 horas de cultivo, não apresentarem crescimento bacteriano, colher mais duas amostras.

Endocardite bacteriana aguda: coletar três amostras de punções venosas diferentes.

Endocardite bacteriana subaguda: coletar três amostras, nas primeiras 24 horas, com punções venosas diferentes. Colher, de preferência, as duas primeiras antes do início da febre. Se, após 48 horas de cultivo, não apresentarem crescimento bacteriano, colher mais três amostras.

Paciente com picos febris regulares: coletar não mais que três amostras de sítios diferentes antes do início da febre (1 hora); evitar o pico febril.

### **Crianças**

Coletar amostras com 1 ml a 3 ml para cultura no frasco de BACTEC Pediátrica.

Duas culturas são recomendadas para diagnóstico de bacteremias.

Em recém-nascidos, em especial de baixo peso, recomenda-se apenas uma amostra para evitar espoliação de sangue.

### **Diagnóstico de bacteremia em pacientes com cateteres vasculares**

Cateteres venosos ou arteriais inseridos há mais de 48 horas também podem ser fonte de infecção e uma amostra de cada lúmen do cateter central deve ser adequadamente coletada, simultaneamente a uma amostra de sangue de sítio periférico, quando não há outro foco evidente para a febre.

Anotar no pedido e nos frascos a origem do sangue (periférico e do cateter) e a hora da coleta;

Se a cultura obtida do acesso vascular tornar-se positiva antes da cultura periférica (isto é, mais de 2 horas), o cateter é, possivelmente, a fonte da infecção.

Não colher cultura do cateter periférico.



## COLETA DE PONTA DE CATETER INTRAVASCULAR

Cateteres intravenosos são importantes fontes de bacteremia e fungemia, bem como causadores de complicações infecciosas no local da inserção. Quando existe suspeita de colonização no cateter, com a possibilidade de evolução para septicemia, a ponta do cateter deve ser cultivada.

### Indicações de envio de pontas de cateteres para cultura:

- Presença de sinais locais de infecção (hiperemia, dor ou secreção purulenta).
- Suspeita de febre ou sepse associadas ao cateter.

*Obs: Quando o cateter for retirado por mau funcionamento ou por não haver mais indicação, não há necessidade de enviá-lo para cultura, na ausência de febre ou sinais locais de infecção.*

## TÉCNICAS DE RETIRADA DA PONTA DE CATETER

Cultura semiquantitativa da ponta de cateter (Método de Maki) é importante para determinar a relação entre colonização do cateter e sepse. O resultado obtido, entretanto, depende de técnicas de retirada adequada.

Deve ser salientado que os mesmos cuidados de desinfecção utilizados na introdução do cateter devem ser adotados no momento da retirada. São eles:

Lavar as mãos e utilizar luvas estéreis;

Fazer uma rigorosa antisepsia da pele ao redor do cateter com álcool 70% ou clorexidina alcoólica;

Remover o cateter e cortar, com instrumento estéril, 5 cm (NÃO MAIS QUE ISSO) da parte mais distal, ou seja, a que estava mais profundamente introduzida na pele. Não usar tesouras embebidas em soluções antissépticas;

Colocar o pedaço do cateter num frasco estéril (coletor universal), sem líquido;

Cateteres aceitáveis para cultura semiquantitativa: intracath, duplo lumen, PICC, Shiley, Hickman, periférico, arterial, umbilical e Swan-Ganz;

Identificar o frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida;

O material deve ser transportado imediatamente ao laboratório evitando sua excessiva secagem;

A presença de um número maior ou igual a 15 colônias de um único tipo de bactéria sugere que a ponta de cateter pode estar sendo fonte de infecção;



## COLETA DE URINA

A coleta deve ser feita pela manhã, preferencialmente da primeira micção do dia, ou então após retenção vesical de duas a três horas.

### CRIANÇAS:

Higiene rigorosa prévia dos genitais com água e sabão neutro, e posterior secagem com gaze estéril.

### TÉCNICA DE COLETA

O ideal é jato intermediário (jato médio) espontâneo. Bem indicado em crianças que urinam sob comando.

Em lactentes em que não se consegue coletar através do jato médio, pode-se usar o saco coletor de urina, porém a troca deve ser realizada de 30 em 30 minutos e, ao trocar o coletor, refazer a higiene.



Aspirar à urina de dentro do saco coletor com uma seringa e enviar a própria seringa ao laboratório ou colocar o próprio saco coletor dentro do frasco próprio para coletar urina e enviar ao laboratório.

Identificar a seringa com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida.

Encaminhar ao laboratório em até 30 minutos.

#### **ADULTO SEXO FEMININO:**

A coleta de amostras do sexo feminino deve ser supervisionada pessoalmente por uma enfermeira ou auxiliar treinada. Encaminhar ao laboratório em até 30 minutos.

#### **TÉCNICA DE COLETA.**

Remover toda a roupa da cintura para baixo e sentar no vaso sanitário.

Separar as pernas tanto quanto for possível.

Afastar os grandes lábios com uma das mãos e continuar assim enquanto fizer a higiene e coleta do material.

Usar uma gaze embebida em sabão neutro, lavar de frente para trás e certificar-se que está limpando por entre as dobras da pele, o melhor possível.

Enxaguar com uma gaze umedecida, sempre no sentido de frente para trás.

Continuar afastando os grandes lábios para urinar. O primeiro jato de urina deve ser desprezado no vaso sanitário.

Colher o jato médio urinário no frasco fornecido pela enfermagem (um pouco mais da metade do frasco). Evite encher o frasco.

Fechar bem o frasco e caso haja algum respingo na parte externa do frasco, lave-o e enxugue-o.

Identificar o frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida.

Encaminhar ao laboratório em 30 minutos.

#### **ADULTO SEXO MASCULINO:**

A coleta deve ser feita pela manhã, preferencialmente da primeira micção do dia, ou então após retenção vesical de duas a três horas.

Fazer higiene da glândula e prepúcio com água e sabão neutro.

Desprezar o primeiro jato de urina e colher o jato intermediário no frasco fornecido.

Fechar bem o frasco e caso haja algum respingo na parte externa do frasco, lave-o e enxugue-o.

Identificar o frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida.

Encaminhar ao laboratório em até 30 minutos.



### **PACIENTES CATETERIZADOS COM SISTEMA DE DRENAGEM FECHADA**

Pinçar a Sonda vesical de demora por um período;

Lavar as mãos e utilizar luvas de procedimento.

Fazer desinfecção com álcool 70% no dispositivo do sistema coletor da sonda vesical de demora próprio para punção.

Colher a urina puncionando-se o dispositivo na proximidade da junção com o tubo de drenagem, aspirando com agulha e seringa 30x7.

Não colher a urina da bolsa coletora. No pedido laboratorial deverá constar que o paciente está cateterizado.

Identificar a seringa com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida.

Encaminhar ao laboratório em 30 minutos.



### **Observações importantes:**

Não realizar cultura de ponta de sonda vesical, porque o crescimento bacteriano representa a flora da uretra distal.

Na suspeita de infecção urinária relacionada à sondagem vesical, com possibilidade de sacar a mesma, recomenda-se cultura de urina após 48 horas da retirada da sonda na monitorização de processos infecciosos. Uroculturas realizadas antes deste período podem fornecer resultados positivos sem que eles estejam, necessariamente, associados à infecção.

## **COLETA DE ESCARRO**

Existem ocasiões em que o paciente deve participar ativamente da coleta de material, como no caso do escarro. A melhor coleta é feita sob a supervisão direta da equipe de enfermagem ou do fisioterapeuta.

Lembrar que este material não é considerado ideal para avaliação microbiológica do trato respiratório.

## **TÉCNICAS DE COLETA DE ESCARRO**

Orientar o paciente da importância da coleta do escarro e não da saliva.

Colher somente uma amostra por dia, se possível o primeiro escarro da manhã, antes da ingestão de alimentos.

Orientar o paciente para escovar os dentes, somente com água (não utilizar pasta dental) e enxaguar a boca várias vezes, inclusive com gargarejos.

Respirar fundo várias vezes e tossir profundamente, recolhendo a amostra em um frasco de boca larga (coletor universal estéril). Caso haja algum respingo na parte externa do frasco, lave-o e enxugue-o.

Encaminhar imediatamente ao laboratório.

Na suspeita de infecção por micobactérias ou fungos, coletar pelo menos três amostras, em dias consecutivos (somente uma amostra por dia).

Em caso de pacientes com dificuldades para escarrar, esta amostra poderá ser induzida por inalação.



### COLETA DE SECREÇÃO OU ASPIRADO TRAQUEAL

A coleta deste material é realizada em pacientes utilizando tubo endotraqueal e traqueostomizados, através de sonda de aspiração. Os resultados microbiológicos dessas amostras podem refletir colonização local, sendo a interpretação clínica extremamente complicada.

### TÉCNICAS DE COLETA DE SECREÇÃO OU ASPIRADO TRAQUEAL

Lavar as mãos e utilizar luvas de procedimento;

Na sua mão dominante, utilizar luva estéril;

Faça a aspiração da secreção acumulada na traqueia e despreze;

Conecte o "bronquinho" em uma nova sonda de aspiração e tente obter aproximadamente 2 mL de secreção, sempre de maneira asséptica;

Não abra o "bronquinho". Fechar bem o frasco e caso haja algum respingo na parte externa do frasco, lave-o e enxugue-o;

Identificar o frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida;

Encaminhar ao laboratório em 30 minutos





## COLETA DE SECREÇÃO DE FERIDAS, ABSCESSOS E EXSUDATOS.

O sítio anatômico específico, bem como as informações adicionais (material de ferida superficial ou profunda), são extremamente valiosos para o laboratório, auxiliando na interpretação dos resultados.

Lavar as mãos e utilizar luvas de procedimento;

Em caso de coleção subcutânea fechada (abscesso), fazer antissepsia da pele íntegra sobre a lesão com clorexidina alcoólica 0,5% e coletar material por punção com agulha e seringa;

Se ferida aberta (úlceras) lavar a intensamente superfície da lesão com solução fisiológica e gaze estéril, removendo toda a secreção superficial;

Coletar o material purulento localizado na parte mais profunda da ferida, utilizando-se, de preferência, aspirado com seringa e agulha. Quando a punção com agulha não for possível, aspirar ao material somente com seringa tipo insulina;

Swabs (menos recomendados) serão utilizados quando os procedimentos acima citados não forem possíveis. A escarificação das bordas após antissepsia pode produzir material seroso que é adequado para cultura;

Identificar a seringa ou frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida. Indicar precisamente o local de onde foi colhida a secreção;

Na suspeita de infecção de feridas profundas ou osteomielite, enviar fragmentos de tecido ou osso em frasco com soro fisiológico.

Encaminhar ao laboratório imediatamente;

### **Observações:**

A descontaminação da superfície das lesões ou abscessos abertos, antes da coleta do material, é crítica para interpretação do resultado.

Não coletar o pus emergente. O material das margens da lesão e a parte mais profunda do sítio escolhido são mais representativos e possui maior viabilidade de microrganismos.

A cultura de lesões secas e crostas não é recomendada, a menos que a obtenção de exsudato não seja possível.

A coleta de ferida de queimadura deve ser realizada após extensa limpeza e debridamento da lesão. Biópsia da pele é a técnica mais recomendada.



#### **COLETA DE LÍQUIDOS CAVITÁRIOS (Líquido pleural, líquido de diálise, líquido pericárdico, líquido ascítico, líquido sinovial e medula óssea).**

Os líquidos devem ser enviados em tubo ou frasco estéril, de preferência sendo um tubo exclusivo para a realização de exames microbiológicos e deve ser encaminhado ao laboratório à temperatura ambiente.

Quando o volume for superior a 1 mL, pode ser inoculado diretamente em frasco de hemocultura e transportado à temperatura ambiente.

Para cultura de coleção intracavitária (por exemplo, líquido peritoneal, no caso de peritonites secundárias) enviar preferencialmente líquido colhido por seringa, ao invés de swab.

#### **COLETA DE SECREÇÃO OCULAR**



As culturas deverão ser coletadas antes da aplicação de antibióticos, soluções, colírios ou outros medicamentos.

Lavar as mãos e usar luvas de procedimento.

Desprezar a secreção purulenta superficial e, com swab colher o material da parte interna da pálpebra inferior.

Colocar o swab no meio Stuart fornecido pelo laboratório.

Identificar corretamente a amostra e enviar imediatamente ao laboratório, evitando a excessiva secagem do material.

## COLETA DE FEZES

### Coprocultura

Devem ser coletadas no início ou fase aguda da doença, quando os patógenos estão usualmente presente em maior número e, preferencialmente, antes da antibiótico-terapia.

Lavar as mãos, usar luvas de procedimento;

Coletar as fezes e colocar em um frasco estéril com conservante para coprocultura fornecido pelo Laboratório em quantidade equivalente a uma colher de sobremesa. Preferir sempre as porções mucosas e sanguinolentas;

Identificar o frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao Laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida;

Encaminhar ao laboratório em 30 minutos.



### Rotavírus e Adenovírus

Imediatamente após a evacuação deve transferir uma porção de fezes (mais ou menos uma colher) a um frasco sem conservante.

## SWAB RETAL

Usar swab de algodão, certificando-se de que a ponta da haste que suporta o algodão está bem revestida.

Lavar as mãos, usar luvas de procedimento.

Umedecer o swab em salina estéril (não usar gel lubrificante) e inserir no esfíncter retal, fazendo movimentos rotatórios.

Colocar o swab no meio Stuart fornecido pelo laboratório.

Identificar o frasco com todas as informações padronizadas e enviar ao laboratório juntamente com a solicitação médica devidamente preenchida.

Encaminhar ao laboratório em 30 minutos.



## MICOLÓGICO DIRETO

Orientar os pacientes a não tomar banho, não usar cremes e tirar esmalte (quando lesão estiver localizada nos pés e mãos).

Lavar as mãos, usar luva de procedimento.

Raspar nas bordas das lesões ou as lesões recentes, quando elas forem múltiplas. Procurar obter o máximo de material possível.

Enviar o material entre duas lâminas identificadas com os dados do paciente em temperatura ambiente.



## **PESQUISA DE *Streptococcus agalactiae* (Strepto $\beta$ hemolítico)**

A coleta deve ser realizada obrigatoriamente entre a 35<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semanas de  
Gestação ou a critério médico.

Para coleta é necessário não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta.  
Se tiver tomado banho ou evacuado pela manhã, é possível coletar o material  
no final da tarde.

Fazer inicialmente um swab (Stuart) no introito vaginal sem utilização de  
especulo. A amostra deverá ser colhida da vagina inferior, introduzindo o swab  
por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da  
parede vaginal.

Fazer posteriormente um swab anal introduzindo levemente (em torno de 0,5  
cm) no esfíncter anal.

Identificar os meios de transporte com os respectivos locais de coleta (vaginal e  
anal).

Obs.: Utilizar dois swabs diferentes para as coletas dos sítios anal e vaginal.



## **CULTURAS DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

Colher amostra retal ou perirretal combinado com amostras nasal e axilar  
em swab com meio de transporte (Stuart).

Para os casos de vigilância direcionada a microorganismos específicos as  
amostras devem ser as seguintes:

VRE - swab retal ou perirretal

Enterobactérias (incluindo KPC e produtoras de ESBL) – swab retal e inguinal

Acinetobacter e Pseudomonas – retal e orofaringe

MRSA – swab nasal e inguinal.

Neonatal – Nasal e periumbilical

O material coletado deve ser encaminhado imediatamente ao laboratório de microbiologia com a identificação de cada amostra com o local do swab, nome e o registro do paciente.

## **PESQUISA DE VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO**

### **Swab Nasofaríngeo:**

Para coletar uma amostra com o swab nasofaríngeo, introduza-o cuidadosamente na narina, girando-o e empurrando-o suavemente em direção à parte posterior da nasofaringe. Gire suavemente o swab três vezes e em seguida remova-o da nasofaringe. Utilizar somente os swabs fornecidos no Kit.

Transportar o swab em tubo cônico contendo de 1 a 2 mL de solução salina estéril.

### **Aspirado Nasofaríngeo:**

Instile algumas gotas de uma solução salina esterilizada na narina que será aspirada. Introduza o tubo plástico flexível ao longo da base da narina, paralelamente ao palato. Após sua introdução na nasofaringe, aspire as secreções a medida em que o tubo é removido. Este procedimento deve ser repetido para a outra narina caso sejam obtidas secreções inadequadas da primeira narina.

## **PESQUISA DE COQUELUCHE**

A coleta do material de casos suspeitos de coqueluche deverá ser realizada preferencialmente no início dos sintomas característicos da doença (período catarral).

Antes da antibioticoterapia ou com no máximo 2 ou 3 dias.

Retirar o swab com meio de transporte no Laboratório.



Introduzir um swab ultra-fino, flexível e estéril na narina do paciente até encontrar resistência na parede posterior da nasofaringe. Realizar movimentos rotatório.

Coleta de apenas um swab pernasal profundo e utilização de um tubo de transporte com antibiótico.

Após a coleta, estriar o swab na superfície do meio e a seguir introduzir na base do meio de transporte com antibiótico.

Atenção o "swab" deve permanecer dentro do tubo.

Identificar o tubo com os dados ou número de identificação do paciente.

Os tubos com o material coletado deverão ser encaminhados imediatamente ao laboratório em temperatura ambiente.

O envio das amostras é realizado de segunda a sexta (exceto feriados). Entrar em contato com o laboratório que irá receber o material coletado, para que as providências para a continuidade do exame sejam tomadas.



Meio de  
transporte

Com antibiótico



## ATENÇÃO

Recomendações para o uso de swab com haste de metal sem a alça de plástico:

abrir a embalagem pela extremidade de metal;

expor a extremidade de metal e dobrá-la cerca de 2cm (aproximadamente a largura de um dedo) formando uma alça;

retirar o restante do swab da embalagem;

proceder a coleta normalmente.

**ESTE PROCEDIMENTO DEVERÁ GARANTIR QUE O SWAB FIQUE COMPLETAMENTE INSERIDO DENTRO DO TUBO CONTENDO O MEIO DE TRANSPORTE.**

### **PESQUISA DE INFLUENZA A (H1N1)**

Conteúdo do Kit que deverá ser retirado no Laboratório:

- 3 swabs de rayon
- SINAN + Ficha de Investigação com todos os campos marcados preenchidos.

Para realização de pesquisa de influenza A (H1N1):

Colher swab combinado de naso e orofaringe (um swab de orofaringe e um de cada narina). **Os três swabs deverão ser colocados no mesmo tubo, contendo no máximo 3 mL de solução salina fisiológica estéril.** Lacrar e identificar. OU

Colher aspirado de nasofaringe com frasco coletor de secreção (bronquinho). Lacrar e identificar.

Encaminhar o material (swab combinado ou bronquinho), SINAN e ficha de investigação preenchidos ao laboratório imediatamente após a coleta.

A coleta do material deve ser feita preferencialmente antes do início do tratamento. O início do tratamento deve ser o mais precoce possível e a coleta de material não deve retardar seu início. Em pacientes com fatores de risco para complicações e com SRAG, o antiviral ainda apresenta benefícios mesmo se iniciados 48 horas após o estabelecimento das manifestações clínicas.

O envio das amostras é realizado de segunda a sexta (exceto feriados). Entrar em contato com o laboratório que irá receber o material coletado, para que as providências para a continuidade do exame sejam tomadas.





Swab de nasofaringe  
orofaringe

+

Swab de

Ou



Aspirado de nasofaringe com frasco coletor (bronquinho)

## MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DE ENFERMAGEM

### Normas e Rotinas de Enfermagem – Unidade de Pronto Atendimento

#### I. Protocolos Administrativos

##### PROTOCOLOS DO CENSO DIÁRIO

###### Normas:

- Conferir diariamente o movimento dos pacientes;
- Conferir admissões, altas, óbitos e transferências no livro de registro;
- Entregar o censo ocupacional corrigido na Recepção, diariamente, até à 09:00 horas.

###### Ações:

- Entregar diariamente o censo ocupacional no setor de Recepção
- Comunicar altas, admissões, óbitos e transferências ao setor de Recepção;
- Conferir as admissões, altas, óbitos e transferências;
- Anotar no livro de registro as admissões, altas, óbitos e transferências;
- Confrontar total numérico do censo com o livro de registro e movimento da Unidade;
- Conferir o censo na passagem do plantão



## PROTOCOLOS DO RELATÓRIO DE ENFERMAGEM E DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

### Normas:

- Escrever de modo claro e conciso no relatório de enfermagem (livro de ocorrência);
- Preencher de modo preciso os dados relacionados na ficha de sistematização da assistência de enfermagem (SAE);
- Obedecer às normas das anotações no prontuário.

### Ações:

- Fazer as anotações no livro próprio, prontuário e ficha da SAE;
- Iniciar com o sumário do movimento diário;
- Constar o movimento geral e as ocorrências relevantes: as admissões, altas, óbitos, transferências, gravidade do paciente, encaminhamentos, solicitações e realizações de exames, queixas, anormalidades observadas na evolução da doença, pacientes com controles e recomendações especiais;
- Assinar o livro, prontuário e a ficha da SAE.

## PROTOCOLOS DE ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO

### Normas:

- Escrever as evoluções de enfermagem com caneta azul no período da manhã, caneta preta no período da tarde e de caneta vermelha no período noturno;
- Escrever com letra legível;
- Escrever de modo claro e conciso no relatório de enfermagem (livro de ocorrência);
- Assinar todas as anotações, não usar rubrica;
  
- Utilizar apenas abreviaturas padronizadas
- Não rasurar.

### Ações:

- Não escrever com lápis grafite;
- Escrever as informações de modo exato, claro, completo, conciso e legível;
- Escrever as palavras por extenso;
- Utilizar apenas abreviaturas padronizadas: SNG, SNE, SVD, SVA, SSVV, P, T, R, PA, MMSS, MMII, EAP, IRA, IAM, ICC, AVCI, AVCH, SaO2, FC, TC, RX, TCE, TRM, EX, LAB;
- Não deixar espaço em branco entre as anotações.
- Usar terminologia adequada;
- Fazer evoluções de enfermagem nos horários padronizados e nas intercorrências;
- Checar medicação administrada em horário padrão e justificar as não realizadas;
- Registrar a realização de exames para fins diagnósticos;
- Relatar as informações sobre o estado do paciente e dos cuidados a ele dispensados;
- Anotar características das feridas;
- Realizar balanço hídrico com precisão, anotando na folha própria;
- Anotar admissão do paciente, informando: hora, procedência, hipótese diagnóstica, estado geral, meio de locomoção e médico;
- Anotar no prontuário quando a prescrição for feita por ordem verbal; (por ex: ordem do médico);
- Anotar resultado da verificação de SSVV;
- Registrar queixas do paciente ou anormalidades observadas;



- Anotar aceitação alimentar, e em casos de dietas especiais, anotar tipo, horário, se foi por sonda, etc.;
- Anotar perdas hídricas anormais: vômitos, diarreias, sudorese excessiva, poliúria, caracterizando-as, etc.;
- Anotar presença de evacuações;
- Anotar aceitação ou rejeição alimentar;
- Registrar saída do paciente: alta, óbito e/ou transferência;
- Registrar no impresso do SAE os dados completos.

## PROTOCOLOS DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL E MEDICAMENTOS À FARMÁCIA

### Normas:

- Solicitar à Farmácia no impresso próprio;
- Realizada pelo técnico / auxiliar de enfermagem, observando a prescrição médica e sempre conferida e assinada pela Enfermeira da Unidade;
- Solicitar, diariamente, após a prescrição médica.

### Ações:

- Abrir documento individual de cada paciente, inserir pedidos e enviar cópia para Farmácia contendo a quantidade suficiente a ser utilizada durante aquele período;
- Conferir os materiais e medicamentos recebidos;
- Acondicioná-los em local apropriado;
- Revisar materiais de reserva do armário, repondo quando necessário;
- Comunicar intercorrência à Enfermeira Chefe.

## PROTOCOLOS DE REQUISIÇÃO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA À FARMÁCIA

### Normas:

- Obedecer às exigências do serviço de fiscalização de medicina e farmácia;
- Manter sob controle o estoque de reserva de emergência;
- Providenciar receituário próprio dentro das Unidades do setor;
- Registrar toda medicação psicotrópica recebida em caderno apropriado para controle dos mesmos.

### Ações:

- Providenciar receituário próprio: branco ou rosa, de acordo com a prescrição médica;
- Requisitar no documento de pedidos à Farmácia;
- Levar à Farmácia o pedido próprio desta e a receita controlada;

- Anotar no caderno de controle a quantidade de psicotrópicos recebidos;
- Conferir medicação recebida e acondicioná-la no local adequado. Fazer controle periódico do estoque reserva, providenciando complementação;
- Manter o armário de psicotrópicos sempre fechado.



## PROTOCOLOS DE REQUISIÇÃO DE MATERIAL AO ALMOXARIFADO

### Normas:

- Requisitar em bloco de pedido ou ordem de serviço;
- Discriminar o pedido;
- Os pedidos podem ser feitos todos os dias, até as 09:00 horas.
- Solicitações extras deverão ser encaminhadas ao almoxarifado no horário pré-estabelecido.

### Ações:

- Fazer solicitação de material no impresso próprio;
- Discriminar o material solicitado, qualificando-o;
- Datar e assinar o pedido;
- Enviar o impresso com pedido ao almoxarifado até às 09:00 horas;
- Solicitações extras deverão ser encaminhadas ao almoxarifado no horário de 10:00 às 11:00 horas;
- Receber e conferir o pedido até às 10:00 horas;

## PROTOCOLOS DO SETOR DE NUTRIÇÃO

### Normas:

- Anotar no impresso próprio o tipo e horário das dietas;
- Comunicar à Nutricionista as dietas especiais;
- Proibir entrada de alimentos extra hospitalar para os pacientes;

### Ações:

- Seguir horário de dieta prescrita;
- Alimentar o paciente de acordo com a dieta estabelecida;
- Registrar aceitação ou rejeição da dieta;

## PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE LAVANDERIA

### Normas:

- Sempre conferir a roupa que irá para a lavanderia;
- Separar roupas sujas das contaminadas;
- Acondicionar a roupa contaminada em sacos plásticos identificados;
- Recolher e circular com a roupa suja em hamper;
- Enviar a roupa suja através do expurgo para a Lavanderia;
- Conferir as roupas vindas do setor de Lavanderia;
- Não emprestar roupas deste setor para outras Unidades;
- Manter o armário de roupas em ordem;
- Não usar lençóis novos com travessas ou pano higiênico;

### Ações:



- Separar roupas sujas de excretas e acondicioná-las em sacos plásticos, identificando-as;
- Manusear roupa suja com cautela e devidamente paramentado;
- Recolher a roupa suja em hamper;
- Realizar contagem de roupa por ocasião de higienização do paciente e registrar;
- Manter a roupa limpa, acondicionando-a no local apropriado de forma organizada;
- Conferir e anotar diariamente a roupa enviada e recebida do setor de Lavanderia;
- Entregar relatório de contagem de roupas ao setor competente, semanalmente.

#### PROTOCOLOS DO SERVIÇO DE MANUTENÇÃO (CONSERTOS E REPAROS)

##### Normas:

- Fazer solicitação em impresso próprio em duas vias;
- Solicitar ou comunicar ao setor responsável.

##### Ações:

- Solicitar o serviço no impresso próprio, discriminando-o;
- Encaminhar a ordem de serviço após assinatura de quem recebeu em duas vias, ficando uma no setor arquivado e a outra enviada ao setor de manutenção;
- Identificar a solicitação (ordem de serviço): setor e data do pedido;
- Assinar a solicitação.





## PROTOCOLOS RELACIONADOS COM O PACIENTE

### PROTOCOLOS DE ADMISSÃO

#### Normas:

- Receber o paciente somente após o mesmo ter passado pelo Setor de Internamento;
- O paciente deverá vir acompanhado por alguém do Setor de Internamento, com prontuário anexo;
- Receber sempre o paciente de modo gentil e afável;
- Conferir o prontuário, observando: laudo médico, prescrição médica e exames anexos;
- Receber o paciente, colocando-o no leito;
- Arrolar os pertences do paciente e entregar à Recepção ou familiares, protocolando-os.

#### Ações:

- Receber o paciente de modo gentil e afável, colocando-o no leito;
- Providenciar roupa do Hospital para o paciente;
- Encaminhar o paciente para o leito;
- Arrolar os pertences do paciente e entregar na Recepção ou familiares, devidamente protocolados;
- Orientar pacientes e familiares quanto à planta física, normas e rotinas da Unidade hospitalar;
- Verificar sinais vitais;
- Admitir o paciente no livro de registro, censo e ocorrência;
- Checar medicamentos, exames e parecer médico;
- Solicitar medicamentos prescritos junto à Farmácia;
- Anexar resultados dos exames no prontuário;
- Notificar à Recepção e Serviço de Nutrição e Dietética;
- Preparar e administrar medicação conforme prescrição médica;
- Providenciar acesso venoso adequado, se necessário;
- Comunicar ao Laboratório a necessidade de realização de exames;
- Providenciar parecer de especialista, quando indicado;
- Comunicar à família sobre as normas da visita;
- Registrar no prontuário observações e nota de admissão;
- Registrar no impresso do SAE todos os dados competentes;
- Guardar os exames de TC no armário apropriado.





