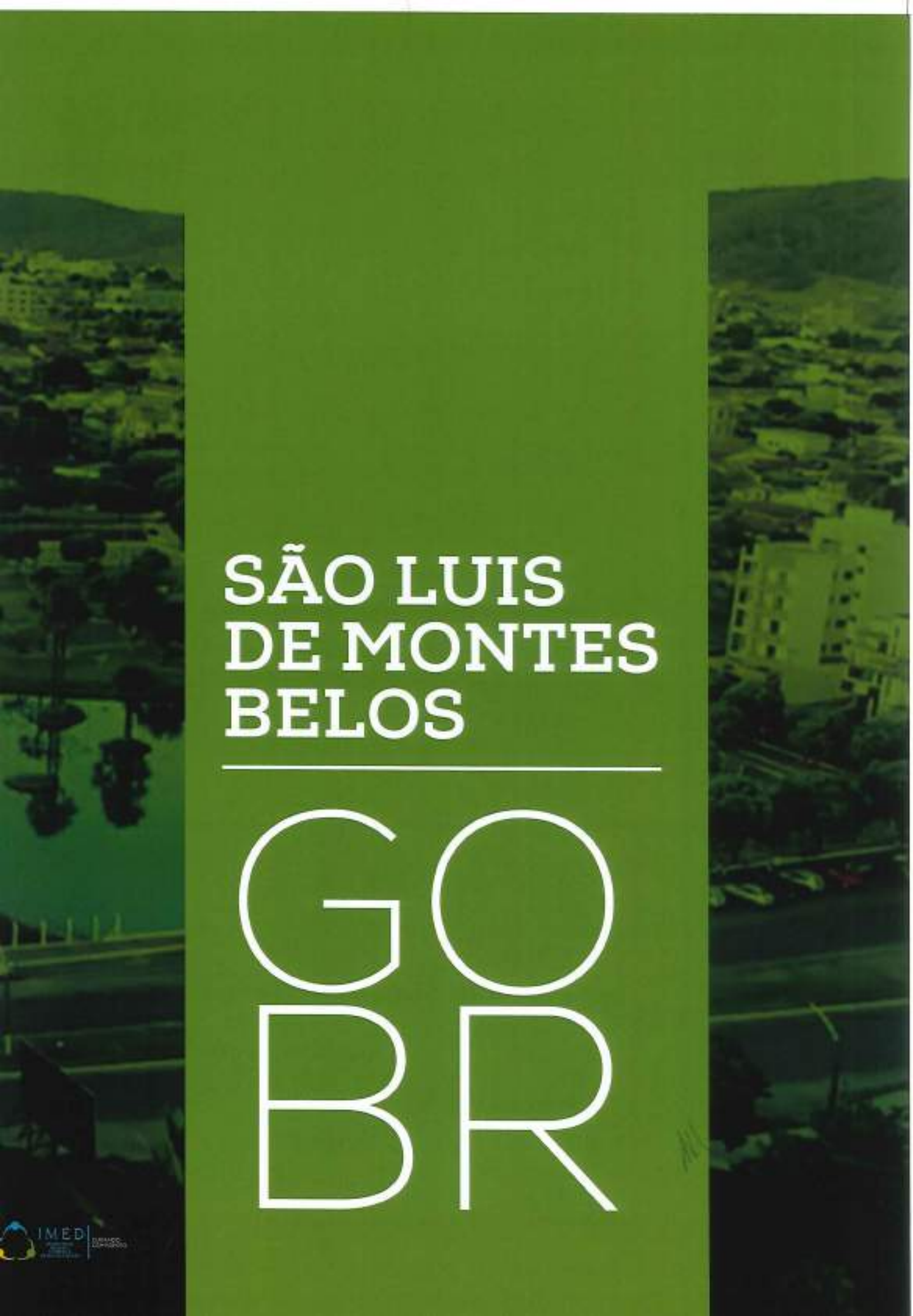


SÃO LUIS DE MONTES BELOS

GO BR

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 13

CAPÍTULO 1 29

ITEM 1 - ÁREA DE ATIVIDADE 31

ITEM 1.1.2 - FLUXOS PARA REGISTROS E DOCUMENTOS DE USUÁRIOS E ADMINISTRATIVOS 87

ITEM 1.1.3 FLUXOS UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS 109

ITEM 1.1.4 - FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE 146

ITEM 1.1.2 - IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO 167

ITEM 1.1.2.2 - REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS 184

ITEM 1.1.2.3 - PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM 235

ITEM 1.1.2.4 - PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO 252

ITEM 1.1.2.5 - PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO 328

ITEM 1.1.3 - IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS 337

ITEM 1.1.3.2 - PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO 629

ITEM 1.1.3.3 - PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS 641

ITEM 1.2 - INCREMENTO DE ATIVIDADES 661

ITEM 1.2.3 - PROJETO DE AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS 687

CAPÍTULO 02 699

ITEM 2 - ÁREA DE QUALIDADE 701

ITEM 2.1.2 - COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS 714

ITEM 2.1.3 - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR 726

ITEM 2.1.4 - SERVIÇO ESPECIALIZADO EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO 746

ITEM 2.1.5 - COMISSÃO DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E ESTATÍSTICA 757

ITEM 2.1.6 - COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA 768

ITEM 2.1.7 - COMISSÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS EM SAÚDE 782

ITEM 2.1.8 - COMITÊ TRANSFUSIONAL 792

ITEM 2.1.9 - COMITÊ DE GERENCIAMENTO DOS PACIENTES COM RISCO PARA LONGA PERMANÊNCIA HOSPITALAR 802

ITEM 2.1.10 - NÚCLEO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE 813

ITEM 2.1.11 - NÚCLEO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR 830

ITEM 2.1.12 - COMISSÃO INTERNA DE QUALIDADE 845

ITEM 2.1.13 - COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA 858

ITEM 2.1.14 - COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM 872

ITEM 2.1.15 - COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA (COREME) 886

ITEM 2.1.16 - COMISSÃO INTERNA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES 891

ITEM 2.1.17 COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL (COREMU) 907

ITEM 2.1.18 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) 931

ITEM 2.1.19 - EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE TERAPIA NUTRICIONAL 940

ITEM 2.1.20 - COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA 952

ITEM 2.12.1 - COMISSÃO DE BIOSSEGURANÇA 961

ITEM 2.12.2 - COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE PRODUTOS PARA SAÚDE 971

ITEM 2.12.3 - COMISSÃO DE PREVENÇÃO E CUIDADOS COM A INTEGRIDADE DA PELE 995

ITEM 2.12.4 – NÚCLEO INTERNO DE REGULAÇÃO (NIR) 1007

ITEM 2.12.5 - COMISSÃO DE ACIDENTES COM MATERIAL BIOLÓGICO 1019

ITEM 2.12.6 - COMITÊ DE COMPLIANCE 1029

ITEM 2.12.7 COMISSÃO INTRA-HOSPITALAR DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES – CIHDOTT 1049

ITEM 2.12.8 OUTRAS COMISSÕES 1053

ITEM 2.12.8.2 - COMISSÃO DE ENGENHARIA CLÍNICA 1064

ITEM 2.12.8.3 - COMISSÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL 1073

ITEM 2.12.8.4 COMISSÃO ESTOMATERAPIA 1083

ITEM 2.12.8.5 - COMISSÃO DE PROCESSAMENTO DE PRODUTOS DE SAÚDE 1092

ITEM 2.12.8.6 - COMISSÃO DE GESTÃO DE RECURSOS NATURAIS E SUSTENTABILIDADE 1101

ITEM 2.12.8.6 - COMISSÃO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL 1105

ITEM 2.2 - QUALIDADE SUBJETIVA 1115

ITEM 2.2.1.2 - INSTRUÇÃO COM DEFINIÇÃO DE HORÁRIOS, CRITÉRIOS E MEDIDAS DE CONTROLE PARA VISITAS AOS USUÁRIOS 1124

ITEM 2.2.2 - ATENDIMENTO 1133

ITEM 2.2.2.2 - PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE OUVIDORIA VINCULADA A SES, COM PESQUISA DE SATISFAÇÃO 1147

CAPÍTULO 03 1157

3.2 – ESTRUTURA E EXPERIÊNCIA DA DIRETORIA 1169

ITEM 3.2.2 - TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA EM ADMINISTRAÇÃO/GESTÃO HOSPITALAR DOS MEMBROS DA DIRETORIA E COORDENAÇÕES 1181

ITEM 3.2.3 - EXPERIÊNCIA MÍNIMA DE 1 ANO DA DIRETORIA DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE NO GERENCIAMENTO DE UNIDADE HOSPITALAR 1183

ITEM 3.3 - IMPLEMENTAÇÃO DE SERVIÇOS E FUNCIONAMENTO DE EQUIPE INTERDISCIPLINAR 1185

ITEM 3.3.2 - PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE AMBULATÓRIO E URGÊNCIA 1194

ITEM 3.3.3 -PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTI NAS OPERACIONAIS PARA OS SERVIÇOS DE MAIOR COMPLEXIDADE NA MEDICINA COMO NAS EMERGÊNCIAS E UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTO E DE PEDIATRIA 1215

ITEM 3.3.4 - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DE ATENÇÃO MÉDICA E ROTINAS OPERACIONAIS PARA OS AMBULATÓRIOS,HOSPITAL DIA E ENFERMARIAS, DESTAQUES PARA OS PLANTÕES E SOBREAVISOS 1348

ENFERMARIA 1409

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO 1531

AMBULATÓRIO 1583

ABORTAMENTO 1607

POLÍTICAS 1687

ITEM 3.3.5 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA (POR ESPECIALIDADES) OBSERVADOS EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA 1949

ITEM 3.3.5 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE METAS PARA A ÁREA MÉDICA POR ESPECIALIDADES, OBSERVADOS, EM ESPECIAL AS CONSULTAS EM AMBULATÓRIO, INTERNAÇÕES HOSPITALARES E DE TERAPIA INTENSIVA 1973

ITEM 3.3.6 - APRESENTAÇÃO DE QUADRO DE PESSOAL TÉCNICO POR ÁREA DE ATIVIDADE PROFISSIONAL (POR ESPECIALIDADES), COMPATÍVEL COM AS ATIVIDADES DO PLANO DE TRABALHO 1977

ITEM 3.3.7 - PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM (ROTINAS POR NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS

PROFISSIONAIS) NAS ÁREAS DE INTERNAÇÃO/ENFERMARIAS, UTI, CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO, CME E BLOCO CIRÚRGICO 1980

ITEM 3.4 - IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DE OUTROS SERVIÇOS 2024

ITEM 3.4.2 – INSTRUÇÃO PARA O FUNCIONAMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM ESPECIFICAÇÃO DE NORMAS E ROTINAS, ÁREA DE ABRANGÊNCIA, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA 2037

ITEM 3.4.3 - NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE ADMINISTRAÇÃO GERAL COM ESPECIFICAÇÃO DE ESTRUTURA, NORMAS E ROTINAS, HORÁRIO E EQUIPE MÍNIMA 2064

ITEM 3.4.4 – NORMAS PARA REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AQUISIÇÃO, RECEBIMENTO, GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAIS NA UNIDADE 2081

ITEM 3.4.5- APRESENTAÇÃO DA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICOS HOSPITALARES – HESLMB 2100

ITEM 3.4.6 - APRESENTAÇÃO DE CRITÉRIOS PARA A CONTRATAÇÃO DE TERCEIROS PARA OS SERVIÇOS DE LIMPEZA, VIGILÂNCIA E MANUTENÇÃO PREDIAL 2152

ITEM 3.5 - POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS 2164

ITEM 3.5.1 - APRESENTAÇÃO DE PROJETO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO COM PESQUISA PERIÓDICA DE CLIMA ORGANIZACIONAL E DEFINIÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES 2233

ITEM 3.5.2 - PROPOSTA PARA ESTABELECIMENTO DE NORMAS DE SELEÇÃO DE PESSOAL, CONTRATO DE TRABALHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SUGESTÃO DE CONDUTAS PARA COMBATER ABSENTEÍSMO DOS PROFISSIONAIS E ESTIMULAR PRODUÇÃO 2255

ITEM 3.5.3 - REGISTRO E CONTROLE DE PESSOAL E MODELO PARA ESCALAS DE TRABALHO 2315

ITEM 3.6 – METODOLOGIA DE PROJETO 2320

ITEM 3.6.2 - PROJETOS TÁTICOS E OPERACIONAIS A SEREM REALIZADOS A ALCANÇAR E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE IMPLANTAÇÃO 2345

4 - RECURSOS FINANCEIROS 2357

ITEM 4 2358

ITEM 5 - DECLARAÇÕES 2361

INTRODUÇÃO

A REVOLUÇÃO PANDÊMICA E A ERA DA INCERTEZA.

A expressão "A Era da Incerteza" foi consagrada no título de livro do economista John Kenneth Galbraith, que assessorou os governos Kennedy, Johnson e Clinton na Casa Branca, escrito ao final da década de 70. Evidentemente, o cenário mundial de mais de quarenta atrás, quando comparado aos tempos que correm, poderia ser considerado como de sólida estabilidade, a ponto de não faltar quem afirme, com razão, que, se Galbraith estivesse hoje entre nós, ele teria se referido àquele período como "A Era da Garantia" [1].

De todo modo, Galbraith é incisivo ao dizer que, mais do que os caminhos apontados pelos profetas dessa ou daquela ideologia, são as "circunstâncias" que, de maneira "severa", "impõem a todos" a transformação prática não só de regras de comportamento, mas das políticas públicas do cotidiano, algumas delas impensáveis tempos atrás (como, por exemplo, quando, no Canadá, condicionou-se o consumo de álcool e maconha à vacinação, o que teve por efeito o aumento em 300% da busca pela vacina[2]).

Não haveria, portanto, melhor expressão para descrever a quadra em que se vive – bem mais incerta, como visto, do que a do tempo de Galbraith.

A concepção, aliás, se espraia por muito além da economia ou da ciência política – campos originais do estudo de Galbraith. O antigo ministro do STF brasileiro, Marco Aurélio Mello, em palestra proferida na Universidade de Coimbra em 2.015, asseverou que, "Se a Era das Incertezas é um fato, o Direito deve, em proveito dos cidadãos, atuar contra suas consequências indesejadas"[3].

Assim, se a Era da Incerteza é fato dado, e se economia e direito precisam ter por atribuição básica minimizar suas indesejadas consequências, com muito maior dose de razão a saúde pública precisa ser pautada essa diretriz: atuar sobre as sequelas do incontrolável. É sob essa perspectiva que se erige a presente proposta – e, convenha-se, nem poderia ser diferente.

Como já se disse antes, tornou-se lugar-comum dizer que o ano de 2.020 dividiu a história da Terra em dois períodos: da humanidade: o mundo "pré" e o mundo "pós" Covid-19.

1 Barry Eichengreen, Professor de Economia e Ciência Política da Universidade da Califórina - https://www.project-syndicate.org/commentary/age-of-hyper-uncertainty-by-barry-eichengreen-2016-12/portuguese

2 "Folha de S. Paulo", edição de 13.01.22, matéria intitulada "Québec proíbe venda de maconha e álcool a não vacinados, e busca por doses sobe 300%".

3 https://www.migalhas.com.br/quentes/223331/o-direito-em-tempos-de-incertezas--por-marco-aurelio-mello

Nunca será demais relembrar, por exemplo, o início de 2.020, quando, em tempo real, o mundo assistiu ao dramático colapso do sistema de saúde da Itália, então com a média diária de 700 vítimas fatais – ou quando se viu Nova York se tornar uma cidade fantasma, numa paisagem digna dos filmes de ficção científica. Mais próximo do gênero do terror, corpos eram empilhados nas ruas de Guayaquil, no Equador – enquanto, sem nenhum apelo à ficção, satélites fotografavam, do espaço, gigantescas covas coletivas que alteravam o rosto geográfico do Irã.

No Brasil, a memória ainda traz gravadas as imagens chocantes das filas de pessoas que, desesperadas, buscavam qualquer tipo de oxigênio junto a qualquer distribuidora que se dispusesse a vender o ar em Manaus, desta feita na dita segunda onda da pandemia (cujo ápice fez empilhar 4.000 mortos por dia).

Neste momento, a necessidade da aplicação da terceira dose das vacinas desenvolvidas em tempo recorde é uma realidade[4] – assim como é real constatar que a vida, em absolutamente todos os seus aspectos, passará a ser ditada pela incerteza do comportamento do vírus, o que ficou mais do que evidenciado pelo advento da variante ômicron , o que, no mínimo, denotou a necessidade de um frenético vaivém de montagens e desmontagens de leitos, como anotou levantamento da Fiocruz, em todo o País[5].

A única certeza, portanto, é a incerteza – o que não é de surpreender em se tratando de um vírus que, em eterna adaptação, avança sobre faixas etárias outrora não atacadas[6], a ponto de Ana Maria Malik, especialista em gestão de saúde da FGV-Saúde, sentenciar: "O vírus não é bobo"[7].

A confirmar a incerteza da era atual, note-se que, muito embora sejam promissoras as perspectivas de desenvolvimento de, por assim dizer, "super vacinas", o vírus não dá sinais de que irá se conformar. A título de exemplo, serve o alerta da possibilidade de sua adaptação junto a células de frangos, o que, em se confirmando a infecção junto a esses bilhões de animais, estariam abertas as portas do inferno para a criação de "megausinas de variantes"[8].

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



4 "Folha de S. Paulo", edição de 16.09.21, matéria intitulada "Mais vacinados entre internados não significa falha da imunização".
5 "Valor Econômico", edição de 14.01.22, matéria intitulada "Média de casos de covid é a maior em 7 meses"
6 "Folha de S. Paulo", edição de 20.02.22, matéria intitulada "Hospitalizações de crianças por Covid saltaram de 284 para 2.232 em 1 mês".
7 "O Estado de S. Paulo", edição de 15.01.22., entrevista de título "'O vírus não é bobo', diz especialista".
8 Revista "Super Interessante", Ed. Abril, edição de fevereiro de 2.022.



EM MEIO A TANTAS TRAGÉDIAS, PODE-SE DIZER QUE AO MENOS ALGO DE POSITIVO EXSURGIU A PARTIR DESSE NOVO MUNDO: A FORÇA DO SUS BRASILEIRO, QUE, AFORA O NOTÓRIO RECONHECIMENTO DE SUA IMPORTÂNCIA, REVELOU-SE SER O ATIVO MAIS IMPORTANTE DO PATRIMÔNIO NACIONAL.

E essa importância só tende a aumentar.

Em um país de 210 milhões de habitantes, menos de 25% da população conta com algum tipo de assistência à saúde privada, de caráter suplementar. E desta parcela minoritária, 80% são assistidos pelos chamados planos empresariais9 – i.e., aqueles disponibilizados por empresas e que, por conseguinte, pressupõem que haja um empregador e, por óbvio, um emprego.

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

25% da população brasileira relata ter experimentado a nefasta experiência da falta de comida no mundo pós-Covid10. O desemprego, embora sempre seja trágico, é ainda mais nefasto junto às parcelas mais carentes do País: se entre os 10% mais ricos, a taxa é de 2,87%, na sua metade mais pobre ela saltou, entre o mundo "pré" e o mundo "pós" Covid, de 26,55% para inacreditáveis 35,98%11. Pior: no âmbito de uma economia sequelada pela pandemia, dá-se o aumento do chamado desemprego de longa duração, tendo dobrado o número de pessoas que procuram emprego no período de um a dois anos. Tudo isso em um contexto no qual 23% das pessoas pertencentes às camadas mais pobres financeiramente formam um verdadeiro exército de "excluídos digitais"12 (a ferir-lhes, de morte, o acesso a trabalho e renda). Não são poucos os que, antevendo o realce das desigualdades em futuras tensões sociais, destacam um futuro de "inflação alta, da comida em particular" e o "desemprego duradouro" e "estrutural"13 como mais outras consequências da Covid-19 no Brasil – o que reforça a evidência de que o número de usuários do SUS tende a crescer exponencialmente.

De outro lado, Martin Wolf, analista econômico do "Financial Times", constata que "não há um fim permanente para a crise econômica, sem um fim para a crise de saúde"14. E isso, é claro, sem contar as sequelas físicas e mentais da Covid-19, ainda não estudadas por completo (o chamado long term Covid) – e que serão abordadas com mais detalhes ao longo desta proposta –, mas que, à toda evidência, desaguarão, mais dia, menos dia, sobre o sistema público de saúde.

Isso não é tudo. Sabe-se, por exemplo, que o rearranjo hospitalar, inclusive no âmbito privado, necessário ao enfrentamento do Coronavírus provocou significativo congestionamento em, por exemplo, atendimentos ambulatoriais, cirurgias eletivas e outros procedimentos e exames tidos por não urgentes – mas que, em razão do tempo de espera, transmudaram-se em necessidades que não podem mais esperar.

Não é à toa que 2.020 foi um ano de resultados para além de positivos para as operadoras privadas de saúde, que viram suas taxas de sinistralidade caírem 10 pontos percen-

9 "Valor Econômico", edição de 12.05.21, matéria intitulada "Plano individual deve ter reajuste negativo".
10 "Folha de S. Paulo", edição de 21.05.21, matéria intitulada "Faltou comida para 25% dos brasileiros nos últimos meses"
11 "Folha de S. Paulo", edição de 10.09.21, matéria intitulada "Taxa de desemprego entre os mais pobres é de 36%, diz estudo".
12 "Folha de S. Paulo", edição de 28.05.21, matéria intitulada "Exclusão digital deixa famílias pobres sem auxílio emergencial".
13 Artigo de Vinicius Torres Freire publicado na "Folha de S. Paulo", edição de 30.05.21, intitulado "O erro do pessimismo exagerado".
14 "Valor Econômico", edição de 26.05.21, artigo intitulado "Podemos acabar com a pandemia em 2022".

tuais em relação a 2.019[15] – embora todas elas, por conta da mencionada demanda reprimida, não escondam o ranger de dentes decorrente da inadiável retomada dos aludidos procedimentos, ameaçando sua sustentabilidade financeira, sob o argumento de, no primeiro momento do mundo pós-Covid, terem passado por um "patamar de sinistralidade artificialmente baixo"[16].



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

Ao passo em que o mercado inventa formas de oferecer saúde parcial e dada a conta-gotas, sempre mediante boa paga em dinheiro, o SUS, ao fim e ao cabo, abarcará tudo o mais. Dia sim, dia também, aquelas companhias não medem esforços para obter mais licenças dos entes regulatórios, a fim de venderem serviços de saúde de carteira cada vez mais limitada e menor abrangência possível, sob a bandeira de que, sendo "mais flexíveis", seus planos tornam-se "mais aderentes à capacidade de pagamento das famílias e das empresas"[17]. Tome-se, como exemplo, o caso de empresa financeira que, por menos de R$ 35 mensais, ofertará a caminhoneiros consultas on-line mediante telemedicina[18], com o que caberia perguntar: e em que hospital esses caminhoneiros irão se tratar, ao se depararem com problemas de saúde? A resposta é evidente – e, queira-se ou não, as operadoras de serviços privados de saúde têm um encontro marcado com a revolução pandêmica.

15 "Valor Econômico", edição de 23.04.21, matéria intitulada "Como 'home office', gasto com convênio médico cai".
16 Valor Econômico, edição de 14.05.21, matéria intitulada "Mais grave, segunda onda da pandemia impacta planos de saúde".
17 "Valor Econômico", edição de 27.05.21, matéria intitulada "Governo tenta tapar brechas na regulação dos planos de saúde".
18 "Valor Econômico", edição de 31.05.21, matéria intitulada "Rodobens entra em serviços de saúde".

Confirmando a tempestade que se forma à frente do horizonte privado, vê-se, em outro exemplo, o cenário norte-americano (que despende 18% do PIB em saúde, o dobro do que se gasta no Brasil), em que, segundo recente pesquisa, 87% dos executivos entrevistados consideram que "pagar pelo atendimento dos funcionários se tornará insustentável dentre de cinco a dez anos"[19].