## PROTOCOLOS DE ALTA

### Normas

- Deve ser sempre prescrita e assinada pelo médico;
- Informar ao paciente sobre a alta, caso possível;
- Comunicar a família sobre a alta;
- Entregar o prontuário devidamente organizado ao setor competente.

### Ações

- Confirmar a alta do paciente junto ao médico plantonista;
- Aguardar familiares para receber o paciente;
- Comunicar ao paciente sua alta, transportando-o na maca ou cadeira de rodas;
- Registrar a alta na evolução de enfermagem;
- Avisar à tesouraria e setor de convênio;
- Entregar prontuário completo e corrigido no setor de destino;
- Providenciar desinfecção da Unidade;
- Providenciar desinfecção do material de uso pessoal;
- Devolver medicação à Farmácia.



## PROTOCOLOS DE ALTA A PEDIDO

### Normas:

- Informar da necessidade de assinar o termo de responsabilidade;
- Comunicar à enfermeira chefe e/ou médico o pedido de alta;
- Juntar o termo de responsabilidade ao prontuário;
- Encaminhar o prontuário ao setor competente.

### Ações:

- Pegar a assinatura do paciente ou familiares no termo de responsabilidade (2ª via);
- Responsabilizar o paciente e/ou familiares pela retirada do mesmo do ambiente hospitalar;
- Informar à enfermeira chefe e/ou médico plantonista a ocorrência;
- Juntar ao prontuário o termo de responsabilidade, devidamente assinado;
- Encaminhar o prontuário à Secretaria.



## PROTOCOLOS DE TRANSFERÊNCIA (INTERNO E/OU EXTERNO)

### Normas:

- Deve ser sempre prescrita e assinada pelo médico;
- Solicitar à Enfermeira Chefe ou Assistente Social para:
- Confirmar vaga;
- Providenciar transporte;
- Comunicar aos familiares a transferência e solicitar a presença;
- Acompanhar sempre o paciente até o setor de destino;
- Não levar o paciente deambulando;
- Encaminhar junto ao paciente o prontuário.

### Ações:

- Solicitar à Enfermeira Chefe ou Assistente Social para providenciar vaga junto ao setor competente ou Hospital de destino;
- Após aviso de transferência, comunicar à família;
- Solicitar transporte, se necessário;
- Providenciar acompanhamento médico, se necessário;
- Providenciar acompanhante;
- Providenciar encaminhamento médico, caso seja transferido para outro serviço hospitalar;
- Comunicar ao paciente sua transferência, transportando em maca ou cadeira de rodas até a Unidade de destino;
- Providenciar xerox dos laudos de exames realizados;
- Registrar no livro de ocorrência e censo;
- Colocar o paciente na ambulância;
- Registrar o encaminhamento na evolução de enfermagem;
- Avisar à Tesouraria e Setor de Convênio;
- Entregar prontuário completo e corrigido no setor de destino do paciente;
- Providenciar desinfecção da Unidade;
- Providenciar desinfecção do material de uso pessoal;
- Devolver medicação à Farmácia.

## PROTOCOLOS DE ÓBITO

### Normas

- Esperar a constatação do óbito pelo médico;
- Realizar sempre os cuidados pós-morte com respeito e dignidade;
- Identificar o corpo com nome completo e horário da constatação do óbito;
- Solicitar à Enfermeira Chefe ou Assistente Social para comunicar à família;

### Ações:

- Confirmar o óbito com o médico plantonista;
- Avisar ao médico assistente;
- Solicitar à Enfermeira Chefe ou Assistente Social para comunicar à família;
- Preparar o corpo com dignidade e respeito;
- Identificar o corpo e o lençol envoltório com a etiqueta contendo os seguintes dados:
  - Nome do falecido;
  - Setor onde estava internado;
  - Data e hora do óbito;
  - Assinatura do responsável pela preparação do corpo.
- Providenciar a declaração de óbito;
- Oferecer conforto espiritual aos familiares;
- Comunicar à Recepção;
- Registrar nos livros de registro, ocorrência e censo;
- Fazer a evolução de enfermagem, notificando a hora e causa do óbito;
- Encaminhar o corpo ao velório, conservando atitude de respeito;
- Encaminhar prontuário ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico;
- Providenciar limpeza geral da Unidade;
- Providenciar a desinfecção do material de uso individual;
- Entregar o corpo à família quando solicitado, bem como objetos de uso pessoal do falecido.



## PROTOCOLOS DE VISITANTES

### Normas:

- A visita é permitida no horário de 15:00 às 16:00 horas;
- É permitida apenas a entrada de um visitante por paciente.

### Ações:

- Manter a Unidade do paciente em ordem;
- Manter o paciente limpo e confortável;
- Reservar a privacidade do paciente;
- Receber o visitante cordialmente;
- Orientar a visita no que for necessário;
- Solicitar ao médico ou enfermeiro para prestar informações ao visitant

## PROTOCOLOS DE ACOMPANHANTES

### Normas:

- O acompanhante deverá portar o cartão de autorização assinado pelo enfermeiro;
- É permitido apenas a permanência de um acompanhante;
- Os acompanhantes não devem atender telefone no Posto de Enfermagem;
- A unidade não fornece alimentação para os acompanhantes.

### Ações:

- O acompanhante deve permanecer junto ao paciente;
- Não é permitido ao acompanhante sentar-se ou deitar-se no leito do paciente ou leito vizinho, mesmo este estando vazio;
- A roupa de cama do paciente deve ser solicitada ao pessoal da equipe de enfermagem, evitando entrar na rouparia;
- Não é permitido entrar no Posto de Enfermagem;
- Sempre que possível, o acompanhante deve ajudar na alimentação, mudança de decúbito, asseio e demais necessidades do paciente;
- O acompanhante não deve alimentar-se da refeição do paciente;
- Não é permitido fumar na unidade;
- Evitar acúmulos de sacolas e alimentos na mesinha de cabeceira do paciente;
- Não é permitido fazer refeição no quarto;
- O acompanhante não deve transitar de uma enfermaria para outra;

- Não é permitido ao acompanhante interferir na assistência de enfermagem, especificamente no controle do gotejamento do soro.

## PROTOCOLOS DE ENTREGA DE PLANTÃO

### Normas:

- Seguir sempre horário padronizado: 06:00, 12:00 e 18:00 horas;
- Entregar por escrito e oralmente;
- Visitar os pacientes leito a leito;
- Conferir todo o material do setor.

### Ações:

- Fazer leitura da ocorrência de enfermagem;
- Evitar conversas paralelas durante a passagem de plantão;
- Enfatizar "intercorrências" relevantes à assistências de enfermagem;
- Conferir material permanente e se tudo está em ordem no setor;
- Comunicar danos e perdas de material ao Enfermeiro;
- Comunicar empréstimos de material, protocolando-os;
- Conferir censo diário

## PROTOCOLOS DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTOS

### Normas:

- Solicitar ao Laboratório a realização dos exames;

### Ações:

- Verificar a prescrição de solicitação de exames;
- Verificar se o pedido está feito e completo;
- Anotar no livro de ocorrência o comunicado;
- Providenciar resultados com urgência;
- Registrar a coleta na evolução de enfermagem e livro de ocorrência, notificando a hora e o tipo de exame a ser realizado;
- Comunicar ao médico de plantão a chegada dos resultados;



- Anexar o resultado no prontuário e na folha de exames complementares.
- OBS.: Para pacientes com balanço hídrico rigoroso, anotar o volume colhido (urina e sangue).

## PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA AOS EXAMES RADIOLÓGICOS

### Normas:

- Solicitar ao serviço radiológico a realização dos exames;
- Acompanhar sempre o paciente para realizar o exame;
- Não encaminhar o paciente deambulando;
- Realizar registro conforme rotina do setor;
- Obedecer ao preparo próprio.

### Ações:

- Comunicar-se com o setor responsável, certificando-se do horário;
- Certificar se o pedido de exame está devidamente preenchido;
- Encaminhar o paciente ao setor em cadeira de roda ou maca;
- Retornar com o paciente colocando-o no leito;
- Registrar no livro de exames especiais e de ocorrências;
- Solicitar urgência no resultado do laudo;
- Arquivar 1ª via do laudo no prontuário e 2ª via anexar ao filme;
- Encaminhar filmes, sem laudo de RX, até às 17:00 horas;
- Quanto ao RX realizado no leito, comunicar ao setor responsável, solicitando a realização do mesmo com rapidez e eficiência.

## PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA AOS EXAMES ESPECIALIZADOS

### Normas:

- Contatar com o serviço para designar data e horário para a realização dos exames;
- Acompanhar sempre o paciente com a certeza da realização do exame;
- Não encaminhar o paciente deambulado;
- Obedecer ao preparo prévio do exame.

### Ações:

- Comunicar-se com o setor responsável, certificando-se do horário;
- Verificar se o pedido está completo;
- Encaminhar o paciente ao setor em cadeira de roda ou maca;
- Se urgente, providenciar laudo provisório de imediato;
- Registrar no livro e na evolução de enfermagem;
- Providenciar transporte e pedido de autorização assinado pelo departamento administrativo, em casos de exames especiais realizados fora da unidade.



## PROTOCOLOS DE HEMOTERAPIA

### Normas:

- Comunicar ao Banco de Sangue;
- Na requisição de transfusão, obedecer às normas do HEMOCE e Banco de Sangue;
- Comunicar à família a necessidade de doadores.

### Ações:

- Certificar-se da prescrição médica: quando solicitada e tipo de componentes;
- Comunicar-se com o setor responsável;
- Verificar se o pedido está completo;
- Providenciar a solicitação para conveniados;
- Instalar hemoterapia de acordo com as normas do HEMOCE;
- Observar o paciente, comunicar e anotar intercorrências;
- Anotar horário de início e término de hemoterapia na evolução de enfermagem;
- Realizar assistência de enfermagem antes, durante e após administração bem como verificação de SSVV;
- Registrar no livro de ocorrência;
- Providenciar doadores junto à família.

## PROTÓCOLOS DE OXIGÊNIO TERAPIA

### Normas:

- Instalar oxigênio com segurança, sob prescrição e avaliação precisa do paciente;
- Administrar oxigênio de acordo com a quantidade prescrita;
- Comunicar ao médico a administração de O<sub>2</sub> sob iniciativa própria, nos casos de urgência;
- Tomar as precauções necessárias com respeito ao manuseio do equipamento.

### Ações:

- Instalar oxigênio, quando prescrito pelo médico;
- Instalar oxigênio, quando prescrito pelo enfermeiro chefe da unidade;
- Instalar oxigênio por iniciativa própria, em casos de urgência, como: estado mental alterado, dispneia, cianose e extremidades frias. Depois providenciar prescrição médica;
- Avaliar as condições do paciente;
- Controlar a quantidade administrada de acordo com a prescrição médica;
- Anotar no prontuário, especificando hora do início, do final e quantidade, assinando como responsável e providenciando a assinatura do médico na folha do prontuário;
- Anotar na evolução de enfermagem e livro de ocorrência especificando a hora, início e final;

### Procedimento:

- Orientar o paciente quanto ao procedimento a ser realizado;
- Lavar as mãos antes e após prestar cuidados;
- Providenciar material necessário para oxigênio terapia;
- Conectar extensão de borracha ao umidificador e ao cateter nasal, adequando este ao rosto do paciente;
- Abrir a válvula do manômetro e do fluxômetro testando quanto ao perfeito funcionamento;
- Ajustar o fluxo de oxigênio, conforme prescrição;
- Suspender a terapia em caso de alteração do nível de consciência, da coloração da pele e mucosas, da pressão arterial, frequência cardíaca e respiração;
- Solicitar avaliação do profissional competente, quando necessário;



- o Fazer registro em prontuário, com relação à duração do tratamento.

## PROTOCOLOS DE AEROSOLTERAPIA

### Normas:

- Realizar sempre, de acordo com a prescrição médica;
- Ao terminar a aplicação, retirar todo o material para lavagem e desinfecção;
- Tomar todas as precauções com respeito ao manuseio do equipamento.

### Ações:

- Realizar a aplicação obedecendo a prescrição médica: dose e horário;
- Controlar o tempo de aplicação;
- Avaliar a condição do paciente;
- Comunicar intercorrências;
- Checar no prontuário o horário de realização da aplicação.

### Procedimento:

- Orientar o paciente para inspirar profundamente;
- Posicionar o paciente confortavelmente;
- Adaptar a máscara ao rosto do paciente, corretamente;
- Ligar a fonte de oxigênio gradualmente, para formar névoa;
- Orientar o paciente para respirar lenta e profundamente;
- Estimular o paciente para tossir após a nebulização;
- Suspender a nebulização quando o paciente apresentar dispneia, cianose ou sudorese;
- Desligar a fonte de oxigênio e retirar todo o equipamento usado pelo paciente;
- Desligar a fonte de oxigênio e retirar todo o equipamento usado pelo paciente;
- Colocar a máscara e o recipiente anexo, em solução para desinfecção, para lavagem;
- Lavar as mãos;
- Registrar em prontuário características das secreções e alterações observadas durante a aerosolterapia.



## PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA

### PROTOCOLOS NO MANUSEIO DE APARELHOS E EQUIPAMENTOS

#### Normas:

- Tomar as precauções necessárias com respeito ao manuseio do equipamento;
- Mantê-los sempre em perfeito funcionamento;
- Manter conexões dos aspiradores limpos e protegidos num recipiente com tampa;
- Manter os vidros dos aspiradores limpos e protegidos;

#### Ações:

- Diariamente testar o funcionamento de todos os equipamentos;
- Manter conexões dos oxigênio e respiradores limpos e protegidos num recipiente com tampa;
- Comunicar à chefia de enfermagem todo e qualquer dano causado aos aparelhos e equipamentos;
- Manusear com cautela para manter a integridade dos aparelhos e equipamentos.

## PROTOCOLOS NA ASSISTÊNCIA DE ASPIRAÇÃO DE SECREÇÕES

### Normas:

- Usar luvas na realização da aspiração;
- Usar uma sonda para cada aspiração;
- Usar soro fisiológico para realizar a aspiração;
- Aspirar obedecendo a técnica asséptica.

### Ações:

- Calçar luvas, após lavagem das mãos;
- Usar máscara e bata;
- Conectar sonda no sistema;
- Usar sonda de número ideal à viscosidade das secreções, sempre observando as condições fisiológicas do paciente;
- Ligar o sistema e aspirar calmamente a intervalos regulares, dando oportunidade de o paciente descansar e respirar;
- Limpar a sonda sempre que necessário com soro fisiológico;
- Observar reações do paciente e intercorrências;
- Observar e anotar na evolução de enfermagem, características da secreção.



## PROTOCOLOS NA ASSISTÊNCIA DA PUNÇÃO VENOSA

### Normas:

- Observar as condições das veias do paciente;
- Escolher sempre um local para venopunção que seja confortável para o paciente;
- Usar técnica asséptica;
- Usar sempre material descartável.

### Ações:

- Lavar as mãos;
- Fazer assepsia do garrote com álcool a 70%;
- Preparar a bandeja contendo garrote, jelco ou scalp, algodão, álcool e esparadrapo;
- Preparar o paciente;
- Fazer anti-sepsia do local da venopunção;
- Realizar a venopunção;
- Fixar o scalp ou jelco com esparadapro;
- Deixar o paciente confortável;
- Manter Unidade em ordem.

## PROTOCOLOS NA VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS

### Normas:

- Verificar todos os sinais vitais na admissão de paciente;
- Verificar os sinais vitais de acordo com a prescrição médica;
- Obedecer ao horário padrão.

### Ações:

- Preparar bandeja contendo todo o material necessário: esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, algodão, álcool a 70%, caneta e papel;
- Anotar o resultado no prontuário;
- Observar anormalidades e comunicar ao médico de plantão.



## PROTOCOLOS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO

### Normas:

- Observar o prontuário do paciente, antes de administrar a medicação;
- Administrar as medicações, observando a via prescrita pelo médico;
- Administrar a medicação logo após o preparo;
- Observar associação de antibióticos com outras medicações;
- Observar no prontuário o horário da medicação e checar.

### Ações:

- Lavar as mãos antes de preparar a medicação;
- Preparar a medicação e administrá-la logo em seguida para paciente individualmente;
- Ler atentamente a prescrição e checar após a medicação;
- Ler o rótulo da medicação tomando o cuidado para não contaminá-la;
- Identificar o paciente chamando-o pelo nome e comunicar-lhe o que vai fazer;
- Permanecer com o paciente até que tenha tomado a medicação;
- Anotar no prontuário qualquer intercorrência;
- Assinar e datar a intercorrência;
- Reorganizar a Unidade.

## LAVAGENS DAS MÃOS

Lave sempre as mãos, já que este é um dos procedimentos mais importantes para se prevenir à infecção cruzada. Lave-as imediatamente após a retirada das luvas, entre o contato com o paciente e outro e após contatos diretos ou indiretos com sangue ou líquidos corporais (inclusive ente a realização de procedimentos diferentes em um mesmo paciente).

### Ações:

- Abrir a torneira de preferência com a mão não dominante, caso não tenha dispositivo automático;
- Umedecer as mãos e colocar quantidade suficiente de sabão na palma da mão (3 a 5 ml);
- Friccionar as mãos por aproximadamente 15 segundos em todas as suas faces, espaços interdigitais, articulações, dedos, unhas, extremidades dos dedos, punhos;
- Enxugar as mãos retirando toda a espuma e resíduos de sabão;
- Enxugar as mãos com papel toalha;
- Fechar a torneira com o cotovelo ou com o próprio papel toalha, caso não seja de dispositivo automático.

*Obs.: Manter unhas curtas e limpas; retirar anéis, pulseiras e relógio.*

### Calçando e descalçando luvas

É outra barreira utilizada para controlar a disseminação de microrganismos no ambiente hospitalar. Use-as para contatos com sangue, líquidos corporais e itens contaminados (frascos-seringas com amostras de sangue ou outros líquidos corporais), mucosas, pele não íntegra e realização de venopunção. Troque as luvas após atender cada paciente e as retire antes de tocar em itens do ambiente (inclusive o trinco da porta).

### Ações:

- Usar luvas limpas e não estéreis quando existir possibilidade de contato com sangue, líquidos corporais, secreções, excreções membrana mucosa, pele na íntegra e qualquer item contaminado;
- Retirar as luvas imediatamente após o uso, antes de tocar em superfícies ambientais ou de contato com outro paciente;
- Trocar as luvas entre um paciente e outro, e entre um procedimento e noutro no mesmo paciente.



### Uso de avental

- Use o avental para procedimentos que possam respingar sangue ou líquidos corporais na roupa ou na pele. Remova-o
- Mais rápido após ter ocorrido contaminação (respingo de sangue ou líquidos corporais).

#### Ações:

- Usar avental limpo, não estéril, para proteger roupas pessoais e superfícies corporais de contato com sangue, líquidos corporais, secreções, excreções, membrana mucosa, pele não íntegra e qualquer item contaminado;
- Retirar o avental após o procedimento realizado e lavar as mãos.

### Uso de máscaras e óculos

#### Ações:

- Usar avental limpo, não estéril, para proteger roupas pessoais e superfícies corporais de contato com sangue, líquidos corporais, secreções, excreções, membrana mucosa, pele não íntegra e qualquer item contaminado;
- Retirar o avental após o procedimento realizado e lavar as mãos.

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL PERFURO-CORTANTE

Ter cuidados com o uso, manipulação, limpeza e descarte de agulhas, bisturis e similares; não remover as agulhas contaminadas das seringas; usar recipientes apropriados, para o descarte de material perfuro-cortante.

### Ações:

- O descarte desses materiais deve ser feito em recipientes apropriados e resistentes. O limite de preenchimento deve ser respeitado e o coletor substituído. Colocá-lo o mais próximo da área de uso;
- Usar dispositivos quando houver necessidade de ressuscitação e outros dispositivos de ventilação quando houver necessidade de ressuscitação;
- Prevenir acidente perfuro-cortante: cuidado com o uso, manipulação, limpeza e descarte de agulhas, bisturis e outros materiais perfuro cortantes;
- Na retirar agulhas usadas das seringas, não dobrá-las e nunca reencapá-las.



## CUIDADOS COM ROUPAS USADAS

Manusear as roupas de sangue, líquidos corporais, secreções e excreções, com luva de procedimento, evitando o contato direto com a pele e mucosas assim como com a roupa suja. Coloque a roupa contaminada com sangue ou líquidos corporais no depósito para roupas usadas que esteja com saco impermeável e mantenha com a tampa fechada.

### Ações:

- Manipular, transportar e processar as roupas usadas, sujas de sangue líquidos corporais, secreções e excreções, de forma a prevenir a exposição da pele e mucosas e a contaminação de roupas pessoais;
- Utilizar sacos impermeáveis para evitar extravasamento e contaminação de superfícies ambientais.

## CONTROLE AMBIENTAL

Realizar procedimento de limpeza e descontaminação de superfícies ambientais e mobiliários, quando contaminados com sangue e líquidos corporais de acordo com a rotina de cada Unidade.

Ações:

- o Estabelecer e garantir procedimentos de rotina adequada para a limpeza e descontaminação das superfícies ambientais na presença de sangue e líquidos corporais.



## CUIDADOS COM ARTIGOS E EQUIPAMENTOS

Se contaminados com sangue ou outros fluidos corporais, secreções ou excreções devem ser manuseadas com cuidado evitando a contaminação do profissional e do ambiente. Devem ser limpos e desinfectados ou esterilizados.

### Ações:

- Devem ser manuseados com cuidados se sujos de sangue ou fluidos corporais secreções e excreções, e sua reutilização em outros pacientes deve ser precedida de limpeza e desinfecção ou esterilização.

## ACOMODAÇÃO ADEQUADA DO PACIENTE

Uso de quarto privativo em casos nos quais haja risco de contaminação do ambiente.

Ações:

- Usar quarto privativo quando o paciente não for capaz de manter sua higiene pessoal e do ambiente. Nas situações em que for possível o quarto privativo, a CCIH deve ser consultada para avaliação dos riscos e definir alternativas.

### Precauções empíricas

São indicadas para os casos de pacientes sem diagnósticos definitivos, porém, com indícios de infecção por agente que necessitem de precauções e são instituídas empiricamente até que haja confirmação ou esclarecimento do diagnóstico. Inserem nestes casos:

#### Precauções de contato:

- Diarreias agudas de etiologia infecciosa,
- Erupção vesicular,
- Abscessos ou feridas com exsudato que extravase a cobertura;

#### Precauções para aerossóis:

- Erupção vesicular,
- Tosse com febre e
- Infiltração de lobo pulmonar em qualquer local em paciente HIV positivo.

#### Precauções para gotículas

- Meningite,



- Exantema petequeial e
- Febre.

#### **Precaução por modo de transmissão**

Estas precauções são destinadas para pacientes conhecidos ou suspeitos de estarem infectados com microrganismos de alta transmissibilidade ou epidemiologicamente importantes.

### **PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA PARA GOTÍCULAS**

Aplicável a pacientes com suspeita ou infecção contaminada por microrganismos transmitidos por gotículas que podem ser geradas tosse, espirro, conversações ou na realização de procedimento, sendo recomendado:

- Colocar o paciente em quarto privativo ou com para pacientes que apresentam a mesma doença ou microrganismo, mas sem outra infecção (coorte);
- Usar máscara sempre que entrar no quarto;
- Limitar a saída do paciente do quarto para situações essenciais e, quando necessárias, usando máscaras para limitar a dispersão de gotículas.

## PRECAUÇÃO DE CONTATO

Aplicação a pacientes suspeitos ou confirmadamente infectados ou colonizados com microrganismos de importância epidemiológica que possam ser transmitidos por contato direto (através das mãos ou contato de pele com pele).

Ou contato indireto (ao trocar) através de superfícies ambientais ou de utensílios do ambiente do paciente, sendo recomendado:

- Colocar o paciente em quarto privativo que pode ser dividido com pacientes com o mesmo diagnóstico, mas sem outra infecção (coorte). Quando nem isso é possível, deve-se discutir com os técnicos do SCIH, considerando a epidemiologia específica do microrganismo envolvido e decidir a melhor forma de alocar esse paciente;
- Calçar luvas limpas, não estéreis, assim que entrar no quarto e trocá-las entre o atendimento de um paciente e outro (recomenda-se também trocá-las entre procedimentos diferentes num mesmo paciente, caso tenha havido contato com materiais com altas concentrações de microrganismos - fezes ou drenagem purulenta), retirando-as antes de abandonar o ambiente e procurando não contaminá-lo (pegando o trinco da porta com a luva, por exemplo) e lavar as mãos imediatamente;
- Usar aventais limpos, não estéreis, ao entrar no quarto quando se prevê a possibilidade de um contato das roupas do profissional com as superfícies ambientais, utensílios do ambiente ou se o paciente é incontinente, tem diarreia, ileostomia, colostomia ou drenagem de ferida incontinida por curativo - retirar o avental antes de sair do quarto;
- Limitar a saída do paciente do quarto para situações especiais;
- Dedicar o uso de equipamentos (termômetro e estetoscópio, por exemplo) a um único paciente ou a pacientes com a mesma infecção, quando possível; do contrário, proceder à limpeza e desinfecção adequadas antes de utilizá-los em outro.



## PRECAUÇÃO RESPIRATÓRIA POR AEROSSOL

Aplicável para pacientes suspeitos ou confirmadamente infectados com microrganismos por núcleo de gotículas, pequenas partículas, oriundas da evaporação das gotículas maiores, que contêm microrganismos e que podem permanecer dispersas por longas distâncias, recomenda-se:

- Colocar o paciente em quarto privativo (de preferência com ante sala), ou dividindo com outros pacientes com a mesma patologia, mantendo a porta fechada;
- Usar máscara especial (bico de pato ou similar) ao entrar no quarto. Quando tratar-se de varicela ou sarampo, profissionais que já tiveram a doença ou estejam imunizados pode entrar no quarto sem essa proteção e devem ser preferidos para os cuidados desses pacientes;
- Limitar a saída do paciente do quarto para situações essenciais e quando necessárias, usando máscara cirúrgica para limitar a dispersão de gotículas.

## PROTOCOLOS NO USO DE IMPRESSOS

### Normas:

- Mantê-los sempre em ordem;
- Observar preenchimento correto;
- Usar os impressos de acordo com a necessidade.

### Ações:

- Manter os impressos sempre em local acessível;
- Manter sempre organizados nos prontuários, pastas e armários;
- Providenciar para não faltar na Unidade;
- Fazer economia, não os desprezando.

## PROTOCOLOS NO CONTROLE DE MATERIAL E EQUIPAMENTOS

### PROTOCOLOS DE MATERIAL PERMANENTE

#### Normas:

- Deve se feito periodicamente;
- Providenciar manutenção periodicamente;
- Comunicar a chefia casos de danos, perdas ou inutilização;
- Manter atualizada a relação de material permanente e equipamentos;
- Aplicar sanção para o responsável de danos e perdas de acordo com o caso.

#### Ações:

- Fazer controle de todo material permanente e equipamento da unidade diariamente, quanto a: danos, perdas, empréstimos e inutilização;
- Fazer levantamento mensal do material;
- Providenciar consertos ou reposição sempre que necessário;
- Comunicar irregularidades a chefia.

#### Ações:

- Realizar controle a reposição de acordo o setor;
- Receber e conferir todo material/
- Usar material de maneira econômica;
- Comunicar irregularidades à chefia.

### Padronização de horários

#### Normas:

- Obedecer criteriosamente o horário estabelecido para medicação, verificação de sinais vitais, troca de plantão, visitas.

#### Ações:

- Administrar medicamentos, conforme padronização de horários estabelecidos na prescrição médica;
- Verificar SSVV de acordo com a prescrição médica ou/e horário padrão: 09h00min, 13h00min e 18h00min horas;
- Realizar curativos, após a higiene corporal ou sempre que estiver saturado;
- Seguir horário padrão para transferir de plantão - 06h00min, 12h00min e 18h00min horas;
- Seguir horário padrão para visitas:
- 1º - Apartamentos - Das 08h00min às 21h00min



- o 2º - UTI e Unidades - Das 15h00min às 16h00min horas ou com a autorização da gerente de Enfermagem ou Administração.

#### Horário de Medicação por 24 horas

Item	Qtde/24 horas	Horário
01	1 x ao dia	09h00 min.
02	2 x ao dia	09h00 e 21h00 min.
03	3 x ao dia	09h00, 17h00 e 01h00 min.
04	4 x ao dia	09h00, 15h00, 21h00 e 03h00 min.
05	Em jejum	06h00 min
06	2 em 2 horas	09h00, 12h00, 13h00, 15h00, 17h00, 19h00, 21h00, 23h00 e 01h00 min.
07	3 em 3 horas	09h00, 12h00, 15h00, 18h00, 21h00 e 24h00 min.
08	6 em 6 horas	09h00, 17h00 e 01h00 min.
09	12 em 12 horas	09h00 e 21h00 min.

**Cálculos, Fórmulas e tabelas - Cálculos das Drogas e Soluções**  
 Lembrete - A lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento é imprescindível.

Item	Cálculos das drogas e soluções
01	01 ml = 20 gotas
02	01 gota = 3 micro gotas
03	05 ml = 1 colher de chá
04	10 ml = 1 colher de sobremesa
05	15 ml = 1 colher de sopa
06	01 xícara = 180cc
07	01 copo = 250cc
08	01 hora = 60 min
09	24 horas = 144min

#### Cálculo de Gotejamento de Soro

- o Concentração disponível x quantidade desejada = quantidade se soluto.
- o Para transformar 1g em miligrama, multiplicando-se por mil:
- o  $1 \times 1000 = 1000$

### Tabela de Gotejamento de Soro

QUANTIDADE E	HORA S	GOTAS/MI N	QUANTIDADE E	HORA S	GOTAS/MI N
1000	1	332	500	1	166
1000	2	166	500	2	83
1000	3	100	500	3	55
1000	4	83	500	4	41
1000	5	66	500	5	33
1000	6	52	500	6	26
1000	7	47	500	7	23
1000	8	40	500	8	20
1000	9	37	500	9	19
1000	10	34	500	10	17
1000	11	30	500	11	15
1000	12	28	500	12	14
1000	13	25	500	13	13
1000	14	23	500	14	12
1000	15	22	500	15	11
1000	16	20	500	16	10
1000	17	19	500	17	10/09
1000	18	18	500	18	09
1000	19	17	500	19	09/08
1000	20	16	500	20	08
1000	21	16/15	500	21	08/07
1000	22	15	500	22	07/08
1000	23	14	500	23	07
1000	24	13	500	24	06



## ENFERMAGEM - PRONTO ATENDIMENTO

### INTUBAÇÃO

Procedimento empregado em situações de emergência ou eletiva, através da introdução de um tubo naso ou traqueal para proporcionar uma via aérea artificial. Tem a finalidade de manter as vias aéreas permeáveis, facilitar aspirações de secreções e facilitar ventilação mecânica.

#### Materiais necessários:

- Tubo endotraqueal
- Luva de procedimento ou estéril
- Guia
- Laringoscópio com lâminas
- Seringa de 10 ou 20 ml
- Anestésico spray
- Cadarço
- Gaze
- Ambu
- Máscara
- Material de aspiração
- Respirador mecânico com circuito se necessário

#### Ações:

- Lavar as mãos;
- Separar o material necessário e encaminhar a unidade do paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Colocá-lo na posição supina, com a cabeça hiperestendida com o uso de coxim sob a cintura;
- Certificar-se do funcionamento do laringoscópio;
- Testar o cuff do tubo endotraqueal;
- Retirar prótese dentária;
- Auxiliar o médico no procedimento;
- Inflar o cuff, até que cessem ruídos de escape de ar;
- Aspirar vias aéreas superiores, se necessário;
- Fixar o tubo com cadarço;
- Instalar Oxigenoterapia, se prescrito, através do ventilador contínuo macro nebulizador ou cateter com oxigênio complementar;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Encaminhar material ao expurgo;

- Lavar as mãos;
- Anotar o procedimento no prontuário.

## PROTOCOLO ADMINISTRATIVO NORMATIZADO

### ATENDIMENTO NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Quando o usuário chegar à unidade de saúde, o primeiro passo é conferir se já possui cadastro. Caso este não seja localizado, deve ser realizado seu cadastramento no sistema. É importante que os profissionais exijam do usuário documentos para este cadastro.
2. O usuário é encaminhado para avaliação clínica com profissional de nível superior, médico, enfermeiro ou odontólogo.
3. Após a avaliação clínica, em caso de necessidade, o profissional solicita uma consulta e/ou exame especializado. Nesse caso, é obrigatório o preenchimento do campo "motivo justificativa do encaminhamento". No espaço, devem ser fornecidas todas as informações necessárias para justificar a necessidade do procedimento. É importante evitar o uso de siglas, caracteres repetidos, justificativas imprecisas e em branco. Como exemplo: "rotina", "a esclarecer", "necessita urgente", "paciente pediu o encaminhamento", "avaliação clínica", entre outras.
4. Após o término da consulta, o usuário deverá ser encaminhado à recepção ou o próprio profissional poderá realizar o agendamento. Caso o usuário não entre em fila de espera até 30 dias, o seu registro na fila de encaminhamento será excluído automaticamente. Em caso de vaga disponível, será agendado o procedimento solicitado; caso não haja, o usuário deverá ser inserido em fila de espera.
5. Os usuários com procedimento reservado pela fila de espera receberão um formulário via correios. A correspondência orienta que o usuário procure qualquer uma das unidades de saúde para confirmar a reserva e obter a numeração completa do código de autorização e controle referente a esse



agendamento. Atenção: mesmo que o usuário não seja daquela unidade, a reserva poderá ser confirmada e entregue a guia de autorização impressa.

6. De posse da guia de autorização, o usuário deve dirigir-se a unidade prestadora no dia e hora marcados para a realização da consulta e/ou exame especializado. Caso não seja confirmada a presença do usuário para a consulta, será impossibilitado o agendamento de retorno.
7. O agendamento da consulta de retorno deverá ser realizado dentro da agenda restrita de cada prestador, sendo de responsabilidade dos mesmos este agendamento.
8. As reservas que não são confirmadas retornam ao sistema. Estas vagas são utilizadas no agendamento de pacientes priorizados ou para processos da Promotoria Pública e demais setores competentes. Após o agendamento das demandas da Promotoria e demais setores, comunicamos os usuários sobre o agendamento. Caso não tenhamos contatos telefônicos, informamos o agendamento à equipe da unidade onde o usuário possui cadastro, para que a mesma entre em contato.
9. O código de autorização e controle permanece válido para confirmação do comparecimento do usuário no prestador no prazo máximo de 72 horas ou três dias corridos. Caso este prazo não seja obedecido, a autorização será cancelada pelo sistema e o usuário deverá reiniciar todo o processo de agendamento.

## GERENCIAMENTO DO PROCESSO - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Item	O Que	Resultado Esperado	Resultado do Processo	Sistema Gerencial					Registro
				Unidade de Saúde	Onde	Quando	Quem	Instrumento de referencia	
01	Recepção e Cadastro	Receber o cidadão, identificar o problema que levou a procurar a unidade e realizar a coleta e/ou atualização de informações e dados pessoais. Criar evento na base de dados do ACCR	Realização do atendimento de acordo com critérios clínicos estabelecidos no protocolo de Manchester, no ponto certo, no tempo de certo de forma segura, ética e com qualidade. Organizando o	PA ou PS	Recepção	Diariamente a cada atendimento	(Coordenador Administrativo)	POP ACCR	Sistema saúde Software ACCR/





02	Classificação de risco	<p>Minimizar os riscos de mortes evitáveis e priorizar o atendimento de acordo com critérios clínicos e não por ordem de chegada. Obrigatoriedade de encaminhamento responsável com garantia de acesso à rede de atenção</p>	fluxo de referência e contrarreferência para um encaminhamento responsável do usuário		<p>Sala de Classificação de Risco</p> <p>Diariamente e após a abertura da ficha de atendimento</p> <p>(Enf. Responsável Técnica)</p>	<p>POP ACCR Protocolo de Manchester</p> <p>Software ACCR/ Formulário Manchester</p>	<p>POP ACCR Protocolo Clínico</p> <p>Prontuário eletrônico ou</p>
03	Assistência	<p>Prestar a assistência com priorização do atendimento de</p>		<p>Sala de atendimento</p> <p>Diariamente e com priorização pela</p>	<p>(Médico Coordenador Técnico)</p>	<p>POP ACCR Protocolo Clínico</p> <p>Prontuário eletrônico ou</p>	

	acordo com critérios clínicos, com tratamento e custo adequados.					classificação de risco.			documento equivalente
--	--	--	--	--	--	-------------------------	--	--	-----------------------

**GERENCIAMENTO DO PROCESSO - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

Sistema Gerencial										
Item	O Que	Resultado Esperado	Resultado do Processo	Unidade de Saúde			Quando	Quem	Instrumento de referencia	Registro
				Onde	Quando	Quem				





04	Observação	Supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos, por período inferior a 24 horas.	Realização do atendimento de acordo com critérios clínicos estabelecidos no protocolo de Manchester, no ponto certo, no tempo de certo de forma segura, ética e com qualidade.	PA ou PS	Unidade de observação da PA	Diariamente de acordo com a avaliação no protocolo clínico.	(Enf. Responsável Técnica)	Protocolo Clínico	Prontuário eletrônico ou documento equivalente
05	Internação	Internação do cidadão, no tempo e local adequados, visando restabelecer o estado de saúde.	Organizando o fluxo de referência e contra-referência para um encaminhamento		Unidade de internação	Diariamente de acordo com a avaliação no protocolo clínico.	(Médico Coordenador Técnico)	Prontuário	Prontuário eletrônico ou documento equivalente



06	Transferência de um paciente de uma unidade de saúde para outro ponto de atenção, podendo ser interna ou externa de forma segura.	responsável do usuário	Setor de admissão e alta hospitalar	Diariamente de acordo com a avaliação no protocolo clínico e fragilidade de resolução no ponto de atenção	(Chefe Setor Administrativo)	REGULAÇÃO	Prontuário eletrônico ou documento equivalente
07	Alta na condição de demanda espontânea	Organização do processo da alta do cidadão fornecida pelos profissionais de saúde de	Setor de admissão e alta hospitalar.	Diariamente de acordo com a avaliação no protocolo clínico e avaliação clínica multiprofissional.	(Chefe Setor Administrativo)	POP ACCR	Prontuário eletrônico ou documento equivalente





INDICADORES						
Identificação	Memória de cálculo	Fonte de dados	Frequência de medição	Parâmetro	Meta	Responsabilidade pela coleta e preenchimento dos dados
Tempo de espera para triagem		ACCR/Winsaude		10 minutos		Enfermeiro
Tempo de triagem		ACCR/Winsaude		2 minutos		Enfermeiro

GERENCIAMENTO DO PROCESSO - ACCR						
Tempo entre triagem e atendimento médico		ACCR/Winsaude Ficha atendimento		Vermelho – 0 minuto Laranja – 10 minutos Amarelo – 60 minutos Verde – 120 minutos Azul – 240 minutos		Médico
Tempo entre Atendimento médico e medicação		ACCR/Winsaude				



HISTÓRICO DAS REVISÕES				
Data	Natureza das alterações			
00/00/00	Publicação Inicial			
APROVAÇÕES				
Nome	Cargo	Atividade (1)	Assinatura	Data

## PROTOCOLO PARA A PRÁTICA DE HIGIENE DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

**Finalidade:** Instituir e promover a higiene das mãos nos serviços de saúde do país com o intuito de prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), visando à segurança do paciente, dos profissionais de saúde e de todos aqueles envolvidos nos cuidados aos pacientes.

### Abrangência

Este protocolo deverá ser aplicado em todos os serviços de saúde, públicos ou privados, que prestam cuidados à saúde, seja qual for o nível de complexidade, no ponto de assistência.

Entende-se por Ponto de Assistência, o local onde três elementos estejam presentes: o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente).

O protocolo deve ser aplicado em todos os Pontos de Assistência, tendo em vista a necessidade de realização da higiene das mãos exatamente onde o atendimento ocorre. Para tal, é necessário o fácil acesso a um produto de higienização das mãos, como por exemplo, a preparação alcoólica. O Produto de higienização das mãos deverá estar tão próximo quanto possível do profissional, ou seja, ao alcance das mãos no ponto de atenção ou local de tratamento, sem a necessidade do profissional se deslocar do ambiente no qual se encontra o paciente.

O produto mais comumente disponível é a preparação alcóolica para as mãos, que devem estar em dispensadores fixados na parede, frascos fixados na cama/na mesa de cabeceira do paciente, nos carrinhos de curativos/medicamentos levados para o

ponto de assistência, podendo também ser portado pelos profissionais em frascos individuais de bolso.

## Definição

“Higiene das mãos” é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa<sup>3</sup>, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica, a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antisepsia cirúrgica das mãos, que não será abordada neste protocolo.

- **Higiene simples das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete comum, sob a forma líquida;
- **Higiene antisséptica das mãos:** ato de higienizar as mãos com água e sabonete associado a agente antisséptico;
- **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:** aplicação de preparação alcoólica nas mãos para reduzir a carga de microrganismos sem a necessidade de enxague em água ou secagem com papel toalha ou outros equipamentos;
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob a forma líquida:** preparação contendo álcool, na concentração final entre 60% a 80% destinadas à aplicação nas mãos para reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele;
- **Preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras:** preparações contendo álcool, na concentração final mínima de 70% com atividade antibacteriana comprovada por testes de laboratório in vitro (teste de suspensão) ou in vitro, destinados a reduzir o número de micro-organismos. Recomenda-se que contenha emolientes em sua formulação para evitar o ressecamento da pele.

### Intervenções

**Momentos:** As mãos devem ser higienizadas em momentos essenciais e necessários de acordo com o fluxo de cuidados assistenciais para prevenção de IRAS causadas por transmissão cruzada pelas mãos: “Meus cinco momentos para a higiene das mãos”

A ação correta no momento certo é a garantia de cuidado seguro para os pacientes.

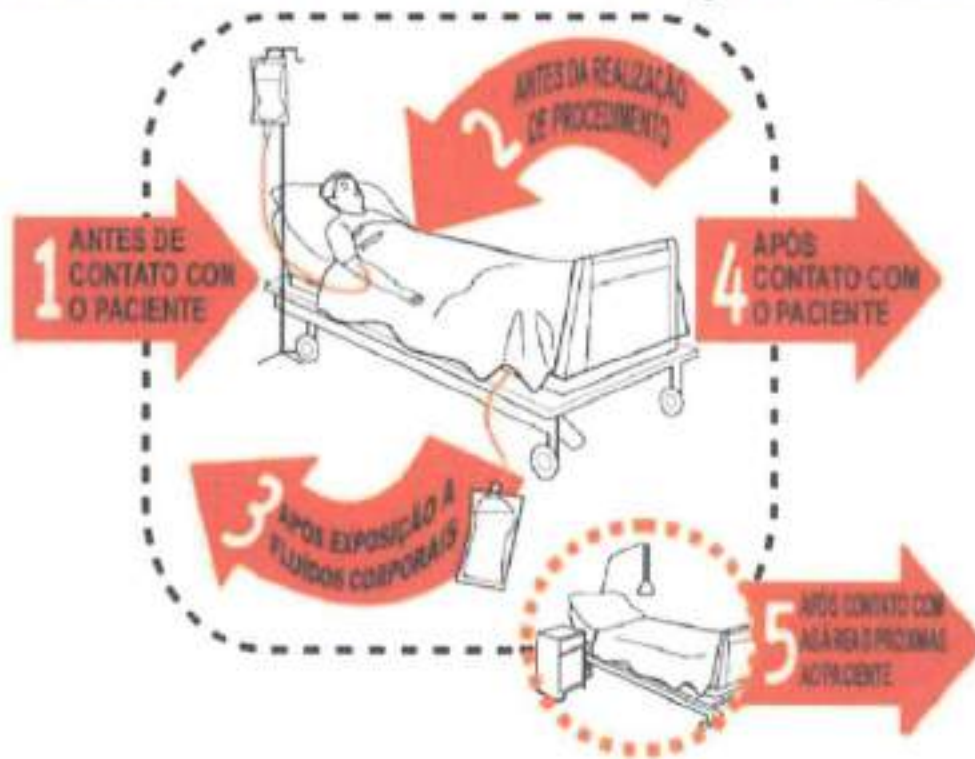
- Antes de tocar o paciente;
- Antes de realizar procedimento limpo/asséptico;



- Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas, e
- Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente.
- Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções;
  - Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo;
  - Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente, e
  - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
- Após tocar o paciente;
  - Antes e depois do contato com o paciente, e
  - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.
- Após tocar superfícies próximas ao paciente;
  - Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente, e
  - Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas.

Figura 1. Meus cinco momentos para a higiene das mãos

## OS 5 MOMENTOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS



### A. Recomendações

As recomendações formuladas foram baseadas em evidências descritas nas várias seções das diretrizes e consensos de especialistas, conforme mostra o Quadro 1 do Apêndice.

#### Recomendações para a higiene das mãos

As indicações para higiene das mãos contemplam:

- Higienizar as mãos com sabonete líquido e água;
  - Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais (IB) ou após uso do banheiro (II);
  - Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de *C. difficile*. (IB);
  - Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica (IB).
- Higienizar as mãos com preparação alcoólica;
  - Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas (IA) e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas (IB);



o Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos (IB);  
**Obs.** Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente (II).

## **B. Procedimentos Operacionais**

### **Higienização simples: com sabonete líquido e água**

- **Finalidade:** Remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação de micro-organismos;
- **Duração do procedimento:** A higienização simples das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos;
- **Técnica:** A técnica de higiene simples das mãos envolve os passos a seguir:
  - o Molhe as mãos com água;
  - o Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
  - o Ensaboe as palmas das mãos friccionando-as entre si;
  - o Esfregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
  - o Entrelace os dedos e friccione os espaços interdigitais;
  - o Esfregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa;
  - o Esfregue o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direito utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
  - o Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa;
  - o Enxague bem as mãos com água;
  - o Seque as mãos com papel toalha descartáveis;
  - o No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha, e
  - o Agora as suas mãos estão seguras.

## Como Higienizar as Mãos com Água e Sabonete?

Higienize as mãos com água e sabonete apenas quando estiverem visivelmente sujas! Senão, fricção as mãos com preparações alcoólicas!



Duração de todo o procedimento: 40 a 60 seg



0 Molhe as mãos com água.



1 Aplique na palma da mão quantidade suficiente de sabonete líquido para cobrir todas as superfícies das mãos.



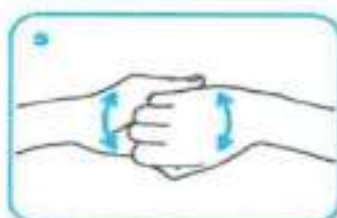
2 Enxabeie as palmas das mãos, friccionando-as entre si.



3 Estregue a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa.



4 Entrelace os dedos e fricção os espaços interdigitais.



5 Estregue o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem e vice-versa.



6 Estregue o polegar esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa.



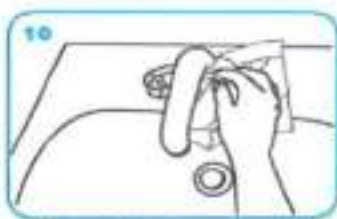
7 Fricção as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa.



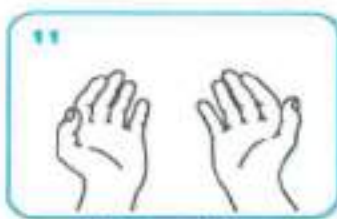
8 Enxágüe bem as mãos com água.



9 Seque as mãos com



10 No caso de torneiras com contato



11 Agora, suas mãos



#### **Higienização antisséptica: antisséptico degermante e água**

- **Finalidade:** Promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico;
- **Duração do procedimento:** A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos;
- **Técnica:** A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante.

#### **Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica**

- **Finalidade:** A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% a 80%) tem como finalidade reduzir a carga microbiana das mãos e pode substituir a higienização com água e sabonete líquido quando as mãos não estiverem visivelmente sujas. A Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica não realiza remoção de sujidades;
- **Duração do procedimento:** A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos;
- **Técnica:** Os seguintes passos devem ser seguidos durante a realização da técnica de fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica:
  - Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;
  - Friccione as palmas das mãos entre si;
  - Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
  - Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
  - Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
  - Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
  - Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
  - Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

## PROTOCOLO DE ATENDIMENTO AOS USUÁRIOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

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

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

### Orientação e treinamento da equipe

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



- Ajudar só quando for necessário - Quando quiser ajudar, se ofereça. Mas espere sua oferta ser aceita. Se a pessoa aceitar, procure perguntar qual a forma mais adequada para auxiliá-la.

#### **Usuários cegos ou com deficiência visual**

- Sorria através de gestos - Não deixe de apertar a mão de uma pessoa com deficiência visual ao encontrá-la ou ao despedir-se. O aperto de mão vai substituir o seu sorriso.
- Devemos deixá-la segurar no nosso braço, de preferência no cotovelo ou no ombro, para que ela sinta nossos movimentos e possa nos acompanhar. Evite pegá-la pelo braço, sem permissão, e principalmente puxá-la com você, pois, além de ser perigoso, isso pode assustá-la. Procure descrever todo o percurso, para situar melhor quem está sendo guiado.
- Leia tudo em voz alta - Para facilitar a vida do cliente com deficiência visual, é importante ler em voz alta todos os documentos envolvidos no atendimento e orientações quanto aos procedimentos que serão realizados.
- Não tocar no cão guia - lembre-se de que esses cães têm a responsabilidade de guiar um dono que não enxerga. O cão não pode ser desviado do seu dever de guia.

#### **Usuários com deficiência física ou com mobilidade reduzida**

- Ajude, mas não se apoie - A cadeira de rodas representa uma extensão do corpo da pessoa que a usa. Evitar apoiar-se em pessoas que utilizam muletas, bengalas ou andadores;
- Respeite o ritmo de cada um – ao acompanhar uma pessoa com necessidades especiais que ande devagar, com o auxílio ou não de muletas, andadores ou bengalas, procure acompanhar o passo dela;
- Olhar nos olhos - ao conversar por mais do que alguns minutos com uma pessoa que usa cadeira de rodas, procure sentar-se também, para que você e ela fiquem com os olhos no mesmo nível.

### **Usuários com surdez ou com deficiência auditiva**

- Procure despertar a atenção - Para se comunicar com uma pessoa com surdez, posicione-se à frente dela e chame a sua atenção, seja sinalizando com a mão ou tocando seu braço;
- Facilitar a leitura labial - Falar em tom normal de voz, de forma bem articulada, distinguindo palavra por palavra, mas não exagere. Falar alto não vai adiantar;
- Evitar ficar contra a luz – Ao conversar com uma pessoa surda, tente ficar num local iluminado. Evite ficar contra a luz (de uma janela, por exemplo), pois isso dificulta a visualização do seu rosto;
- Ser expressivo ao falar - As expressões faciais, os gestos e o movimento do seu corpo, indicando sentimentos de alegria, tristeza, surpresa ou sinceridade, substituem plenamente as mudanças sutis de tom de voz, que não são percebidas pelas pessoas com surdez.
- Falar sempre diretamente para a pessoa com surdez, mesmo que ela esteja acompanhada de alguém que faça uso da linguagem dos sinais;
- Comunicar-se sempre - Normalmente, a voz de uma pessoa com surdez é diferente, pois ela não escuta o som que está emitindo. Caso você tenha dificuldade para entender, fique à vontade e peça que ela repita. Caso você ainda não a entenda, peça que ela escreva. Lembre-se de que o importante é se comunicar;
- Evitar atrapalhar a conversa - Quando duas pessoas estão conversando em linguagem de sinais, evite andar entre elas. Você estará atrapalhando a conversa;
- Evite avançar o sinal - uma pessoa que teve derrame cerebral ou traumatismo craniano às vezes tem dificuldades para falar. Por mais que ela fale devagar, é importante manter a paciência, sem atropelá-la, sem tentar adivinhar o fim da sua frase. Espere o tempo que for necessário. O importante é deixá-la à vontade para se comunicar;

### **Usuários idosos**



- Não trate os idosos como se eles fossem crianças ou pessoas com problemas, trate-os com respeito e admiração.
- Nem todos os idosos precisam de ajuda, mas nunca deixe de oferecer auxílio caso sinta que a pessoa esteja passando por uma dificuldade.
- Antecipar-se - Evite deixar uma pessoa idosa esperar muito tempo para ser atendida. Encaminhe-a para o atendimento prioritário;

#### **Usuários com paralisia cerebral**

- Não as subestimar - Pessoas com paralisia cerebral podem ter dificuldades para andar, fazer movimentos involuntários com pernas e braços e apresentar expressões aparentemente estranhas no rosto. Lembre-se são pessoas comuns, como você, de inteligência normal, em alguns casos até acima da média;
- Ao atende-las - Converse à vontade, se a pessoa tiver dificuldade na fala e você não compreender imediatamente o que ela está dizendo, peça gentilmente que ela repita.

## **PROTOCOLO DE SEGURANÇA NA PRESCRIÇÃO, USO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

### **1. Finalidade**

Promover práticas seguras no uso de medicamentos em estabelecimentos de saúde.

## 2. Justificativa

Em todo o mundo, os eventos adversos no processo de assistência à saúde são frequentes. Em resposta a esse preocupante quadro, a Organização Mundial de Saúde – OMS lançou, em 2004, o programa Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, que conchama todos os países-membros a adotarem medidas para assegurar a qualidade e segurança da assistência prestada nas unidades de saúde.

No Brasil, pesquisa bibliográfica realizada na base de dados PubMed em 10 de abril de 2013, utilizando os termos "medication errors" e "Brazil" encontrou 74 artigos publicados entre 1978 a 2012, sendo 66 deles em instituições hospitalares e 08 em estabelecimentos de saúde não hospitalares. Esses dados revelam a necessidade de maior estímulo à pesquisa e publicação nacional nesse importante campo de investigação como forma de conhecer a situação da segurança do uso de medicamentos.

## 3. Abrangência (âmbito, ponto de cuidado, local de aplicação).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos deverá ser aplicado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.

## 4. Definições

Uso seguro de medicamentos: inexistência de injúria acidental ou evitável durante o uso de medicamentos. A utilização segura engloba atividades de prevenção e minimização dos danos provocados por eventos adversos que resultam do processo de uso dos medicamentos.

- a. **Erro de medicação:** é qualquer evento evitável que, de fato ou potencialmente, possa levar ao uso inadequado de medicamento quando o medicamento se encontra sob o controle de profissionais de saúde, de paciente ou do consumidor, podendo ou não provocar danos ao paciente. Os



erros de medicação podem ser relacionados à prática profissional, produtos usados na área de saúde, procedimentos, problemas de comunicação, incluindo prescrição, rótulos, embalagens, nomes, preparação, dispensação, distribuição, administração, educação, monitoramento e uso de medicamentos.

- b. **Erro de prescrição:** erro de medicação que ocorre durante a prescrição de um medicamento, em decorrência tanto de redação da prescrição, como do processo de decisão terapêutica. O erro de decisão terapêutica pode surgir de um desvio não intencional de padrões de referência, como: conhecimento científico atual, práticas normalmente reconhecidas, especificações técnicas dos medicamentos e legislação sanitária<sup>17</sup>. Um erro de prescrição pode estar relacionado à seleção do medicamento (considerando-se as indicações, as contraindicações, as alergias, as características do paciente, as interações medicamentosas e outros fatores), a dose, a concentração, o esquema terapêutico, a forma farmacêutica, a via de administração, a duração do tratamento e orientações de utilização, assim como pela ausência de prescrição de um medicamento necessário para tratar uma doença já diagnosticada ou para impedir os incidentes com outros medicamentos.
- c. **Erros de dispensação:** pode ser definido como um desvio na interpretação da prescrição, cometido pela equipe da farmácia quando da realização da dispensação de medicamentos para as unidades de internação ou na farmácia ambulatorial<sup>1,19</sup>. Incluem também erros relacionados às normas e à legislação. Podem ser classificados em: erros de conteúdo, erros de rotulagem e erros de documentação.
- d. **Erros de administração:** erro decorrente de qualquer desvio no preparo e administração de medicamentos de acordo com a prescrição médica, da não observância das recomendações ou guias ou das instruções técnicas do fabricante do produto. Considera-se, ainda, que não há erro se o medicamento for administrado de forma correta, mesmo que a técnica utilizada contrarie a prescrição médica ou os procedimentos.

## 5. Práticas seguras para prescrição de medicamentos

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

- a. **Urgência/emergência:** quando indica a necessidade do início imediato de tratamento. Geralmente possui dose única;
- b. **Pro re nata ou caso necessário:** quando o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente, considerando-se o tempo mínimo entre as administrações e a dose máxima;
- c. **Baseada em protocolos:** quando são preestabelecidas com critérios de início do uso, decurso e conclusão, sendo muito comum em quimioterapia antineoplásica;
- d. **Padrão:** aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa;
- e. **Padrão com data de fechamento:** quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para prescrição de antimicrobianos em meio ambulatorial; e
- f. **Verbal:** utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente, em decorrência, possui elevado risco de erros e deverá ser restrita às situações para as quais é prevista.

Quanto à origem, a prescrição pode ser: ambulatorial, hospitalar ou proveniente de outro tipo de estabelecimento de saúde.

Os medicamentos prescritos podem ser: medicamentos fabricados pela indústria (referência, similar e intercambiável), magistrais ou farmacopeicos.