Nada surpreendente: no mercado brasileiro de saúde privada, o que se vê, mediante o descredenciamento de prestadores, é a pura e simples expulsão dos usuários dos chamados planos individuais (mais normatizados quanto à linha de serviços e preços)[20], a ponto de um dos grandes players mundiais do setor, após dez anos de operação no Brasil, encontrar-se em tentativa de empurrar essa "carteira" a um grupo empresarial com histórico de administração de massas falidas[21].

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

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

Para tal, a concepção do atendimento integral à saúde, tanto sob o aspecto físico quan-



19 "Valor Econômico", edição de 15.09.21, matéria intitulada "Plano da Amazon na saúde começa a deslanchar nos EUA".
20 "O Estado de S. Paulo", edição de 21.02.22, matéria intitulada "Plano de saúde individual na berlinda".
21 "Valor Econômico", edição de 09.12.21, matéria intitulada "Amil paga R$ 3 bi para se desfazer de plano individual", e edição de 23.02.22, matéria intitulada "O que deu errado para a UnitedHealth".

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

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

Apenas para ficar em um achado: atualmente, encontram-se demonstrados os "efeitos benéficos da leitura de histórias" para fins da redução do "estresse" de crianças internadas em leitos de UTI[22].

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

Não será surpreendente deduzir, sob esse panorama, que o SUS do futuro deverá entender (e atender) os anseios sociais de seus usuários – para o que não será possível economizar esforços em apoio, inclusive emocional, e comunicação, sem prejuízo, é claro, da busca permanente pela excelência operacional dos serviços de saúde stricto sensu. Como se vê, o hospital do futuro precisará, acima de tudo, servir – e não será exagero dizer que, no mundo pós-Covid, o modelo a ser perseguido será o do "hospital-servidor".



SERVIR: ESTA SERÁ A NOVA PALAVRA DE ORDEM JUNTO AO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DOS MONTES BELOS.

É evidente, como observado, que o quadro trazido com a Era da Incerteza será desafiador.

Para o IMED, contudo, ele é inspirador.

Porque é inspirado no ideal de cuidar com respeito que a presente proposta é apre-

22 "Folha de S. Paulo", edição de 30.05.21, matéria intitulada "Ouvir história reduz dor de criança na UTI, diz estudo".

sentada. Cuidado só existe se for integral – e respeito pressupõe conhecer e integrar-se a quem se pretende servir.

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

SOBRE O IMED

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

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

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

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

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

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

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

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

Muito poderia ser dito a respeito da gestão do HETRIN, mas um bom indicador a respeito do salto de qualidade observado no hospital

diz respeito ao atendimento em pronto socorro. Após 2 meses da gestão, as modificações levadas a cabo pelo instituto resultaram em significativa diminuição do tempo de espera para atendimento: de uma média superior a 3 (três) horas de espera, observada antes da gestão o IMED, a espera, na média, passou a ser de menos de 1 (uma) hora e meia.

Hoje, é possível dizer, com tranquilidade, que a gestão do HETRIN pelo IMED é um projeto vencedor – com atendimento, além do pronto socorro 24 h em sistema da



chamada "porta aberta', Clínica Médica, Cirurgia Geral, Obstetrícia e Ginecologia, Anestesiologia, Pediatria e Ortopedia.

No momento atual, o HETRIN encontra-se sob um inspirador processo de ampliação, triplicando sua capacidade de atendimento e passando dos atuais 56 para 149 leitos em uma área de 8 mil metros quadrados – fruto da sensibilidade do Governo do Estado para com a saúde dos usuários do SUS. Pode-se dizer que, portanto, um novo hospital será entregue à população de Goiás, sob a gestão do Instituto[23].

Mas a história de sua superação do Instituto não para por aí.

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

Foi nesse panorama de guerra que o IMED e o Estado de Goiás assinaram, em 13.05.20,

23 https://www.saude.go.gov.br/noticias/14837-governo-de-goias-inaugura-pedra-fundamental-da-ampliacao-do-hetrin

contrato de gestão para a referida unidade de saúde, com vigência a partir de 19.05.20. O compromisso era da altura que a gravidade da situação exigia: **disponibilizar o hospital 100% dedicado ao combate à Covid-19 à população em alguns dias.**

Em 8 (oito) dias de trabalhos ininterruptos, foram contratados 138 funcionários, além de se ter providenciado toda a estrutura necessária para o funcionamento do então HRL. Promoveu-se à montagem, teste e separação de equipamentos, além da confecção



e instalação de placas para identificação do ambiente hospitalar, respeitando-se o padrão adotado pela Secretaria de Saúde, dentre outras inúmeras providências. No mesmo período, foram adquiridos materiais médicos e medicamentos, além de EPI's em quantidade e qualidade adequadas tanto para o atendimento da população quanto para a segurança dos profissionais.

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

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

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

É fato que o HEL, antigo HRL, hoje, apresenta uma estrutura bem mais robusta, com 40 leitos de UTI e 55 de enfermaria, dentre outras melhorias.

Mas também é fato que todo o esforço inicial valeu a pena: ao final de 2.020, o então Hospital Regional de Luziânia recebeu prêmio concedido pela Confederação Brasileira de

Futebol (CBF), referente ao projeto intitulado "Craques da Saúde" – iniciativa que tem como objetivo presentear os hospitais públicos com maior índice de pacientes recuperados da Covid-19.

Nem por isso os esforços foram deixados de lado – e hoje o HEL já contabilizou mais de 2.000 altas em favor da vida, notabilizando-se cada vez mais pela sua eficiência e qualidade assistencial.

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

E, nesse caso, existia um fator agravante, que multiplicava o grau de dificuldade desafio: o Hospital, até então administrado pela Municipalidade de Formosa, não se tratava apenas de uma unidade de saúde destinada ao enfrentamento da Covid-19. Isso porque, historicamente, o HRF (atualmente HEF, Hospital Estadual de Formosa Dr. César Saad Fayad) promovia (e, de modo ininterrupto, continuou promovendo) atendimento 24 h em pronto-socorro na modalidade de "porta aberta", além de atendimento nas áreas de Clínica Médica, Ortopedia, Pediatria, Anestesiologia, além de Ginecologia e Obstetrícia – constituindo-se, inclusive, na única referência da região para partos (os quais ultrapassam o número de 100 (cem) por mês).

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

Tais dificuldades foram superadas – e hoje o HEF é o único hospital público do Entorno Norte dotado de Unidade de Terapia Intensiva, atualmente com 20 leitos ativos, **sendo 10 deles destinados à UTI geral,** todos implantados pela gestão do IMED (os primeiros da região, aliás). Mais: para se dimensionar o salto de qualidade assistencial observado junto à unidade, tem-se que, entre junho de 2.020 e março de 2.021, o HEF mais que dobrou o número de atendimentos, tanto em seu pronto-socorro geral quanto no destinado aos pacientes com sintomas de Covid-19 (o que vem crescendo até os dias de hoje, com, por exemplo, quase 9.000 atendimentos em pronto-socorro no mês de janeiro de 2.022).

Isso não é tudo. Ampliando a capacidade de resolutividade do HEF, o Hospital, pela primeira vez desde a sua inauguração, passou, a partir de julho último, a realizar cirurgias de urgência de pequena e média complexidade na área de Ortopedia. Foi realizada, inclusive, a primeira cirurgia ortopédica infantil da história do atual HEF.

Atualmente, além das de urgência e emergência, o HEF também realiza cirurgias eletivas em Ortopedia, Ginecologia, Vascular e Cirurgia Geral, disponibilizando os exames para realização do pré-operatório – dentre

eles, exames laboratoriais, raios-x, ultrassonografia e risco cirúrgico.

Também cumpre destacar o projeto do IMED junto ao Hospital Regional de São Luís de Montes Belos, Dr. Geraldo Landó (atual Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, Dr. Geraldo Landó), cuja gestão, pelo instituto, se iniciou em 03.09.20, que é objeto deste chamamento.

A exemplo do HEF, o Hospital de São Luís de Montes Belos, além de possuir pronto-socorro geral e (em sistema de porta aberta, com funcionamento de 24 h), atende os usuários do SUS em outras especialidades, como Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Anestesiologia, Ginecologia e Obstetrícia, além de contar com 10 leitos de UTI geral, antes voltados para o enfrentamento da pandemia. O HESLMB realiza cirurgias de urgência e cirurgias eletivas, em Ortopedia, Ginecologia, Vascular e Cirurgia Geral. Vale destacar que o Hospital é referência para atendimento de uma população de aproximadamente 500 mil pessoas, residentes em 19 cidades da região.

Nesse contexto, vale destacar que, a partir do mês de agosto de 2.021, o Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos Dr Geraldo Landó (HESLMB) implementou o serviço de ortopedia, com ambulatório para atendimento de urgência e emergência, além da realização, quando necessários, dos respectivos procedimentos cirúrgicos, inicialmente de baixa e média complexidade – o que, sem sombra de dúvida, contribuiu enormemente para a maior resolutibilidade do Hospital. Já naquela ocasião, nada menos do que 70% dos pacientes que necessitavam de atendimento ortopédico (44 pacientes, de um total de 63) tiveram seus casos solucionados no próprio HESLMB (sendo que, antes, todos eles necessitariam de transferência a outras unidades hospitalares, em outras cidades do Estado).

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









HOJE, O HESLMB É EXEMPLO DE HOSPITAL RESPEITADO E RECONHECIDO PELA POPULAÇÃO, DO QUE DÃO MOSTRA AS INÚMERAS CITAÇÕES POSITIVAS DO HOSPITAL JUNTO À MÍDIA LOCAL – SENDO QUE A UNIDADE, **NOS ÚLTIMOS 13 MESES, RECEBEU 100% DE MENÇÕES POSITIVAS JUNTO À IMPRENSA,** CONFORME ASSEVERADO NOS RELATÓRIOS ENCAMINHADOS À SES-GO.

Por fim, cabe falar do mais novo projeto do Instituto, o Hospital Estadual Centro-Oeste Goiano (HCN). No momento, o Hospital conta com 138 leitos, sendo 20 leitos de UTI adulto geral, 10 leitos de UTI Covid-19, 30 de Clínica Médica Geral, 30 de Clínica Cirúrgica, 30 leitos de Clínica Covid-19, 10 leitos de Clínica Pediátrica e 8 leitos de Clínica Psiquiátrica, bem como outros setores de suporte. Com o recrudescimento da pandemia, o HCN se estruturou imediatamente para criar, em janeiro, uma unidade de 30 (trinta) leitos de internação de clínica médica Covid-19 e 10 (dez) leitos de terapia intensiva Covid-19.

Isso sem prejuízo dos atendimentos em urgência e emergência, cirurgia geral, clínica médica, traumatologia com realização de cirurgias ortopédicas de urgência, cirurgias ginecológicas, cirurgias eletivas, exames laboratoriais, exames de métodos gráficos, endoscopia, colonoscopia, tomografia computadorizada, entre outros. Considerando que os serviços de Obstetrícia e Oncologia serão implementados nos próximos meses, conforme cronograma estabelecido pela SES-GO, é certo que, em breve, o HCN se solidificará como, se não a maior, uma das grandes referências do Estado, tanto em termos de resolutividade quanto em termos de excelência assistencial (o que, neste último caso, já é uma realidade).

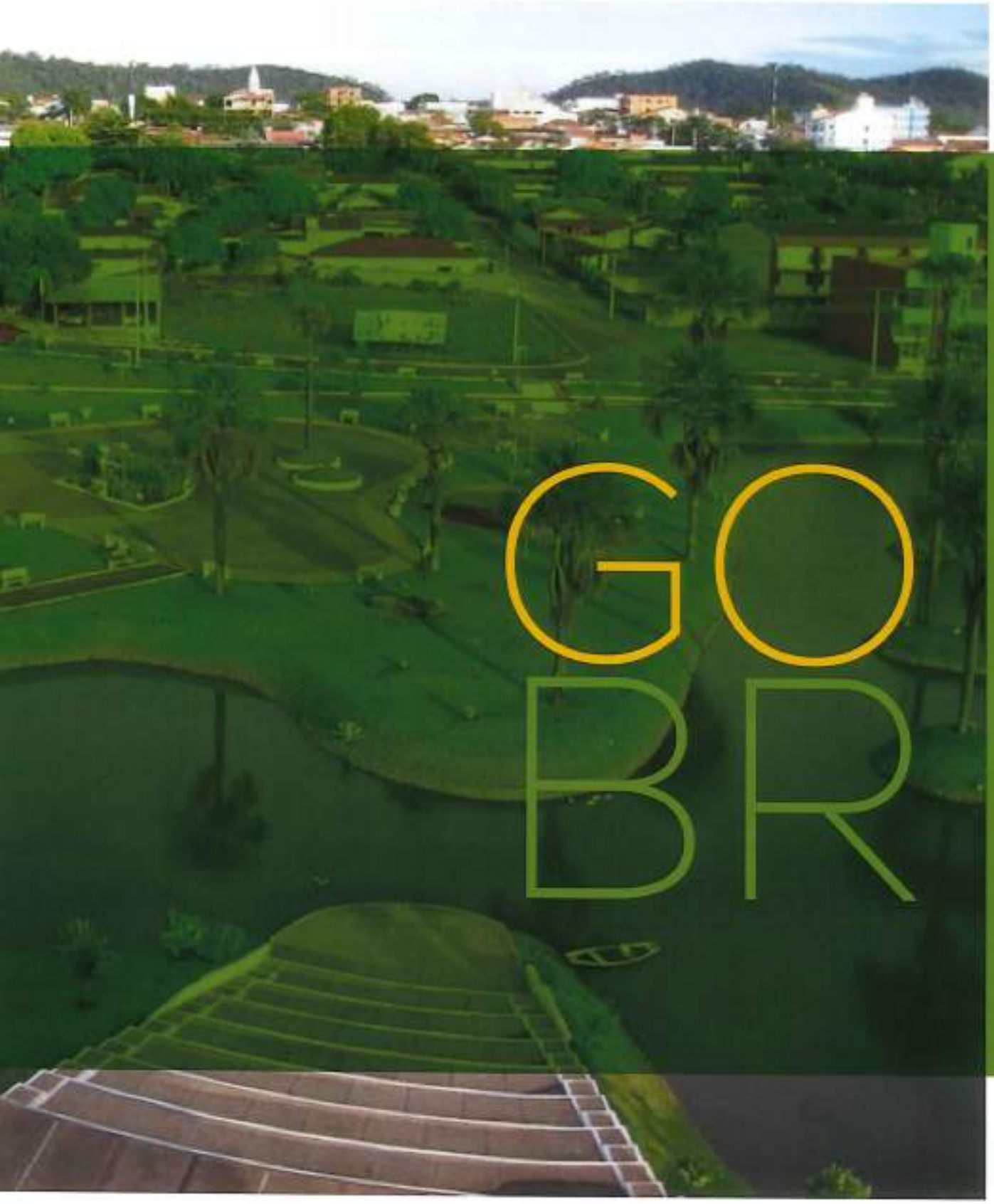
Como visto, o IMED é referência de dedicação e compromisso junto à população goiana. O instituto recuperou mais de 3.000 pacientes portadores da Covid-19 em suas unidades, promoveu mais de 200 mil atendimentos, realizou mais de 700 mil exames e propiciou emprego a mais de 2.500 colaboradores, capacitando-os com mais de 20.000 horas de treinamentos.

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



O IMED, COMO SE VIU, SABE ENCARAR DIFICULDADES, A DESPEITO DO SEU GRAU DE COMPLEXIDADE – E, CONTANDO COM SEU ESFORÇO E DEDICAÇÃO HABITUAIS, VÊ-SE HABILITADO PARA FAZER PARTE TAMBÉM DESSA HISTÓRIA: A HISTÓRIA DE SUPERAÇÃO QUE SERÁ CONTADA PELO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS.

Sim, há muitas incertezas nos tempos de hoje. Uma coisa, porém, é certa: o esforço obsessivo do IMED para qualificar, cada vez mais, os serviços prestados pelo SUS.



GO BR

INFOMEMO

PRINCIPAIS IMPACTOS E BENEFÍCIOS

ALCANÇADOS DURANTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS IMED

HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS

JAN/21 À DEZ/21

Nº DE ATENDIMENTOS

28.713 ATENDIMENTO GERAL

2.689 COVID

1982 ALTAS

797 ALTAS COVID

209 PARTOS

6.097 SEÇÕES PSICOLOGIA

28.767 SEÇÕES DE FISIOTERAPIA

173 COLABORADORES

2 PUBLICAÇÕES DE TRABALHOS CIENTÍFICOS

SALA EXCLUSIVA EDUCAÇÃO CONTINUADA

INSTALAÇÃO BANCADAS ERGONÔMICAS

TREINAMENTO BRIGADA DE INCÊNDIO

PROGRAMAS DE SAÚDE OCUPACIONAL

SERVIÇOS DE FARMÁCIA TERAPÊUTICA NUTRIÇÃO CLÍNICA

4.975 DE DESENVOLVIMENTO DOS COLABORADORES

INSTALAÇÃO 32 CÂMERAS SEGURANÇA

IMPLANTAÇÃO SISTEMA MV 54

INSTALAÇÃO DE REDE DE GASES MEDICINAIS CANALIZADOS

TV'S EM TODA ENFERMARIAS

160 CALABORADORES TERCEIRIZADOS

19.019 RX REALIZADOS

CARRINHOS EMERGÊNCIA INSTALADOS ESTRATEGICAMENTE

ABERTURA SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

AQUISIÇÃO ARCO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO

EQUIPE MÉDICA OBSTETRÍCIA COMPLETA

INSTALAÇÃO DE LÂMPADAS LED

POÇO ARTESIANO 2.000 L/ H

INSTALAÇÃO DE NOVA AUTOCLAVE

INSTALAÇÃO DE CHAMADA NAS ENFERMARIAS

NOVA RECEPÇÃO

AMPLIAÇÃO DO ABRIGO DE RESÍDUOS

TANQUE DE OXIGÊNIO 5.000 L

OFERECEMOS À POPULAÇÃO

- ACOLHIMENTO
- PROFISSIONAIS PREPARADOS
- ATENDIMENTO HUMANIZADO
- AMPARO PSICOLÓGICO
- AÇÕES SOLIDÁRIAS

93% DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE

99.727 REFEIÇÕES SERVIDAS

COLABORADORES, PACIENTES E ACOMPANHANTES

10.380 TOMOGRAFIAS REALIZADAS

2.010 NOTIFICAÇÕES PARA CONTROLE EPIDEMIOLÓGICO

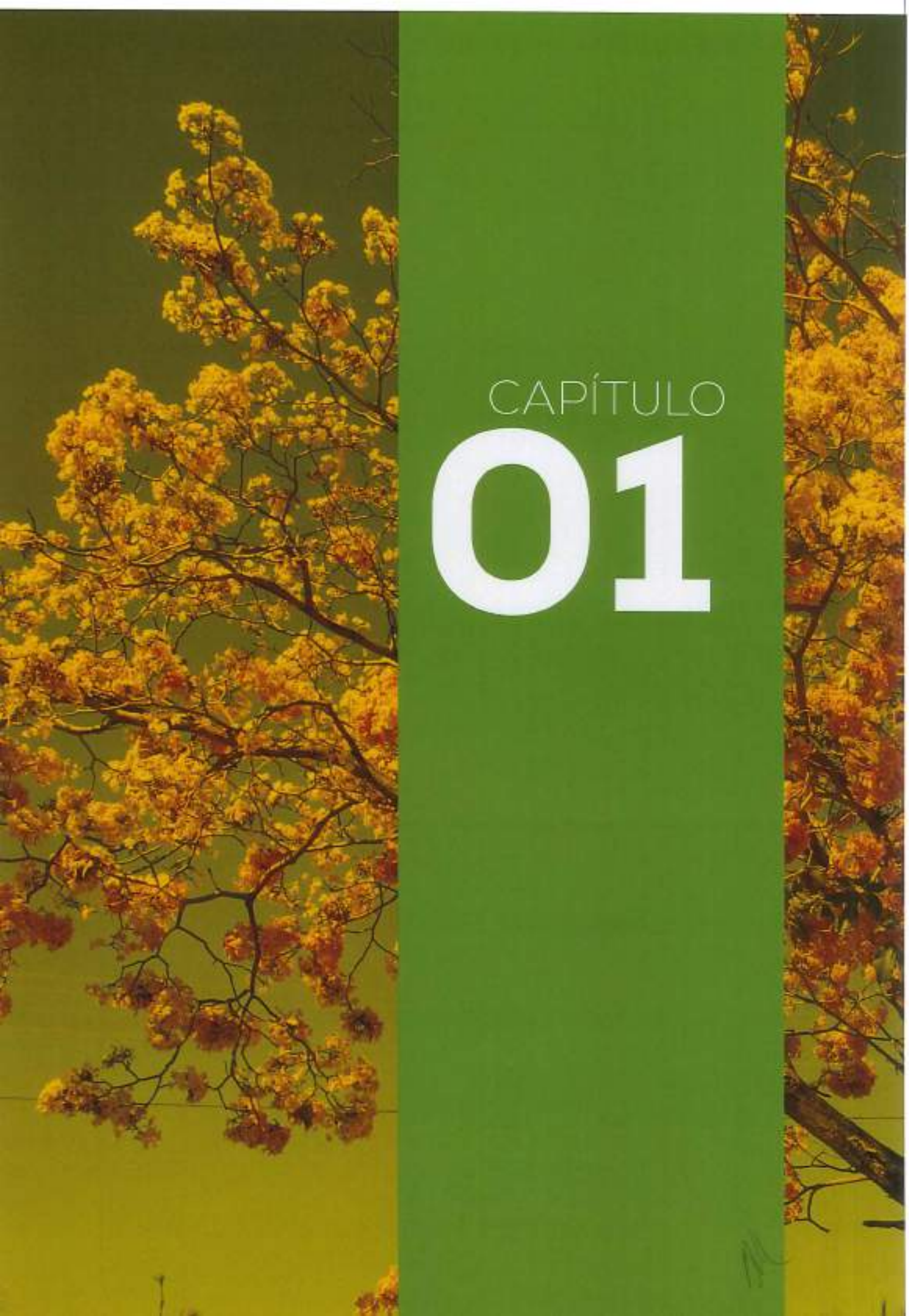
120.104 DE ROUPAS LAVADAS

798 SERVIÇOS DE MANUTENÇÃO

REFORMAS FARMÁCIA ALMOXARIFADO ÁREAS INTERNAS

PROJETOS

IMED



CAPÍTULO 01

ITEM 1 - ÁREA DE ATIVIDADE

ITEM 1.1 - ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

ITEM 1.1.1 - IMPLANTAÇÃO DE FLUXOS

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

De acordo com o Instrumento de Chamamento Público Nº 02/2022-SES/GO, processo: 202000010030294, o HESLMB funcionará 24 horas, 07 dias da semana, ininterruptamente, Porta de Entrada (aberta), Ambulatório, no mínimo, de segunda a sexta-feira das 07h às19h, sendo devidamente referenciado pelo Complexo Regulador Estadual.

O Estadual São Luis de Montes Belos - HESLMB possui 50 (cinquenta) leitos, todos disponíveis ao SUS, bem como outros setores de suporte, distribuidos da seguinte forma:

Quadro 01 – Capacidade atual instalada do HESLMB:

INTERNAÇÃO	QUANTIDADE
UTI Adulto	10 leitos
Clínico adulto	12 leitos
Clínico pediátrico	04 leitos
Cirúrgico	20 leitos
Obstetrícia	04 leitos
Leito Dia	02 leitos/poltronas
Box de estabilização	02 Leitos
Box de observação	04 leitos
Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas)	03 salas
RPA	02 leitos
TOTAL GERAL: 50 LEITOS	

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

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

A ÁREAS RESTRITAS: SÃO OS AMBIENTES ONDE EXISTE RISCO AUMENTADO DE TRANSMISSÃO DE INFECÇÃO, ONDE SE REALIZAM PROCEDIMENTOS DE RISCO, COM OU SEM PACIENTES, OU ONDE SE ENCONTRAM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS. EX: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA, CENTRO CIRÚRGICO E CME. SOMENTE OS PROFISSIONAIS PODEM CIRCULAR LIVREMENTE POR ESTAS ÁREAS COM ROUPAS PRÓPRIAS DA UNIDADE.