### Intervenções

#### Itens de verificação para a prescrição segura de medicamentos

##### a. Identificação do paciente

A identificação do paciente na prescrição realizada em ambulatório deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome completo do paciente;
- Endereço; e
- Data de nascimento



A identificação do paciente na prescrição hospitalar deve ser realizada em formulário institucional e conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome da unidade;
- Nome completo do paciente;
- Número do prontuário ou registro do atendimento;
- Leito;
- Serviço;
- Enfermaria; e
- Ala.

Obs.: todos os itens da identificação do paciente nas prescrições, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem ser legíveis.

A identificação do paciente na prescrição deverá utilizar exclusivamente o nome completo do paciente. A utilização do nome incompleto e do nome abreviado deve ser excluída da prática cotidiana dos estabelecimentos de saúde.

Para os pacientes que são admitidos nas unidades de saúde sem possibilidade de identificação (emergências e situações de catástrofes) devem-se adotar códigos diferentes por paciente, acrescidos minimamente do número de prontuário ou registro de atendimento. Nessa situação, algum dispositivo deve ser utilizado, de forma que fique aderido ao corpo do paciente a codificação definida na unidade para identificá-lo provisoriamente.

A utilização da abreviatura "NI" (não identificado) ou outra abreviatura para todos os pacientes nessas condições deve ser abolida, em virtude do risco de erro de medicação.

#### **b. Identificação do prescritor na prescrição**

A identificação do prescritor deverá ser realizada contendo o nome completo e número de registro do conselho profissional e assinatura. Esse registro poderá ser manuscrito ou com a utilização de carimbo contendo os elementos de identificação.

A identificação do prescritor deverá ser legível para conferir autenticidade à prescrição.

**c. Identificação da instituição na prescrição**

Na prescrição ambulatorial e hospitalar deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), para que o paciente possa manter contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta.

**d. Identificação da data de prescrição**

A data da prescrição é imprescindível para conferir validade à mesma. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição, pelo prescritor.

A data na prescrição é indispensável para a dispensação e a administração dos medicamentos, assegurando-se de que o que foi indicado está baseado na avaliação médica do dia em que foi emitida a prescrição.

A supressão da data na prescrição está relacionada à ocorrência de vários erros de medicação, entre eles a permanência da utilização de medicamentos por tempo inadequado e a administração de medicamentos sem indicação para a condição clínica atual do paciente.

**e. Legibilidade**

Problemas na legibilidade da prescrição podem comprometer a comunicação entre prescritor e paciente e entre prescritor e demais profissionais de saúde, sendo geradora importante de erros de medicação, sobretudo, a troca de medicamentos com nomes parecidos.

Quando a prescrição possui medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância, os erros ocasionados pela legibilidade inapropriada podem ser graves, e até fatais.

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar a legibilidade das mesmas. Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros



de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição.

O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de omissão (não cumprimento integral da prescrição).

A utilização de prescrição pré-digitada é uma opção que pode diminuir alguns tipos de erros de medicação<sup>9</sup>. A prescrição manual pode levar a elevado número de erros, ainda que parte delas possa ser legível.

A prescrição carbonada não é recomendada. Se o estabelecimento de saúde não tiver alternativa à prescrição carbonada, deve-se verificar a legibilidade da informação que consta na segunda via. Nesse caso, sugere-se a utilização do papel já carbonado produzido em gráfica para assegurar a adequada legibilidade e segurança da prescrição.

É preciso, ainda, atenção aos novos tipos de erros de prescrição, que podem ser ocasionados devido à alteração na forma de prescrição (manuscrita, digitada, pré-digitada e eletrônica).

#### **f. Uso de abreviaturas**

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem o uso de abreviaturas, pois seu uso aumenta a chance de erro de medicação.

Caso seja indispensável em meio hospitalar, a instituição deve elaborar, formalizar e divulgar uma lista de abreviaturas padronizadas, de modo a promover a adequada comunicação entre os membros da equipe de saúde. Essa lista não deve conter abreviatura de "unidades" (U) e "unidades internacionais" (UI), utilização de fórmulas químicas (KCl, NaCl, KMnO<sub>4</sub> e outras) e nomes abreviados de medicamentos (HCTZ, RIP, PEN BEZ, MTX, SMZ-TMP e outros).

As abreviaturas "U" e "UI" significando "unidades" e "unidades internacionais", respectivamente, são consideradas as mais perigosas de todas, pois podem levar à administração de doses 10 ou 100 vezes maior do que a prescrita. Desta maneira, deve-se abolir o uso de abreviaturas

“U” e “UI”, escrevendo a palavra “unidade” por extenso no lugar de “U” ou “unidade internacional” no lugar de “UI”.

Caso exista padronização de abreviatura para via de administração, preferir o uso de “EV” (para endovenosa) em vez de IV (intravenosa), em função do risco de erro de interpretação do “IV” como “IM”, sobretudo quando associado a pouca legibilidade da prescrição.

**g. Denominação dos medicamentos**

Os medicamentos devem ser prescritos utilizando-se a denominação comum brasileira e em sua ausência a denominação comum internacional. Quanto à denominação de fitoterápicos, observar a determinação da Denominação Comum Brasileira de Fitoterápicos ou, quando omissa, utilizar a denominação botânica acrescida da parte da planta utilizada.

A utilização de códigos ou codinomes utilizados para medicamento durante a fase de ensaios clínicos não devem ser utilizados para nominar medicamentos utilizados em estabelecimentos de saúde. Quando prescrito medicamento objeto de ensaio clínico, este deve ser identificado como tal, a partir do emprego da expressão “ensaio clínico”.

**h. Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes**

Medicamentos cujos nomes são reconhecidamente semelhantes a outros de uso corrente na instituição devem ser prescritos com destaque na escrita da parte do nome que os diferencia<sup>6,25</sup>, e pode ser utilizada letra maiúscula ou negrita. Exemplos de nomes semelhantes:

- DOPamina e DOBUtamina;
- ClorproPAMIDA e ClorproMAZINA;
- VimBLASTina e VinCRISTina.

Os membros da Comissão de Farmácia e Terapêutica e o Núcleo de Segurança do Paciente da UPA deverão organizar lista de medicamentos com nomes semelhantes e/ou embalagens parecidas selecionados no



estabelecimento de saúde e que possam ser fonte de erros, para divulgação entre os profissionais da instituição.

**i. Expressão de doses**

O sistema métrico deverá ser adotado para expressar as doses desejadas. As unidades de medidas não métricas (colher, ampola, frasco) devem ser eliminadas das prescrições, quando utilizadas isoladamente para expressar a dose. A utilização da forma farmacêutica (ampola, frasco, comprimido e outros) na prescrição deve ser acompanhada de todas as informações necessárias para a dispensação e administração segura.

A unidade de medida deve ser claramente indicada; e quando se tratar de microgramas, este deve ser escrito por extenso.

Ao prescrever doses ou volumes com números fracionados (por exemplo: 2,5mL), observar nas duas vias da prescrição se a vírgula está bem posicionada e clara, para evitar erro de dose, no qual a dose de "2,5 mL" seja interpretada como "25 mL". Não utilize "ponto" em substituição à vírgula, pois aumenta o risco de erro. Para definir a concentração de um medicamento, o uso do zero antes da vírgula ou ponto deve ser evitado, pois pode gerar confusão e erro de 10 vezes na dose prescrita. Exemplo: recomenda-se prescrever "500mg" em vez de "0,5g", pois a prescrição de "0,5g" pode ser confundida com "5g".

**Indicação, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos**

**a. Alergias**

Deve-se registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores. O registro do relato de alergia na prescrição subsidia adequada análise farmacêutica das prescrições e os cuidados de enfermagem, reduzindo, assim, a chance da dispensação e administração de medicamento ao qual o paciente é alérgico.

Em hospitais que utilizam prontuários e prescrições eletrônicas, as alergias do paciente devem ser registradas no sistema eletrônico e constar em todas as prescrições emitidas para o paciente.

**b. Informações importantes**

O prescritor deverá registrar na prescrição qualquer informação que considere relevante para que a assistência ao paciente seja segura e efetiva, considerando-se os múltiplos atores no processo assistencial e a necessidade de informação completa, clara e precisa.

É importante observar que as prescrições ambulatoriais, deverão ser registradas todas as orientações sobre como utilizar o medicamento, bem como as recomendações não farmacológicas devem constar também na prescrição.

**c. Padronização de medicamentos**

O estabelecimento de saúde deve ter uma lista de medicamentos selecionados/padronizados considerando-se critérios de efetividade, segurança e custo. A padronização deve ser homologada, publicada e divulgada a todos os profissionais do estabelecimento de saúde.

Recomenda-se que o estabelecimento de saúde elabore uma relação de medicamentos por especialidade, em consonância com a padronização da instituição, de forma a permitir mais familiaridade do prescritor com indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outros aspectos relacionados aos medicamentos.

A prescrição de medicamentos que já estão selecionados e padronizados no estabelecimento de saúde aumenta a segurança do uso, em virtude da maior familiaridade dos prescritores, farmacêuticos e equipe de enfermagem com esses medicamentos.

Outros benefícios da padronização de medicamentos ainda observados são relacionados a racionalização do estoque, rastreabilidade e política de compras.

**d. Doses**



O cálculo das doses de medicamentos é fonte importante de erros graves e este problema pode ser minimizado com a familiaridade do prescritor com o medicamento e com a conferência do cálculo.

Recomenda-se que as doses prescritas sejam conferidas pelo prescritor antes da assinatura da prescrição, tendo como referência o melhor nível de evidência científica disponível.

Para medicamentos cujas doses são dependentes de peso, superfície corporal e clearance de creatinina, recomenda-se que o prescritor anote tais informações na prescrição, para facilitar a análise farmacêutica e a assistência de enfermagem.

Preconiza-se que a farmácia disponibilize, em meio hospitalar, o maior número possível de medicamentos prontos para uso (dose unitária) e que dispensem a manipulação prévia à administração.

Deve-se implantar a dupla checagem (na farmácia e no momento do recebimento pela enfermagem) das doses prescritas principalmente para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância.

Nova dupla checagem deve ser feita pela enfermagem antes da administração do medicamento. A dupla checagem é particularmente importante para medicamentos prescritos em Pediatria, Oncologia e Unidades de Tratamento Intensivo, principalmente no momento da administração.

A prescrição ambulatorial deverá trazer a quantidade total de unidades farmacêuticas do medicamento prescrito, que deverá ser dispensada para o tratamento proposto. As quantidades máximas de medicamentos prescritas devem obedecer à legislação vigente.

#### **Duração do tratamento**

A prescrição deverá conter informação sobre a duração do tratamento, procurando evitar, dessa maneira, que o (s) medicamento (s) possa (m) ser consumido (s) continuamente sem indicação. Quando ambulatorial, a

prescrição de medicamentos de uso crônico deverá indicar a duração do tratamento, pois é necessário estabelecer um prazo para que o paciente seja reavaliado pelo médico.

A expressão "uso contínuo" ou "usar sem parar", sem prazo para o paciente ser reavaliado, não deve ser utilizada em prescrições ambulatoriais.

### Utilização de expressões vagas

Expressões vagas como "usar como de costume", "usar como habitual", "a critério médico", "se necessário" (sem indicação de dose máxima, posologia e condição de uso), "uso contínuo" e "não parar" devem ser abolidas das prescrições.

Quando for preciso utilizar a expressão "se necessário", deve-se obrigatoriamente definir:

- Dose;
- Posologia;
- Dose máxima diária deve estar claramente descrita; e
- Condição que determina o uso ou interrupção do uso do medicamento.

**Exemplo:** paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6h, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

### Posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão e via de administração

#### a. Posologia

Recomenda-se que a posologia desejada para o medicamento seja prescrita observando-se as doses máximas preconizadas e a comodidade do paciente.

Dentro do possível, recomenda-se prescrever medicamentos com menor número de doses diárias, para maior comodidade do paciente e menores riscos de erro de administração. A utilização de um menor número de doses diárias, facilita a adesão do paciente ao tratamento.

#### b. Diluição



Para medicamentos de uso endovenoso, intramuscular, subcutâneo e em neuroeixo e plexos nervosos, a prescrição deverá conter informações sobre diluente (tipo e volume), velocidade e tempo de infusão (para endovenosos).

A reconstituição e diluição dos medicamentos é etapa importante e que gera impacto sobre a estabilidade e até mesmo sobre a efetividade do medicamento, pois em alguns casos a incompatibilidade leva à diminuição ou à perda da ação farmacológica do medicamento.

**c. Velocidade de infusão**

A velocidade de infusão está associada a reações adversas clássicas, tal como a "síndrome do homem vermelho", que ocorre com a infusão rápida de vancomicina.

É indispensável, portanto, a definição da velocidade de infusão na prescrição, considerando-se a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante do medicamento, evitando-se a ocorrência de eventos adversos passíveis de prevenção.

**d. Via de administração**

A via de administração deve ser prescrita de forma clara, observando-se a via de administração recomendada pelo fabricante, para o medicamento. O uso de abreviaturas para expressar a via de administração deverá ser restrito somente às padronizadas no estabelecimento de saúde.

**Modificação da prescrição atual ou vigente**

Em prescrições hospitalares, o prescritor deverá se certificar de que as alterações na prescrição foram feitas de forma clara, legível e sem rasuras. O prescritor deverá fazer as alterações na primeira e segunda via da prescrição.

A suspensão ou alteração na prescrição de um medicamento somente na via disponível para a enfermagem pode:

- ✓ Acarretar erro na dispensação; e
- ✓ Aumentar o risco de erro de administração.

Em meio ambulatorial, nunca deve ser feita modificação ou rasura na mesma receita. Caso seja necessária alguma alteração na terapêutica, nova receita deverá ser emitida e a anterior suspensa.

### **Prescrições verbais**

As prescrições verbais devem ser restritas às situações de urgência/emergência, devendo ser imediatamente escritas no formulário da prescrição após a administração do medicamento. A prescrição verbal deve ser validada pelo prescritor assim que possível.

Quando a ordem verbal for absolutamente necessária, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara. Quem recebeu a ordem verbal deve repetir de volta o que foi dito e ser confirmado pelo prescritor antes de administrar o medicamento.

### **Pontos de transição do paciente**

Na admissão do paciente em unidades de saúde deverão ser relacionados quais medicamentos o paciente estava usando antes da internação, objetivando-se avaliar a necessidade da continuidade ou suspensão do uso dos mesmos (conciliação medicamentosa).

Os pacientes devem ser orientados a não permanecerem com seus medicamentos na unidade hospitalar, em virtude do risco de utilização de doses duplicadas, quando administradas pela equipe de enfermagem e paralelamente por cuidador (acompanhante) ou pelo próprio paciente e ainda pelo risco do uso de medicamentos não indicados para a condição clínica atual do paciente.

No âmbito ambulatorial, chama-se de ponto crítico quando ocorre transição do paciente entre os níveis de atenção (primário, secundário ou terciário), sendo fundamental a realização dos encaminhamentos resolutivos entre as diferentes unidades de saúde e que a atenção básica seja a coordenadora do cuidado do usuário. Para tal, o prescritor deverá elaborar detalhado histórico



farmacoterapêutico do paciente, podendo contar com a colaboração do farmacêutico, que deverá fazer a conciliação dos medicamentos.

Na transferência do paciente entre leitos, entre duas unidades de uma mesma instituição hospitalar e entre instituições hospitalares distintas, as seguintes ações devem ser realizadas:

Encaminhar resumo da internação e o prontuário atualizado e organizado (transferência interna), bem como resumo de alta (em caso de transferência externa, como forma de melhor orientar a nova equipe que prestará assistência ao paciente.

O prescritor deverá elaborar detalhado histórico do plano terapêutico medicamentoso do paciente, podendo, para isso, contar com a participação do farmacêutico.

**Importante:**

- ✓ Os pontos de transição dos pacientes, da admissão à alta, ou mudança de local de internação, são considerados críticos, pois, frequentemente, nessas mudanças, ocorre expressivo número de erros de medicação, devido a informações incorretas ou incompletas sobre os medicamentos utilizados pelos pacientes, ocasionando principalmente a omissão ou duplicidade de dose.
- ✓ Nos pontos de transição, especialmente na alta hospitalar, o paciente deverá receber uma prescrição contendo todos os medicamentos de que fará uso e as recomendações necessárias à continuidade do tratamento, sendo recomendável a participação do farmacêutico com orientações para o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos.

**Prescrição segura de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância**

As unidades de saúde deverão divulgar a sua lista de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância que constam na relação de medicamentos selecionados na instituição, indicando as doses máximas

desses medicamentos, a forma de administração (reconstituição, diluição, tempo de infusão, via de administração), a indicação e a dose usual.

O número de apresentações e concentrações disponíveis de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, especialmente anticoagulantes, opiáceos insulina e eletrólitos concentrados (principalmente cloreto de potássio injetável), deve ser limitado.

As doses dos medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância deverão ser conferidas com dupla checagem na fase dos cálculos para prescrição e análise farmacêutica da prescrição para dispensação.

**Obs.** Para o acesso à lista completa de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância de uso hospitalar e ambulatorial, recomenda-se o acesso no sítio eletrônico e endereço eletrônico abaixo:

- Site: [www.ismp-brasil.org](http://www.ismp-brasil.org)
- Link: [www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos\\_potencialmente\\_perigosos.php](http://www.ismp-brasil.org/faq/medicamentos_potencialmente_perigosos.php)

#### **Suporte eletrônico para prescrição**

Recomenda-se a utilização de programa informatizado para prescrição de medicamentos com suporte clínico que forneça minimamente informações sobre:

Doses máximas para medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e/ou com índice terapêutico estreito;

- Interações medicamentosas clinicamente significativas;
- Alergias;
- Apresentações e concentrações padronizadas disponíveis na instituição.

#### **Importante:**

- ✓ Prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas quando possível.



- ✓ Utilizar para impressão formulário sem pauta, pois as linhas podem encobrir pontos e vírgulas ou transformar "0" em "8", aumentando, assim, a possibilidade de erros.
- ✓ Quando se implantar novo sistema de prescrição na unidade de saúde (prescrições pré-digítadas, eletrônicas e outras), o prescritor, farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema.

### **Outras informações importantes para a prescrição segura**

O prescritor deverá conhecer a história clínica e os medicamentos de que o paciente faz uso e conciliá-los com a nova prescrição, procurando evitar duplicidades, interações, doses inadequadas e outras discrepâncias, podendo nessa etapa contar com o suporte do farmacêutico.

Para apoiar a decisão de prescrever, utilizar fontes de informação sobre medicamentos atualizadas e baseadas nos melhores níveis de evidência científica.

Na prescrição para uso ambulatorial, quando necessário, deverá ser registrado na prescrição o tempo que o paciente deverá permanecer em observação no estabelecimento de saúde após a administração do medicamento.

Caso exista a suspeita de reações adversas a medicamentos ou a ocorrência de erros ou eventos adversos no processo assistencial, estes devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente/Gerência de Riscos do estabelecimento de saúde.

A compreensão das informações da prescrição e ações que possibilitem esclarecimentos aos pacientes sobre riscos de medicação e medidas de prevenção deve ser garantida por ações colaborativas entre prescritores, farmacêuticos e enfermeiros.

As atividades clínicas dos farmacêuticos devem ser incentivadas, pois podem diminuir os erros de prescrição e medicação em geral e têm embasamento em evidência científica comprovada.

### **Procedimento operacional padrão da prescrição por via de administração**

Para o adequado cumprimento da prescrição, todas as informações deverão estar claras e completas, em cada item prescrito.

Em prescrições eletrônicas, recomenda-se que o cadastro do medicamento permita somente a prescrição das vias de administração descritas na literatura e pelo fabricante, o que aumenta a segurança, impedindo administração por via errada.

Recomenda-se que os medicamentos devam ser prescritos conforme estrutura a seguir:





<b>ESTRUTURA DA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b>
<b>USO ORAL</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso
Exemplo: captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1h antes ou 2h depois de alimentos.
<b>USO TÓPICO</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso
Exemplo: Permanganato de potássio 1:60.000 solução. Aplicar compressas em membro inferior direito 3 vezes/dia, após o banho.
<b>USO ENDOVENOSO</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso
Exemplo: anfotericina B 50mg frasco-ampola. Reconstituir 50mg em 10mL de água destilada e rediluir para 500mL de solução glicosada 5%. Uso endovenoso, infundir 35 gotas/min., 1 vez/dia. Administrar em 5 horas.
<b>USO INTRAMUSCULAR</b>
Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de

**administração e uso**

Exemplo:

intramuscular com diluição: ceftriaxona 1g, frasco-ampola. Diluir 1g em 3,5 mL de lidocaína 1%. Fazer a solução obtida, via intramuscular profunda (região glútea) de 12/12h;

intramuscular sem diluição: vitamina K (fitomenadiona) 10mg/mL, ampola. Fazer 1mL via intramuscular profunda (região glútea), 1x ao dia.

**USO SUBCUTÂNEO**

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Subcutâneo sem diluição: heparina sódica 5.000 unidades internacionais/0,25mL, ampola. Fazer 0,25mL subcutânea de 12/12h.

**USO INTRATECAL**

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso

Uso intratecal com diluição: citarabina 100mg, frasco-ampola. Diluir 100mg em 5mL de solução fisiológica 0,9%. Infundir 1,5mL intratecal, 1x/dia. Diluir imediatamente antes do uso. Não reaproveitar o restante da solução para uso intratecal.

**USO INALATÓRIO**

Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via + dose (medicamento e diluente) + posologia + orientação de uso.

Exemplo: bromidrato de fenoterol 5mg/mL, solução para inalação. Fazer aerosol com 5 gotas diluídas em 3 mL de solução fisiológica 0,9% de 6/6h. Nebulizar e inalar até esgotar toda a solução.

**Monitoramento e indicadores para prescrição segura de medicamentos**

- O processo da prescrição deve estar padronizado e com o respectivo procedimento operacional padrão escrito, atualizado, validado, divulgado e disponível em local de fácil acesso;
- As prescrições devem ser revisadas por farmacêutico antes de serem dispensadas;



- Os erros de prescrição devem ser notificados ao Núcleo de Segurança do Paciente.

**Indicador**

<b>Nome do indicador</b>	Taxa de erros na prescrição de medicamentos.
<b>Objetivo do indicador</b>	Monitorar a ocorrência de erros na atividade de prescrição de medicamentos.
<b>Fórmula do indicador</b>	$\frac{\text{n}^\circ \text{ medicamentos prescritos com erro}}{\text{n}^\circ \text{ total de medicamentos prescritos}} \times 100$
<b>Periodicidade mínima de verificação</b>	Mensal
<b>Explicação da fórmula</b>	<p><b>Nº de medicamentos prescritos com erro:</b> são os medicamentos prescritos faltando dose, forma farmacêutica, via de administração, posologia, tempo de infusão, diluente, volume, velocidade de infusão, e abreviaturas contraindicadas.</p> <p><b>Nº total de medicamentos prescritos:</b> são todos os medicamentos prescritos em um determinado período de tempo.</p>
<b>Fonte de Informação</b>	Prescrição (eletrônica, pré-digitada ou manual), protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas.
<b>Coleta de dados</b>	Elaborar planilha para registro do número total de erros de prescrição e o número de medicamentos prescritos, utilizando a classificação de erros de prescrição. Totalizar os dados e aplicar a fórmula.
<b>Observações</b>	Em farmácias com sistemas informatizados, estes poderão ser preparados para emitir relatório com as informações necessárias para a aplicação da fórmula do indicador.
<b>Responsável</b>	Farmacêutico.



## Práticas seguras para distribuição de medicamentos

Os sistemas de distribuição de medicamentos em hospitais podem ser classificados em:

- Coletivo;
- Individualizado;
- Misto;
- Dose unitária;
- Sistema automatizado.

O tipo de sistema de distribuição adotado tem relação direta com a frequência de erros.

O sistema coletivo é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por unidade de internação ou serviço, mediante solicitação da enfermagem para todos os pacientes da unidade. Implica a formação de subestoques de medicamentos nas unidades, os quais ficam sob responsabilidade da equipe de enfermagem. A reposição é feita periodicamente, em nome da unidade, por meio de requisições enviadas à farmácia.

**IMPORTANTE:** Esse sistema de distribuição de medicamentos é considerado inseguro e **DEVE** ser abolido dos estabelecimentos de saúde.

O sistema individualizado é caracterizado pela distribuição dos medicamentos por paciente, de acordo com a prescrição médica, geralmente para um período de 24 horas de tratamento. Esse sistema se mostra mais seguro que o sistema coletivo, entretanto, menos seguro que o sistema por dose unitária.

O Sistema misto é caracterizado pela combinação dos sistemas coletivo e individualizado coexistindo:

Sistema Individualizado – é utilizado nas unidades de internação, ocorrendo de forma parcial ou integral, mediante prescrição.

Sistema Coletivo: é utilizado nos serviços de radiologia, endoscopia, urgência, ambulatórios, entre outros, mediante requisição.

**Importante:** O Sistema misto mantém riscos elevados associados à distribuição coletiva.

Recomenda-se aos estabelecimentos de saúde o **sistema de dose unitária**.

O sistema de distribuição por dose unitária consiste na distribuição dos medicamentos com doses prontas para a administração de acordo com a prescrição médica do paciente. A dose do medicamento é embalada, identificada e dispensada pronta para ser administrada, sem necessidade de transferências, cálculos e manipulação prévia por parte da enfermagem antes da administração ao paciente.

Nas unidades de internação são estocados apenas os medicamentos para atendimento de emergências e as doses necessárias para suprir as 24 horas de tratamento dos pacientes. Nesse sistema, os medicamentos também poderão ser dispensados por horário de administração, reduzindo a quantidade e variedade de medicamentos nas unidades de internação.

O sistema automatizado pode ser caracterizado por unidades de dispensação eletrônica capazes de realizar o atendimento de 100% das prescrições médicas ou conforme rotina da instituição como suporte ao sistema de dose unitária, substituindo o estoque da unidade de internação para a dispensação das primeiras doses, além dos medicamentos controlados, de urgência e itens prescritos no regime se necessário.

### **Intervenções**

A farmácia tem, entre suas importantes funções, a dispensação dos medicamentos e deve assegurar que os medicamentos estejam disponíveis para administração ao paciente no tempo adequado, na dose correta, assegurando a manutenção das características físicas, químicas e microbiológicas, contribuindo para o uso seguro dos mesmos.

A farmácia deverá possuir estrutura organizada, bem como processos de trabalho escritos e difundidos que promovam a prevenção, identificação e redução de erros de prescrição e dispensação. A farmácia deve contar com recursos humanos capacitados e em número suficiente para realizar a contento suas atividades.



### **Itens de verificação para a distribuição segura de medicamentos**

Para garantir maior segurança ao processo de dispensação e o adequado fluxo de trabalho, o ambiente destinado à dispensação deve:

- Ser reservado;
- Contar com fluxo restrito de pessoas; e
- Ser tranquilo, sem fonte de interrupção e distração (tais como televisão, rádio e outras).

Os ambientes da farmácia onde são armazenados e dispensados os medicamentos devem ser limpos, organizados, bem iluminados e com adequado controle e registro de temperatura, umidade e controle de pragas.

A dispensação segura nos estabelecimentos de saúde deverá ser precedida pelas seguintes atividades:

- Seleção;
- Padronização;
- Aquisição;
- Recebimento;
- Armazenamento;
- Fracionamento; e
- Identificação segura dos medicamentos.

O número de apresentações e concentrações de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância, padronizados na instituição, deve ser restrito e suas doses máximas estabelecidas e divulgadas.

O estabelecimento de saúde deverá realizar ações de educação permanente, de forma sistemática e registrada, para farmacêuticos e auxiliares de farmácia, com foco na segurança do uso de medicamentos, envolvendo os processos de: seleção, padronização, armazenamento, fracionamento, análise farmacêutica da prescrição e dispensação dos medicamentos.

O estabelecimento de saúde deverá manter farmacêuticos e auxiliares de farmácia em número suficiente para permitir a dispensação segura de medicamentos.

### **Estratégias para dispensação segura relacionadas ao armazenamento**

O ambiente no qual é realizada a dispensação de medicamentos deve possuir as condições adequadas (temperatura, iluminação, umidade, ruído) para o armazenamento e dispensação segura de medicamentos.

#### **a. Restrição de acesso**

Medidas de restrição de acesso deverão ser estabelecidas, para o armazenamento de produtos que possibilitam riscos elevados de troca (em virtude de similaridade de nomes e apresentação), bem como os medicamentos potencialmente perigosos/alta vigilância e aqueles com sons, grafias e embalagens semelhantes.

#### **b. Procedimento Operacional**

A farmácia deve possuir procedimento operacional atualizado que contemple a validação/conferência do armazenamento do produto certo, no local certo. Esse procedimento deverá ser realizado de forma contínua e sistemática, com registro de execução, propiciando segurança aos processos de armazenamento e dispensação de medicamentos, sobretudo após devolução de medicamentos. O controle de medicamentos sob controle especial deve seguir legislação específica. O processo de dispensação de medicamentos deve possuir procedimento operacional de padrão escrito, homologado, atualizado e de conhecimento de todos os profissionais da farmácia.