B ÁREAS INTERNAS: SÃO OS AMBIENTES GERAIS DO HOSPITAL ONDE CIRCULAM TODOS OS ENVOLVIDOS, TANTO OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE QUANTO PACIENTES, ACOMPANHANTES E VISITANTES, ALÉM CLARO DE FORNECEDORES. PARA MAIOR CONTROLE DOS FLUXOS, CLASSIFICAMOS POR GRUPO DE FLUXOS OS ENVOLVIDOS DA SEGUINTE FORMA:

B 1.PACIENTE EXTERNO: SÃO CONSTITUÍDOS PELOS FLUXOS DOS PACIENTES QUE BUSCAM O ATENDIMENTO IMEDIATO (URGÊNCIA E EMERGÊNCIA), OU O APOIO AO DIAGNÓSTICO. A CIRCULAÇÃO DESTES PACIENTES PELA UNIDADE, ASSIM COMO DE SEUS ACOMPANHANTES, DEVE SER RESTRITA ÀS ÁREAS FUNCIONAIS ONDE RECEBEM ATENDIMENTO, EVITANDO SUA PASSAGEM PELAS ÁREAS DE CIRCULAÇÃO RESERVADAS AOS FUNCIONÁRIOS E PACIENTES INTERNADOS;

B 2.PACIENTE INTERNO: SÃO CONSTITUÍDOS PELOS FLUXOS DE PACIENTES EM REGIME DE INTERNAÇÃO, DENTRO DA PRÓPRIA UNIDADE DE INTERNAÇÃO, OU QUANDO ACOMPANHADOS POR FUNCIONÁRIOS / ACOMPANHANTES, ACESSAM AS DIFERENTES UNIDADES FUNCIONAIS PARA DIAGNÓSTICO OU TERAPIA;

B 3.ACOMPANHANTES: SÃO CONSTITUÍDOS PELOS FLUXOS DE FAMILIARES DOS PACIENTES EXTERNOS E INTERNOS QUE OS ACOMPANHAM DURANTE SUA PERMANÊNCIA NA UNIDADE HOSPITALAR, INCLUSIVE NA FASE DE INTERNAÇÃO, QUANDO SE TRATAR DE CRIANÇAS E IDOSOS. A CIRCULAÇÃO DESTES PELA UNIDADE DEVE SER RESTRITA ÀS ÁREAS FUNCIONAIS;

B 4.VISITANTES: É CONSTITUÍDO DE INDIVÍDUOS QUE DEMANDAM A UNIDADE HOSPITALAR PARA VISITAR OS PACIENTES INTERNADOS, OU EM FUNÇÃO DE ALGUMA ATIVIDADE ADMINISTRATIVA, TAIS COMO COMPRAS, SERVIÇOS TERCEIRIZADOS, ENTRE OUTROS. O ACOMPANHAMENTO DESTES FLUXOS, TANTO EM TERMOS DE HORÁRIOS COMO DA DELIMITAÇÃO DAS ÁREAS ONDE SERÃO PERMITIDOS É EXTREMAMENTE IMPORTANTE PARA O BOM FUNCIONAMENTO E A SEGURANÇA DA UNIDADE;

B 5.FUNCIONÁRIOS: SÃO CONSTITUÍDOS PELOS FLUXOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE TODOS OS TÉCNICOS

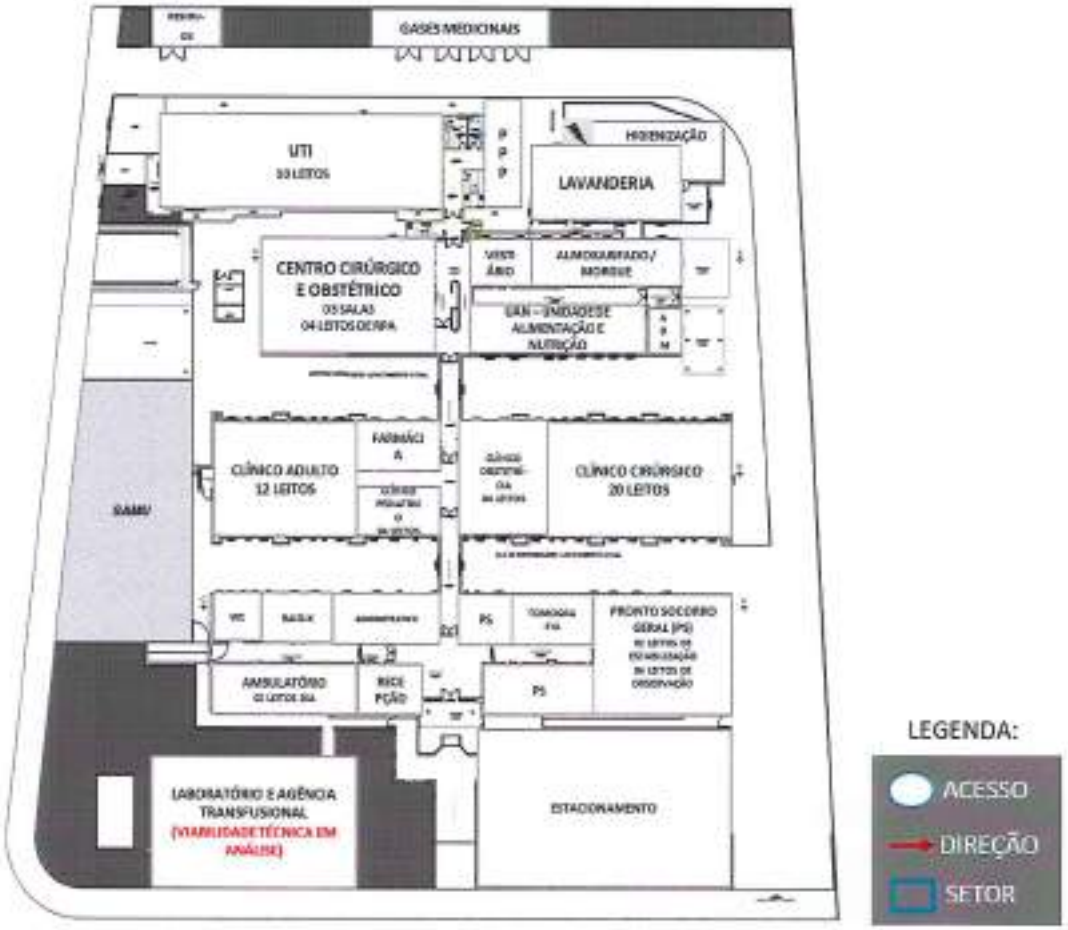
E PESSOAL DE APOIO NECESSÁRIOS AO FUNCIONAMENTO DA UNIDADE. A CIRCULAÇÃO DELES PODE SER RESTRITA ÀS UNIDADES EM QUE ATUAM OU, EM ALGUNS CASOS, SER PERMITIDA EM TODA A UNIDADE.

- ÁREAS EXTERNAS: SÃO AS ÁREAS PARA DESTINADAS AOS TIPOS DE SERVIÇOS E A POPULAÇÃO USUÁRIA QUE REQUEREM ESTACIONAMENTOS NO HOSPITAL, TAIS COMO:
  - 1.PACIENTE EXTERNO TRANSPORTADO (PACIENTE DE EMERGÊNCIA), QUE CHEGA OU PARTE DE AUTOMÓVEL OU AMBULÂNCIA;
  - 2.PACIENTE A SER INTERNADO (PACIENTE INTERNO);
  - 3.PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA UNIDADE DE SAÚDE, SE POSSÍVEL VAGA DE USO EXCLUSIVO;
  - 4. ENTREGA DE FORNECIMENTOS: MATERIAIS, MEDICAMENTOS, GASES, ETC;
  - 5.REMOÇÃO DE CADÁVERES;
  - 6.REMOÇÃO DE RESÍDUOS.



DESCRIÇÃO DOS FLUXOS

A seguir apresentaremos os fluxos e suas respectivas descrições.



SETORIZAÇÃO DA UNIDADE



1. ÁREAS RESTRITIVAS

1.1. Fluxos de acesso à UTI Adulto:

1.1.1. Fluxo de acesso à UTI Adulto por profissionais - Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário geral (Bloco A – lado direito): seguir à direita pelo corredor até o Hall do próprio Bloco A; acessar o corredor até a anti-sala da UTI Adulto; em frente, após o DML, acessar a Sala de Paramentação/Desparamentação para realizar paramentação e acessar os leitos da UTI pela porta identificada:

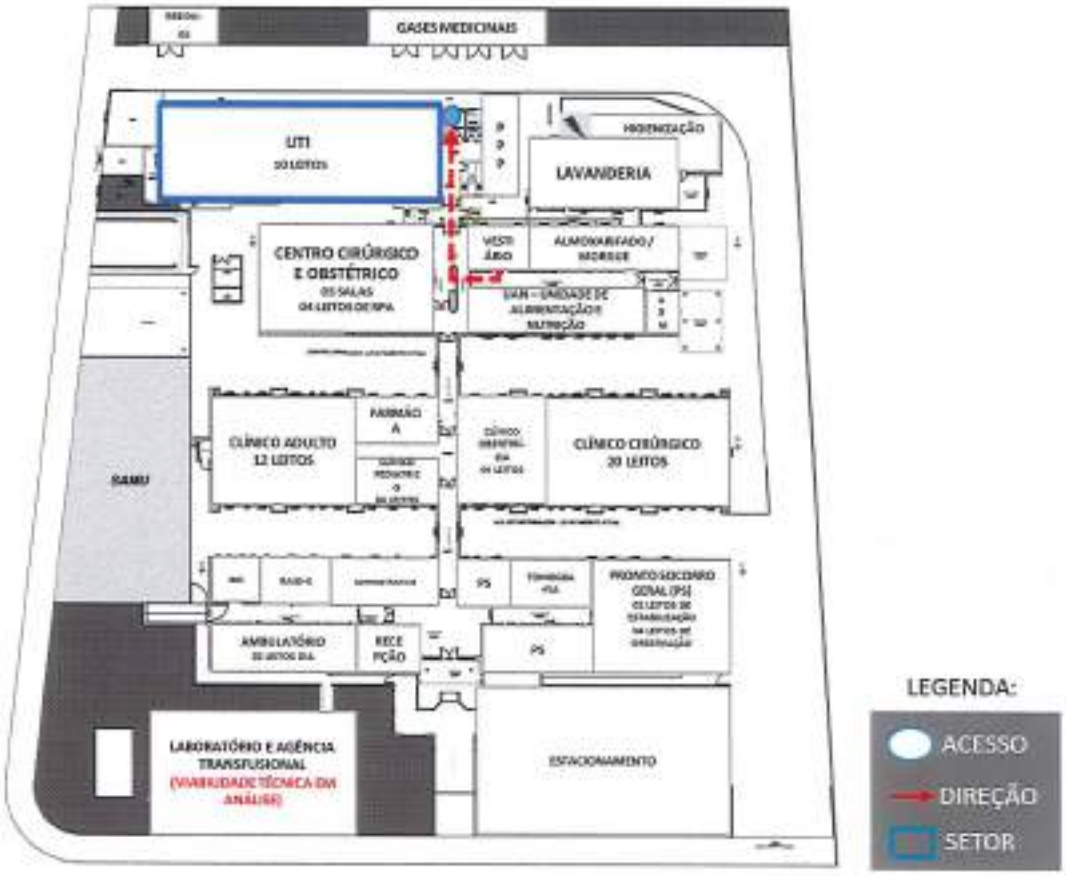




Imagem: Fluxo de acesso à UTI por Profissionais.

11.2. Fluxo de acesso à UTI por Visitantes: Todos os Visitantes deverão se cadastrar na Recepção Principal (Bloco C); seguir pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; acessar o corredor até a anti-sala da UTI Adulto; aguardar autorização para acessar os leitos da UTI pela porta identificada.

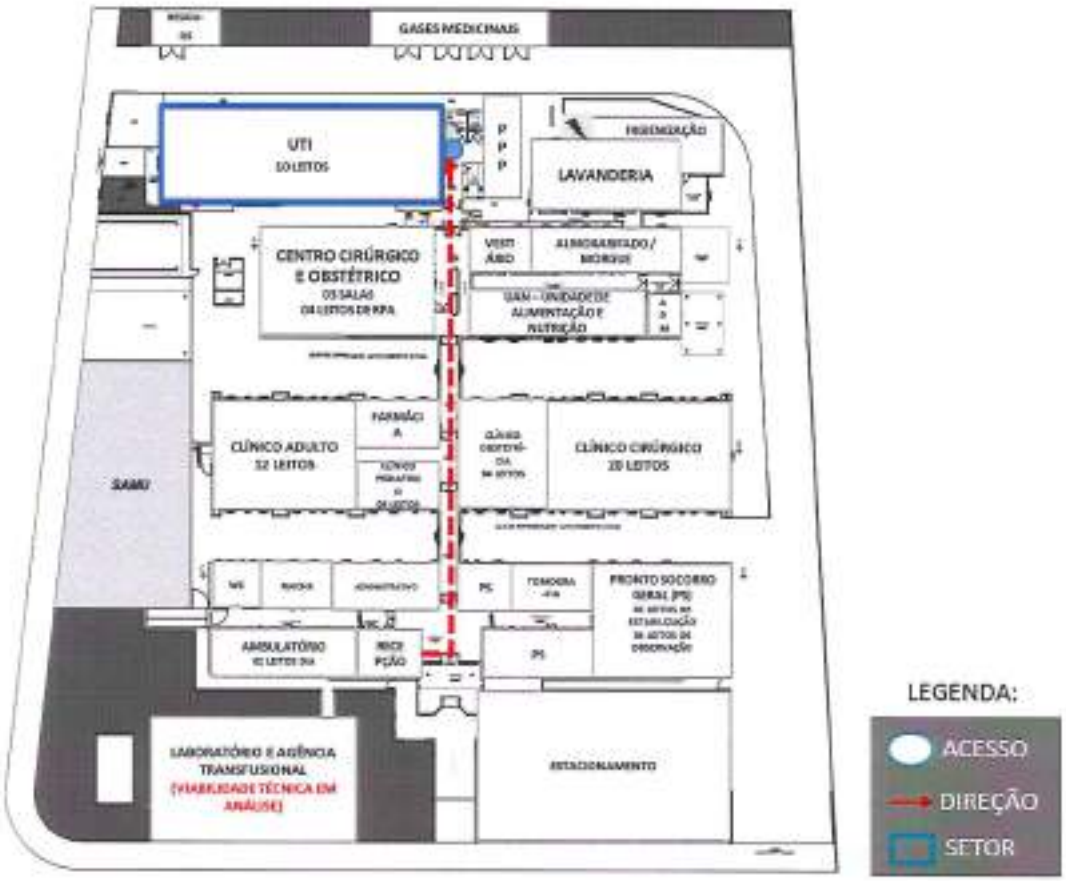
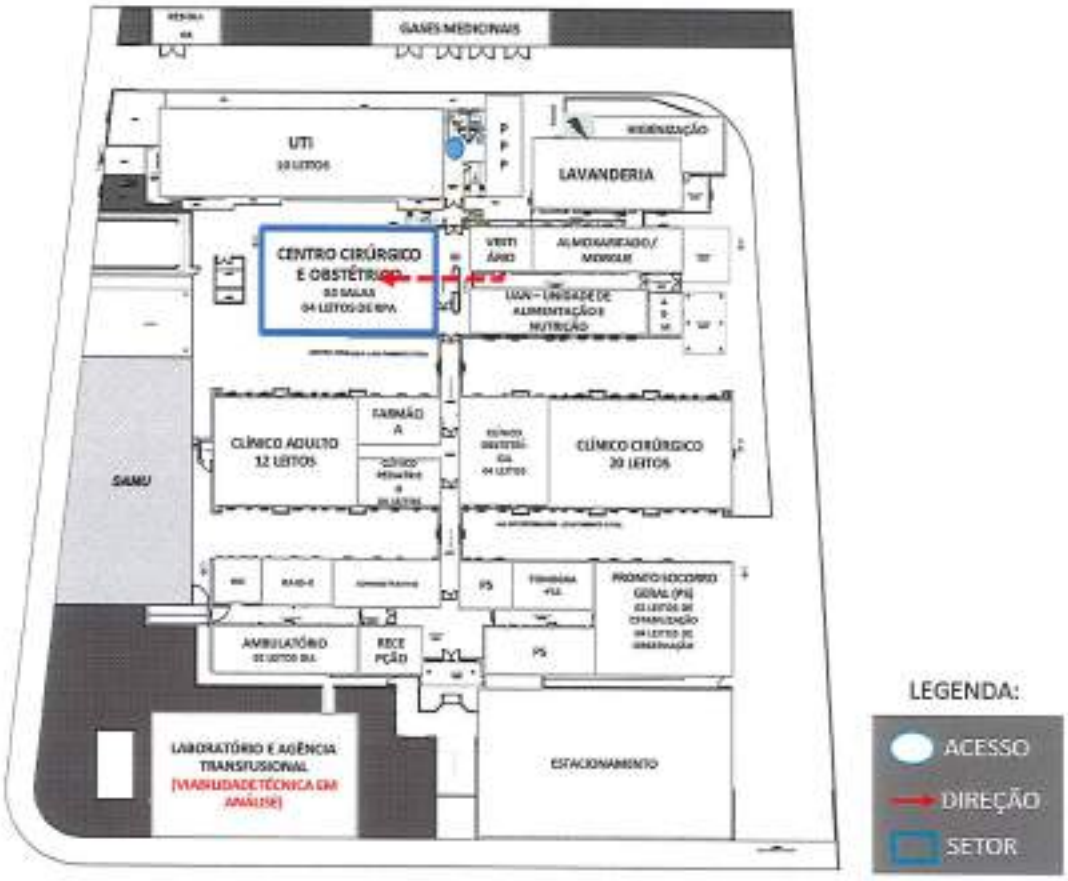


Imagem: Fluxo de acesso à UTI por Visitantes.

1.2. Fluxos de acesso ao Centro Cirúrgico e Quartos P.P.P.:

1.2.1 Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por profissionais - Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário geral (Bloco A – lado direito); seguir pelo corredor até o Hall do mesmo Bloco A; acessar o Centro Cirúrgico até os vestiários do Centro Cirúrgico (Bloco A – lado esquerdo) para paramentação; acessar as salas cirúrgicas;



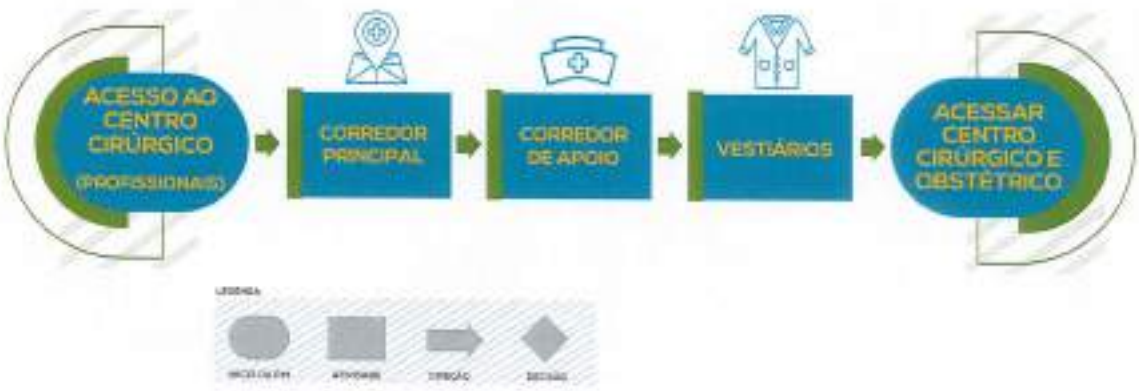
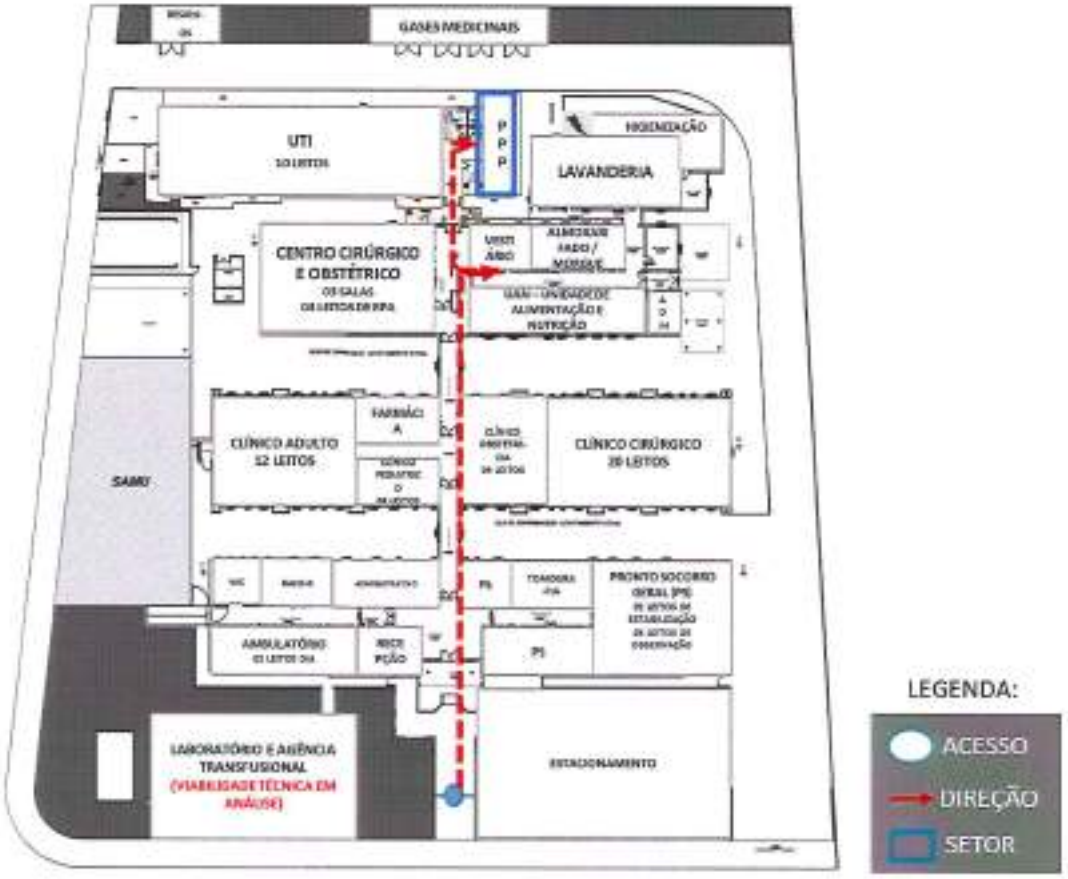


Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Profissionais.

1.2.2. Fluxo de acesso aos Quartos PPP por profissionais - Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário geral (Bloco A – lado direito); seguir pelo corredor até o Hall do mesmo Bloco A; seguir pelo corredor principal até acessar os Quartos PPP.



1.2.3. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por pacientes internados - Condutor identifica o paciente na unidade de internação clínica cirúrgica/obstétrica no Bloco B; condutor e paciente (em maca) acessam o corredor central em direção ao Hall do Bloco A; à esquerda, condutor e paciente dirigem-se até a entrada do Centro Cirúrgico; paciente é entregue à equipe de enfermagem;

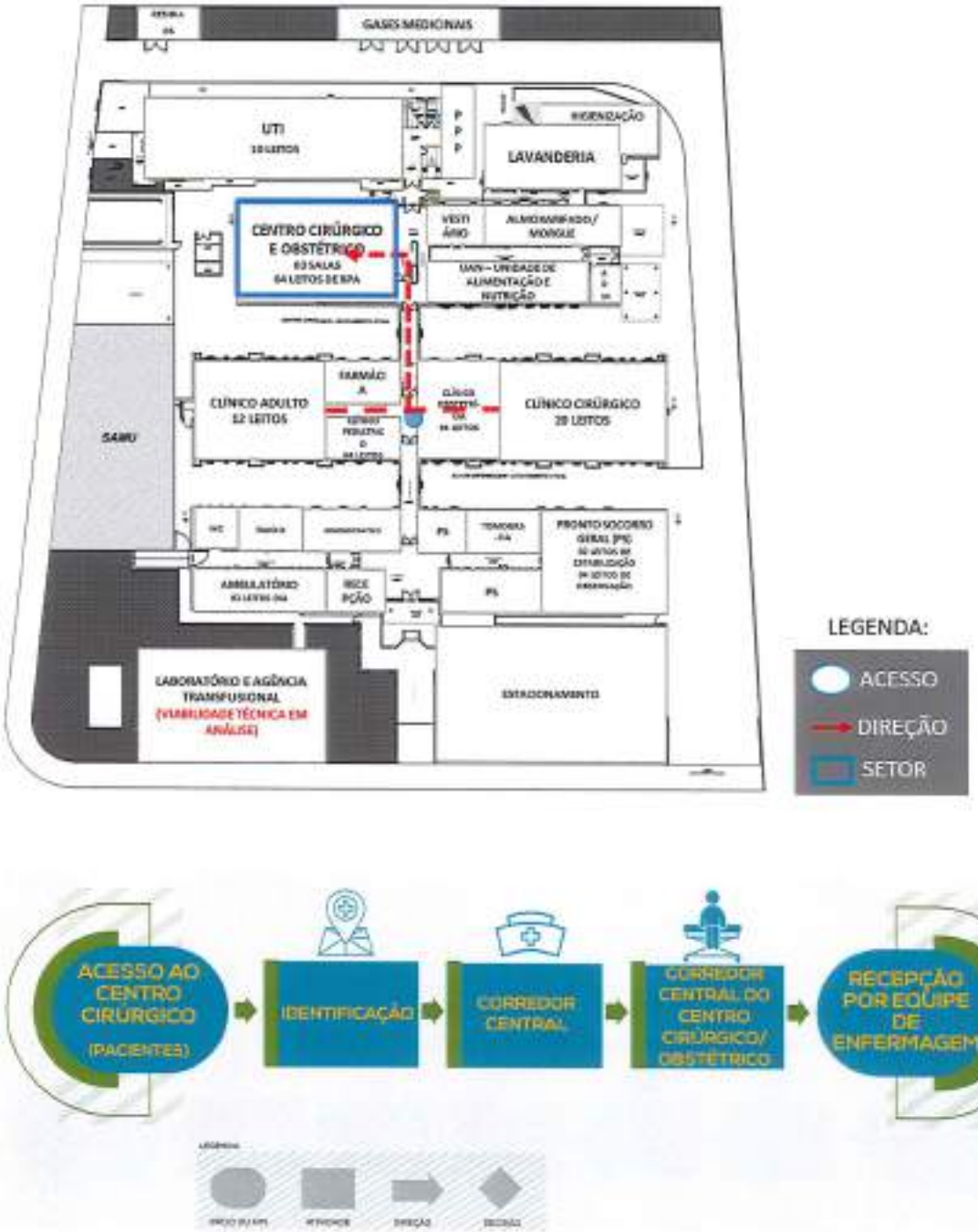


Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Pacientes Internados.

1.2.4. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por pacientes eletivos: Condutor identifica paciente na Recepção Principal (Bloco C); condutor e paciente (em cadeira de rodas) acessam o corredor central em direção ao Hall do Bloco A; à esquerda, condutor e paciente dirigem-se até a entrada do Centro Cirúrgico; paciente é entregue à equipe de enfermagem;

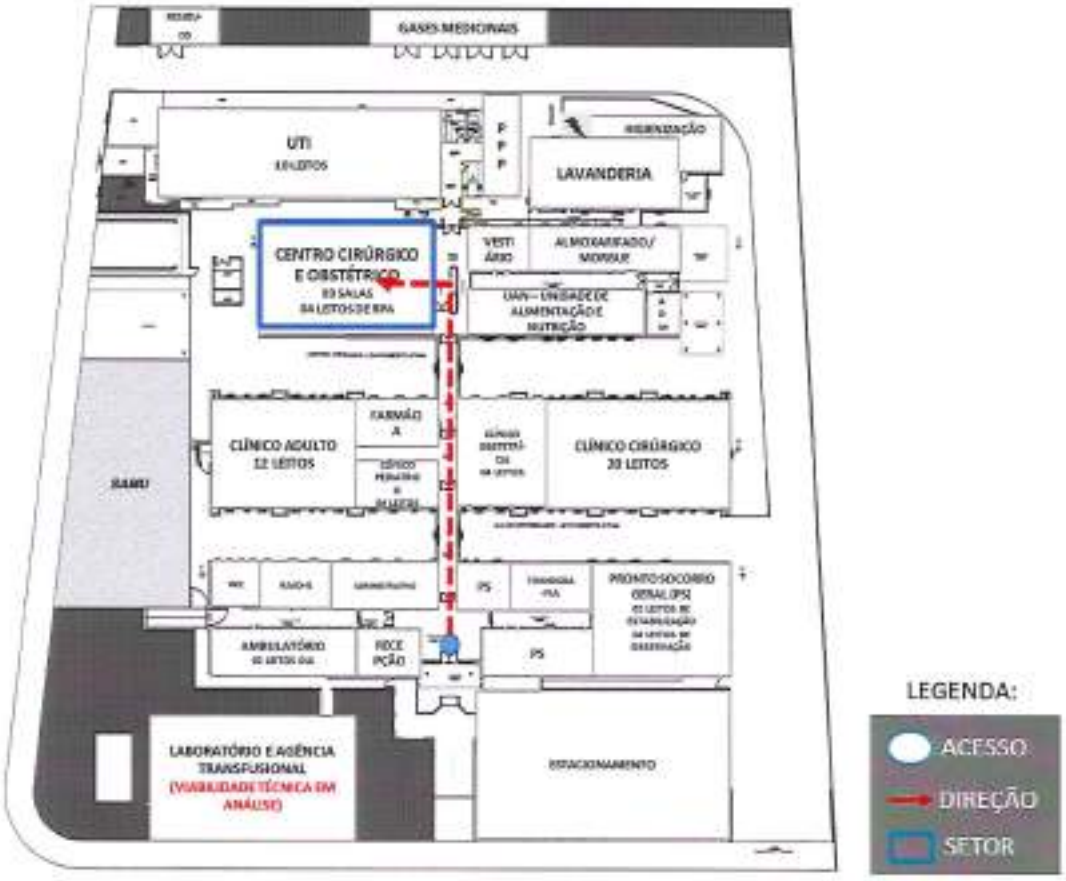
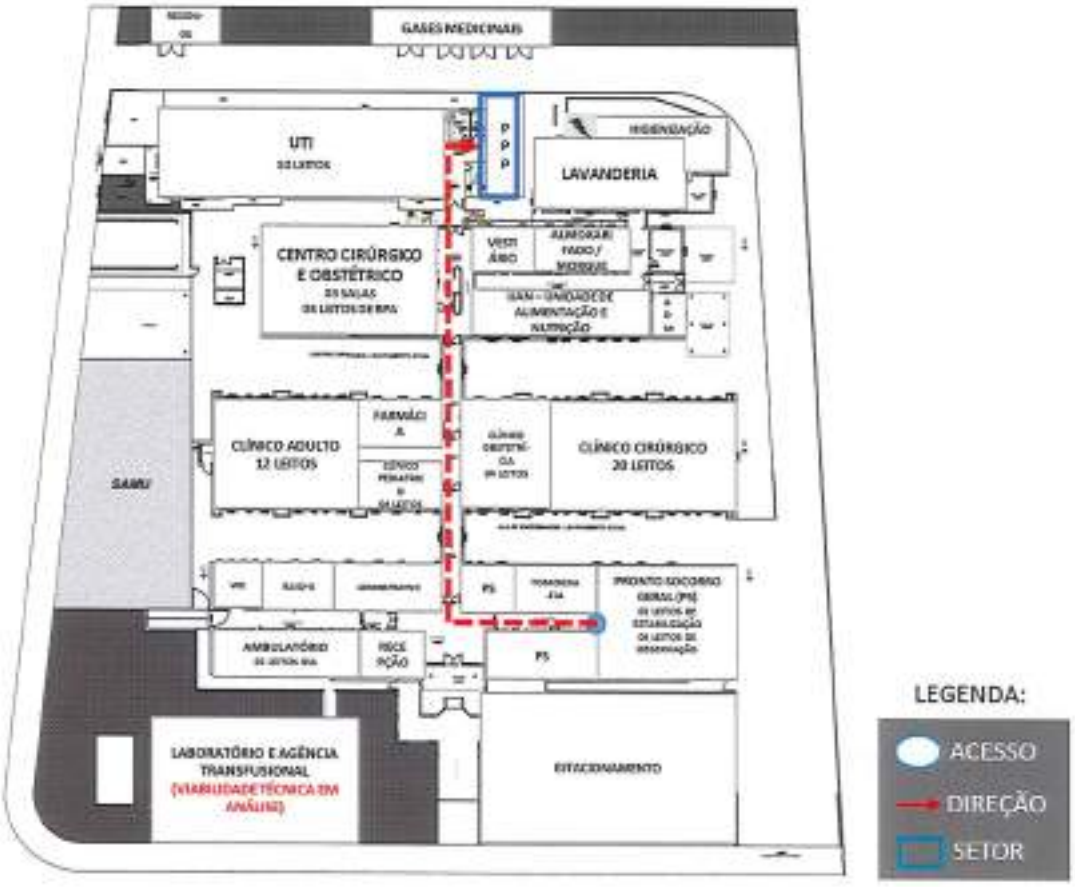


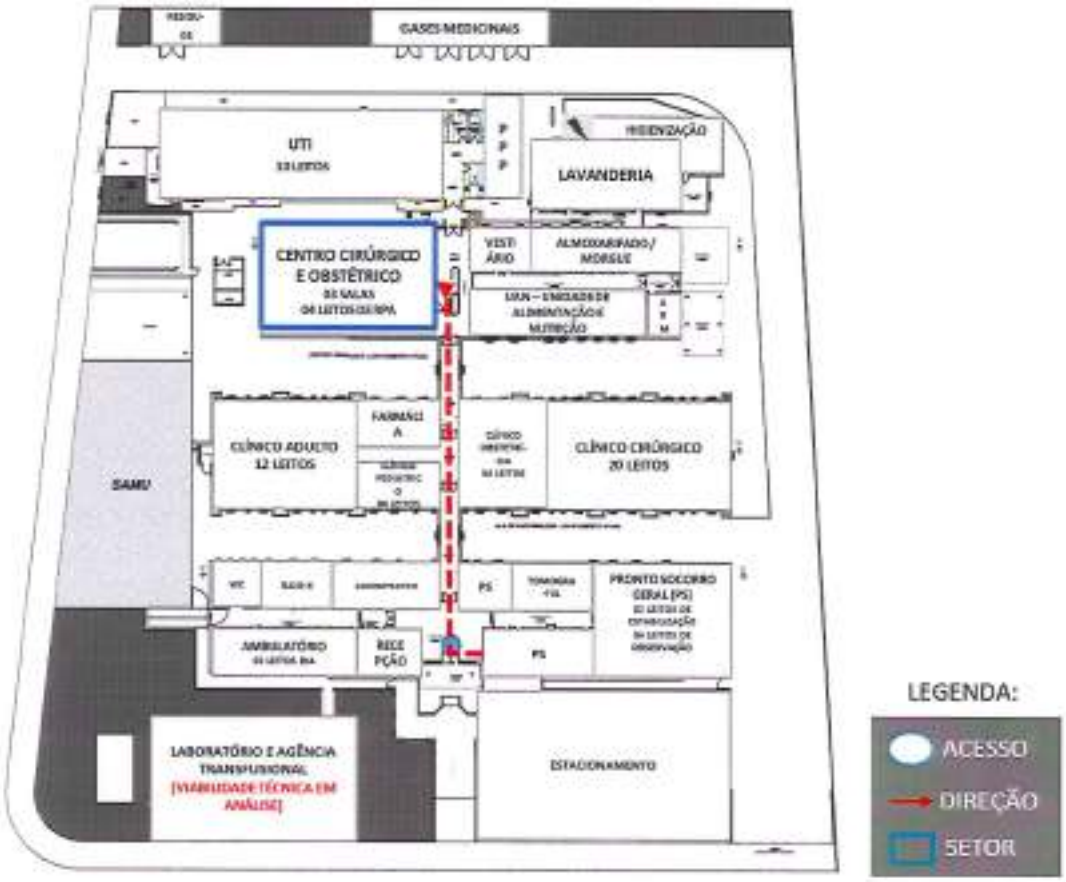


Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Pacientes Eletivos.

1.2.5. Fluxo de acesso aos Quartos PPP por pacientes urgentes/emergentes (em trabalho de parto) - Condutor identifica paciente no Pronto Socorro (Bloco C); condutor e paciente (em maca) acessam o corredor central em direção ao Hall do Bloco A; condutor e paciente seguem reto e dirigem-se até a entrada dos Quartos PPP; paciente é entregue à equipe de enfermagem;



1.2.6. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por pacientes urgentes/emergentes - Condutor identifica paciente no Pronto Socorro (Bloco C); condutor e paciente (em maca) acessam o corredor central em direção ao Hall do Bloco A; à esquerda, condutor e paciente dirigem-se até a entrada do Centro Cirúrgico; paciente é entregue à equipe de enfermagem;



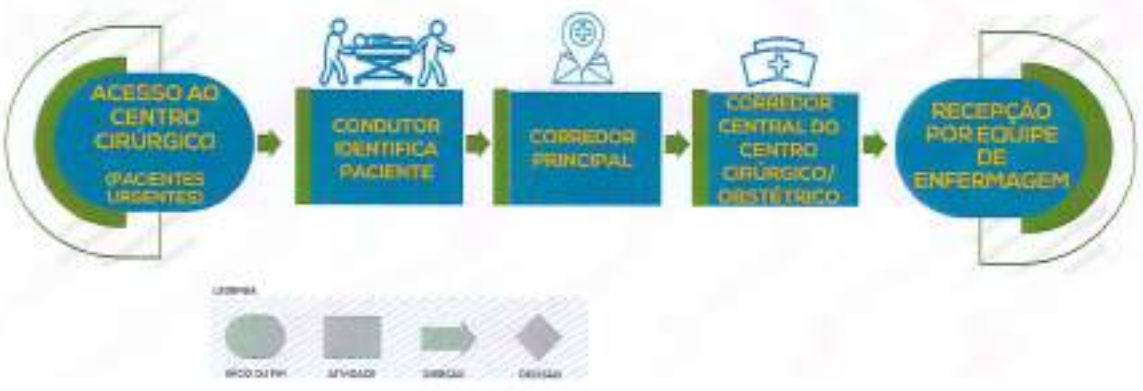


Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico por Pacientes Urgentes/Emergentes.

1.3. Fluxos de acesso a Central de Materiais Esterilizados:

1.3.1. Fluxo de acesso à CME Área Suja por profissionais – Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário geral (Bloco A – lado direito); seguir pelo corredor até o Hall do mesmo Bloco A; acessar o Centro Cirúrgico até os vestiários do Centro Cirúrgico (Bloco A – lado esquerdo) para paramentação; acessar a área suja da CME.

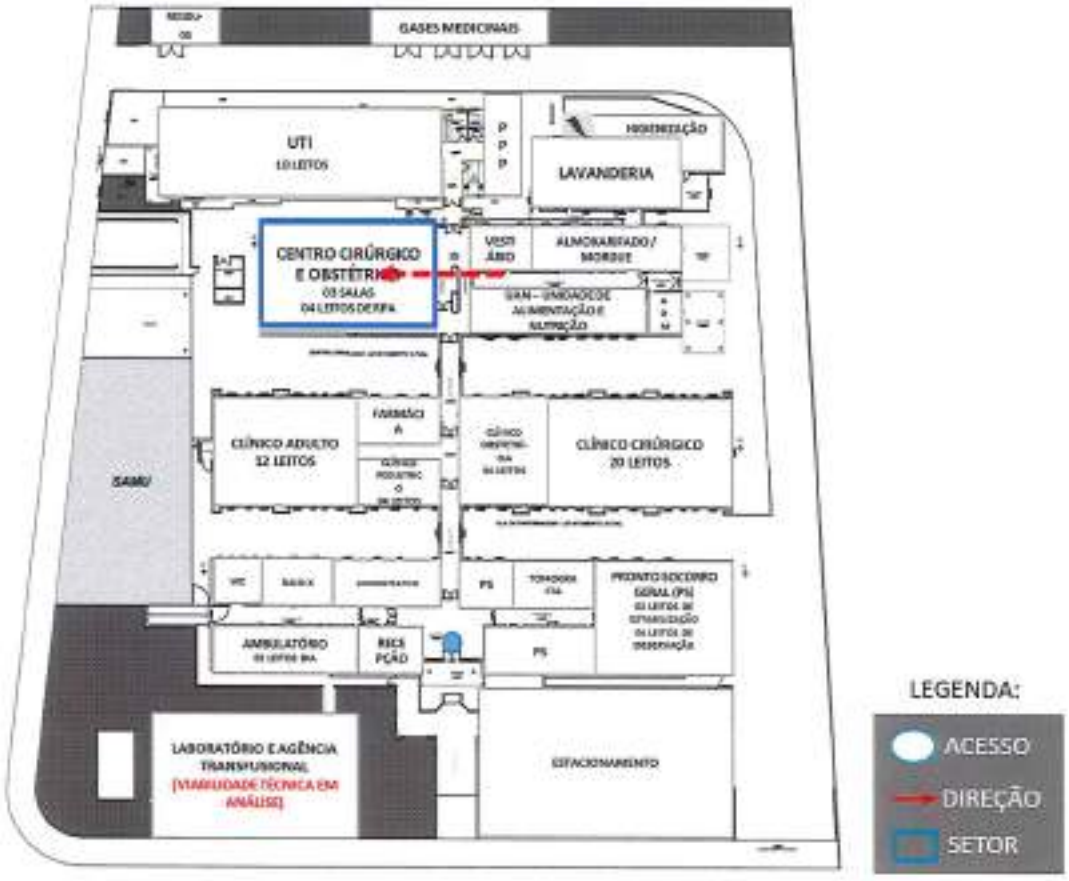
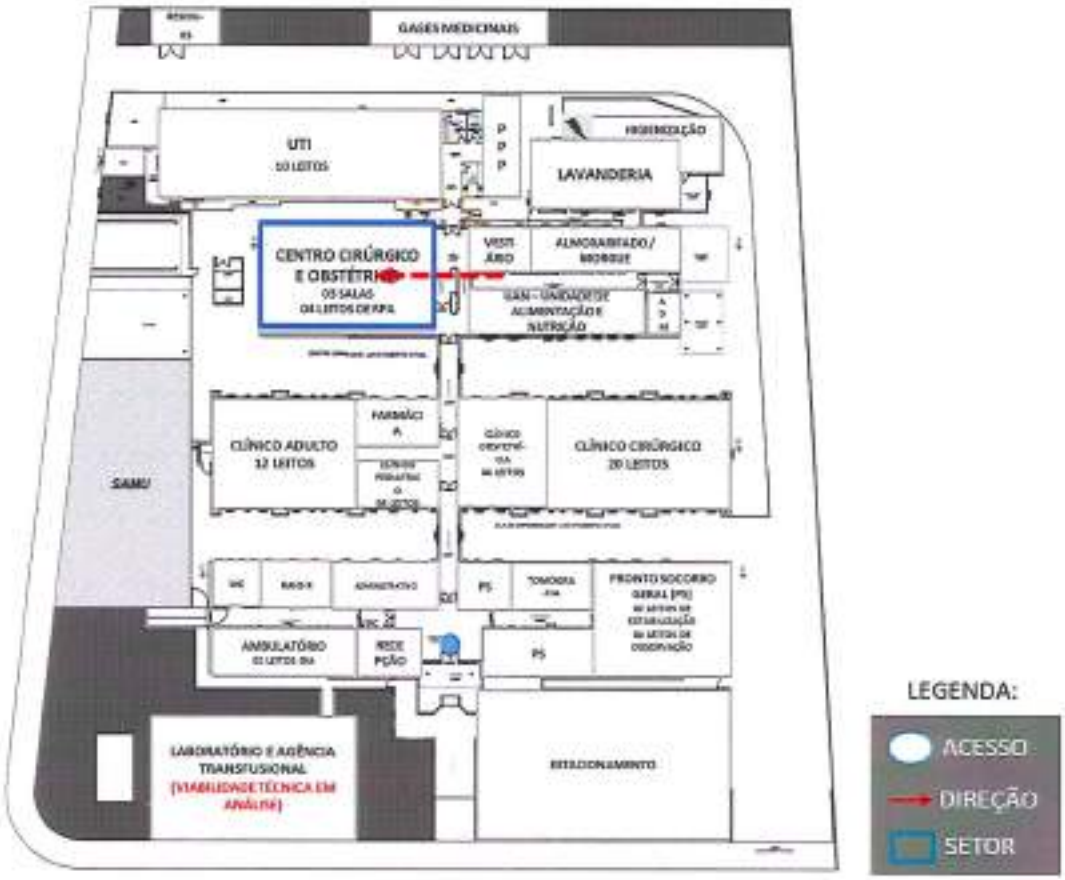




Imagem: Fluxo de acesso a CME por Profissionais.

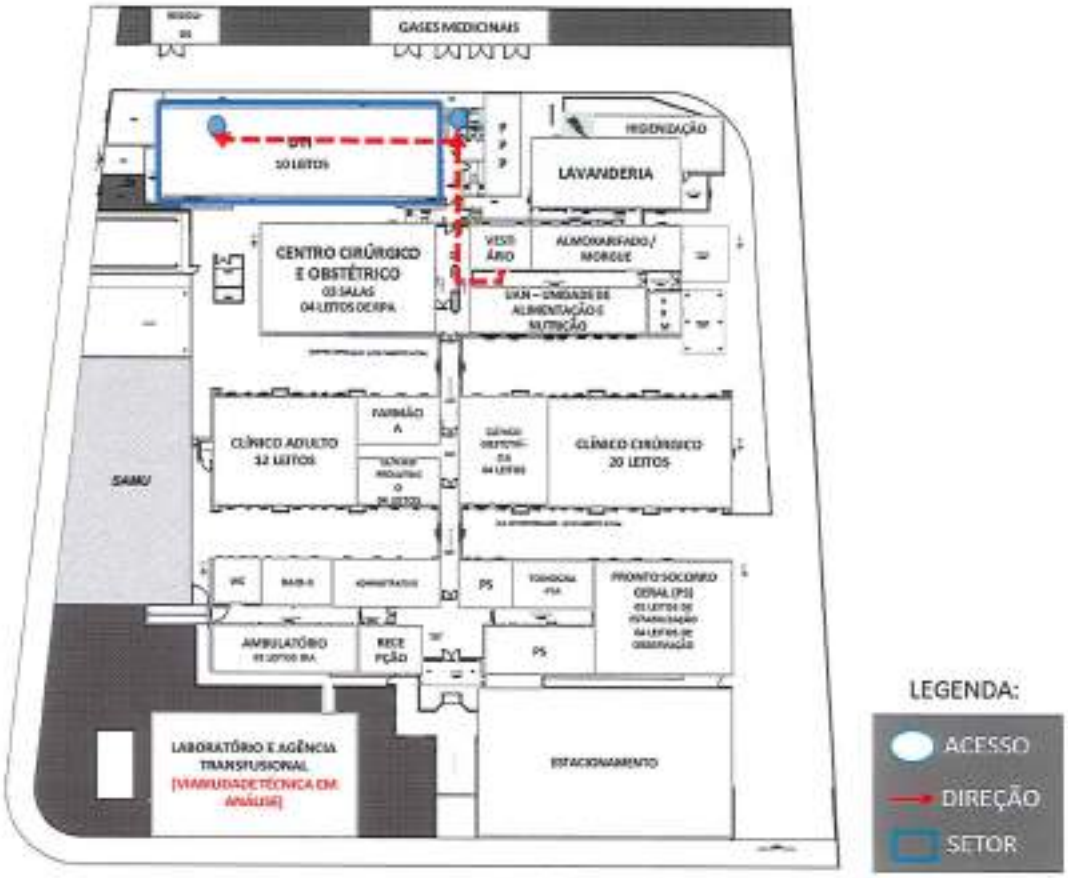
1.3.2. Fluxo de acesso a CME Área Limpa por profissionais - Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário geral (Bloco A – lado direito); seguir pelo corredor até o Hall do mesmo Bloco A; acessar o Centro Cirúrgico até os vestiários do Centro Cirúrgico (Bloco A – lado esquerdo) para paramentação; acessar a área limpa da CME.