#### **c. Boas Práticas de Armazenamento**

A farmácia deve seguir as Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos e possuir padrões atualizados que definam regras para o armazenamento, privilegiando a segurança do processo de dispensação. Pode-se lançar mão de ordenamento alfabético e/ou por forma farmacêutica associado à identificação, com etiquetas coloridas dos medicamentos com elevado risco de troca e os potencialmente perigosos/alta vigilância.

Deve-se identificar os locais de armazenamento de medicamentos que apresentam grafias e sons semelhantes, com etiquetas de alerta que



proporcionem a escrita de parte do nome do medicamento com letras maiúsculas e em negrito, destacando-se a diferença entre nomes parecidos, como, por exemplo:

- LAMI**v**udina;
- ZID**O**udina.

## PROTOCOLO DE EMERGÊNCIAS CLÍNICAS

### ALTERAÇÕES DE COMPORTAMENTO – DELIRIUM/AGITAÇÃO

#### Considerações Especiais de Avaliação

São situações comuns que se associam a: embaraços sociais, destruição de patrimônio e em algumas vezes a risco de vida para o paciente ou terceiros. Causas orgânicas como traumatismos cranianos, hipoxemia, hipoglicemia, choque, abstinência de álcool, infecções e uso de drogas (álcool, cocaína, etc.) devem ser excluídas antes do diagnóstico de doença psiquiátrica.

<b>Agitação</b>	é definida como movimentação excessiva e despropositada, que pode variar desde uma leve inquietude até ações violentas e agressivas.
<b>Confusão</b>	é definida como estado de comprometimento mental e de comportamento levando a redução da compreensão, coerência e da capacidade de raciocínio.
<b>Delirium</b>	é definido como estado agudo de confusão com comprometimento cognitivo desencadeado por afecção neurológica ou clínica, de caráter grave, com duração de horas a dias. Em ambiente pré-hospitalar, o delirium pode ser observado em cerca de 2/3 dos pacientes que recebem assistência domiciliar (“home care”) e em 80% dos pacientes que estão no final da vida. No ambiente hospitalar, está associado a uma elevada mortalidade, de 25 a 33%, semelhante aos índices de septicemia. Nos pacientes com ventilação mecânica, a mortalidade em seis meses é maior nos que apresentaram quadro de delírio (35% vs. 15%) assim como também o tempo de internação (10 dias acima da média).

A diferenciação entre causas orgânicas e psiquiátricas (psicose ou histeria) pode ser difícil. Condições associadas com delírium e confusão que podem causar dano cerebral: hipoglicemia, encefalopatia de Wernicke, hipotensão arterial, encefalite ou meningite, insuficiência respiratória, AVE, sangramento intracraniano, processo expansivo intracraniano, síndrome de abstinência e intoxicações exógenas.

**a. Quadro Clínico**

- Pacientes psicóticos podem estar totalmente orientados;
- Pacientes psicóticos retêm a memória e habilidades cognitivas (realizar cálculos), isto não ocorre nas causas orgânicas;
- Alucinações auditivas ocorrem em estados psicóticos, já as visuais ocorrem nas causas orgânicas;
- AVE – Acidente vascular encefálico.

**Diferenciação entre agitação psicomotora por causa orgânica ou psiquiátrica**

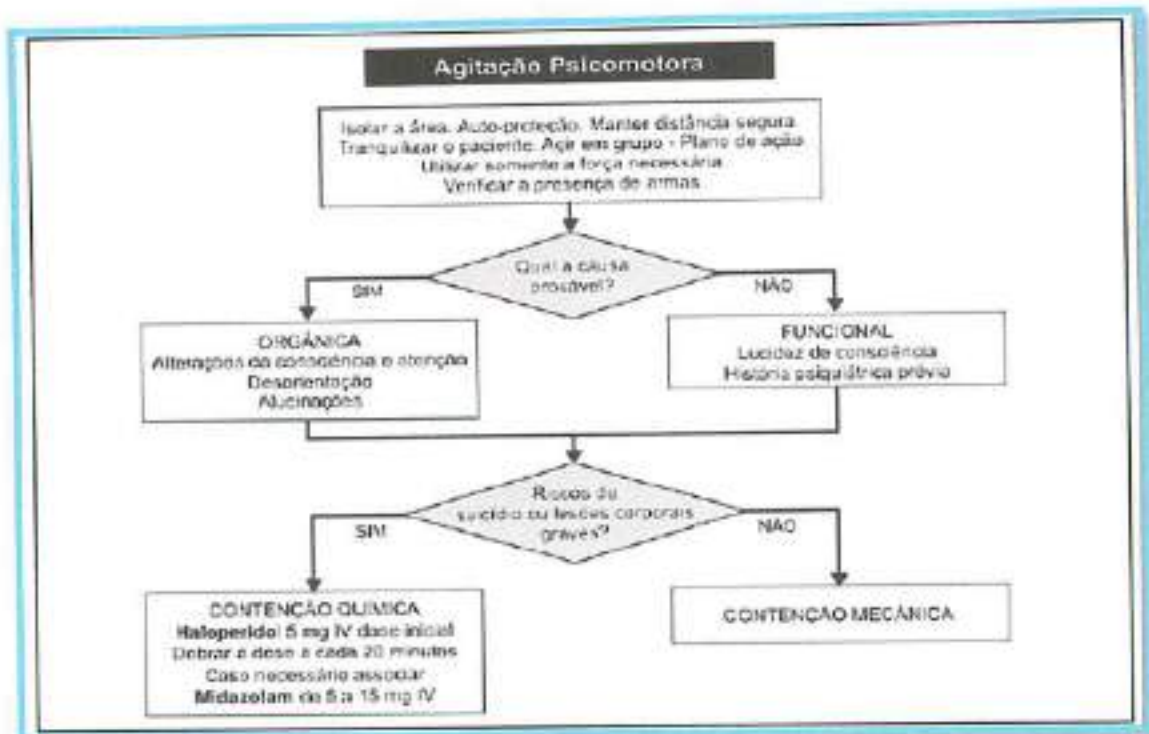
	<b>Orgânica</b>	<b>Psiquiátrica</b>
<b>Idade</b>	Idosos são mais suscetíveis	Comum em jovens, da puberdade aos 30 anos
<b>Início</b>	Agudo	Geralmente insidioso
<b>Fraqueza/Fadiga</b>	Raro	Comum
<b>Alucinações</b>	Geralmente táteis, visuais e olfativas	Predominantemente auditivas
<b>Orientação</b>	Desorientação temporal maior que a espacial	Desorientação temporal e espacial
<b>Memória</b>	Afetada, principalmente a recente	Pode cursar com amnésia total ou preservação da memória
<b>Evidência de doença orgânica do SNC</b>	Presente	Geralmente ausente
<b>Mioclonia, asterixis</b>	Diagnósticos, caso presentes	Ausentes sempre

**b. Conduta**



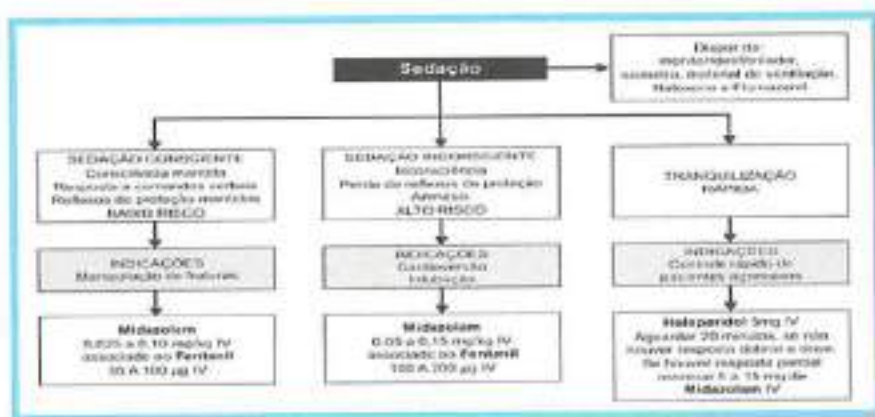
- Afastar como causa da agitação: trauma craniano, dor intensa, hipóxia, hipercapnia, hipoglicemia, hipotensão, síndromes de abstinência (em especial a alcoólica), encefalopatia hepática, uremia, infecções do sistema nervoso central, septicemia e intoxicações exógenas.
- Observar cuidado com segurança pessoal.
- Abordar o paciente com cuidado.
- Evitar que o paciente se auto-lesione ou agrave lesões já existentes.
- Obter acesso venoso periférico.
- Monitorizar o ritmo cardíaco, oximetria e sinais vitais.
- Colher sangue para dosagem de glicemia capilar.
- Corrigir distúrbios hemodinâmicos e metabólicos.
- Lembrar que a utilização de drogas sedativas não acompanhadas por analgesia adequada em pacientes com dor intensa pode piorar o quadro.
- Realizar a contenção mecânica de pacientes delirantes sempre em associação a tratamento farmacológico adequado, pois pode haver piora do quadro de agitação e de suas consequências clínicas.
- Administrar haloperidol por via intravenosa na dose de 5 mg, dobrando a dose a cada 20 minutos na ausência de resposta.
- Associar midazolam 5 mg por via intravenosa, repetindo caso necessário se a agitação for incontrolável.
- Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI – pressão não invasiva – continuamente monitorizados, devido ao risco de depressão respiratória ou hipotensão.
- Encaminhar paciente para hospitalização.

### c. Algoritmo Agitação Psicomotora



Algoritmo de atendimento ao paciente com agitação psicomotora

#### d. Algoritmo de Sedação Pré-Hospitalar



Algoritmo de sedação em ambiente pré-hospitalar.

#### Farmacologia dos Sedativos





MEDICAMENTO	EFEITOS	DURAÇÃO DOS EFEITOS	INDICAÇÕES	DOSE IV	VANTAGENS	EFEITOS DELETERIOS
DIAZEPAM 2 ml = 10 mg	Sedação, ansiólise e anti-convulsivante.	De três a quatro horas.	Abortar crises convulsivas.	0,1 a 0,2 mg/kg IV.	Revertido com a administração de Flumazenil.	Depressão respiratória, hipotensão e bradicardia. Dor quando injetado por via intravenosa.
MIDAZOLAM 3 ml = 15 mg	Sedação, ansiólise e amnésia anterógrada em pacientes conscientes.	Um a cinco minutos com duração de até duas horas.	Medicamento de escolha no pré-hospitalar para obter sedação de curta duração.	0,05 a 0,10 mg/kg IV como dose de ataque com infusão de até 15 mg/hora.	A depressão da função ventilatória ocorre apenas em altas doses. Revertido com a administração de Flumazenil.	Depressão respiratória, hipotensão e bradicardia.
PROPOFOL 1 ml = 10 mg	Inconsciência de curta duração.	Quatro a dez minutos.	Sedação de curta duração para realização de procedimentos como cardioversão. Empregado no ambiente pré-hospitalar em situações especiais.	Varia entre 0,25 e 1 mg/kg por via intravenosa. Reduzir a dose em pacientes idosos.	Recuperação rápida. Início de ação em 30 a 45 segundos.	Hipotensão arterial, especialmente em idosos e em pacientes hipovolêmicos.
TIOPENTAL Frasco de 500 mg ou 1g liofilizado	Sedação	Cinco a dez minutos.	Intubação de pacientes apresentando elevação da pressão intracraniana.	3 a 5 mg/kg IV	Início de ação em 30 segundos.	Depressão respiratória e hipotensão. Resposta vagal com aumento de secreções respiratórias e laringoespasmos. Evitar em pacientes hipovolêmicos, cardiopatas e asmáticos.
HALOPERIDOL 1 ml = 5 mg	Anti-psicótico	Quatro a doze horas.	Tranquilizar pacientes agitados e agressivos.	De 5 a 20 mg IV dependendo do grau de agitação. Dobrar a dose a cada 20 minutos na ausência de resposta.	Início da ação de 5 a 20 minutos por via intravenosa. Possui efeitos cardiovasculares e respiratórios muito discretos.	Reações extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna (hipertermia, rigidez muscular e confusão) e prolongamento do intervalo QT, predispondo o paciente ao Torsades de Pointes.

## REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

### a. Considerações Especiais de Avaliação

**Coma** é o estado de falta de responsividade total ou quase total, no qual não é possível induzir uma ação do paciente dotada de propósito.

**Estupor** é um estado de redução da vigília no qual é possível obter uma resposta do paciente aos estímulos vigorosos.

**Letargia** é um estado no qual a vigília está diminuída, mas é mantida apenas com estimulação leve.

Pode ser dividido em dois grupos de acordo com a causa:

- Disfunção difusa do SNC por causas tóxicas ou metabólicas.
- Estrutural: pode ser dividida em hemisférica e supratentorial.

### b. Quadro Clínico

A história é muito importante para estabelecer o diagnóstico. A causa pode ser evidente nos casos de traumatismo crânio encefálico, parada cardíaca ou intoxicação exógena conhecida. As características clínicas devem ser avaliadas:

- Circunstâncias e progressão dos sintomas neurológicos;
- Sintomas que antecederam o quadro (confusão, fraqueza muscular, cefaleia, febre, convulsões, zumbido, diplopia ou vômitos);
- Uso de medicações, drogas ilícitas ou álcool;
- Doenças prévias como insuficiência hepática ou renal, cardiopatia ou doença pulmonar.

Coma de início súbito sugere hemorragia cerebral e desenvolvimento progressivo sugere causa metabólica ou tumor. Em causas tóxicas, geralmente ocorre a ausência de achados focais, as pupilas são pequenas e reativas a luz.

Coma resultante de lesões hemisféricas apresenta-se geralmente com hemiparesia progressiva, assimetria de reflexos e desvio conjugado do olhar para o



lado da lesão. Coma resultante de causas infratentoriais é súbito, associado a postura de descerebração e perda de reflexos pupilares.

### Tipos de herniação do SNC.



(A) ocorre no mesencéfalo, resultando em midríase ipsilateral (comprometendo o III par craniano) e hemiparesia com Babinski no lado oposto. A herniação central transtentorial (B) resulta, inicialmente, em pupilas mióticas e letargia (por comprometimento do mesencéfalo superior) e pode progredir para a postura de descerebração e parada respiratória (comprometimento de ponte e medular). A herniação hemisférica através da foice (C) pode resultar em comprometimento motor contra lateral associado ao desvio conjugado do olhar para o lado da lesão. A herniação das amígdalas através do forame magno (D) resulta em parada respiratória por compressão medular.

#### c. Conduta

- Avaliar o nível de consciência;
- Realizar exame neurológico e procurar por sinais de localização;
- Desobstruir vias aéreas: se o paciente apresentar respiração espontânea utilizar manobra manual de abertura observando cuidados com a coluna cervical caso indicado (possibilidade de trauma);
- Manter a permeabilização da via aérea com cânula orofaríngea;
- Avaliar a respiração;
- Administrar oxigênio 10 a 15 litros por minuto 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;
- Estabilizar a coluna vertebral, em caso de trauma;
- Inserir cateter em veia periférica calibrosa em extremidade superior;
- Verificar sinais vitais, inclusive temperatura corporal;
- Iniciar infusão de solução cristalóide para manter veia (7 gotas por minuto).
- Evitar soluções glicosadas ou hipotônicas, exceto se indicado pelos exames de laboratório;
- Determinar a glicemia capilar, gasometria arterial, dosagem de ureia, creatinina e eletrólitos;
- Administrar glicose caso a glicemia capilar se encontre abaixo de 60 mg% ou na impossibilidade de se dosar a glicemia capilar, administrar 50 ml de solução glicosada a 50%, com 25 g de tiamina antes da glicose;
- Intubar o paciente caso o mesmo esteja incapaz de proteger sua via aérea e adaptar paciente ao ventilador mecânico (Glasgow  $\leq$  8);
- Monitorizar com oxímetro de pulso, cardioscópio e pressão arterial não invasiva;
- Manter a saturação da hemoglobina em níveis superiores a 92% ou a PaO<sub>2</sub> acima de 80 mmHg se possível;
- Corrigir hipotensão arterial caso necessário utilizando o protocolo de atendimento ao choque;
- Iniciar antibióticos IV caso haja suspeita de septicemia;
- Tratar de forma conservadora a hipertensão arterial, mantendo a PAM entre 100 a 110 mmHg caso sejam empregados medicamentos com ação hipotensora, devido ao risco de isquemia cerebral;



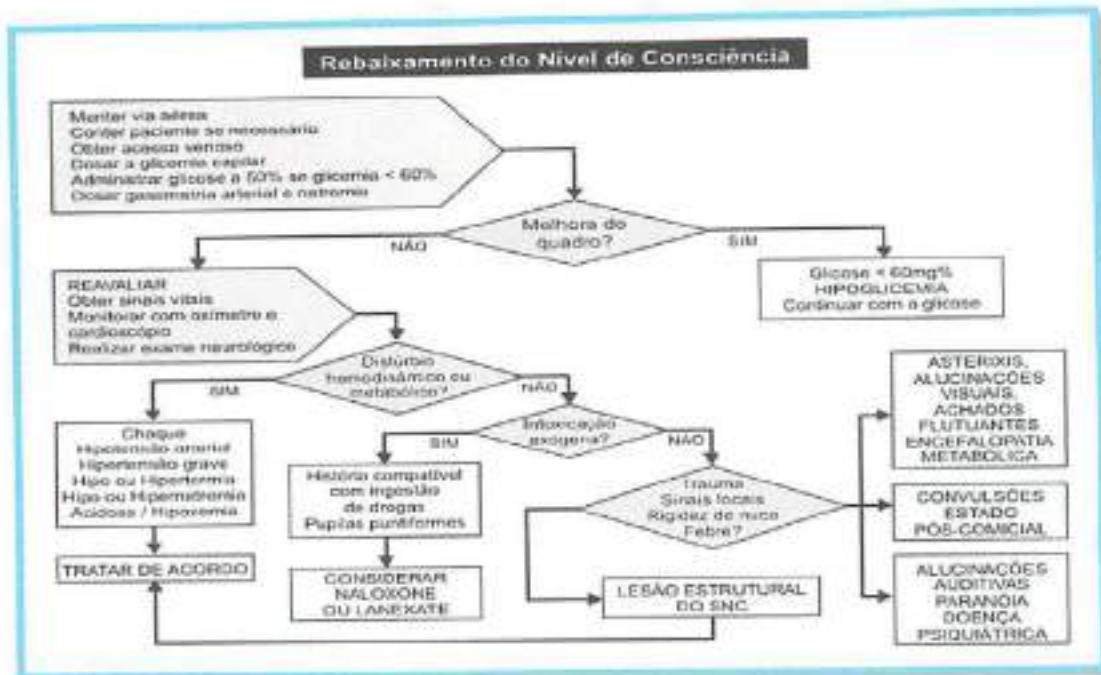
- Administrar antagonista caso indicado (suspeita de intoxicação por opiáceo ou por benzodiazepínico) conforme tabela de medicamentos abaixo.

### Medicamentos antagonistas de opiáceos e benzodiazepínicos

MEDICAMENTO	INDICAÇÃO	DOSE PRECONIZADA	COMENTÁRIOS
NALOXONA 1 ml = 0,4 mg	Intoxicação por opiáceo	0,4 mg a cada 2 minutos até 2 mg	Podem ser necessária a infusão contínua para manter o estado de alerta, pois a duração da ação é menor que a dos opiáceos.
FLUMAZENIL 5 ml = 0,5 mg	Intoxicações por benzodiazepínicos	0,2 mg IV em 30 segundos, seguido por 0,3 mg após um minuto e por 0,5 mg a cada minuto até dose total de 3 mg	Cuidado com transportes prolongados, pois o medicamento tem uma duração inferior a dos benzodiazepínicos.

- Aquecer passivamente pacientes hipotérmicos com cobertores;
- Resfriar pacientes apresentando hipertermia;
- Efetuar cateterismo vesical de vítimas inconscientes;
- Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI – Pressão não invasiva – continuamente monitorizados,
- Transferir o paciente para unidade hospitalar.

#### d. Algoritmo de Rebaixamento do Nível de Consciência



Algoritmo de atendimento a pacientes com rebaixamento do nível de consciência.

## CONVULSÕES

### a. Considerações Gerais

As convulsões idiopáticas são as mais frequentes. Entre 5 e 10% da população apresenta um episódio de crise convulsiva ao longo da vida, com maior prevalência em crianças e em idosos. Podem ser precipitadas por: febre, hipoglicemia, hipoxemia, hiponatremia ou hipernatremia, toxinas e trauma craniano. A convulsão deve ser terminada para prevenir alterações irreversíveis, especialmente no caso de estado de mal epiléptico.

A realização de exame de imagem (TC de crânio sem contraste), em pacientes adultos que estão apresentando o seu primeiro evento de crise convulsiva, pode modificar o tratamento em 9 a 17% dos casos; em especial aqueles que possuem exame neurológico alterado, história com maior probabilidade de lesão estrutural ou convulsão focal.

### Etiologia de convulsões de acordo com a faixa etária



FAIXA ETÁRIA	CAUSAS DE CONVULSÕES
Neonatos (menos de 1 mês)	Isquemia e hipóxia perinatal Hemorragia intracraniana e trauma Infecção aguda do SNC Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hiponatremia, hipomagnesemia) Doenças genéticas
Primeira infância (de 1 mês a 1 ano)	Convulsões febris Doenças genéticas Infecção do SNC Trauma Idiopática
Adolescentes (de 12 a 18 anos)	Trauma Doenças genéticas Infecção Tumor cerebral Uso de drogas ilícitas Idiopática
Adultos jovens (de 18 a 35 anos)	Trauma Abstinência de álcool Uso de drogas ilícitas Tumor cerebral Idiopática
Adultos mais velhos (acima de 35 anos)	Doença cerebrovascular Tumor cerebral Abstinência de álcool Distúrbios metabólicos (uremia, insuficiência hepática, distúrbios hidroeletrolíticos, hipoglicemia) Idiopática

#### b. Quadro Clínico

- Perda da consciência ou alteração da mesma acompanhada por alterações de comportamento.
- Presença de atividade motora involuntária, incluindo contrações tônicoclônicas e automatismos (pisar de olhos).
- Perda de tônus motor (resultando em queda) e incontinência esfinteriana.
- Geralmente são autolimitadas e de curta duração (menos de um minuto).
- Diefunção autonômica: diaforese, hipertensão, taquipnéia ou apnéia, taquicardia e salivação.

O estado de mal epiléptico, ou seja, ocorrência de dois ou mais episódios de convulsão sem que a vítima recobre a consciência ou convulsões generalizadas com mais de trinta minutos de duração, constitui uma emergência médica, pois pode levar ao óbito por arritmias cardíacas ou dano cerebral devido a hipoxemia.

No estado pós-comicial, deve ser analisado se a recuperação do paciente é imediata e se o mesmo já apresentava história prévia de epilepsia, pois são indicadores de bom prognóstico. Contudo, se o paciente apresenta suspeita de lesão estrutural, alterações ao exame neurológico e crises convulsivas com início focal, o prognóstico torna-se mais desfavorável.

### c. Conduta

- No adulto jovem, procurar por sinais de: trauma, consumo de drogas ou envenenamento.
- No adulto acima de 35 anos, o diagnóstico mais provável de um primeiro evento de crises convulsiva é a doença cerebrovascular (AVE, ataque isquêmico transitório), devem ser afastadas como causas também frequentes o tumor cerebral, distúrbio metabólico e uso de álcool.
- Não introduzir objetos na boca do paciente durante as convulsões.
- Proteger a vítima de traumatismos, evitando a contenção da vítima, para não produzir ou agravar lesões músculo esqueléticas.
- Resfriar crianças febris com toalhas molhadas com água na temperatura ambiente.
- Abrir a via aérea empregando manobras manuais durante o estado pós comicial ou utilizando em paciente com trismo a cânula nasotraqueal.
- Assistir caso necessário a ventilação com máscara.
- Administrar oxigênio sob máscara 10 a 15 litros por minuto.
- Manter a saturação acima de 92%.
- Obter acesso venoso periférico em extremidade superior.
- Colher sangue venoso neste momento para exames laboratoriais: hemograma, glicemia, natremia, calemia, calcemia, uréia, creatinina.
- Dosar a glicemia capilar. Caso esta esteja menor que 60 mg%, administrar rapidamente 50 ml de glicose a 50% por via intravenosa.

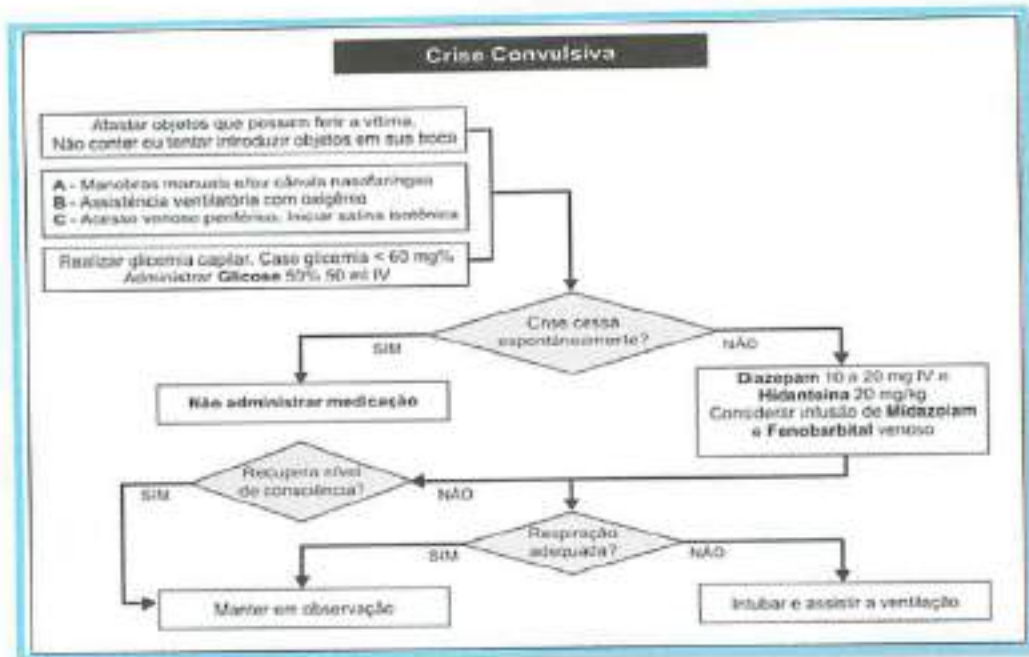


- Administrar diazepam 0,1 a 0,2 mg / kg IV se as convulsões persistirem.
- Realizar a intubação orotraqueal no estado de mal epiléptico.
- Iniciar assistência ventilatória em pacientes intubados de acordo com a rotina do serviço.
- Infundir fenitoína 20 mg/kg na velocidade máxima de 50 mg/min em transportes prolongados para evitar a recorrência de crises ou em casos refratários.
- Avaliar o uso de midazolam em infusão contínua ou tiopental em casos refratários.
- Radiografar o tórax do paciente no leito em casos com suspeita de broncoaspiração.
- Colher gasometria arterial.
- Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.
- Transferir para o hospital de referência os pacientes de estado de mal epiléptico ou com suspeita de lesão estrutural para avaliação com TC de crânio.

#### Características farmacológicas dos anticonvulsivantes

MEDICAMENTO	DOSE	INDICAÇÃO
Diazepam 2 ml = 10 mg	5 a 20 mg	Se restringe a abortar convulsões, não previne novas crises.
Fenitoína 5 ml = 250 mg	20 mg/kg em infusão venosa, diluída em solução fisiológica e com uma velocidade máxima de 50 mg por minuto.	Evita a recorrência das crises ou em casos refratários. Início de ação mais lento.
Midazolam 3 ml = 15 mg	5 a 20 mg IV Infusão de 0,1 a 0,5 mg /kg/hora.	Opção em casos refratários. Utilizar em paciente já intubado.
Fenobarbital 2 ml = 200 mg	100 mg / min IV até o controle das convulsões ou a dose máxima de 20 mg /kg ser atingida.	Indicado na persistência de convulsões apesar do uso das medicações acima.

#### d. Algoritmo de crise convulsiva



*Algoritmo de atendimento a pacientes com crise convulsiva.*

## CEFALÉIA

### a. Considerações especiais de avaliação

- Pesquisar se ocorreu algum traumatismo craniano, precedendo o quadro.
- Alterações neurológicas focais associadas ao quadro sugerem processo expansivo intracraniano (hematoma, tumor ou abscesso). Neste caso a realização de TC é obrigatória, assim como a remoção imediata para hospital de referência.
- É a cefaleia de início recente? Esta é uma das informações mais significativas, as cefaléias de início recente ou cujas características agravaram-se pode indicar uma patologia grave e demanda investigação.
- Existem sinais de irritação meníngea, associados com a cefaléia súbita ou subaguda? Suspeitar de hemorragia subaracnóidea ou meningite. A febre geralmente é um sinal de meningite.
- Presença de vários pacientes com queixa de cefaleia de uma mesma vizinhança sugere intoxicação. Suspeitar de monóxido de carbono.



- Verificar pressão arterial. As elevações moderadas de PA raramente causam cefaleia. A hipertensão grave e a eclâmpsia (neste caso específico, a elevação da PA pode não ser tão significativa) podem causar cefaleia. Idosos (principalmente do sexo feminino) com início recente de cefaleia podem raramente ter como causa a arterite temporal. Suspeitar desta situação quando houver cefaleia com dor no escalpo e/ou sobre o trajeto da artéria temporal associado a febre. Nestes casos o VHS está intensamente elevado (> 50 mm/h).

### Etiologia da Cefaleia

CAUSAS DE CEFALÉIA			
Cefaleia primária	%	Cefaleia secundária	%
Enxaqueca	16	Infecção sistêmica	63
Tensional	69	Traumatismo craniano	4
Em salvas	0,1	Distúrbios vasculares	1
Idiopática	1	Hemorragia subaracnóideia	< 1
Desencadeada por exercício	2	Tumor cerebral	0,1

#### b. Quadro Clínico

O diagnóstico de enxaqueca não precedida de aura, inclui pelo menos cinco episódios que preencham os seguintes critérios:

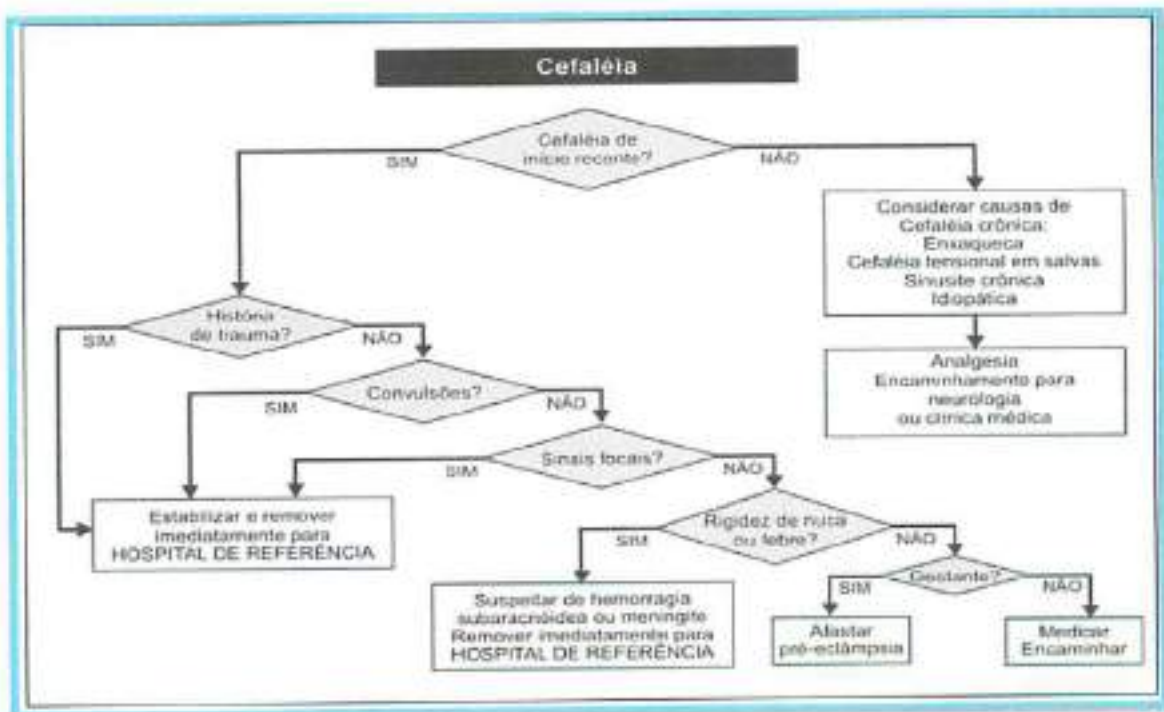
- Episódios de cefaleia com duração de 4 a 72 horas (não tratado ou com tratamento sem sucesso);
- Cefaleia com pelo menos duas entre as características: localização **unilateral**, **qualidade pulsátil**, **intensidade moderada ou grave** (limitando ou impedindo atividades diárias) e **piora com atividade física**.
- Associação de pelo menos uma das seguintes condições: náuseas, vômitos ou ambos, fotofobia e fonofobia;
- Nenhuma evidência de lesão estrutural.

#### c. Conduta

- Avaliar a anamnese: início da cefaleia, associação com outros sinais e sintomas, gestação, história de cefaleia crônica.

- Realizar a avaliação dos sinais vitais. A hipertensão grave pode ser causa da cefaléia. A febre pode sugerir meningite ou outra patologia infecciosa.
- Efetuar o exame neurológico procurando por irritação meníngea ou sinais de localização.
- Avaliar estruturas para-cranianas. Seios da face (sinusite), olhos (glaucoma), ouvidos (otite média).
- Colher sangue para hemograma e VHS, caso haja indicação de patologia infecciosa como causa da dor ou de arterite temporal.
- Remover ao hospital de referência para avaliação pelo especialista ou realização de exames complementares, caso haja diagnóstico suspeito ou confirmado de patologia grave (encefalopatia hipertensiva, meningite, processo expansivo intracraniano, hemorragia cerebral, eclâmpsia)

#### d. Algoritmo de cefaleia



Algoritmo de atendimento a pacientes com cefaleia.



## VERTIGEM

### a. Considerações especiais de avaliação

Vertigem representa uma queixa frequente na emergência. O médico deve solicitar ao paciente que explique seus sintomas e defina o que ele entende por vertigem. Vertigem é definida como uma ilusão de movimento ("o quarto está girando"). Pode ser de causa central ou periférica.

A vertigem central envolve o cerebelo ou tronco cerebral. As causas centrais são mais graves que as periféricas. A causa mais comum é a vertigem posicional periférica benigna (VPPB). A VPPB pode ocorrer em qualquer idade, mas é mais comum em idosos e em pessoas com trauma craniano. Outras causas de vertigem periférica:

- Neurite vestibular (possível etiologia viral): quadro incapacitante de vertigem sem perda de audição;
- Labirintite: que pode ser produzida por infecções virais ou bacterianas do ouvido médio e mastóide, associa-se a redução da audição;
- Doença de Ménière: produzida por distensão dos canais endolinfáticos e que apresenta vários episódios de vertigem associados a surdez progressiva;
- Ototoxicidade por medicamentos: aminoglicosídeos, quinino, salicilatos e diurético de alça;

#### Causas de vertigem central:

- Hemorragia ou infarto cerebelar (associa-se a ataxia, Romberg positivo);
- Insuficiência vértebro-basilar;
- Tumores do 8º par craniano e do ângulo cerebello-pontino.

### b. Quadro Clínico

- Apresentação súbita e severa da vertigem, com padrão paroxístico sugere causa periférica.
- Desencadeada com a mudança de posição.

- O teste de Hallpike pode ser utilizado para o diagnóstico de VPPB. Consiste em colocar o paciente sentado com a cabeça virada para um lado 45°. A seguir, o paciente é deitado na maca com a cabeça pendente 30° a 45°. Após a manobra o paciente exibirá um nistagmo de curta duração com o componente rápido na direção do ouvido afetado.
- Não é necessário fazer exames de imagem.

#### Diferenciação entre vertigem de etiologia periférica e central

	PERIFÉRICA	CENTRAL
INÍCIO	Súbito	Gradual
GRAVIDADE	Intensa	Menos intensa
NÁUSEA E SUDORESE	Comum	Incomum
FADIGA DOS SINAIS	Sim	Não
PERDA DE AUDIÇÃO	Pode ocorrer	Não
SINTOMAS DO SNC	Não	Presentes

#### c. Conduta

- Iniciar tratamento com anti-histamínicos como a prometazina 25 a 50mg IV ou IM se não houver contra-indicação.
- Remover para o hospital os pacientes com suspeita de tumor, causas centrais e labirintite bacteriana.



## SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

### a. Considerações especiais de avaliação

A síndrome de abstinência alcoólica decorrente da interrupção súbita do uso de álcool em indivíduo com história de abuso crônico desta substância. Pode manifestar-se com quadros de: tremor agudo, convulsões, estados combativos e de agitação, alucinações auditivas agudas, síndrome de *Wernicke Korsakoff* e *delirium tremens*. O intervalo entre o surgimento do quadro de *delirium tremens* e a abstinência é de três a quatro dias e os outros quadros menos sérios é de seis a 36 horas.

### b. Quadro clínico

- Delírio com tremor e agitação.
- Excesso de reatividade autonômica: taquicardia, midríase, febre e sudorese.
- Desorientação no tempo e espaço.
- Alucinações visuais são frequentes.
- As convulsões quando ocorrem por abstinência surgem entre 6-4h e precede o *delirium tremens*, a concomitância dos dois quadros sugere outra causa para as convulsões.
- A duração do quadro pode ser superior a 72 horas.

### c. Conduta

- Iniciar reposição volêmica mantendo quatro a dez litros no primeiro dia, utilizando glicose a 5% e eletrólitos.
- Administrar tiamina 100 mg/dia para prevenir a encefalopatia de Wernicke.
- Controlar a agitação com diazepam 5 mg a cada 5 minutos até que o paciente esteja calmo (podem ser necessárias doses de até 200 mg).
- Transferir o paciente para hospital de referência.

## REAÇÕES ANAFILÁTICAS

### a. Considerações especiais de avaliação

É uma reação alérgica grave e com potencial de fatalidade que ocorre minutos após a administração parenteral ou oral de medicamentos ou proteínas não humanas (alimentos, venenos, soro, etc.). As medidas preventivas são extremamente importantes, antes de administrar qualquer medicamento é obrigatório obter uma história pregressa de alergias. Utilizar medicamentos alternativos sempre que possível quando houver suspeita de alergia a uma substância ou grupo farmacológico.

### b. Quadro clínico

- Urticária generalizada ou edema, dor lombar, sensação de sufocação, tosse, broncoespasmo, edema de laringe, cólica e dor abdominal.
- Os sinais de gravidade incluem angioedema labial, de língua e palpebral de grande monta.
- Em casos graves hipotensão arterial, perda de consciência e convulsões.
- Episódios recorrentes podem ocorrer entre 12 e 24 horas após o inicial.
- Os pacientes devem ser hospitalizados para observação.

### Conduta

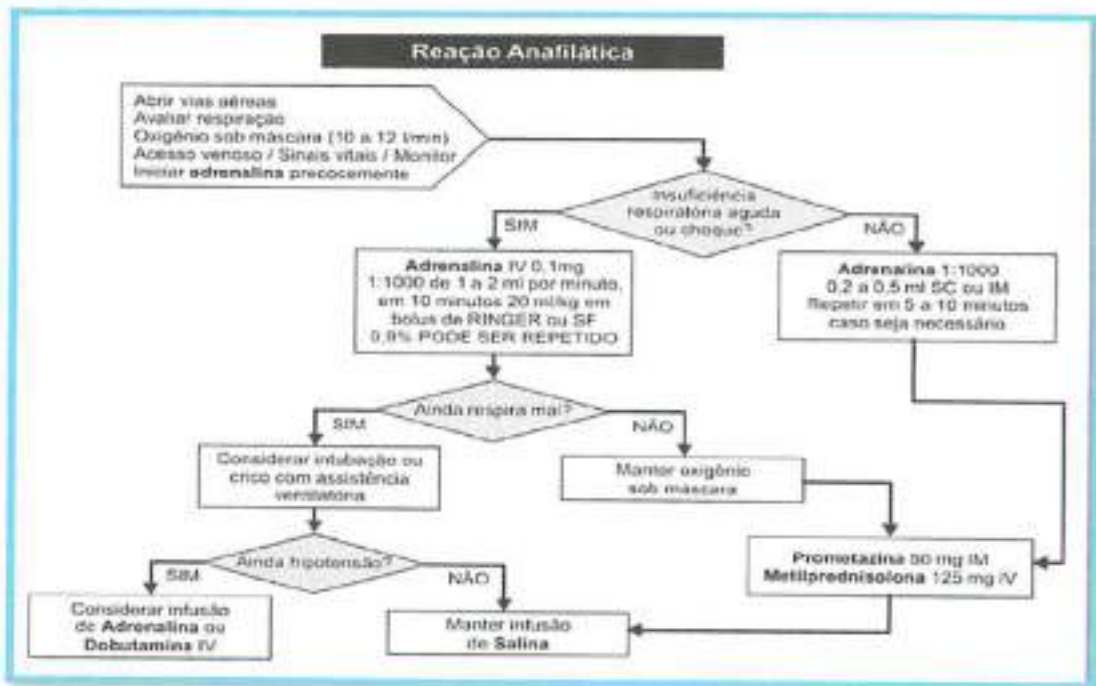
- Iniciar o tratamento assim que suspeitar da ocorrência de anafilaxia.
- Abrir via aérea com manobras manuais.
- Avaliar respiração.
- Administrar oxigênio por máscara com reservatório em alto fluxo (10 a 12 litros/min), procurando manter a saturação superior a 92%.
- Manter as vias aéreas permeáveis através de intubação orotraqueal antes do desenvolvimento do edema de laringe.
- Considerar a ventilação translaríngea ou a cricotireoidotomia caso a intubação seja impossível.



- Administrar adrenalina (para reverter o edema de vias aéreas e broncoespasmo) na dose de 0,2 a 0,5 ml da solução 1:1000 (0,01 mg/kg em crianças, máximo de 0,3 mg) por via intramuscular (preferencialmente, por apresentar nível sérico mais elevado e em maior rapidez que a aplicação subcutânea) na face anterolateral da coxa a cada cinco a dez minutos. **É a primeira medicação a ser administrada ao paciente.**
- Administrar prometazina via intramuscular na dose de 50 mg IV. É a segunda medicação a ser administrada ao paciente. Os anti-histamínicos não possuem ação sobre o processo já desencadeado e não tem ação sobre os outros mediadores como os leucotrienos que tem maior importância até que a histamina.
- Obter acesso venoso periférico calibroso.
- Administrar metilprednisolona na dose de 125 mg IV ou dexametasona via IM ou prednisona 40 mg via oral (em casos de menor gravidade). **É a terceira medicação a ser administrada ao paciente.**
- Iniciar a reposição volêmica em pacientes hipotensos com *bolus* intravenoso de 20 ml/kg de solução cristalóide.
- Administrar cinco a dez mililitros de solução 1:10.000 de adrenalina por via intravenosa caso o laringoespasmo seja intenso ou o paciente se apresente hipotenso.
- Iniciar infusão contínua de dopamina com 5 µg/kg/min até a dose de 20 µg/kg/min se a hipotensão persistir.
- Substituir a dopamina por adrenalina em casos refratários na dose de 0,1 a 3,0 µg/kg/min.
- Lembrar que os corticosteroides não possuem ação rápida para a reversão do quadro, mas podem reduzir a incidência de reações bifásicas que ocorrem em até 25% dos pacientes.
- Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

- Transferir o enfermo para unidade intensiva em ambulância UTI.

### Algoritmo da reação anafilática



Algoritmo de atendimento a pacientes com reação anafilática.



## URTICÁRIA

### 1. Considerações especiais de avaliação

A urticária pode ser aguda ou crônica e aparecer em qualquer faixa etária. As lesões representam áreas localizadas de edema da derme, podendo ter tamanhos variados, que desaparecem com a digito pressão. A urticária pode ser parte da síndrome do choque anafilático. É causada por exposição a várias substâncias, medicamentos e alimentos. A administração precoce de adrenalina melhora o prognóstico do paciente.

### 2. Quadro Clínico

- Aparecimento de áreas de edema na pele, bem demarcadas, com prurido intenso e base e bordos eritematosos ou claros.
- As lesões podem variar em aparência em horas piorando e melhorando.
- Em reações anafiláticas pode ocorrer uma fase tardia com piora das lesões, seis a oito horas após o início do quadro.

### 3. Conduta

- Utilizar adrenalina IM ou SC, em especial nos casos de angioedema e urticária grave.
- Em seguida, iniciar tratamento com anti-histamínico independente do comprometimento de vias aéreas.
- Iniciar corticosteróides IV ou VO (dependendo da gravidade do quadro).

## INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

### a. Considerações especiais de avaliação

São situações frequentes, pois grande número de pessoas faz uso de medicações ou estoca nas residências produtos potencialmente tóxicos com várias finalidades. O abuso de substâncias ilícitas também é comum. Pode ocorrer o

vazamento de substâncias químicas perigosas em indústrias e nas áreas agrícolas existe o risco de exposição a inseticidas.

A maioria das intoxicações ocorre nas residências, especialmente em crianças (66% dos casos), sendo acidentais em 90% dos casos. A exposição pode ser causada pela ingestão, inalação, administração parenteral ou absorção cutânea da substância. A forma mais frequente de exposição é a ingestão da substância tóxica.

Em geral, não existem antidotos específicos para a maior parte dos produtos tóxicos, deste modo o tratamento deve ser voltado para a manutenção da vida da vítima. A descontaminação do paciente é utilizada para reduzir a absorção da substância. Devem ser identificados no ambiente os fatores presentes ou sobre a superfície corporal do paciente que ocasionem risco de vida para a equipe de resgate. Em determinados casos (por exemplo: acidentes industriais), o resgate do paciente pode exigir a utilização de vestes protetoras, aparato de respiração individual e medidas específicas de descontaminação.

Desta forma, deve-se examinar a cena, procurando garrafas de bebida vazias, frascos de medicamentos, seringas ou evidências de vazamento de produtos tóxicos.



## Síndromes clínicas desencadeadas pelas Intoxicações Exógenas

SÍNDROMES EM QUE SE ENQUADRAM AS INTOXICAÇÕES								
Síndrome	Nível de Consciência	FC	PA	TEMP	Pupilas	Pele	Outros	Substância
Simpaticomimética	Ansiiedade, agitação ou delírio.	↑	↑	↑	Dilatadas	Úmida	-	Anfetaminas, cocaína, efedrina, pseudoefedrina e fenoclidina.
Simpaticolítica		↓	↓	↓	Mióticas	Seca	-	Barbitúricos, benzodiazepínicos, clonidina, etanol e opiáceos.
Colinérgica	Ansiiedade, agitação ou delírio.	↓	-	-	Mióticas	-	Sibilos, broncorrêas, salivação, peristalse aumentada, fasciculações e fraqueza.	Carbamatos e organofosforados.
Anticolinérgica	Ansiiedade, agitação ou delírio.	↑	↑	↑	Dilatadas	Seca e quente	Retenção urinária, peristalse diminuída e mioclonias.	Atropina, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos e fenotiazinas.

### b. Quadro Clínico

- Nível de consciência:
  - Delírio: sugere intoxicação por simpaticomimético, anticolinérgico, síndrome de abstinência alcoólica, narcóticos ou sedativo-hipnóticos.
  - Depressão da consciência: intoxicação por narcóticos ou sedativos hipnóticos.
- Alterações cutâneas:
  - Sinais de punções venosas e flebite de veias periféricas podem indicar abuso de substâncias ilícitas.
  - Cianose: surge após exposição a qualquer agente que cause hipoxemia ou hipotensão.
  - Pele avermelhada: monóxido de carbono (raro) e anticolinérgicos.
  - Pele excessivamente úmida: sugere intoxicação por droga colinérgica ou simpaticomimética.
  - Pele seca: intoxicação por anticolinérgico.
  - Bolhas em locais de pressão: sedativos hipnóticos e monóxido de carbono.

- Alterações do hálito típicas:
  - Fumaça: toxinas liberadas durante incêndios.
  - Etanol.
  - Alho: arsênico.
  - Ovos podres: sulfeto de hidrogênio.
  - Acetona: cetoacidose diabética.
  - Amêndoas: cianeto.
- Alterações do tônus muscular
  - Aumento: antipsicóticos.
  - Flacidez: narcóticos e sedativo-hipnóticos.
  - Fasciculações: organosfosforados e lítio.
  - Tremores: lítio, anfetaminas, síndrome de abstinência de álcool e sedativo-hipnóticos.
  - Distonia: antipsicóticos.
- Alterações pupilares:
  - Tipicamente as alterações pupilares associadas a intoxicações exógenas não incluem perda da fotorreação. Este sinal auxilia na diferenciação entre as patologias metabólicas e as estruturais que afetam o sistema nervoso central.

#### Alterações das pupilas desencadeadas pelas Intoxicações Exógenas

ALTERAÇÃO PUPILAR	MECANISMO	SUBSTÂNCIA
<b>MIOSE</b>	DEPRESSÃO DO SNC	OPIáceo
	ESTÍMULO COLINÉRGICO	CARBAMATOS
		ORGANOFOSFORADOS
	BLOQUEIO ALFA-ADRENÉRGICO	PILOCARPINA
<b>MIDRIASE</b>	INIBIÇÃO COLINÉRGICA	CLONIDINA
		FENOTIAZINAS
	ESTIMULAÇÃO ALFA-ADRENÉRGICA	ATROPINA
		ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS
		ANFETAMINAS
		COCAÍNA



## Alterações eletrocardiográficas desencadeadas pelas Intoxicações Exógenas

MANIFESTAÇÕES ELETROCARDIOGRÁFICAS DAS INTOXICAÇÕES	
ALTERAÇÃO	ETIOLOGIA
QT PROLONGADO	ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS ANTI-ARRITÍMICOS CLASSE I FENOTIAZINAS ARSENICO
QRS PROLONGADO	ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS ANTIARRITÍMICOS CLASSE I FENOTIAZINAS
BLOQUEIO ATRIO VENTRICULAR	BETA-BLOQUEADORES BLOQUEADORES DE CÁLCIO DIGITALÍCOS ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS
TACUIARRITMIAS VENTRICULARES	ANFETAMINAS COCAÍNA DIGITALÍCOS TEOFILINA ANTIDEPRESSIVOS TRICÍCLICOS
PADRÃO ISQUÊMICO	CIANETO MONÓXIDO DE CARBONO HIPOTENSÃO

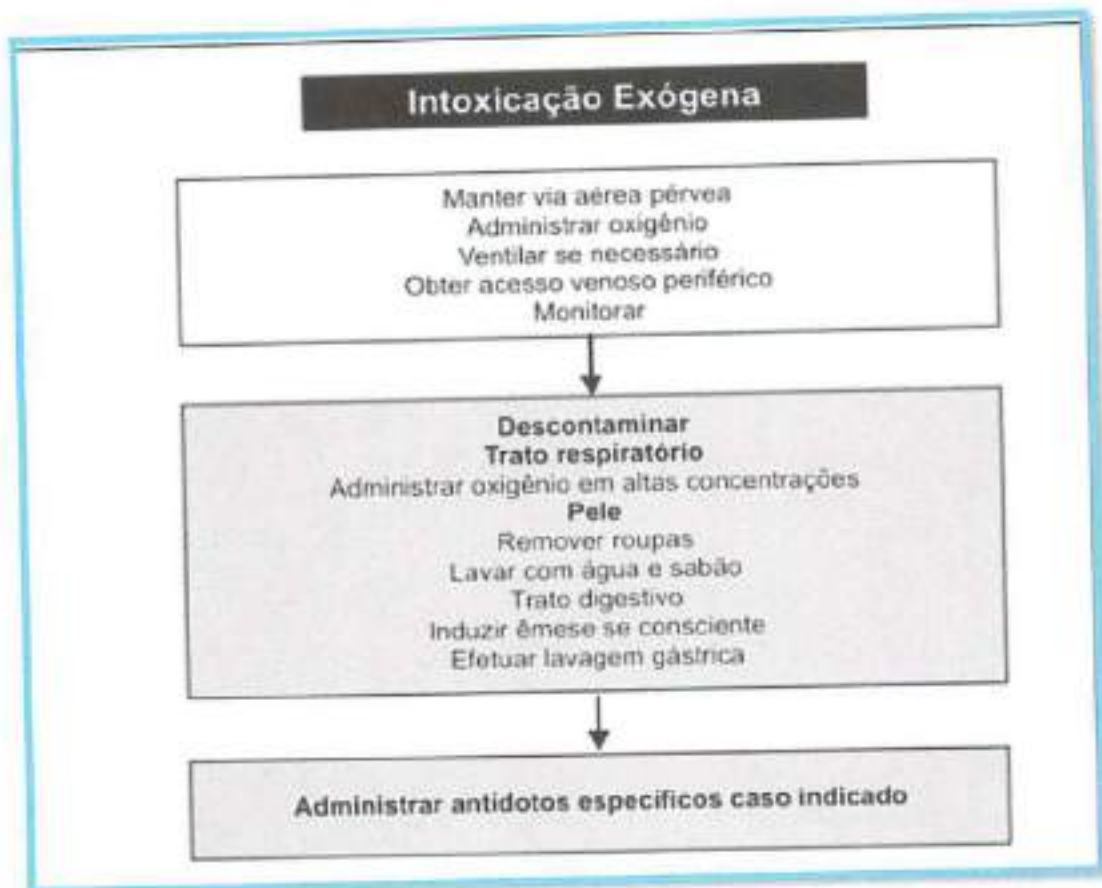
### c. Conduta

- Adotar medidas de auto proteção.
- Fazer contato com o Centro de Intoxicações na suspeita de intoxicação exógena (0800-7226001).
- Manter as vias aéreas permeáveis, inicialmente com manobras manuais.
- Intubar pacientes com depressão do nível de consciência (Glasgow  $\leq 8$ ), incapazes de proteger a via aérea.
- Administrar oxigênio por máscara com reservatório dez a quinze litros por minuto, mantendo a saturação acima de 92%.
- Monitorizar o paciente com cardioscópio, oxímetro e monitor de pressão arterial não invasiva.
- Assistir a ventilação em pacientes com respiração inadequada.
- Obter acesso venoso periférico com cateter curto e calibroso.
- Dosar a glicemia capilar de pacientes apresentando alteração do nível de consciência.
- Administrar 50 ml de glicose a 50% por via intravenosa caso a glicemia capilar esteja menor que 60 mg%.

- Iniciar a infusão de cristalóide em caso de hipotensão arterial. Seguindo o protocolo de choque.
- Controlar arritmias cardíacas com instabilidade hemodinâmica.
- Controlar convulsões com diazepam 0,1 a 0,2 mg/kg de peso por via intravenosa administrado em um a dois minutos.
- Efetuar o suporte da temperatura, aquecendo passivamente com cobertores pacientes hipotérmicos e resfriando pacientes hipertérmicos.
- Efetuar a lavagem gástrica apenas nos casos de transporte prolongado ou então antes de transferência inter hospitalares.
- Introduzir cateter orogástrico calibroso com o paciente em decúbito lateral esquerdo com a cabeça baixa, utilizar no procedimento 250 ml de solução salina de cada vez.
- Intubar pacientes com nível de consciência deprimido antes do procedimento.
- Administrar antagonista específico caso indicado.
- Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e PNI.
- Transferir para Unidade de Terapia Intensiva em hospital de referência.



## Algoritmo intoxicação exógena



*Algoritmo do atendimento a pacientes com quadro de intoxicação exógena.*

## Características e tratamento das intoxicações exógenas I

SUBSTÂNCIA	APRESENTAÇÃO	TRATAMENTO
ACETAMINOFEN	Sintomas após algumas horas. Náuseas, anorexia Insuficiência hepática	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Transporte rápido para o Hospital de referência para administração de antídoto específico. N-acetil cisteína
AMINOFILINA	Náuseas, vômitos, cólicas e tremores. Em casos mais graves arritmias, convulsões e hipotensão arterial.	Induzir vômito ou efetuar lavagem gástrica. Diazepam nos casos de convulsões de 0,1 a 0,2 mg/kg IV. Corrigir hipotensão com infusão de volume.
ANFETAMINAS	Eufonia, midríase, agitação. Casos mais graves psicose tóxica e convulsões. Hipertensão, arritmias e hipertermia.	Diazepam para agitação ou convulsões, na dose de 0,1 a 0,2 mg/kg IV, repetindo a cada 5 a 10 minutos até sedar. Haloperidol de 0,1 a 0,2 mg/kg é a opção para agitação.
ANTICOLINÉRGICOS ATROPINA ANTI-HISTAMÍNICOS	Visão turva, midríase, delírio, glaucomas, mucosas e pele seca, hipertermia, retenção urinária, íleo paraltico e taquicardia.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Transporte rápido para o Hospital de referência. A fisostigmina é o antídoto específico, mas deve ser utilizado somente em casos mais graves no hospital.
BARBITÚRICOS	Intoxicação leve lembra a alcoólica. Moderada: depressão mais acentuada da consciência e bradipnéia. Grave: coma e perda de todos os reflexos, exceto os pupilares, hipotermia e hipotensão.	Induzir o vômito ou efetuar lavagem gástrica seguida por carvão ativado. Cuidados com as vias aéreas. Suporte ventilatório e hemodinâmico. Tratar hipotensão inicialmente com volume e em casos refratários com vasopressores. Aquecimento passivo
BENZODIAZEPÍNICOS	Intoxicações graves são raras. Em altas doses deprimem a função mental e respiratória.	Mesma sequência acima descrita. Antídoto: Flumazenil 0,2 mg IV, seguido por 0,3 mg após um minuto e 0,5 mg a cada minuto até o máximo de 3 mg. Em caso de resposta parcial administrar 0,5 mg até dose total de 5 mg. Manter infusão de 0,1 a 0,5 mg/hora.
BETABLOQUEADORES	Hipotensão e bradicardia. Algumas vezes broncoespasmo, hipoglicemia e convulsões (com propranolol)	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Transporte rápido para o Hospital de referência. Reposição de volume para hipotensão. BAV total usar atropina 0,01 a 0,03 mg/kg. Utilizar glucagon de 5 a 10 mg IV seguido por infusão contínua de 1 a 5 mg/hora em casos refratários.
BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO (NIFEDIPINA, VERAPAMIL E DILTIAZEM)	Bradicardia, depressão da condução AV, depressão miocárdica e hipotensão.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Transporte rápido para o Hospital de referência. Reposição de volume para hipotensão. BAV total usar atropina 0,01 a 0,03 mg/kg. Utilizar gluconato de cálcio 10% 20 ml IV que pode ser repetido a cada 5 minutos até 10 g de cálcio.
CIANETO	Asfixiante celular. Sintomas de instalação rápida: cefaleia, náuseas, confusão, choque e coma. Odores de amêndoas no hálito pode estar presente.	Atuar em 5 a 10 minutos no máximo. Empregar antídoto: aspirar cápsula de nitrato de amilo seguido por nitrato de sódio 300 mg IV e por tiosulfato de sódio 50 ml de solução a 25%.
COCAÍNA	Efeitos simpaticomiméticos. Excitação, eufonia, psicose tóxica, hipertensão arterial, convulsões, taquicardia, hipertermia. Início rápido dos sintomas.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Reduzir temperatura corporal. Administrar diazepam de 5 a 20 mg IV para convulsões ou taquiarritmias estáveis.