1.4. Isolamento

1.4.1. Fluxo de acesso ao Isolamento por profissionais: Todos os profissionais deverão realizar a troca de roupa no vestiário geral (Bloco A – lado direito); seguir à direita pelo corredor até o Hall do próprio Bloco A; acessar o corredor até a anti-sala da UTI Adulto; à esquerda, após o DML, acessar a Sala de Paramentação/Desparamentação para realizar paramentação; acessar a UTI pela porta principal e seguir até a anti-câmara do leito de isolamento; realizar complemento de paramentação (se necessário); acessar o leito de isolamento.

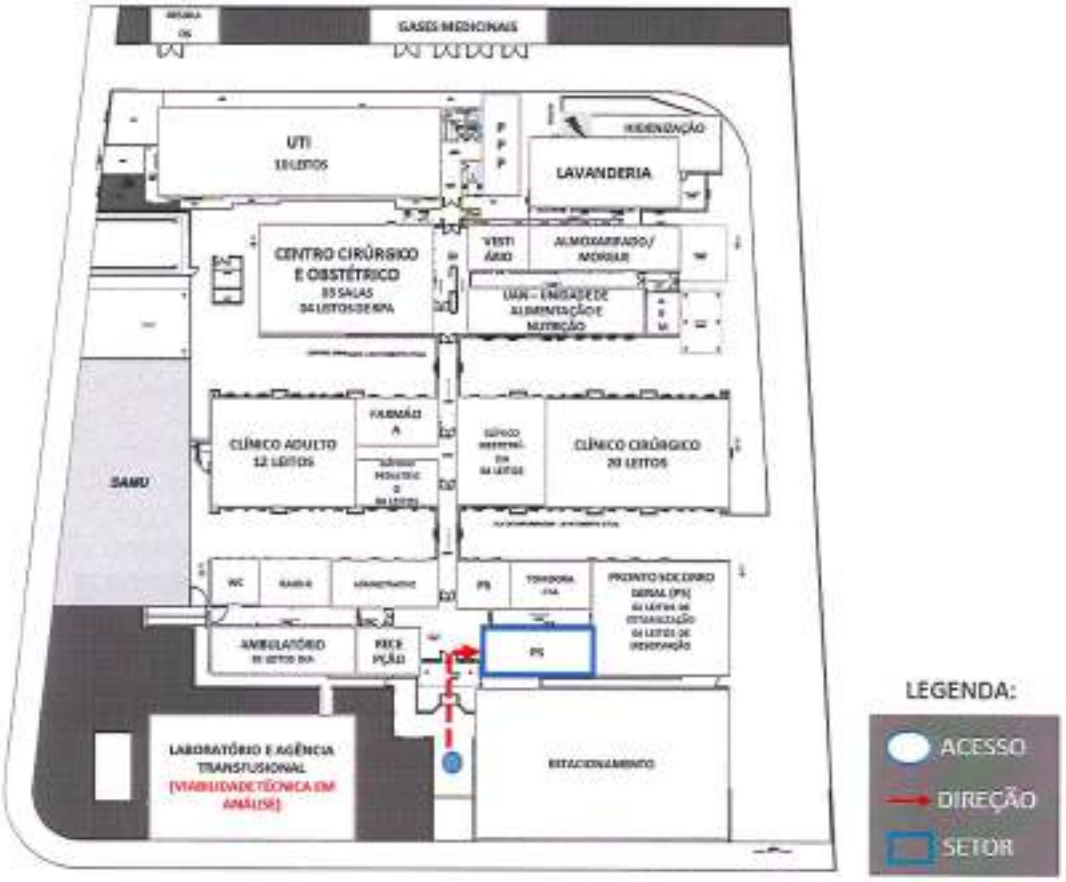


2. ÁREAS EXTERNAS

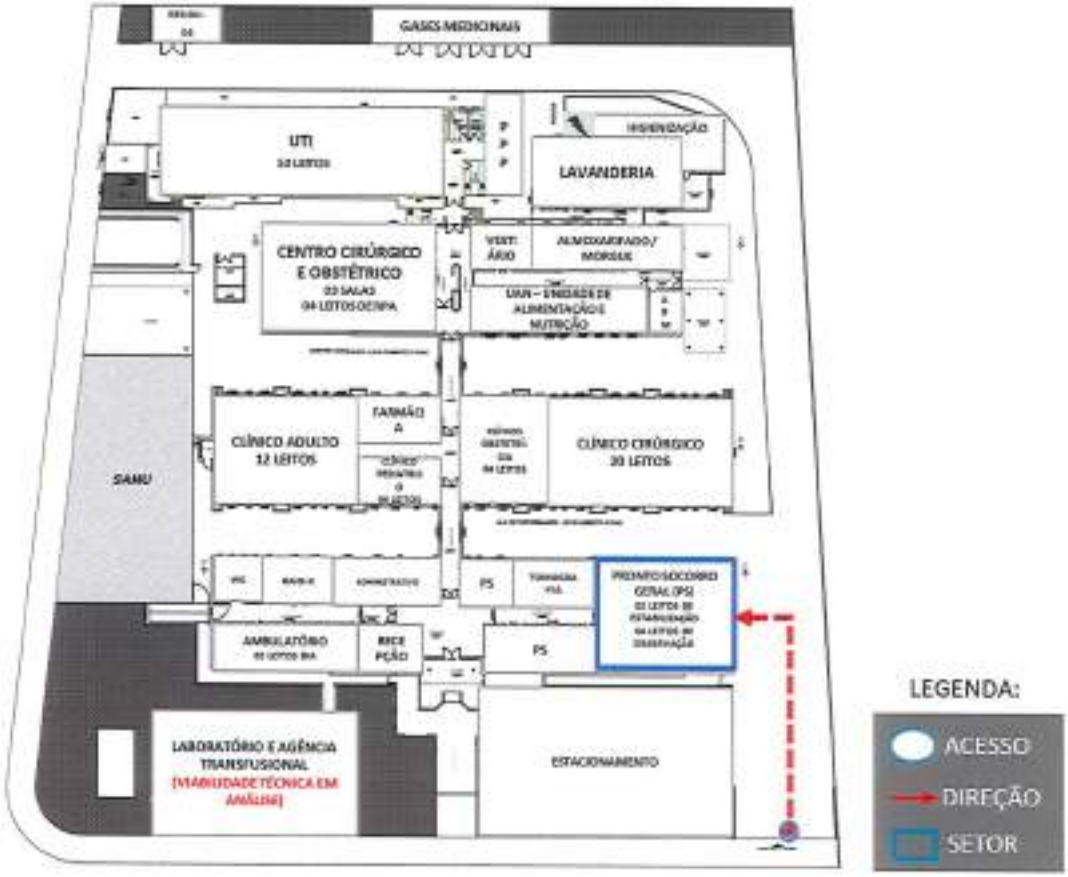
2.1. Recepção Principal (Pronto Socorro, Consultórios e Administração):

2.1.1. Pronto Socorro:

2.1.1.1 Acesso para atendimentos - Pacientes acessam a entrada e Recepção Principal no Bloco C; seguem até a Recepção de Pronto Socorro para retirada de senha; após chamada, paciente dirige-se para o consultório de classificação de risco; após classificação, paciente dirige-se para a Recepção do Pronto Socorro para cadastro e aguardam para seguimento nos atendimentos;



2.1.1.2. Acesso de Ambulâncias (urgência/emergência) - Ambulância acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se até o acesso à Sala Vermelha do Pronto Socorro no Bloco C; equipe da ambulância desembarca paciente na área de desembarque de ambulâncias; médico plantonista avalia paciente; se aceito, paciente é conduzido aos leitos da sala vermelha e ambulância retorna pela mesma via de acesso; se não aceito, médico plantonista realiza contra referência enquanto ambulância aguarda na vaga exclusiva de embarque e desembarque para ambulâncias, até liberação para novo deslocamento; ambulância retorna pela mesma via para saída do hospital;



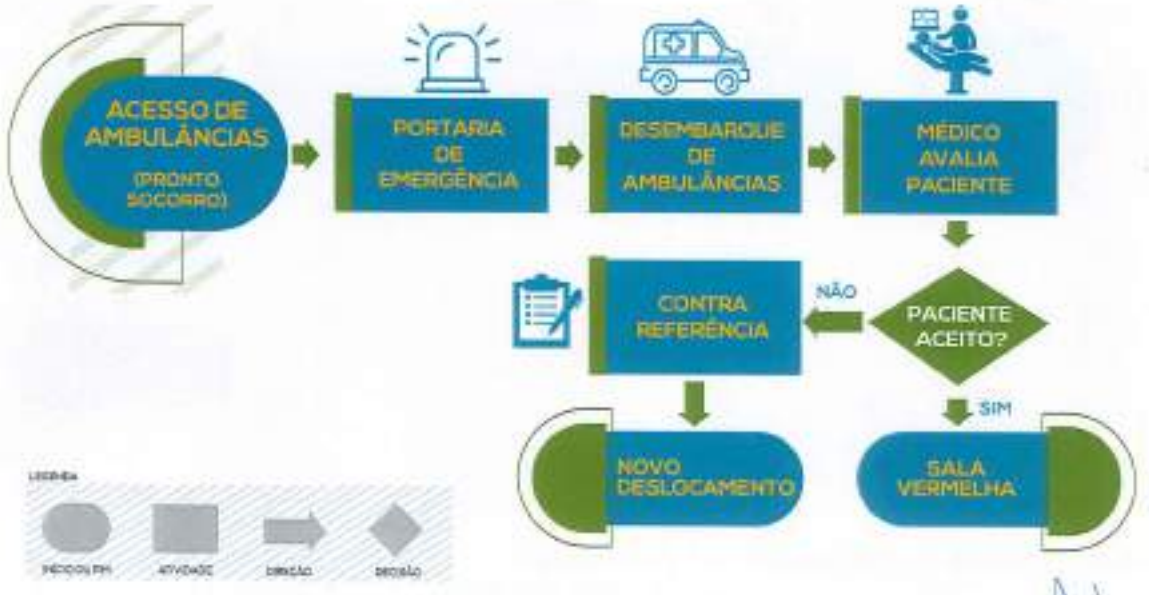


Imagem: Fluxo de acesso de Ambulâncias Urgência e Emergência.

2.1.1.3. Acesso de Ambulâncias (remoção) – Ambulância acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se a vaga exclusiva de embarque e desembarque para ambulâncias; equipe da ambulância dirige-se à entrada do Pronto Socorro (Bloco C) para identificação do paciente; equipe da ambulância embarca paciente para remoção; ambulância retorna pela mesma via para saída do hospital;

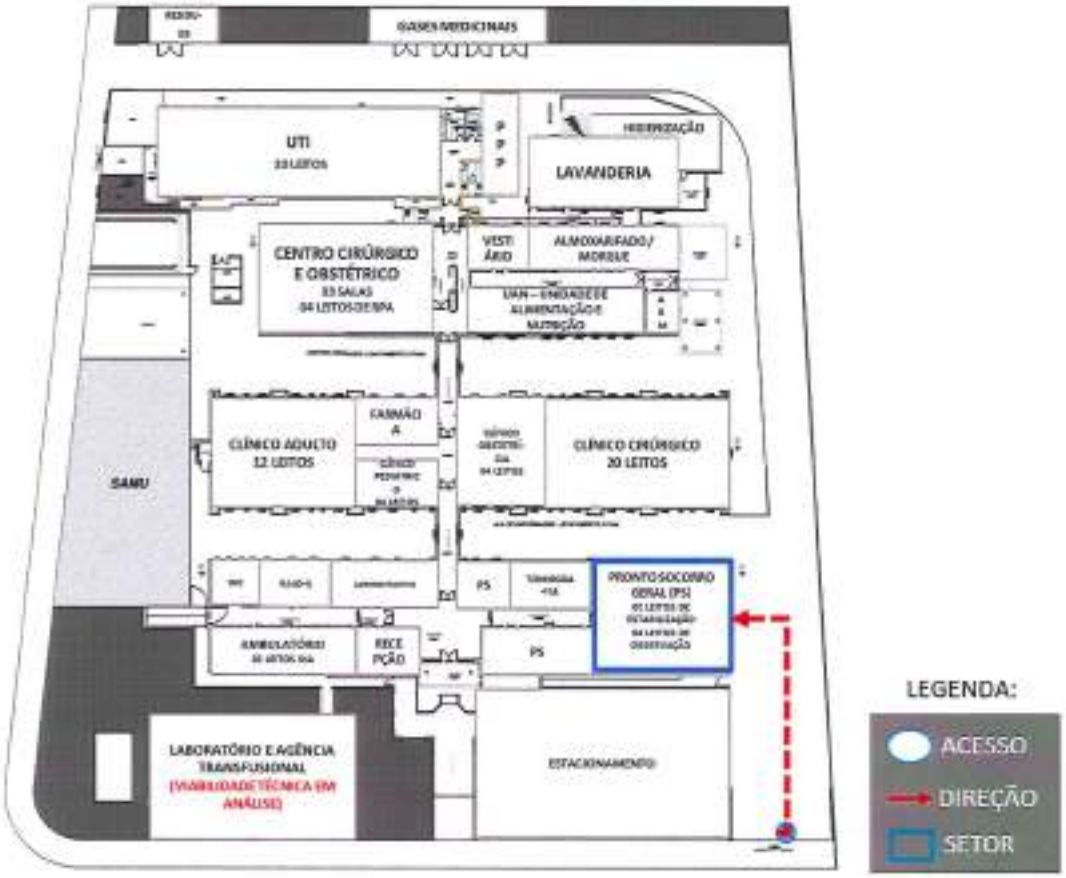
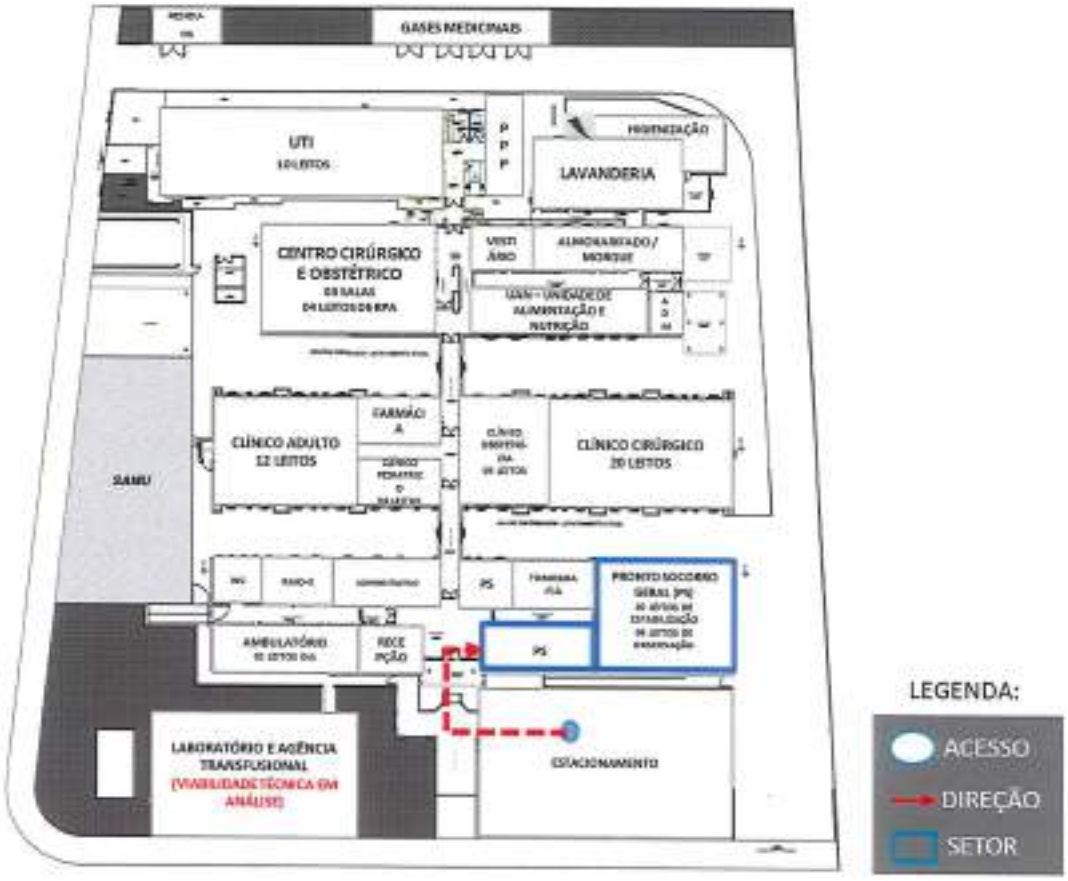


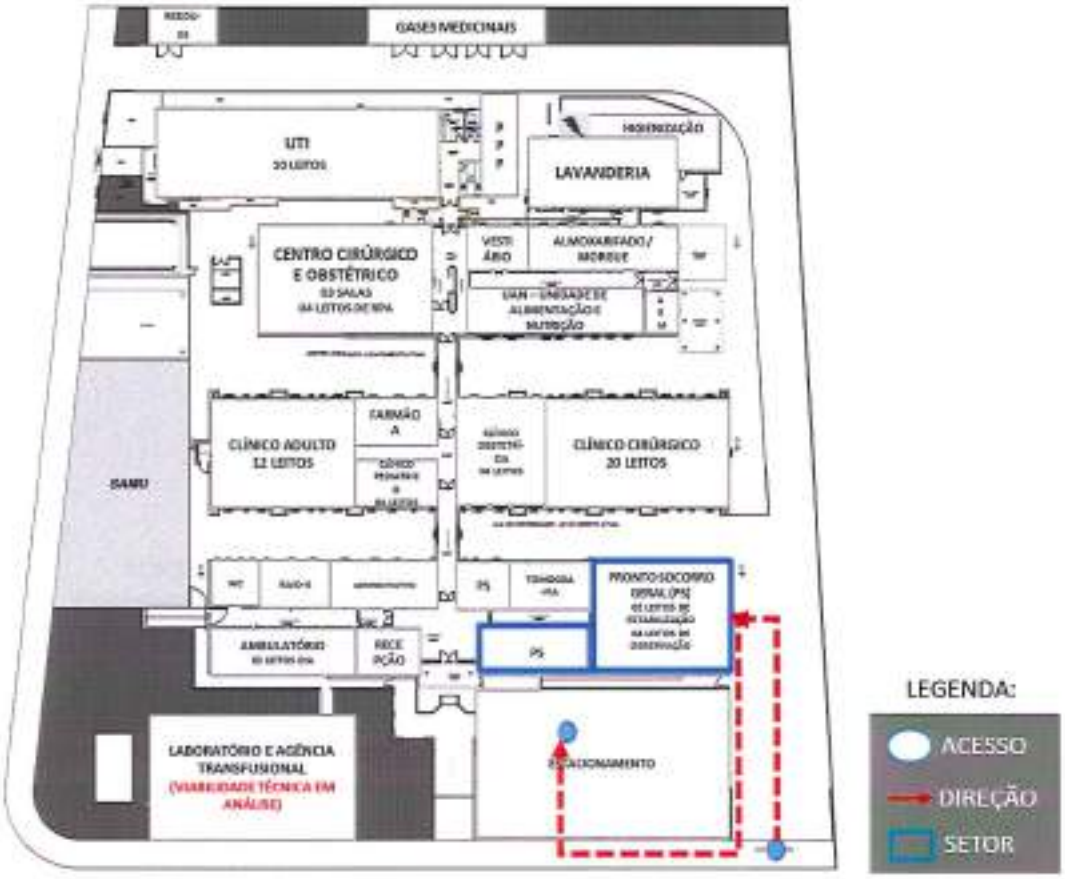


Imagem: Fluxo de acesso de Ambulâncias para Remoção.

2.1.1.4. Acesso de viaturas policiais - Viatura acessa o Bloco D para estacionar; policiais desembarcam paciente para avaliação e dirigem-se à Recepção do Pronto Socorro (Bloco C); após alta do paciente, viatura sai pela área do Bloco D (estacionamento) e dirige-se à via pública.



2.1.1.5. Acesso de veículos civis transportando pacientes graves - Veículo Civil acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se a vaga exclusiva de embarque e desembarque para ambulâncias; responsável desembarca paciente para avaliação; veículo é conduzido às vagas de estacionamento no Bloco D (estacionamento); responsável dirige-se até a Recepção de Pronto Socorro no Bloco C para cadastro; após atendimento, veículo sai pela área do Bloco D e dirige-se à via pública.



2.1.1.6. Acesso de Serviço Funerário - Veículo Funerário acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; após liberação, dirige-se pela via lateral do Bloco D até o Bloco A onde está localizado o necrotério; aguarda liberação para embarque do óbito; após embarque, veículo funerário retorna pela mesma via para saída do hospital;



Imagem: Fluxo de acesso de acesso de Serviço Funerário.

2.1.2. Administração:

2.1.2.1. Acesso dos Colaboradores e demais profissionais – Colaboradores e demais profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C; na recepção principal acessam o corredor de apoio do bloco C, à esquerda, seguem para as salas administrativas:

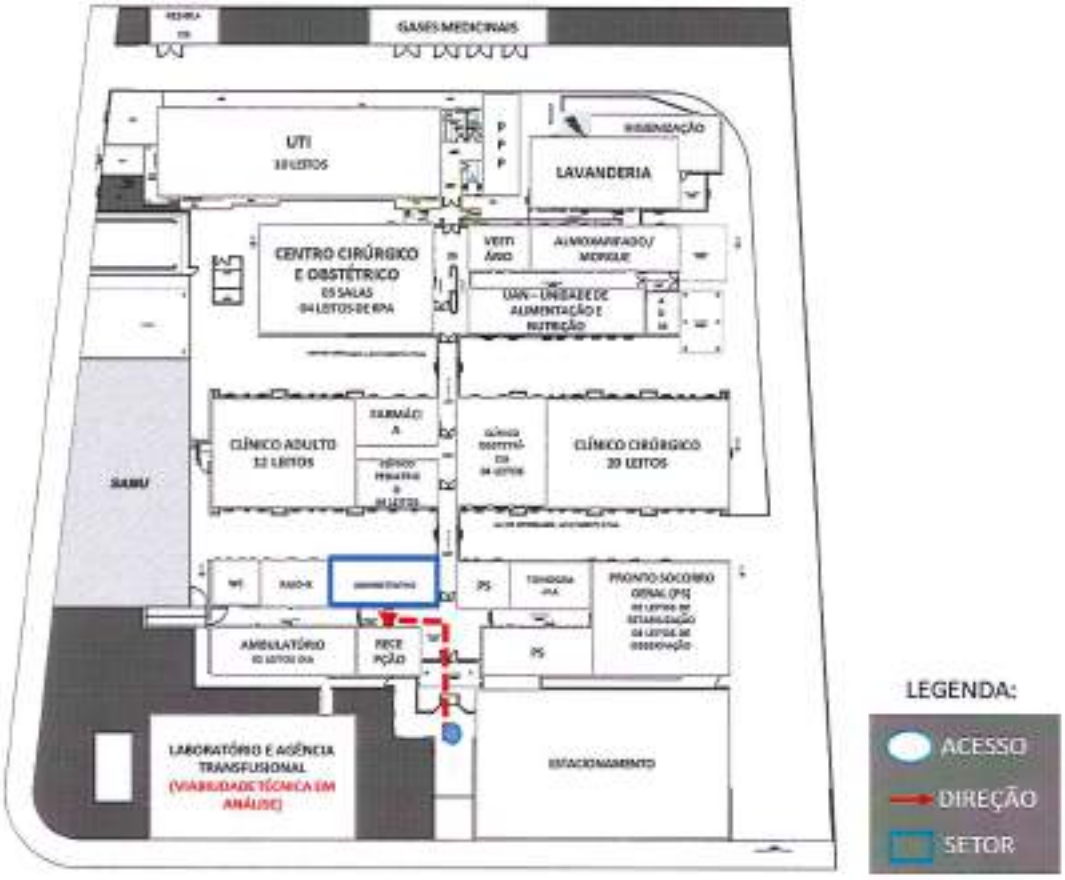




Imagem: Fluxo de acesso dos Colaboradores e demais profissionais.