## Características e tratamento das intoxicações exógenas II.

SUBSTÂNCIA	APRESENTAÇÃO	TRATAMENTO
<b>CAUSTICOS</b> <b>ÁCIDOS</b> (detergentes, ácido de bateria) <b>ÁLCALIS</b> (produtos de limpeza, amônia, CLINITESTE, permanganato de potássio)	Sintomas como dor na orofaringe, disfagia, salvação, dor retroestomal ou abdominal. É possível encontrar lesões graves do esôfago ou estômago sem lesões de orofaringe.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Não induzir o vômito. Não administrar neutralizantes, pois estes agravam a lesão. Não introduzir tubos gástricos sem visualização direta. Não administrar diluentes. Observar cuidados com a via aérea.
CARBAMATOS INSETICIDAS	Ver ORGANOFOSFORADOS	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Utilizar atropina 0,01 a 0,03 mg/kg, como antídoto.
CUMARÍNICOS UTILIZAÇÃO TERAPEÚTICA RODENTICIDAS	Equimoses, hematúria, melena, epistaxe, sangramento gengival, hemoptise, hemalémese, sangramento no SNC, hemiparético.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Transporte rápido para o Hospital de referência para administração de vitamina K e em casos graves de plasma fresco.
DIGOXINA	Arritmia: bigeminismo, taquicardia ventricular bidirecional e taquicardia atrial paroxística com bloqueio. Anorexia, náusea, vômitos, diarreia, agração, letargia, escotomas, distúrbios na percepção das cores.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Transporte rápido para o Hospital de referência para administração de antídoto específico. Administrar lidocaina para arritmias ventriculares malignas.
ETANOL	Depressor do SNC. Sintomas: ataxia, disartria, depressão do sensorio, que em casos graves leva ao coma e a depressão respiratória.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Administrar 50 ml de glicose hipertônica a 50% nos casos de hipoglicemia.
FENOTIAZINAS CLORPROMAZINA HALOPERIDOL	Agitação e delírio que podem progredir até o coma. Miose, convulsões, distúrbios da termoregulação. Hipotensão causada por antagonismo alfa adrenérgico. Arritmias cardíacas.	Não induzir o vômito. Efetuar lavagem gástrica. Tratar arritmias com lidocaina. Corrigir hipotensão com volume e amnas se necessário. Tratar convulsões com diazepam e fenitoína.
LÍTIO	Apatia, letargia, tremores, ataxia, fasciculações. Nos casos graves convulsões e coma.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Manter volemia com soluções salinas.
MONÓXIDO DE CARBONO	Sintoma mais precoce é a cefaléia. Os casos mais graves apresentam dispnéia, irritabilidade, fadiga, turvação visual, com a progressão dos sintomas, confusão, coma e convulsões.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Oxigênio a 100%.
OPIÁCEOS MORFINA, CODEINA, MEPERIDINA, HEROÍNA, DIFENOXILATO	Coma ou letargia, associado a miose puntiforme.	Suporte ventilatório e hemodinâmico. Antídoto: Naloxona 0,03 mg/kg IV, que pode ser repetido por até quatro doses. O naloxona tem duração de ação menor que a maioria dos opiáceos, assim o paciente pode precisar de outras doses.
ORGANOFOSFORADOS INSETICIDAS	Miose, sialorréia, broncoespasmo, bradicardia, peristalse aumentada e letargia.	Manter as vias aéreas permeáveis. Descontaminação externa. Atropina 2 mg a cada 5 a 10 minutos até surgirem sinais de impregnação por atropina: rubor e miíriase. No hospital: Pralidoxima 20 a 40 mg em soro fisiológico durante 20 minutos.
ANTIDEPRESSIVOS TRICLÍCLICOS	Efeitos anticolinérgicos e alfa bloqueadores. Midríase, xerostomia, taquicardia, agitação e alucinações. Coma e convulsões podem ocorrer. Efeitos cardiovasculares: arritmias, bloqueio AV e hipotensão.	Indução do vômito e lavagem gástrica. Administrar carvão ativado. Tratar convulsões com diazepam e fenitoína. Administrar lidocaina para arritmias ventriculares. Tratar hipotensão com reposição volêmica. Considerar o uso de bicarbonato de sódio 8,4% 1 ml/kg. Pode ser usado para arritmias e convulsões.

## ABORDAGEM AO PACIENTE COM DISPNEIA

### a. Considerações especiais de avaliação

- É a sensação de falta de ar, com respiração difícil ou desconfortável.
- Determinar se há história de episódios prévios e quais as características destes episódios.
- Observar sinais de fadiga respiratória tais como o uso de musculatura acessória, cianose, respiração paradoxal.
- Monitorizar oximetria de pulso.
- Entrar em alerta caso a saturação seja menor que 92% (a saturação normal é superior a 95% em ar ambiente).
- Perguntar ao enfermo quando o quadro iniciou-se.

### b. Causas

- Obstrução de vias aéreas baixas: asma e DPOC.
- Obstrução de vias aérea altas: corpo estranho, angioedema e hemorragia.
- Insuficiência cardíaca.
- Insuficiência coronariana: angina instável e IAM.
- Pneumonia.
- Pneumotórax hipertensivo.
- Embolia pulmonar.
- Doença neuromuscular: Miastenia Gravis e Guillain-Barré.



## Etiologia dos distúrbios respiratórios

CAUSAS DE DISPNEIA	HISTÓRIA	EXAME FÍSICO FOCAL
<b>Obstrução de Vias Aéreas</b>		
CORPO ESTRANHO	Início súbito durante a alimentação Sensação de corpo estranho	Respiração ruidosa em obstrução parcial Incapacidade de emitir sons (falar ou tossir)
INFEÇÃO	Início gradual Dor à deglutição	Febre Dificuldade para abrir a boca
ANAFILAXIA	Início súbito após medicação, alimentos ou picada de inseto	Urticária, edema da língua e lábios Respiração ruidosa, broncoespasmo, hipotensão arterial
<b>Causas Respiratórias</b>		
ASMA	Início súbito, história de tratamento de asma	Tosse, sibilos, prolongamento da expiração
DPOC	Início gradual, história de tratamento de bronquite ou enfisema, tosse crônica produtiva. Tabagismo	Enfisema: Tórax em tonel Tosse, sibilos, prolongamento da expiração
PNEUMONIA	Início gradual, dor pleurítica, febre, tosse	Febre, taquicardia, taquipnéia, estertores crepitantes e roncos
PNEUMOTÓRAX	Início súbito, dor pleurítica	Redução do MV no hemitórax afetado, timpanismo à percussão
EMBOLIA PULMONAR	Início súbito, dor pleurítica, história de cirurgia recente ou imobilização, uso de anticoncepcionais orais	Tosse, hemoptóicos, dor torácica Síncope
<b>Causas Cardíacas</b>		
GERAIS	Diagnóstico prévio de doença cardíaca História prévia de dor torácica tipo anginoso	Estertores crepitantes nas bases pulmonares

### c. Conduta

- Certificar que as vias aéreas estão abertas e que a respiração está adequada.
- Administrar oxigênio suplementar sob máscara com reservatório com fluxo de 10 a 15 l/min.
- Obter acesso venoso periférico.
- Assistir respiração com BVM – bolsa-válvula-máscara – se indicado.
- Manter saturação > 90%.
- Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva e oxímetro de pulso.
- Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.
- Colher sangue venoso para dosagem de: hemograma, glicemia, creatinina, uréia, troponina, TAP e PTT.
- Colher gasometria arterial.
- Radiografar tórax de pacientes descompensados no leito.
- Aplicar CPAP sob máscara em pacientes colaborativos.

- Entubar imediatamente pacientes com nível de consciência deprimido (Glasgow  $\leq$  8), instabilidade hemodinâmica ou fadiga extrema.
- Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo.
- Evitar a aminofilina devido a seu alto potencial de toxicidade.
- Iniciar ventilação assistida caso necessário.
- Manter o ritmo cardíaco, oximetria e PNI continuamente monitorizados.
- Reavaliar o nível de consciência, ABC e sinais vitais a cada 5 minutos no mínimo.
- Permitir ao paciente que assuma posição de conforto, geralmente o paciente vai optar por ficar semi sentado. Não obrigar o paciente a deitar.
- Estar preparado para lidar com parada cardíaca ou respiratória.
- Tratar a causa específica.
- Transferir o enfermo para unidade hospitalar em ambulância avançada.
- Identificar rapidamente as ameaças de risco a vida.
- Avaliar o nível de consciência.
- Lembrar que quadros de confusão mental, agitação, sonolência e coma, podem decorrer da falta de oxigênio no cérebro ou do acúmulo de CO<sub>2</sub> na circulação.
- Observar o tórax para avaliar a presença de respiração espontânea.
- Iniciar a assistência ventilatória com BMV e oxigênio caso indicado.
- Administrar oxigênio sob a máscara 10-15 l/min se o paciente apresentar respiração espontânea.
- Determinar o padrão respiratório: a respiração agônica é o padrão respiratório mais importante a ser reconhecido, pois não é capaz de sustentar a vida. As respirações agônicas são lentas e superficiais e associam-se ao estágio final de colapso circulatório e a má perfusão do tronco cerebral.



- Avaliar a presença de obstrução de vias aéreas superiores, são sinais de obstrução incompleta de vias aéreas estridor e prolongamento da inspiração. A obstrução completa de vias aéreas altas caracteriza-se por respirações paradoxais (retrações intercostais inspiratórias), cianose, afonia, ausência de ruídos respiratórios.
- Verificar se a respiração é adequada quanto a frequência e profundidade.
- A bradipnéia pode ser adequada na presença de respiração profunda. A taquipnéia em adultos é definida como FR maior que 20/min e a bradipnéia com a FR menor que 10/min.

#### **d. Cuidados**

As emergências respiratórias podem evoluir de um pequeno desconforto ao risco de vida em questão de minutos. A frequência respiratória do paciente e o esforço respiratório indicam a gravidade do problema

## Diagnóstico diferencial da etiologia dos distúrbios respiratórios

CONDIÇÃO	HISTÓRIA	SINTOMAS	SINAIS	RX DE TÓRAX	LABORATÓRIO
TORAX INSTÁVEL	Trauma	Dor com a respiração	Respiração paradoxal	Fratura de arco costal	
FRAQUEZA MUSCULAR	Início gradual	Fraqueza de outros músculos		Normal	
PNEUMOTÓRAX	Início súbito, às vezes trauma	Tosse e dor pleurítica comuns	MV diminuído Timpanismo	Colapso pulmonar. Se hipertensivo há desvio do mediastino	
DERRAME PLEURAL	Início gradual	Dor pleurítica e dispnéia	MV diminuído Maciez à percussão		
ATELECTASIA	Início variável	Dor pleurítica e dispnéia, às vezes febre	MV diminuído Maciez à percussão		
EDEMA PULMONAR	Evolução em horas ou dias	Tosse, dispnéia de esforço, ortopnéia	Estertores bibasais, às vezes sibilos	Infiltrados alveolares bilaterais, às vezes simétricos	
PNEUMONIA	Evolução em horas ou dias	Febre, tosse, expectoração e dor pleurítica	Estertores na área afetada, febre	Infiltrados alveolares	Leucocitose Leucócitos e bactérias no escarro
ASPIRAÇÃO	Início súbito, associado com redução do sensorio	Tosse	Vômito no tubo endotraqueal	Normal ou infiltrado	
OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS	Súbita	Respiração ruidosa, afonia	Estridor inspiratório	Rx de pescoço pode ser útil	
ASMA	Ataques prévios	Tosse	Tosse, sibilos	Hiperinsuflação	
DPOC	Dispnéia prévia	Tosse	Sibilos, hiperinsuflação	Hiperinsuflação, às vezes pneumonite	
EMBOLIA PULMONAR	Início súbito	Tosse, dor pleurítica, hemoptise	Taquicardia, às vezes sinais de Cor Pulmonale Agudo	Geralmente normal, às vezes infiltrados ou atelectasia	D-Dímero
ACIDOSE METABOLICA	Início gradual	Taquipnéia, desconforto respiratório	Hiperventilação	Normal	pH sérico e bicarbonato baixos
PSICOGÊNICA	Ataques prévios comuns	Taquipnéia, ansiedade	Algumas vezes tetania	Normal	Alívio com sistema de reinalação (bolsa de papel)



## ASMA BRÔNQUICA

### a. Considerações especiais de avaliação

A asma cursa com obstrução crônica das pequenas e grandes vias aéreas. Inicialmente ocorrem broncoespasmo e produção exacerbada de muco. Posteriormente hipertrofia do músculo liso brônquico e glândulas mucosas e um infiltrado inflamatório. Causa dificuldade expiratória principalmente com "auto PEEP" e hipoxemia por desequilíbrio V/Q (ventilação/perfusão).

**Fatores precipitantes:** infecção de via aérea superior, medicamentos (AAS, corantes e betabloqueadores), exercício, estresse emocional, inalação de irritantes (fumaça, poluição), mudanças de clima e refluxo gastroesofágico.

### b. Quadro clínico

- O diagnóstico depende de uma história prolongada de sintomas asmáticos: sibilos crônicos ou prolongados, tosse e dispneia.
- A tosse não produtiva pode ser a manifestação isolada da asma, sem o broncoespasmo.
- Associação frequente com sintomas alérgicos: rinite, obstrução nasal e conjuntivite.

### c. Conduta

- Avaliar o nível de consciência.
- Abrir via aérea.
- Verificar respiração.
- Administrar oxigênio suplementar sob máscara 10 a 15 litros por minuto.
- Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de PNI e oxímetro de pulso.
- Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.
- Colher gasometria arterial de pacientes intensamente dispnéicos, com alterações do nível de consciência ou hemodinâmicas.

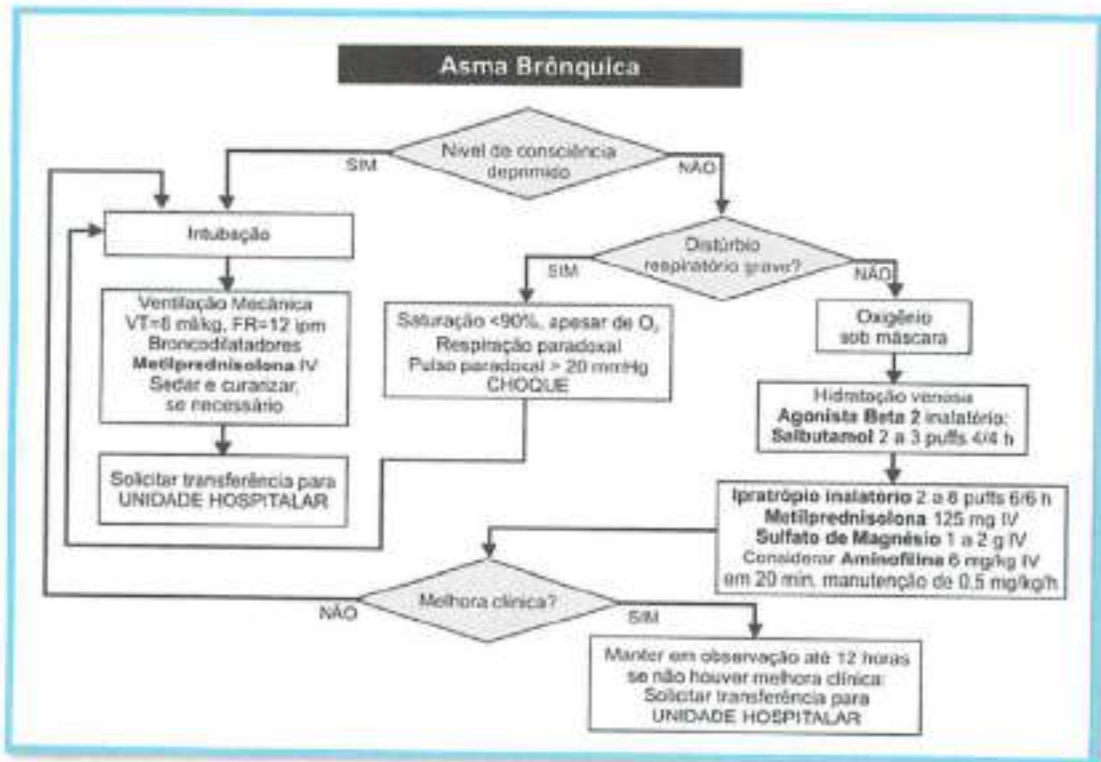
- Radiografar tórax no leito caso o paciente apresente febre, sinais de complicação (infecciosa ou pneumotórax) ou esteja em estado grave.
- Indicar a intubação e a ventilação mecânica nos pacientes com nível de consciência deprimido ou apresentando fadiga extrema.
- Assistir ventilação caso necessário com bolsa antes de proceder a intubação.
- Efetuar se possível a medição do PEF (Peak Expiratory Flow) para avaliar o grau de broncoespasmo.
- Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo, os mais utilizados no ambiente extra-hospitalar são os agonistas beta adrenérgicos seletivos por via inalatória.
- **Utilizar corticosteróides** por via intravenosa no estado de mal asmático, o efeito demora até seis horas, o medicamento de escolha é a metilprednisolona na dose de 125 mg IV.
- **Evitar o uso de aminofilina** devido a seu alto potencial de toxicidade. Os principais efeitos colaterais são: taquicardia, arritmias, náuseas, vômitos e convulsões.
- Iniciar ventilação assistida caso necessário.
- Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e pressão arterial não invasiva.

#### Dose Habitual de Broncodilatadores

MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO	DOSE EM NEBULIZAÇÃO	DOSE PRESSURIZADA
SALBUTAMOL Aerolin	BETA 2 - AGONISTA SELETIVO	0,25 a 0,5 ml da Solução a 0,5% em 5 ml de salina por 10 min de 4 em 4 horas	Duas Inalações de 4 em 4 horas
TERBUTALINA Brycanil	BETA 2 - AGONISTA SELETIVO	0,03 ml/kg/dose em 5 ml de salina de 4 em 4 horas	Uma a duas inalações de 4 em 4 horas
BEROTEC Fenoterol	BETA 2 - AGONISTA SELETIVO	0,03 ml/kg/dose em 5 ml de salina de 4 em 4 horas	Uma a duas inalações de 4 em 4 horas
IPRATRÓPIO Atrovent	ANTAGONISTA MUSCARÍNICO	1,0 mg em 2 a 3 ml de salina por 10 min de 4 em 4 horas	



**d. Algoritmo de asma brônquica**



*Algoritmo de atendimento aos pacientes portadores de asma brônquica em ambiente pré-hospitalar.*

## DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA DESCOMPENSADA

### a. Considerações especiais de avaliação

A doença pulmonar obstrutiva crônica DPOC inclui a bronquite crônica e o enfisema pulmonar. É a causa mais comum de insuficiência respiratória no adulto. A maioria dos pacientes tem hipoxemia crônica e uma minoria tem hipercapnia. O principal fator de exacerbação é a infecção respiratória, mas distúrbios não respiratórios como falência cardíaca, infecções, traumatismos, pós-operatório, também são causas de descompensação. Ocorre limitação do fluxo respiratório nas vias aéreas intra-torácicas, que é mais importante durante a expiração.

Na bronquite crônica ocorre aumento da produção de escarro, inflamação crônica das vias aéreas, hipertrofia das glândulas mucosas e do tecido conectivo. O enfisema caracteriza-se por pela destruição dos alvéolos e tecidos do bronquiolo terminal. O tabagismo associa-se ao DPOC, especialmente a bronquite crônica. O broncoespasmo não é a causa primária da obstrução de vias aéreas no DPOC.

### b. Quadro clínico

- História de produção crônica de escarro, tosse e dispnéia crônica, tabagismo, ausência de IVE identificam pacientes com bronquite crônica.
- O enfisema é identificado por dispnéia, hiperinsuflação pulmonar (tórax em barril) e padrão obstrutivo nas provas de função respiratória.
- Alguns pacientes já apresentam sinais de IVD como: ascite, hepatomegalia, edema de membros inferiores.
- A descompensação do quadro é indicada por piora do quadro de dispnéia, uso de musculatura acessória da respiração (esternocleidomastóide), retrações intercostais, respiração paradoxal (abdome se movimenta para dentro na inspiração). Pode haver queda do nível de consciência.
- A desnutrição é frequentemente associada ao quadro.
- Os achados laboratoriais de descompensação são: elevação da PaCO<sub>2</sub> acima de 45 mmHg com acidose respiratória (pH < 7,30) e hipoxemia.
- A radiografia de tórax deve ser pesquisada para infiltrados, sinais de hiperinsuflação, pneumotórax e sinais de IVE.

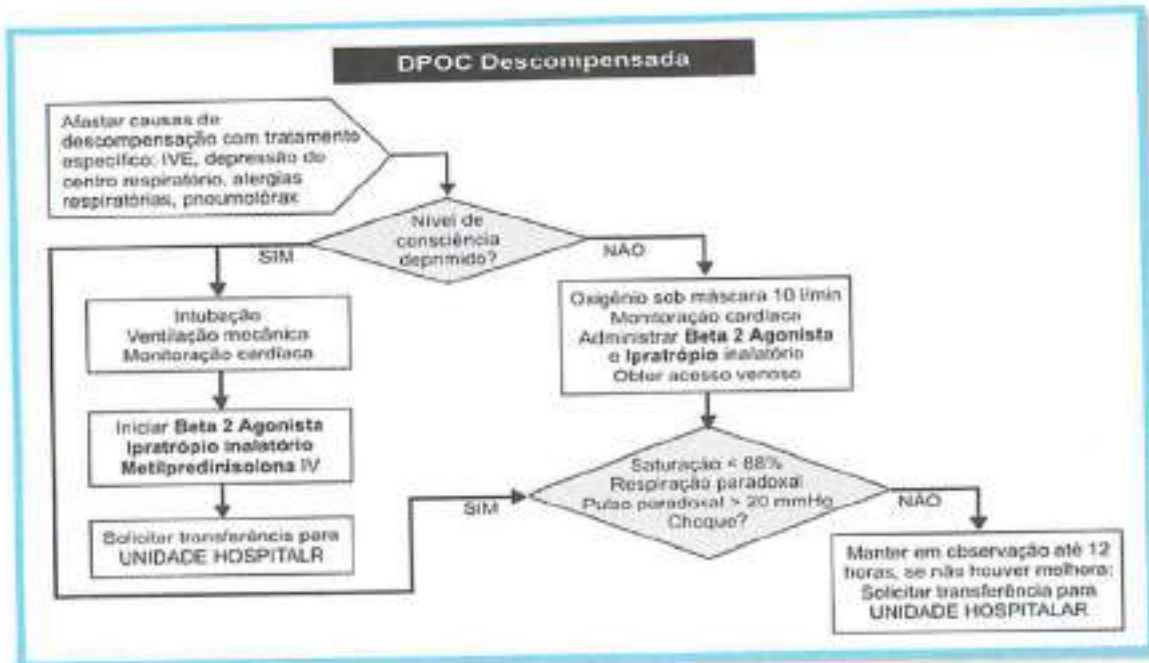


### c. Conduta

- Verificar o nível de consciência.
- Abrir caso necessário a via aérea.
- Verificar respiração.
- Administrar oxigênio suplementar sob a máscara dez litros por minuto observando cuidados com depressão respiratória.
- Assistir respiração com BVM se indicado.
- Manter saturação > 90%.
- Monitorizar o paciente com cardioscópio, monitor de pressão arterial não invasiva, capnógrafo e oxímetro de pulso.
- Obter acesso venoso periférico com cateter calibroso.
- Obter sangue para: hemograma, gasometria arterial, função renal, eletrólitos e coagulação.
- Fazer ECG de 12 derivações.
- Tratar os fatores de descompensação.
- Radiografar tórax em PA e perfil, se possível.
- Aplicar CPAP sob máscara em pacientes colaborativos.
- Intubar imediatamente pacientes com nível de consciência deprimido
- (Glasgow  $\leq$  8), instabilidade hemodinâmica ou fadiga extrema.
- Empregar broncodilatadores por via inalatória para reverter broncoespasmo (principalmente os anticolinérgicos).
- Evitar a aminofilina devido a seu alto potencial de toxicidade. Considerar o emprego de corticosteróides IV especialmente em pacientes com broncoespasmo intenso (20 a 40 mg de metilprednisolona 8 em 8 horas).
- Iniciar ventilação assistida caso necessário.
- Administrar antibióticos em exacerbações (amoxicilina/ácido clavulânico, azitromicina ou fluoroquinolonas).

- Manter continuamente monitorizados o ritmo cardíaco, oximetria e PNI.

### Algoritmo de DPOC descompensada



*Algoritmo de atendimento a pacientes com quadro de DPOC descompensada em ambiente pré-hospitalar.*

## HEMOPTISE

### a. Considerações especiais de avaliação

Hemoptise é a expectoração de sangue da árvore broncopulmonar. O sangramento maior que 600 ml por 24 horas é considerada hemoptise maciça, uma emergência. Entretanto, mesmo a hemoptise leve, pequena quantidade de sangue misturada com muco, requer avaliação.

Pode ser causada por várias doenças: tuberculose, pneumonia, carcinoma broncogênico, bronquite, bronquiectasia, embolia pulmonar, síndromes de hemorragia alveolar, causas cardiogênicas (IVE e estenose mitral), diátese hemorrágica.

### b. Quadro clínico



- O exame clínico visa determinar se a hemorragia é grave e a causa de base.
- Obter sinais vitais inclusive pressão arterial ortostática.
- Verificar ao exame físico sinais de hipoxemia e comprometimento respiratório, taquipnéia e dispnéia.
- A hipotensão causada por hipovolemia ocorre apenas na hemoptise maciça, porém pode ser causada por sepse (pneumonia) ou por embolia pulmonar.
- A oximetria de pulso e a gasometria arterial identificam o comprometimento respiratório.
- A radiografia de tórax deve ser obtida em PA e perfil (se o paciente estiver estável).
- A tomografia de tórax deve ser considerada se houver hemoptise com radiografia de tórax anormal.
- Inspecionar a cavidade oral e nasal para afastar a pseudo-hemoptise.

#### Diagnóstico diferencial das patologias causadoras de hemoptise

PATOLOGIA	QUADRO CLÍNICO
PNEUMONIA ou BRONQUITE	Início agudo de febre, tosse, dispnéia, dor pleurítica e escarro sanguinolento. Alterações na ausculta pulmonar.
BRONQUIECTASIA	Tosse produtiva de início insidioso.
EMBOLIA PULMONAR	Dispnéia, taquicardia, dor pleurítica.
ESTENOSE MITRAL	Sopro diastólico, dispnéia aos esforços.
CARCINOMA BRONCOGÊNICO	Perda de peso, alteração no padrão da tosse.
TUBERCULOSE PULMONAR	Febre, sudorese noturna, tosse e perda de peso.

#### c. Conduta

- Oxigênio suplementar.
- Observar cuidados de auto-proteção (especialmente na suspeita de tuberculose pulmonar. Nestes casos indica-se o uso de máscara N95 no profissional).
- Obter acesso venoso periférico.
- Colher sangue para gasometria arterial, hemograma, eletrólitos, coagulograma e função renal.

- Monitorizar o paciente com oxímetro de pulso, PNI e cardioscópio.
- Iniciar reposição de salina em caso de hipotensão arterial.
- Posicionar pacientes com hemoptise contínua em decúbito lateral sobre o pulmão afetado.
- Intubar o paciente com tubo orotraqueal calibroso se o mesmo encontrar-se em insuficiência respiratória.
- Transferir para hospital de referência todos os pacientes com hemoptise grave ou moderada, considerar admissão em terapia intensiva.

## NÁUSEA E VÔMITOS

### a. Considerações especiais de avaliação

Podem ser causadas por intoxicação alimentar, gastroenterite infecciosa, colecistite, pancreatite, medicações, doenças sistêmicas (uremia, cetoacidose, IAM), distúrbios do SNC (infecções, tumores e enxaqueca) ou por patologias digestivas.

O centro medular que dispara o vômito pode ser estimulado de quatro formas distintas:

- fibras aferentes vagais ricas em receptores de serotonina de vísceras gastrointestinais;
- sistema vestibular relacionado a histamina e receptores colinérgicos;
- áreas superiores do próprio SNC (relacionada a estímulos visuais, olfativos e memórias) e
- na área de disparo quimiorreceptora na própria medula, fora da barreira hematoencefálica que é rica em receptores de opiáceos, serotonina e dopamina (drogas, quimioterapia, uremia, cetoacidose, etc.).

### b. Quadro Clínico

- A presença de dor abdominal aguda severa sugere patologias abdominais como: obstrução intestinal, peritonite, pancreatite ou doença biliar.



- Vômitos persistentes sugerem gravidez, obstrução do trato de saída do estômago, gastroparesia ou doenças sistêmicas.
- Vômitos imediatamente após as refeições sugerem distúrbio psicogênico ou bulimia. A associação de alimentos gordurosos e vômitos sugere doença na via biliar.
- Vômitos matutinos antes do café da manhã sugerem gravidez, uremia, ou hipertensão intracraniana.

### c. Conduta

- Afastar obstrução intestinal e gravidez.
- Obter história de ingestão de medicamentos.
- Procurar na história e exame físico, sinais e sintomas de doença neurológica.
- Proibir a dieta oral ou restringi-la em casos mais leves a líquidos.
- Deixar pacientes com quadros mais graves em observação.
- Avaliar sinais vitais.
- Obter acesso venoso periférico em pacientes apresentando quadros mais graves ou suspeita de obstrução pilórica ou intestinal.
- Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide em pacientes hipotensos ou com distúrbio hemodinâmico.
- Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, sódio, potássio e cloro. Em casos mais severos obter gasometria.
- Avaliar níveis séricos de eletrólitos, especialmente o potássio.
- Corrigir distúrbios hidroeletrólitos.
- Repor solução salina a 0,45% com 20 ml/kg de cloreto de potássio (exceto em pacientes urêmicos ou oligúricos).
- Transferir para hospital de referência e obter parecer cirúrgico o mais rápido possível na suspeita de obstrução mecânica.
- Introduzir cateter nasogástrico na suspeita de obstrução intestinal ou do trato de saída do estômago.

- Administrar antieméticos de forma empírica para controlar os sintomas enquanto se pesquisa a etiologia ou em casos auto limitados.
- Evitar todas as medicações antieméticas na gestação, salvo nos casos de hiperêmese gravídica.

#### Drogas utilizadas no tratamento de náuseas e vômitos

GRUPO	MEDICAMENTO	DOSE	INDICAÇÃO E CUIDADOS
ANTAGONISTAS DA SEROTONINA (5 HT)	ONDANSETRON (ZOFRAN®)	8 mg IV (0,15 mg/kg) uma vez ao dia, infundido em 15 minutos. 8 mg VO duas vezes ao dia.	Prevenção da êmese por quimioterápico.
ANTAGONISTAS DA DOPAMINA	METOCLOPRAMIDA (PLASIL®)	10 mg IV de 8 em 8 horas até de 6 em 6 horas	Cuidado: tem ação sedativa, associa-se a efeitos extra-piramidais e pode causar depressão
	PROMETAZINA (FENERGAN®)	25 mg VO de 4 em 4 horas	
ANTI-HISTAMÍNICOS	DIMENDRINIDRATO (DRAMAMINE®)	50 a 100 mg VO ou IV de 4 em 4 horas ou 6 em 6 horas	Úteis especialmente em náusea relacionada a cinetose, vertigem e enxaqueca
	DIFENHIDRAMINA (BENADRYL®)	25 a 50 mg VO de 6 em 6 horas ou 8 em 8 horas 50 mg IV	

## 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). O sangramento cessa antes da chegada a emergência em 80% dos pacientes. 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. 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 fistula 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 pode simular melena.

### 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.

## EMERGÊNCIAS ABDOMINAIS NÃO TRAUMÁTICAS

### a. Considerações especiais de avaliação

São exemplos de emergências abdominais não traumáticas:

- Apendicite
- Colecistite aguda



- Úlcera perforada
- Pancreatite

O quadro clínico que sugere este tipo de emergência é: dor e distensão abdominal sem história de trauma, vômitos, náuseas, anorexia e choque. O choque hipovolêmico é a principal complicação no ambiente pré-hospitalar, causado por hemorragia ou em casos que são atendidos mais tardiamente por desidratação causada por perdas para o terceiro espaço. A broncoaspiração pode ocorrer em pacientes apresentando vômitos e distúrbios do nível de consciência.

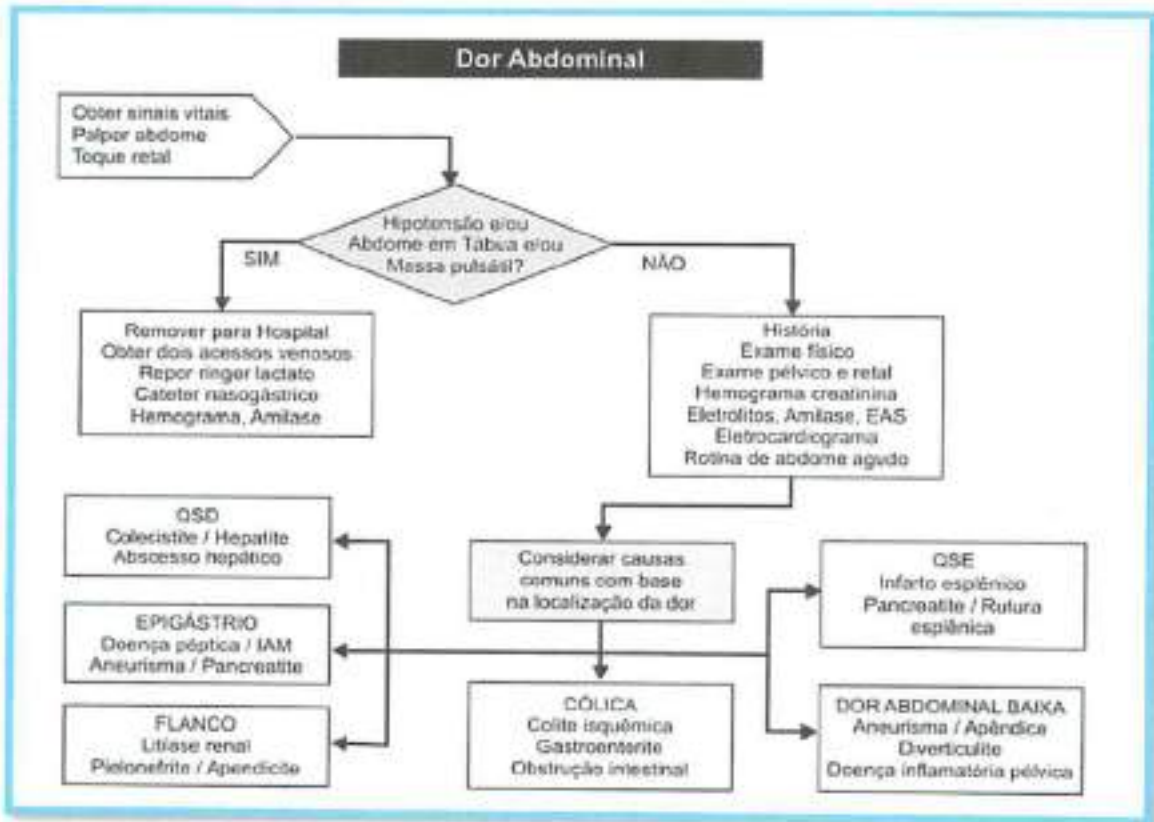
#### **b. Conduta**

- Avaliar as vias aéreas.
- Manter as vias aéreas pervias, inicialmente com manobras manuais.
- Verificar a respiração.
- Administrar oxigênio 10 a 15 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  $\leq 8$ ), 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.



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



## 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 contínuo 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 Dor à palpação do abdome	Hematuria TC mostra cálculo
COLITE ISQUÊMICA	Dor epigástrica ou difusa	Súbita Em cólica	Diarréia sanguinolenta	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

APENDICITE



### **a. 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.

### **b. 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.
- Fatores que aumentam a chance de apendicite são: migração da dor, rigidez, descompressão dolorosa e sinal do psoas positivo.
- A febre é um sinal tardio e quando excede 39°C sugere complicações como ruptura do apêndice.
- Radiografias de abdome mostram-se anormais em 80% dos casos, mas são inespecíficas.
- Melhor método de imagem para o diagnóstico é TC de abdome, seguida pelo US (pode haver problema na localização retrocecal).
- Erros de diagnóstico são mais comuns em crianças com menos de 6 anos, idosos e gestantes.

### **c. Conduta**

Classificar o paciente de acordo com seus achados clínicos:

#### **Apendicite clássica**

- Deixar em dieta zero.
- Obter acesso venoso periférico.
- Fazer medicações sintomáticas.
- Iniciar hidratação IV.

- Iniciar antibioticoterapia IV – Amoxicilina/Ácido Clavulânico ou Ciprofloxacina + Metronidazol.
- Administrar analgésicos IV (dipirona ou em caso de dor intensa opiáceo em baixas doses)
- Remover para hospital de referência para realizar cirurgia.

#### **Quadros suspeitos**

- Deixar em dieta zero.
- Obter acesso venoso periférico, se necessário.
- Fazer medicações sintomáticas caso necessário (antieméticos e analgésicos).
- Remover para realização de exames especiais e parecer cirúrgico.

#### **Pacientes de alto risco**

- Crianças com menos de 6 anos, idosos e gestantes devem ser removidos para consulta cirúrgica.

#### **Baixa probabilidade de apendicite**

- Realizar exames básicos e observar.
- 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.

## **PANCREATITE AGUDA**

### **a. 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.

#### b. 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.
- A TC de abdome é o melhor exame de imagem para o diagnóstico. A ocorrência de hiperglicemia, hipotensão arterial, hipoxemia e hipocalcemia deve alertar o médico para a presença de um quadro grave.

#### c. 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, ureia, 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%.

## COLECISTITE AGUDA E CÓLICA BILIAR

### a. Considerações especiais de avaliação

São 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.
- Positivção 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 ultrassom 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)

## CÓLICA RENAL

### a. Considerações especiais de avaliação

Cólica renal é um quadro 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.

#### c. Diagnóstico diferencial

- aneurisma de aorta
- hérnia encarcerada
- torção de testículo
- gravidez ectópica
- pielonefrite
- herpes zoster
- distensão muscular

#### d. 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 anti-inflamatório 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.

## OBSTRUÇÃO INTESTINAL

### a. Considerações especiais de avaliação

As obstruções intestinais são causadas por bloqueio mecânico do intestino ou redução da peristals (ileo) 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 inguinal. Raramente condições intrínsecas (dentro da luz do intestino, por exemplo, tumores) causam a obstrução.

O bloqueio mecânico do intestino grosso resulta geralmente de condições intrínsecas no idoso como tumores, fecaloma e o volvo. Em crianças a intussuscepção deve ser considerada.

### b. Quadro clínico



- Dor abdominal e incapacidade de eliminar gases e evacuar são as principais queixas.
- Em obstruções parciais do delgado o paciente pode ser capaz de eliminar gases.
- A dor na obstrução mecânica é em cólica, progressiva e intermitente.
- Na obstrução do delgado localiza-se na região periumbilical e na obstrução do cólon no hipogástrio.
- Vômitos biliosos inicialmente ocorrem nas obstruções altas.
- A distensão abdominal é mais pronunciada nas obstruções baixas.
- Sintomas e sinais sistêmicos dependem do grau de desidratação e da presença de necrose intestinal. Na presença de necrose o paciente apresenta quadro de sepse.
- Suspeitar em pacientes com dor abdominal, distensão e vômitos.
- Procurar no exame clínico cicatrizes no abdome que indiquem cirurgias prévias, hérnias e massas palpáveis.

#### c. Conduta

- Estabelecer acesso venoso periférico.
- Monitorizar sinais vitais.
- Iniciar reposição volêmica com solução cristalóide.
- Colher sangue para hemograma, glicemia, creatinina, uréia, amilase, sódio, potássio, cloro e gasometria arterial.
- Obter amostra de urina para EAS.
- Solicitar rotina de abdome agudo.
- Procurar nas radiografias distensão de alças, níveis hidroaéreos e ar livre na cavidade peritoneal (indica perfuração intestinal).
- Obter parecer cirúrgico o mais rápido possível na suspeita de obstrução mecânica.
- Iniciar antibioticoterapia IV (Metronidazol 500 mg de 8 em 8 horas e Ciprofloxacina 400 mg de 12 em 12 horas) ou Amoxicilina/Clavulanato.
- Remover para o hospital de referência.

## CETOACIDOSE DIABÉTICA

### a. Considerações especiais de avaliação

A cetoacidose diabética 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. Suspende 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.

## HIPOGLICEMIA

### a. Considerações especiais de avaliação

As reações hipoglicêmicas são 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.

## COMA HIPEROSMOLAR NÃO CETÓTICO

### a. 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 prodrômico da condição é mais longo que da cetoacidose, durando vários dias ou semanas.

### b. 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

### c. 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.

## HIPERNATREMIA GRAVE

### a. Considerações gerais de avaliação

A hipernatremia é 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**

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

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

## 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: 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**

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

#### **CÁLCULO DA DOSE DE BICARBONATO**

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

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



## HIPERCALEMIA

### a. 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 betabloqueadores.
- Acidose metabólica.
- Rabdomiólise, queimaduras, hemólise e exercício vigoroso.

### b. 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.

### c. 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 digitalica.
- 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.

## HIPONATREMIA GRAVE

### a. Considerações gerais de avaliação

A hiponatremia é 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 antidiurético e hipotireoidismo.
- **Hipovolemia:** perda de sal renal ou extra-renal (diuréticos, vômitos, diarreia e queimaduras).

A hiperglicemia, hiperproteinemia e a hiperlipidemia podem causar falsa queda nos níveis de sódio.

### b. Quadro clínico

- A gravidade dos sintomas depende da velocidade do desenvolvimento da hiponatremia e níveis de sódio abaixo de 120 mEq/l.
- Cãibras musculares, fraqueza e mioclônias.
- Confusão, delírio, letargia, convulsões e coma.

### 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

### c. 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%.

## HIPOCALCEMIA

### a. Considerações gerais de avaliação

A hipocalcemia é 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.
- Câibras musculares, fraqueza e tetania, espasmo carpo-pedal.
- Convulsões, diplopia, estridor e dispnéia por laringoespasmo.
- 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.

## OCCLUSÃO ARTERIAL AGUDA DE EXTREMIDADE

### a. 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.

#### b. 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.

#### c. 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.

- Transferir para unidade hospitalar com cirurgia vascular para realização de tratamento definitivo (tromboembolectomia ou lise do coágulo).

## TROMBOFLEBITE SUPERFICIAL

### a. 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.

### b. Quadro clínico

- Dor, eritema e induração no trajeto da veia.
- Quando estiver associada a febre, calafrios e flutuação, suspeitar de tromboflebite séptica.

### c. 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.

## TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

### a. Considerações especiais de avaliação

Os fatores que predispõem 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 PTTa 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.

## DEGLUTIÇÃO DE CORPO ESTRANHO

### a. 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.

### b. 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.

### c. 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.

## DESIDRATAÇÃO

### a. Considerações especiais de avaliação

É 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), por isso, avaliar a variação 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. Deve-se dosar a natremia, calemia, bicarbonato e glicemia.

### 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 identificado

### b. 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 intraóssea (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

<b>Choque hipovolêmico</b>	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
<b>Manutenção 24 horas</b> 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
<b>Déficit</b> 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.

## GLAUCOMA DE ÂNGULO FECHADO

### a. 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

**b. Quadro clínico**

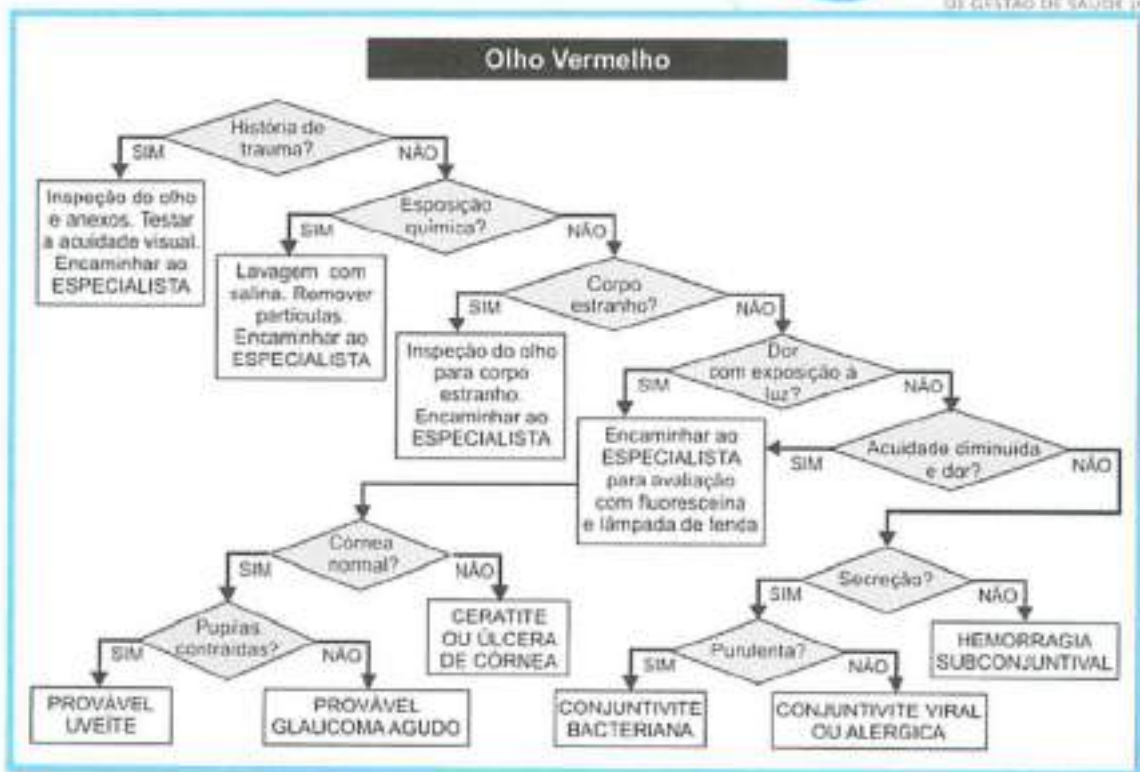
- Apresentação com dor ocular ou cefaléia, visão nublada, halos coloridos ao redor de luzes, hiperemia conjuntival e pupila dilatada e fixa.
- A pressão intraocular (PIO) está acima de 40 mmHg (normal de 10 a 20 mmHg).
- Náuseas e vômitos são comuns.

**c. Conduta**

- Reduzir a PIO.
- Aplicar timolol colírio 0,5%, uma gota.
- Encaminhar o paciente para consulta oftalmológica de urgência em hospital de referência.

**OLHO VERMELHO**

**a. Algoritmo do olho vermelho**



*Algoritmo de atendimento a pacientes com olho vermelho.*

## b. Conduta

### 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.

### 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 associado a trauma, prurido, tosse intensa e por vezes pode ser o sinal de uma coagulopatia.



### 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.

### 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.

### 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.

### 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.

### **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.

### **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.

### **Herpes Zoster**

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

### **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.

### **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.

## **DOR CERVICAL E LOMBAR**

### **a. Considerações especiais de avaliação**

É uma 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.

Deve-se 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 esquelético 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.

## **ARTRITE GOTOSA**

#### **a. Considerações especiais de avaliação**

Os pacientes podem apresentar quadro de mono ou oligoartrite.

#### **b. Quadro clínico**

- Apresentação súbita de dor extrema da articulação acompanhada de calor, induração, rubor e hiperemia.
- É mais comum na articulação metatarso falangeana do primeiro artelho.



- O joelho é a segunda articulação mais afetada.
- Geralmente afeta apenas uma articulação.
- O nível sérico de ácido úrico pode estar normal durante um ataque e não deve ser solicitado.
- O diagnóstico definitivo exige a punção em unidade hospitalar da articulação afetada e estudo do líquido sinovial.

### c. Conduta

- Iniciar tratamento com anti-inflamatórios (exceto o AAS) se não houver contra-indicação (úlceras gástricas, reação alérgica grave por aspirina, ICC ou gravidez). O mais utilizado é a indometacina 50 mg VO 8 em 8 horas por 3 dias, reduzindo a dose pela metade em seguida. O ibuprofeno na dose de 600 mg VO 6 em 6 horas é outra opção.
- Considerar o uso de colchicina em quadros com menos de 24 horas de duração, se não houver contra-indicações (ICC ou insuficiência renal).
- A colchicina deve ser iniciada na dose de 1 comprimido de 0,5 mg 2/2h até surgimento de intolerância gastrointestinal ou melhora do quadro. Encaminhar o paciente para consulta especializada.

## 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 anti-inflamatórios se não houver contraindicação.
- 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.

## 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 hematúria 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 hematuria.	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. Ruidos 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 anti-inflamatórios

MEDICAMENTO	DOSE PARA ADULTOS	INDICAÇÕES	CONTRA-INDICAÇÕES	COMENTÁRIOS
<b>Analgésico/antipirético sem ação anti-inflamatória</b>				
Paracetamol	500-750 mg VO 6/6h	Dor leve a moderada e febre	Hepatopata	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
<b>Anti-inflamatório não hormonal (AINH)</b>				
Cetorolaco 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-operatória, cólica renal, dor lombar e cólica biliar. Necessidade de efeito anti-inflamatório Associação com outros analgésicos na dor aguda		Dispepsia Sangramento gastrointestinal Inibem a agregação plaquetária por até 1 semana podendo causar sangramentos. Nefrotoxicidade (nêfrite e necrose papilar) Retenção de água e sódio. Outros: Cefaléia, Tinite, 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 coluna vertebral; cólicas renal e biliar; faringoamigdalites, cistite, amarelle, dismenoréia primária e processos infecciosos acompanhados de dor	Doença péptica ICC descompensada Nefropatia Alergia Evitar na gestação ou amamentação	
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			
Piroxicam	20 mg/ dia			
<b>Inibidores da Ciclooxigenase 2 (COX-2)</b>				
Celecoxib	10 a 200 mg VO de 12/12h	Dor moderada; cólica renal, dor lombar e cólica biliar. Necessidade de efeito anti-inflamatório Associação com outros analgésicos na dor aguda	Não utilizar em coronariopatas. Podem agravar a ICC Celecoxib causa reações de hipersensibilidade 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
<b>Associação Paracetamol / codeína</b>				
Paracetamol Codeína Comprimidos 7,5 mg contém paracetamol 500 mg, fosfato de codeína 7,5 mg. Comprimidos 30 mg contém 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 determinados pós-operatórios, traumatismos graves, neoplasias) recomenda-se 2 cp a cada 4 hs	Associação com codeína 7,5 mg. Dor 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 dentária, neuralgia, lombalgia, dores de origem articular e condições similares	Hipersensibilidade ao 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 provocar um efeito depressivo potencializado ou aditivo. Anticolinérgicos e codeína, quando usados concomitantemente, podem produzir feo paralítico. As reações adversas mais frequentes são tontura, sedação, náusea e vômito.



## INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA

### a. Considerações especiais de avaliação

A insuficiência renal aguda 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, sepse 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.

### 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.



- Colher sangue para hemograma, eletrólitos e função renal.
- Drenar a bexiga caso palpável, com cateter vesical.
- Medir o volume de urina drenado e enviar material para EAS e cultura.
- Manter o cateter vesical em posição.
- Obter parecer de urologista.
- Hospitalizar pacientes com sinais e sintomas sistêmicos (febre, hipotensão, azotemia, etc.).

## OLIGÚRIA OU ANÚRIA

### a. Considerações especiais de avaliação

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

- Causas pré-renais: hipovolemia, sepse e insuficiência cardíaca. Causas
- 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.





- Colher sangue para hemograma, eletrólitos e função renal.
- Drenar a bexiga caso palpável, com cateter vesical.
- Medir o volume de urina drenado e enviar material para EAS e cultura.
- Manter o cateter vesical em posição.
- Obter parecer de urologista.
- Hospitalizar pacientes com sinais e sintomas sistêmicos (febre, hipotensão, azotemia, etc.).

## 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		

## INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA AGUDA

### a. Considerações especiais de avaliação

É uma 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.

#### **b. 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.

#### **c. 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 hidroeletrolíticos.
- 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.

## **CIRROSE**

### **a. Considerações especiais de avaliação**



É 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  $\text{mm}^3$  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.
- Coher 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 hidroeletrólitos.
- 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.

## SEPSE

### a. Definições

#### Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS)

A presença de dois ou mais dos seguintes critérios definem SIRS:

- Temperatura > 38°C ou < 36°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:

- Cardiovascular;
- Respiratória;
- Renal e Hepática;
- Hematológica; e
- Sistema nervoso central.

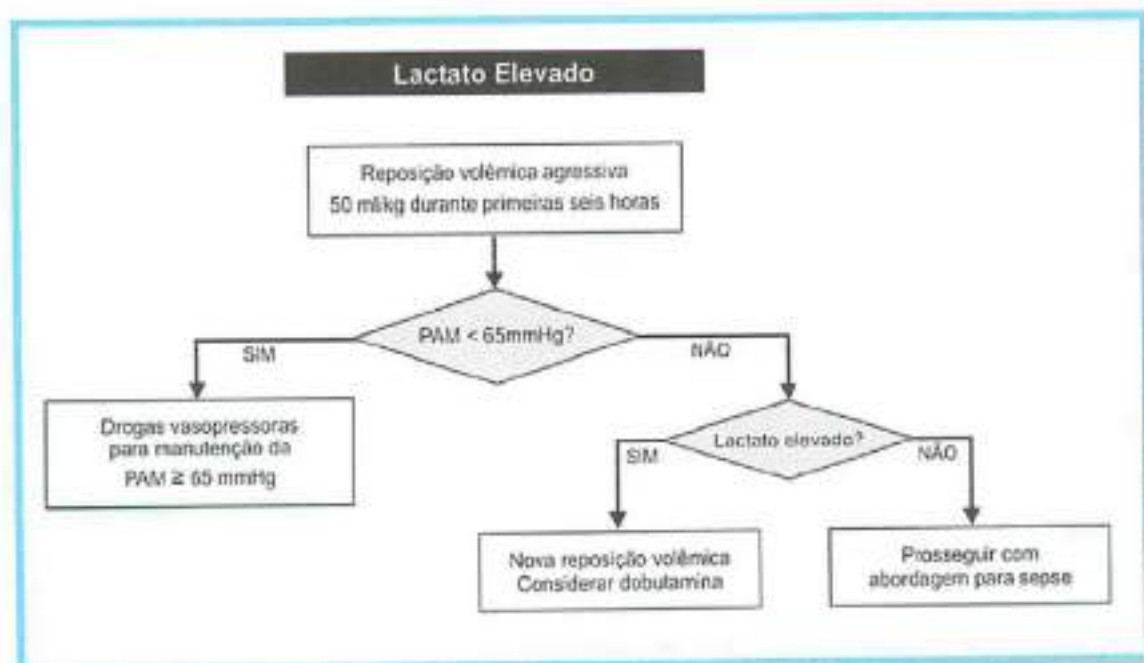
CRITÉRIOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA	
Cardiovascular	PAS $\leq$ 90 mmHg ou PAM $\leq$ 65 mmHg após ressuscitação volêmica adequada.
Respiratória	$PaO_2/FIO_2 < 300$
Hematológica	Plaquetas $< 100.000/mm^3$ ou queda de 50% ou mais nas últimas 72 horas. Alterações da coagulação (INR $> 1,5$ ou TTPa $> 60$ s).
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).

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 extrarrenal, principalmente a acidose láctica.
- A indicação de bicarbonato está restrita à acidose de origem renal e ao estado hiperglicêmico hiperosmolar com 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).
- 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



## PROTOCOLO DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

### SÍNDROME CORONARIANA AGUDA

#### a. Considerações gerais 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. 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

#### b. 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, dispneia 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

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 cardiogénico)	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
Idade
Sexo masculino
Hipertensão arterial
Tabagismo
Diabetes Mellitus
Dislipidemia
História Familiar positiva

#### c. 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.