2.1.2.2. Acesso para Fornecedores (comercial): Todos os fornecedores acessam o Bloco D para estacionar; dirigem-se à Recepção Principal no Bloco C e aguardam autorização para acesso às áreas internas; ao término da visita, retornam para a Recepção Principal e seguem para a área do Bloco D (estacionamento); dirigem-se à via púbica.

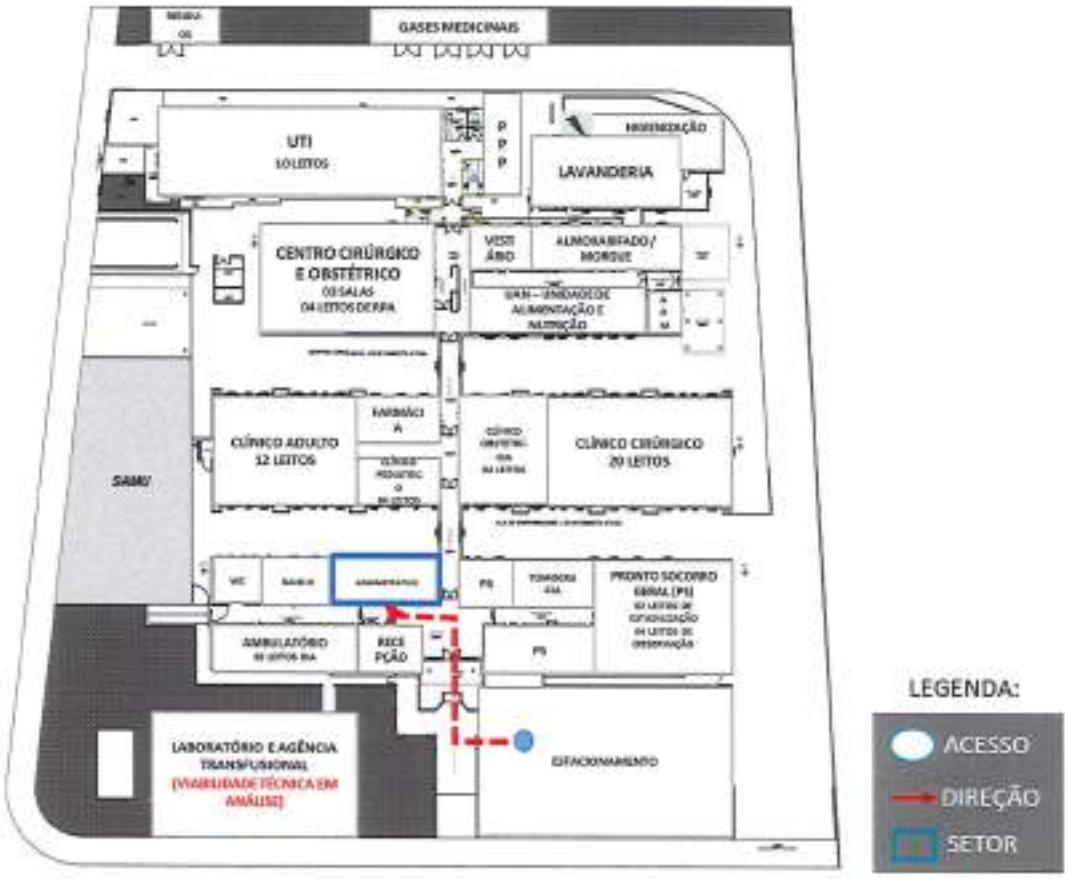




Imagem: Fluxo de acesso Fornecedores (comercial).

2.1.2.3. Acesso para Visitantes e Acompanhantes: Todos os Visitantes e Acompanhantes acessam o Bloco D para estacionar (caso com veículo); dirigem-se à Recepção Principal no Bloco C e aguardam autorização para acesso às áreas internas; ao término da visita, retornam para a Recepção Principal e seguem para a área do Bloco D (estacionamento) e/ou dirigem-se à via pública.

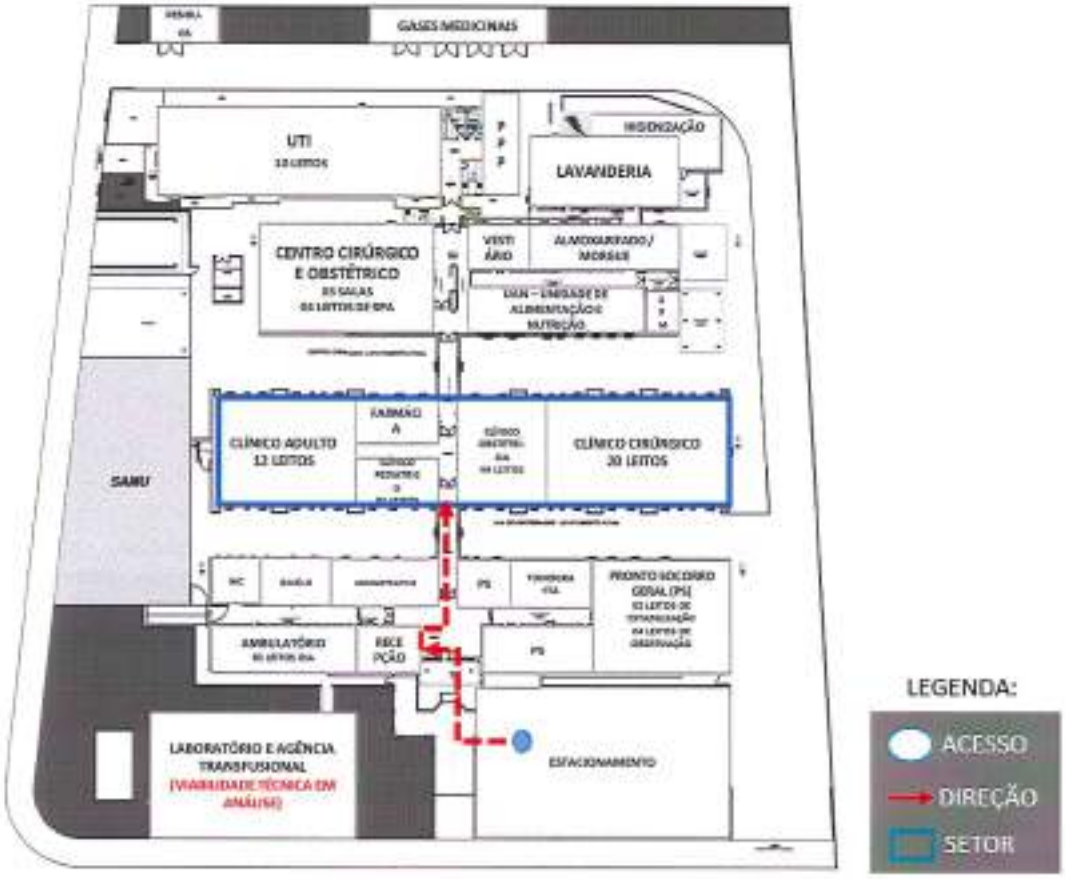




Imagem: Fluxo de acesso de visitantes e acompanhantes

2.1.3. Atendimento Ambulatorial:

2.1.3.1. Acesso para consultas - Pacientes acessam a entrada e Recepção Principal no Bloco C; seguem até a Recepção para cadastro; retiram senha e aguardam para atendimento;

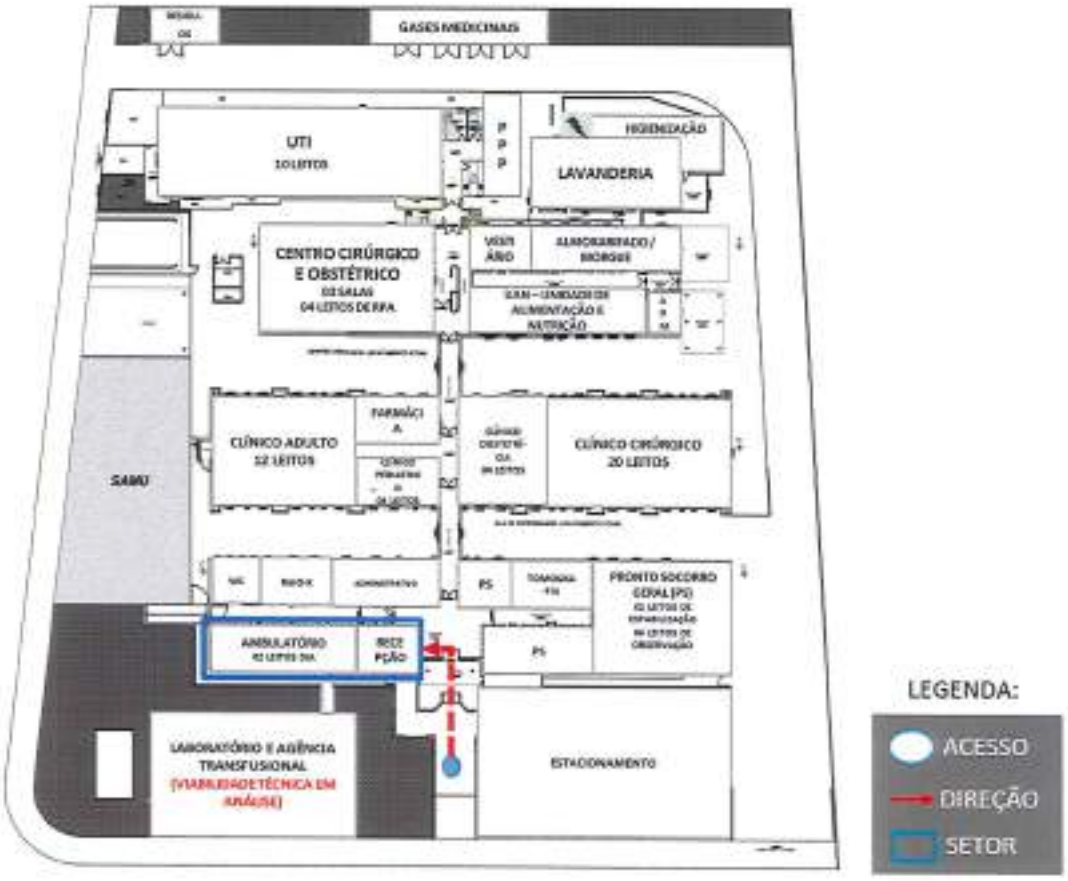


Imagem: Fluxo de acesso Consultórios.

2.1.3.2. Acesso para SADT (exames) - Pacientes acessam a entrada e Recepção Principal no Bloco C; seguem até a Recepção retirada de senha; após chamado e realização de cadastro, aguardam para atendimento;

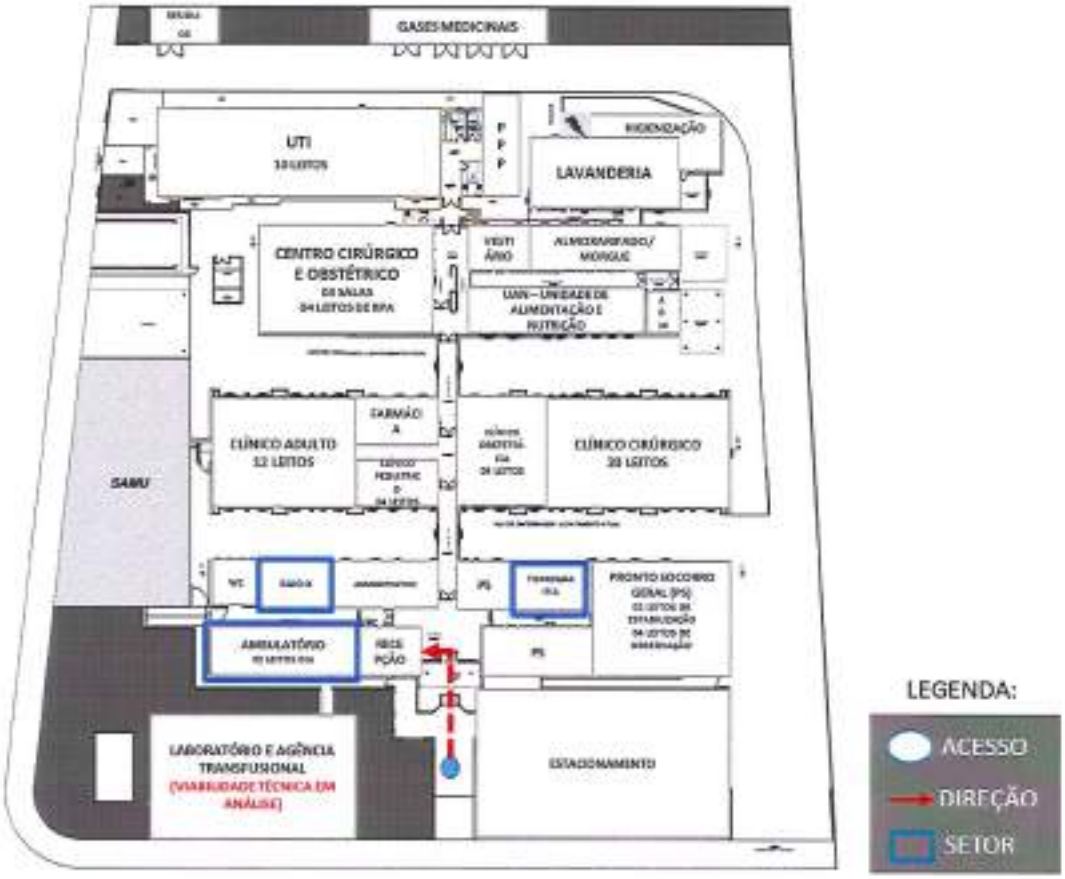




Imagem: Fluxo de acesso para a SADT

2.1.4. Fornecedores (fornecedores de mercadorias):

2.1.4.1. Acesso à área de carga/descarga de Suprimentos (Almoxarifado/CAF/Nutrição/Lavanderia/Outros) – Veículo do fornecedor acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se até a área de carga/descarga no Bloco A; fornecedor realiza entrega ou recolhimento de produtos; veículo do fornecedor retorna pela mesma via de acesso para saída do hospital;

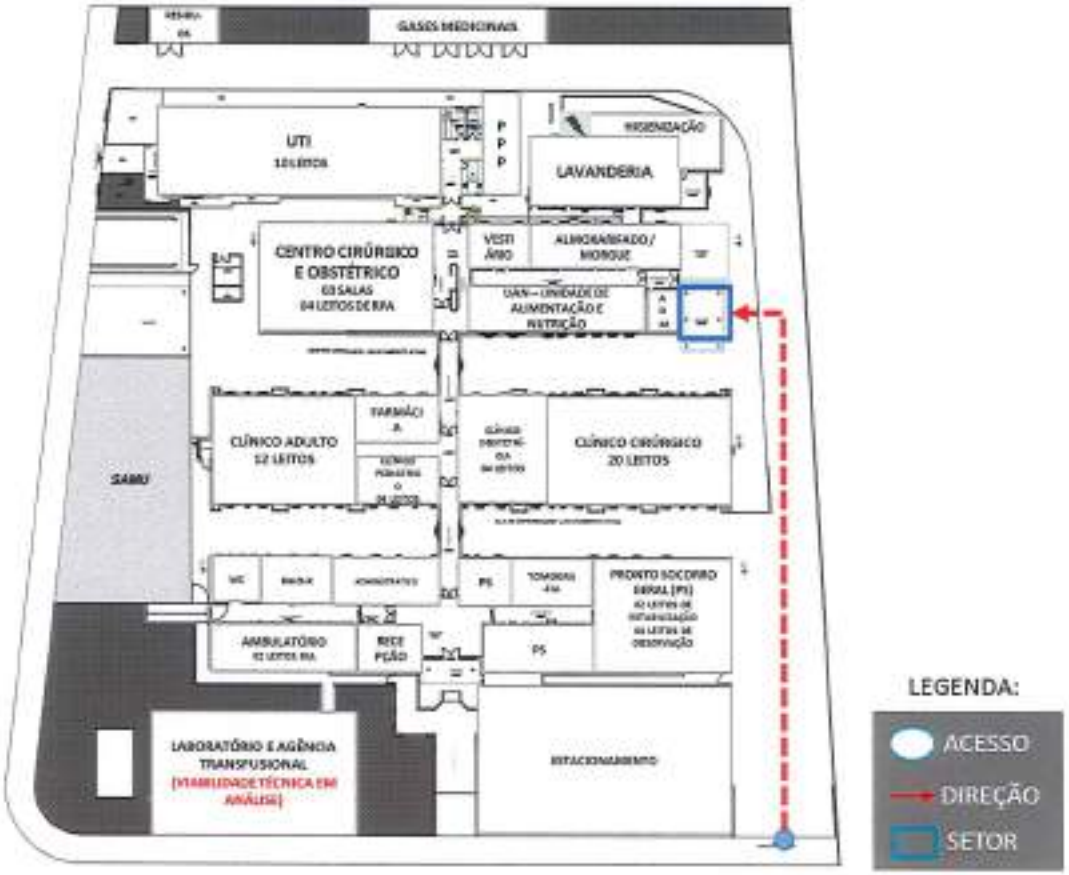




Imagem: Fluxo de acesso de fornecedores.

2.1.4.2. Acesso aos Gases Medicinais - Veículo do fornecedor acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se até o final da via e vira à esquerda até a área do tanque ao lado do Bloco A; fornecedor aguarda autorização para abastecimento; ao término, veículo do fornecedor retorna pela mesma via de acesso para saída do hospital;

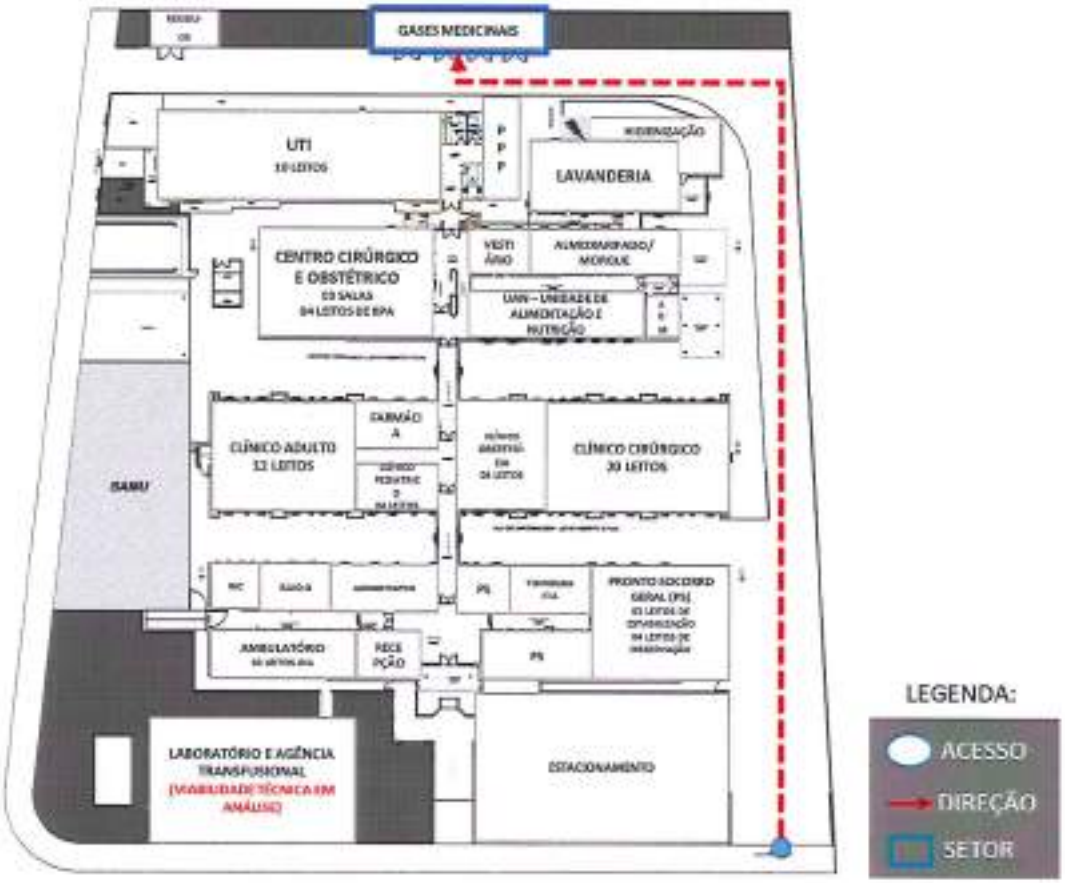
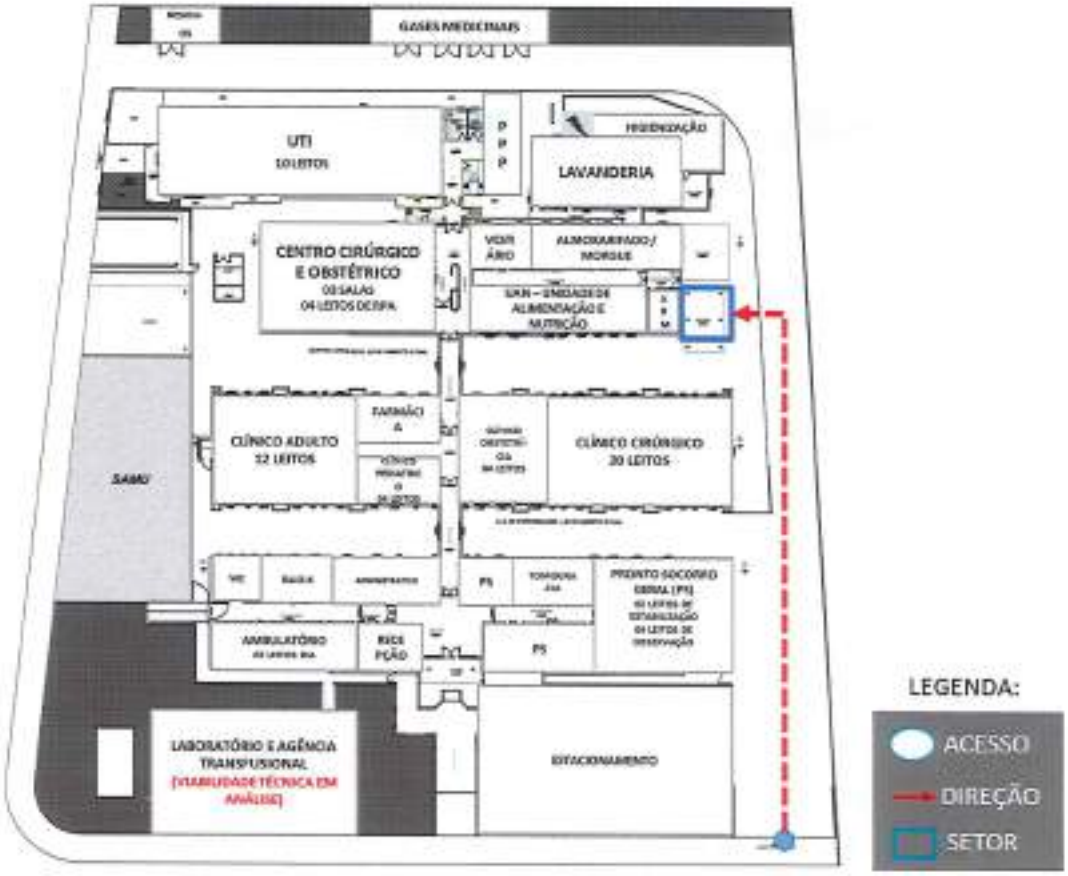




Imagem: Fluxo de acesso aos Gases Medicinais.

2.1.5. Manutenção:

2.1.5.1. Acesso à serviços de manutenção (terceirizados) - Veículo da manutenção terceirizada acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se até a área de carga/descarga no Bloco A e estaciona; equipe da empresa aguarda autorização para acessar a área interna do hospital; após realizado serviço, veículo retorna pela mesma via de acesso para saída do hospital;



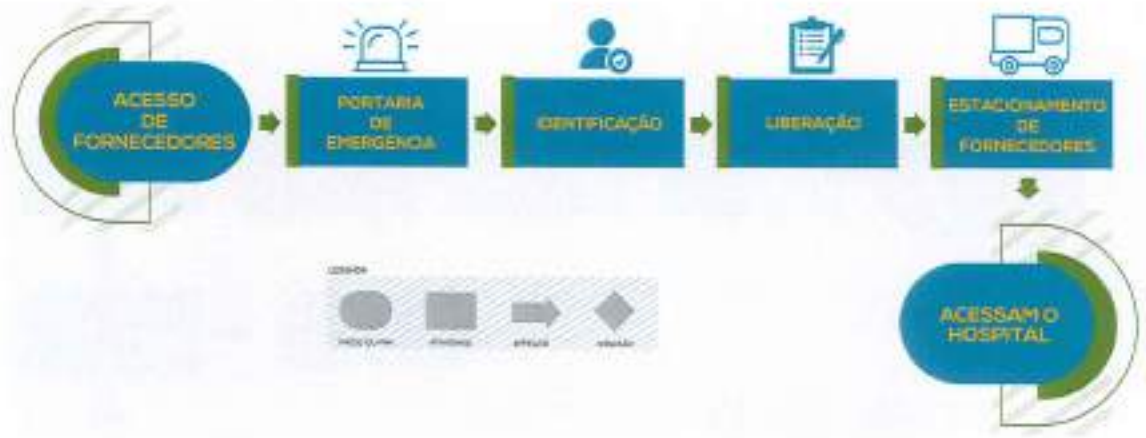
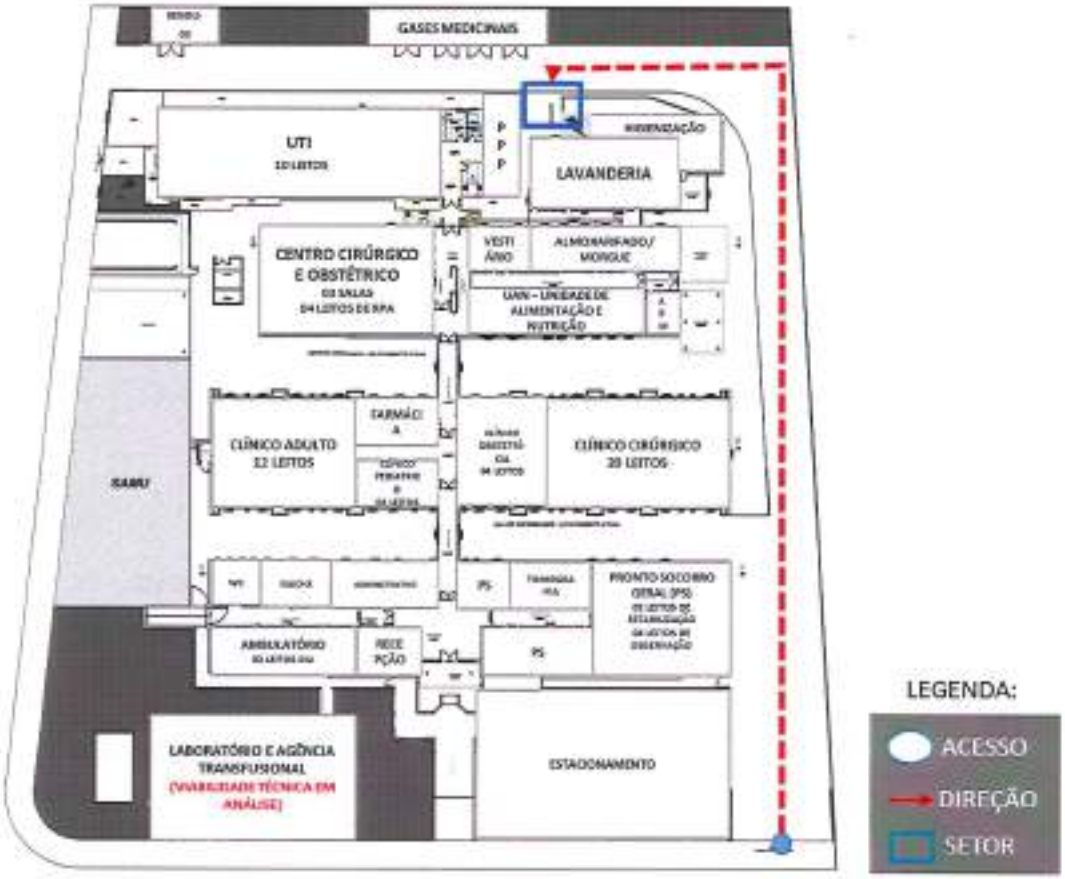


Imagem: Fluxo de acesso à Serviços de Manutenção Terceirizados.

2.1.5.2. Acesso ao Quadro Geral de Energia e Grupo Gerador - Veiculo da manutenção terceirizada acessa pela lateral do Bloco D e identifica-se na guarita; dirige-se até a área de carga/descarga no Bloco A e estaciona; equipe da empresa aguarda autorização para acessar o quadro geral de energia e grupo gerador do hospital; após realizado serviço, veiculo retorna pela mesma via de acesso para saída do hospital;



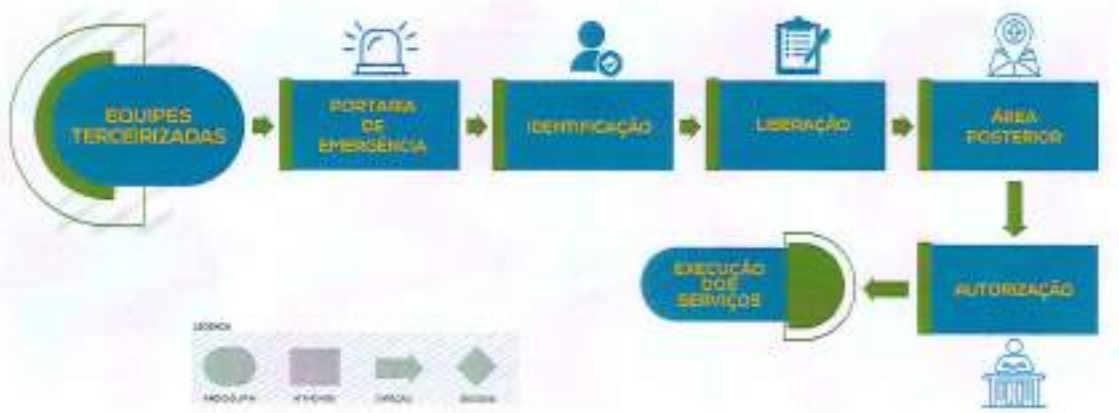


Imagem: Fluxo de acesso ao Quadro Geral de Energia e Grupo Gerador.

2.2. Resíduos

2.2.1. Coleta de resíduos:

2.2.1.1. Acesso para coleta de resíduos comuns, recicláveis e resíduos infectantes – Veículo acessa pelo portão localizado na Rua Floresta e identifica-se ao profissional vigilante da área; veículo estaciona ao lado da área de resíduos ao lado do Bloco A; equipe aguarda autorização para coleta; ao término, veículo retorna pelo mesmo portão e segue a via pública.

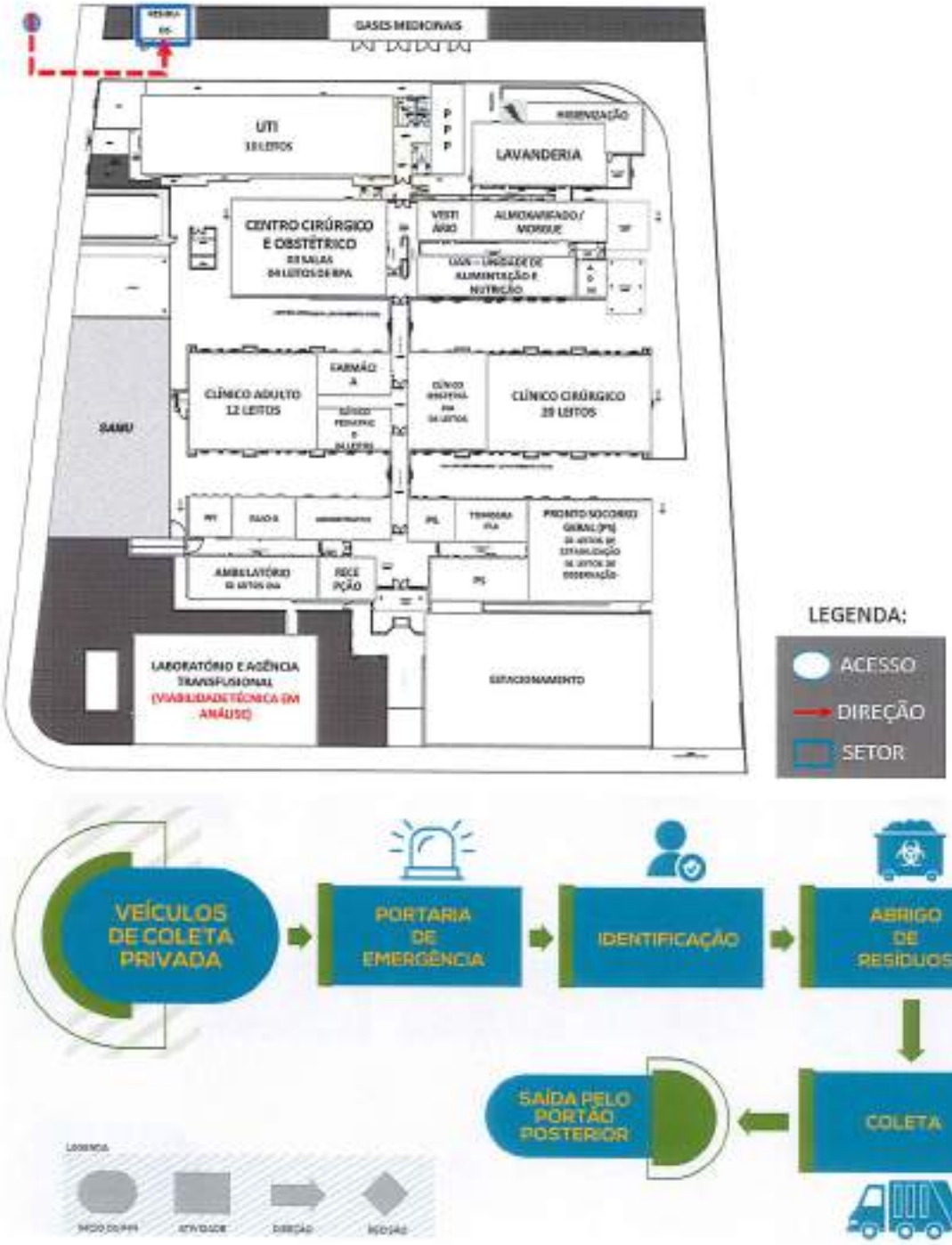


Imagem: Fluxo de acesso para Coleta de Recicláveis e Resíduos Infectantes.

3. ÁREAS INTERNAS

3.1. Colaboradores

3.1.1. Administrativos:

3.1.1.1 Fluxo de acesso à Area Administrativa – Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto e seguem com destino aos postos de trabalhos dentro do próprio Bloco C, à esquerda.



Imagem: Fluxo de acesso à Área Administrativa.

3.1.1.2. Fluxo de acesso aos Consultórios - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino aos Consultórios no Bloco C;

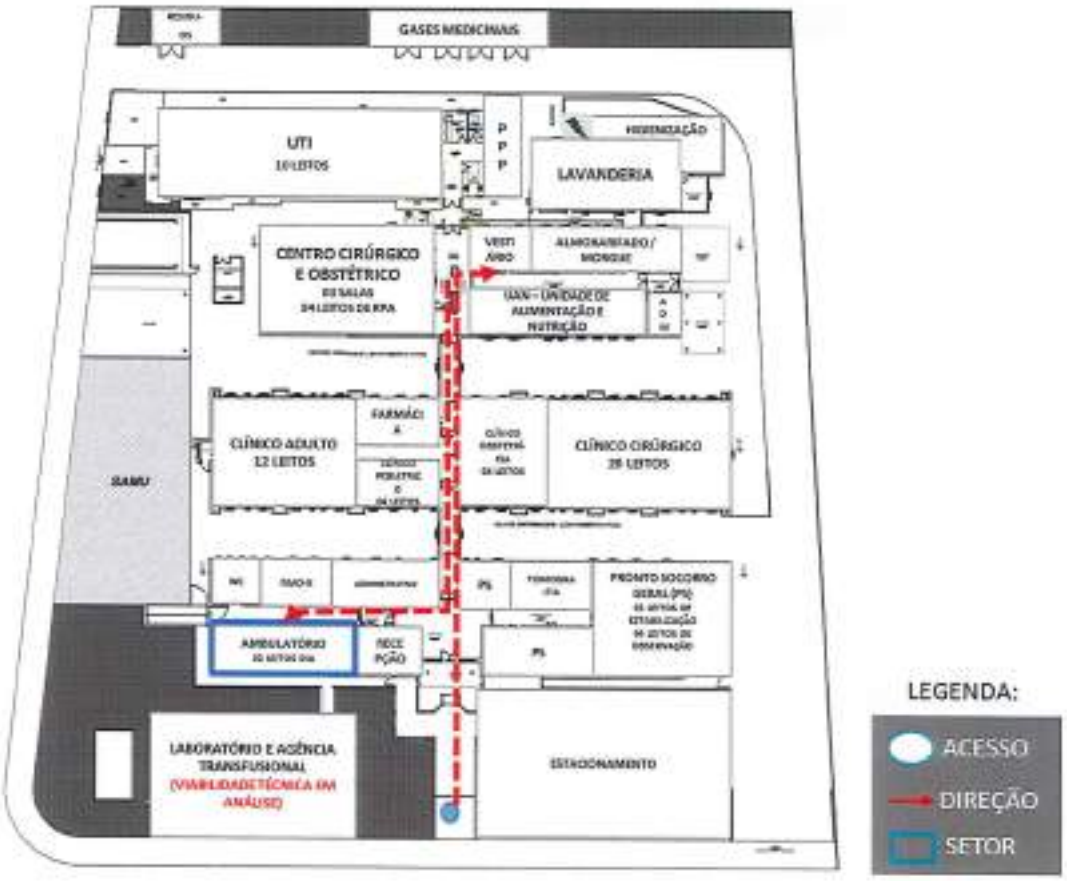




Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.1.1.3. Fluxo de acesso à sala de tomografia - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino à sala de tomografia do lado esquerdo do Bloco C;

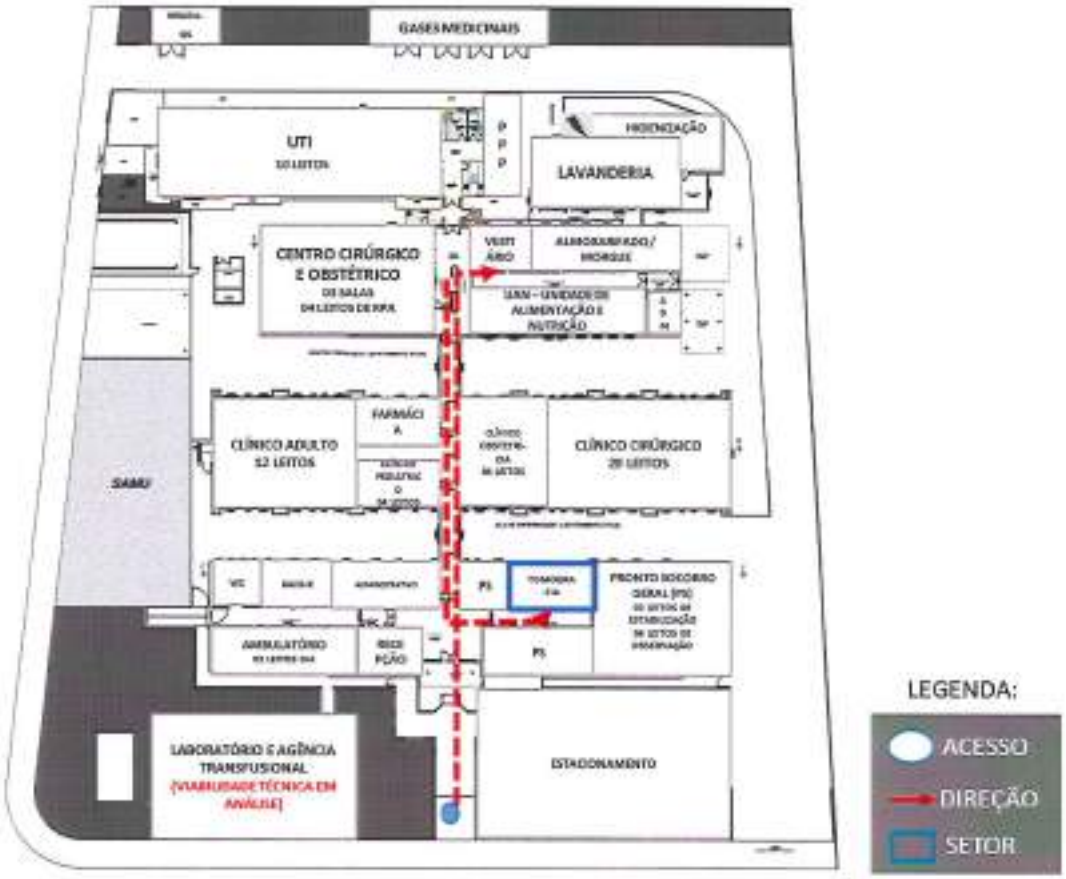




Imagem: Fluxo de acesso a tomografia.

3.1.1.4. Fluxo de acesso à sala de Raio-X - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino à sala de Raio-X do lado direito do Bloco C;

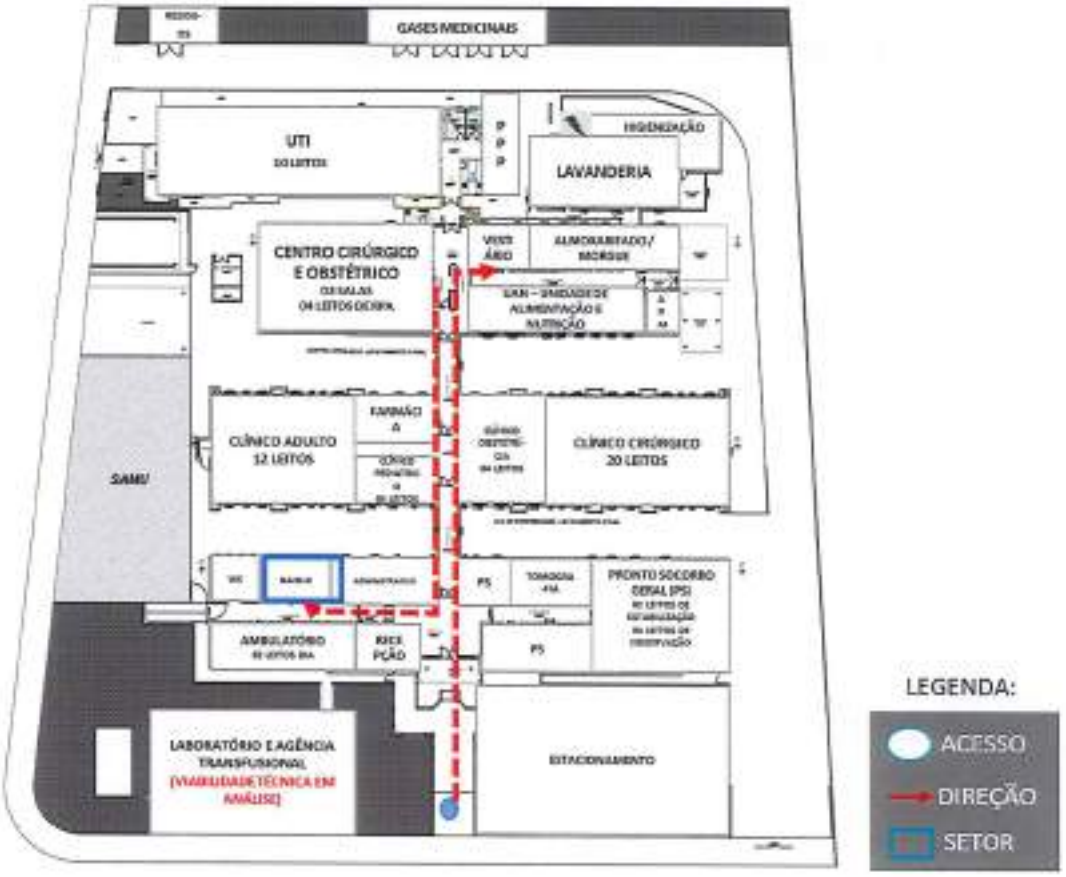
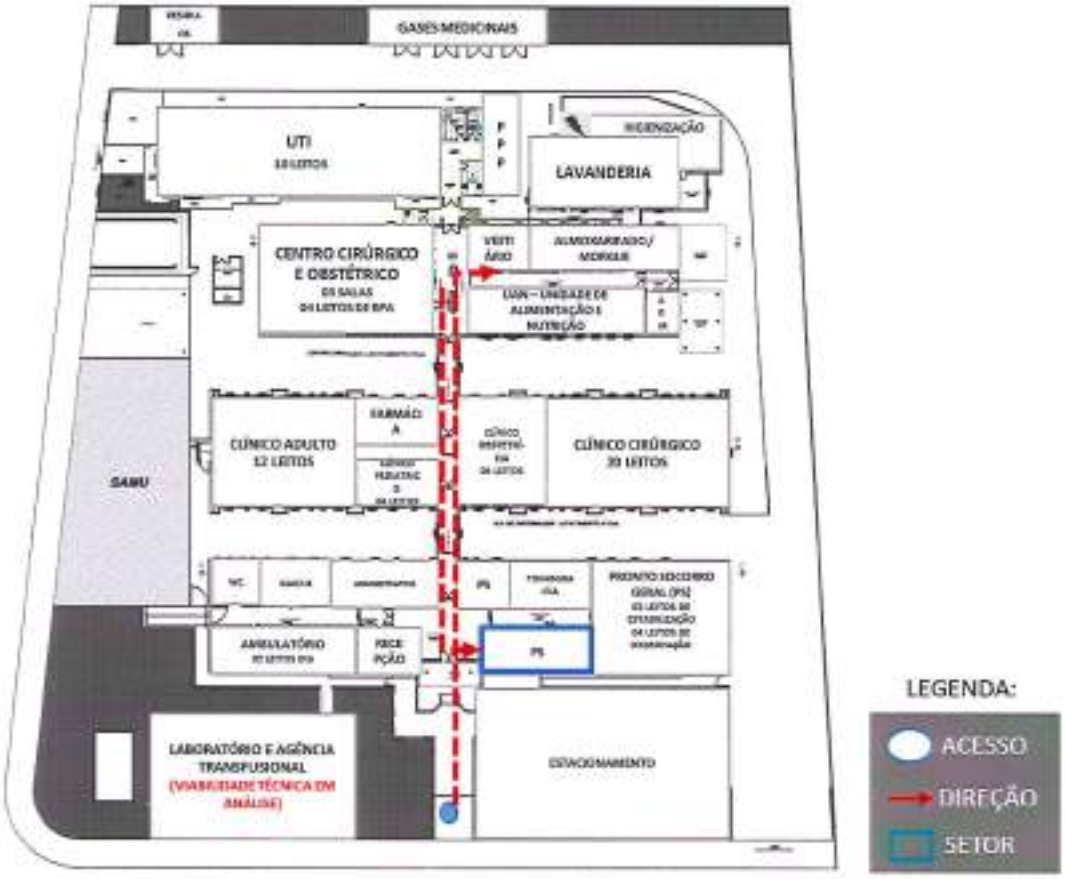




Imagem: Fluxo de acesso ao Raio-X.

3.1.1.5. Fluxo de acesso ao Pronto-Socorro - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa (se necessário); retornam pelo corredor principal com destino ao Pronto Socorro, do lado esquerdo do Bloco C;



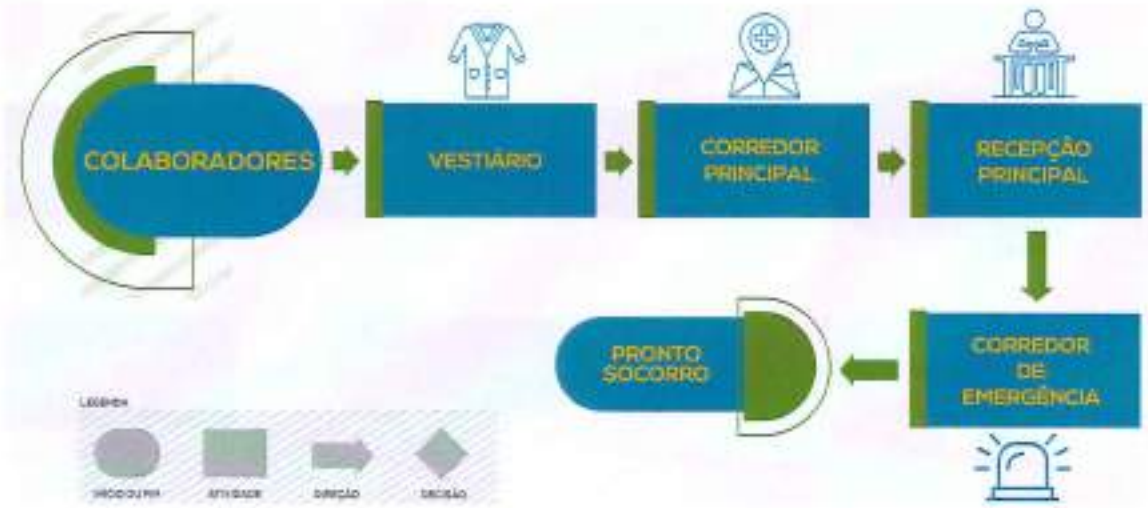
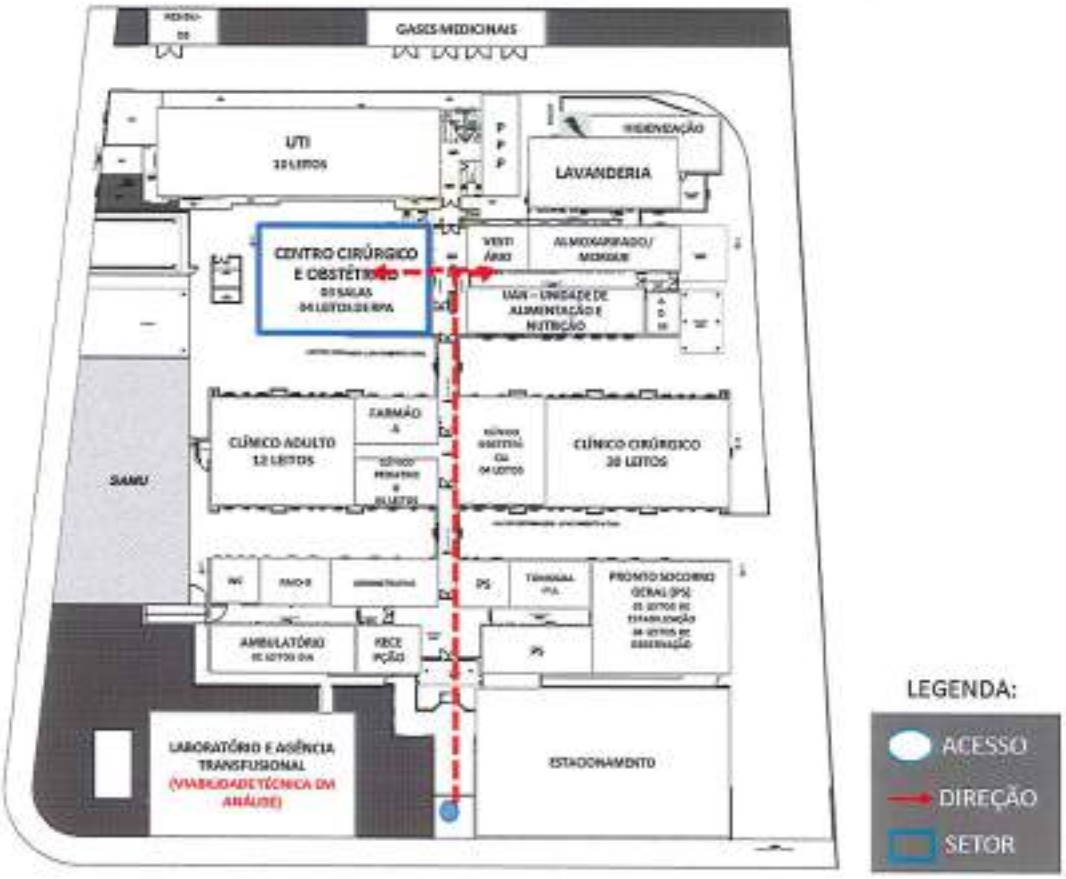


Imagem: Fluxo de acesso ao Pronto-Socorro.

3.1.1.6. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico e CME - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor até o Hall do mesmo Bloco A; acessam o Centro Cirúrgico até os vestiários do Centro Cirúrgico e CME (Bloco A – lado esquerdo) para paramentação;



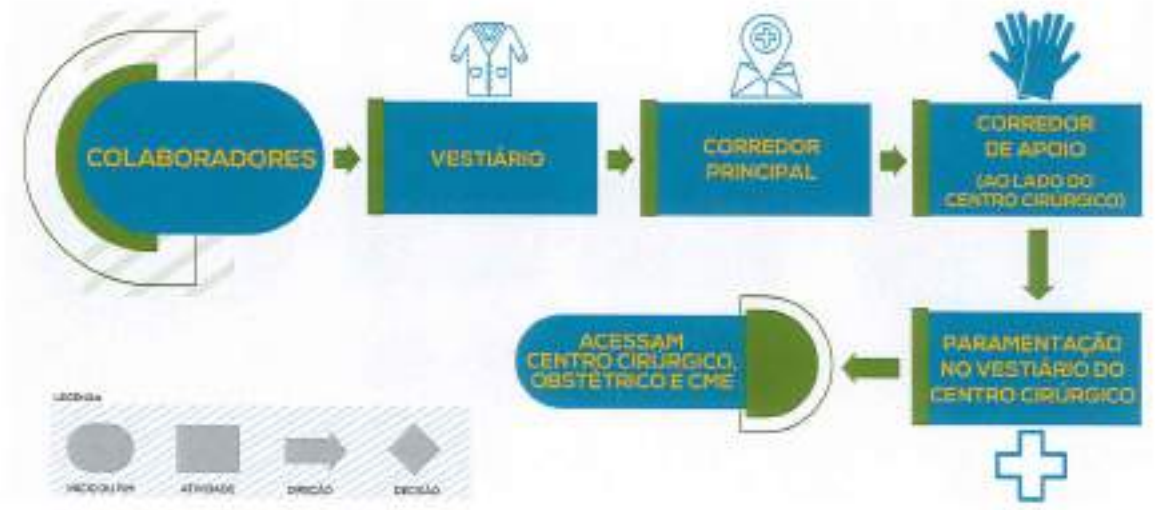


Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico e CME.

3.1.1.7. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino ao Bloco B para acesso aos leitos de internação;

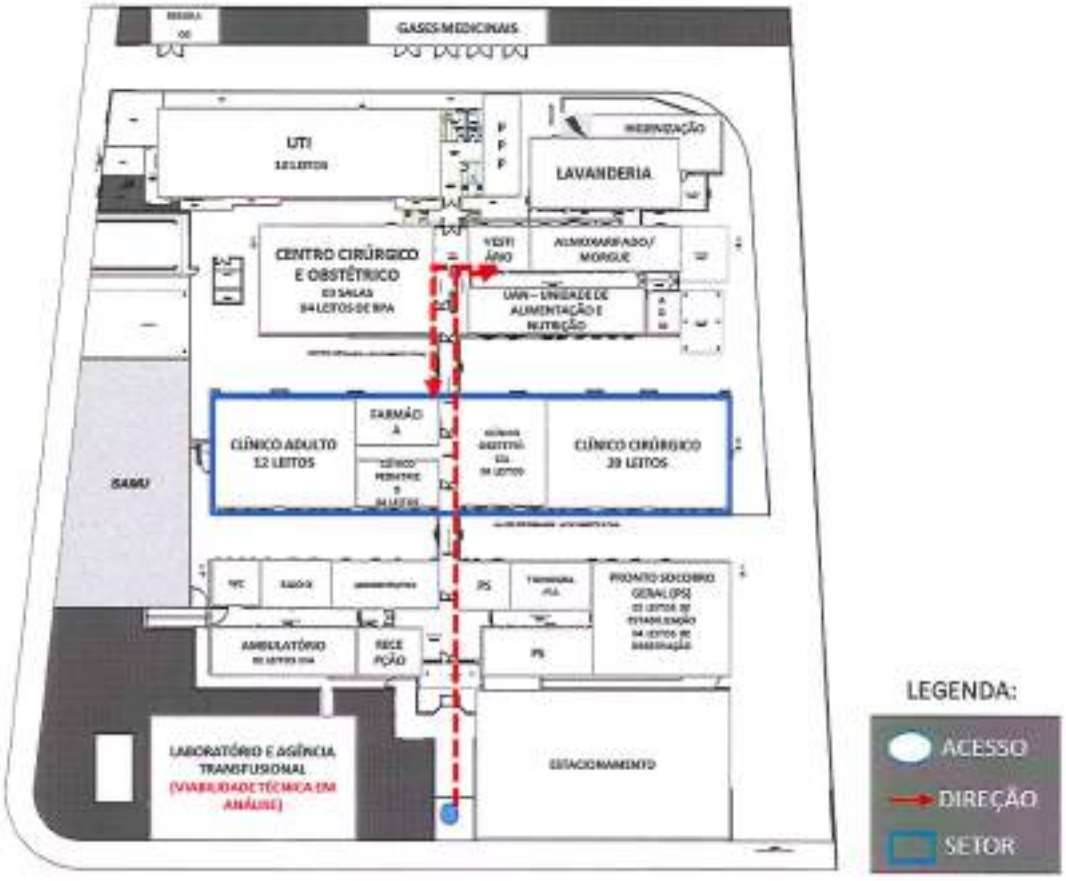




Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internações

3.1.1.8. Fluxo de acesso à Nutrição: Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; saindo do vestiário, à esquerda, dirigem-se ao setor de Nutrição;

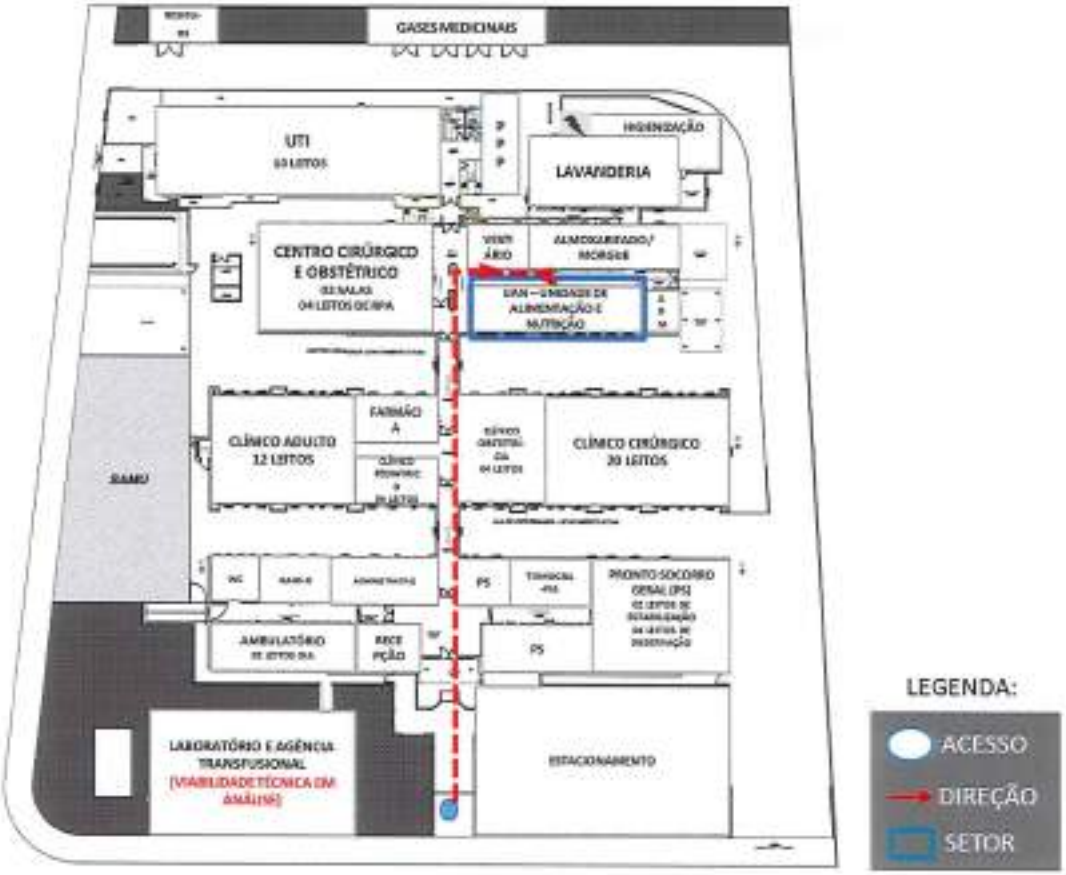




Imagem: Fluxo de acesso à Nutrição.

3.1.1.9. Fluxo de acesso à Farmácia - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino ao Bloco B para acesso à Farmácia, do lado à sua direita:

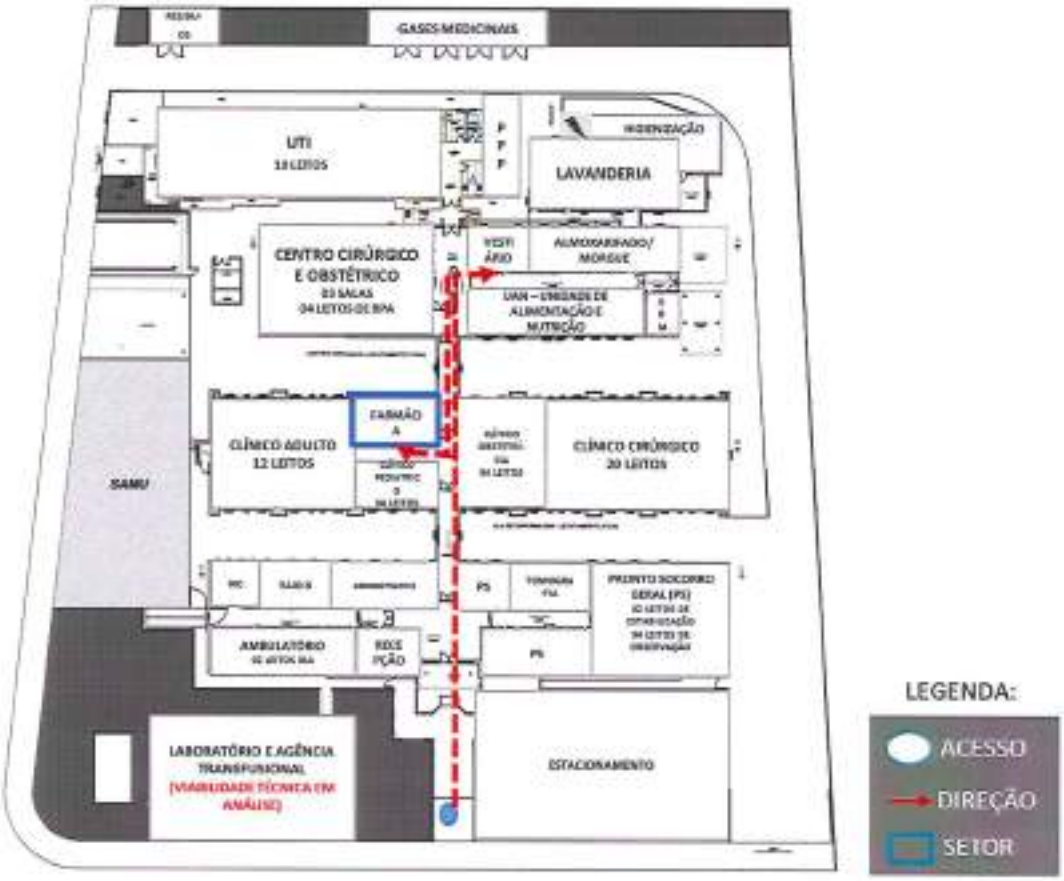
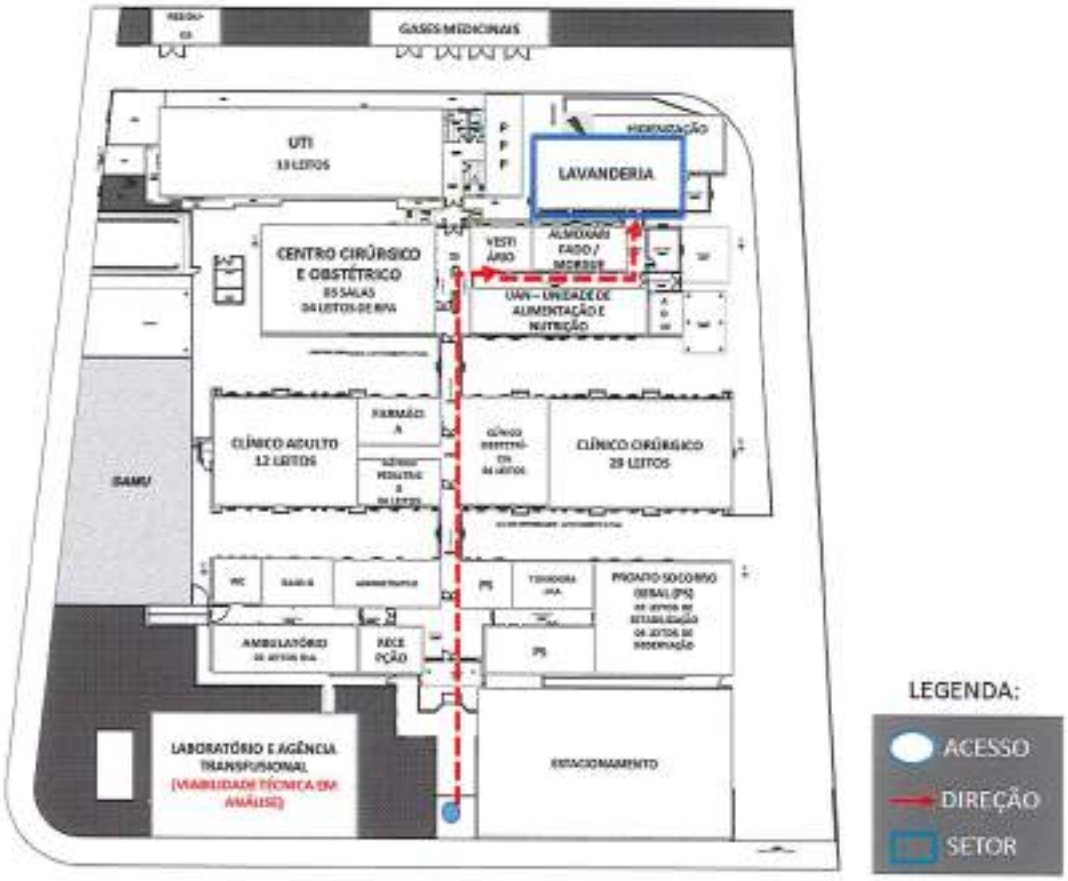




Imagem: Fluxo de acesso à Farmácia.

3.1110. Fluxo de acesso à Lavanderia - Colaboradores acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; saindo do vestiário, à esquerda, dirigem-se até o final do corredor, viram à esquerda e seguem até o setor de Lavanderia;



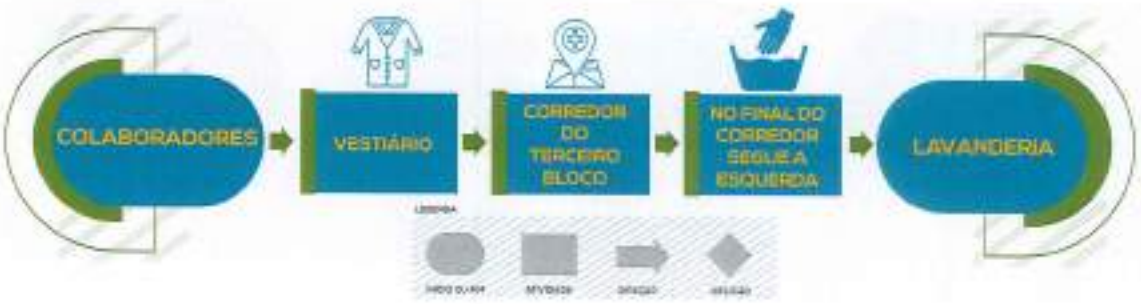


Imagem: Fluxo de acesso à Lavanderia.

3.1.2. Assistenciais e/ou Prestadores de Serviço:

3.1.2.1. Fluxo de acesso aos Consultórios - Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C e identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino aos Consultórios do lado direito do Bloco C;

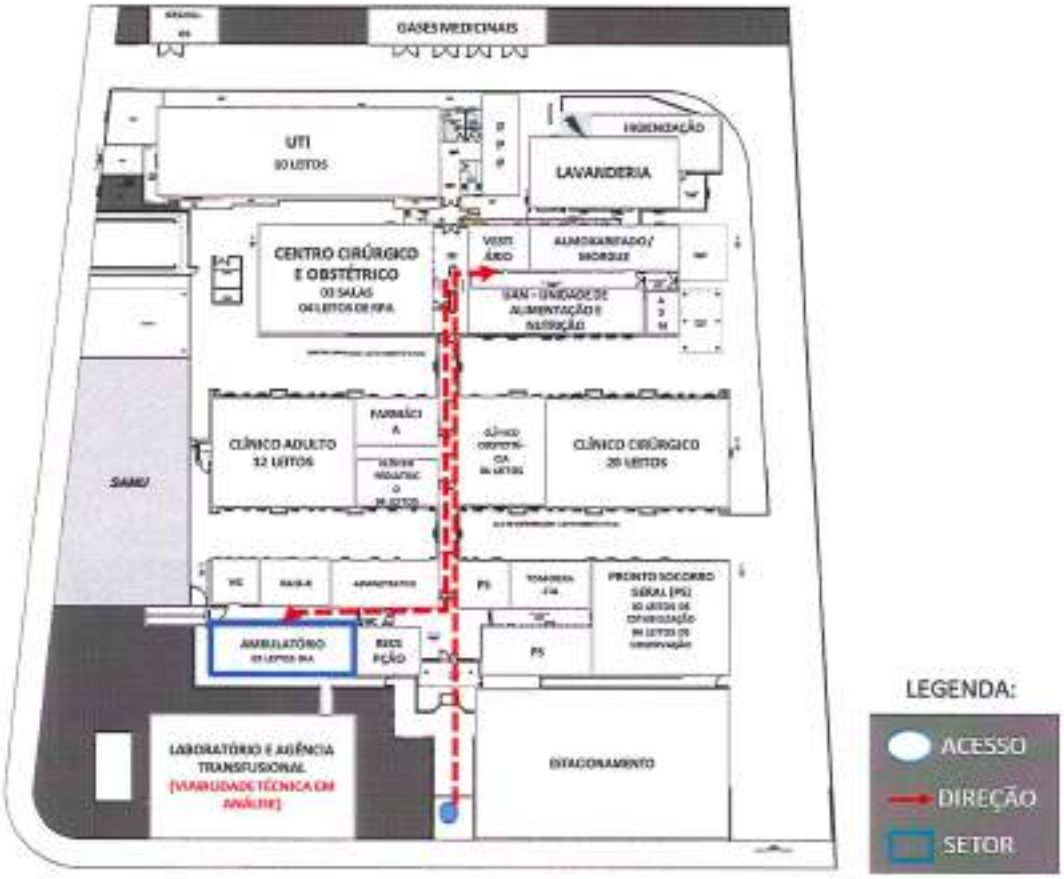




Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.1.2.2. Fluxo de acesso a tomografia - Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino à sala de tomografia, do lado esquerdo do Bloco C;

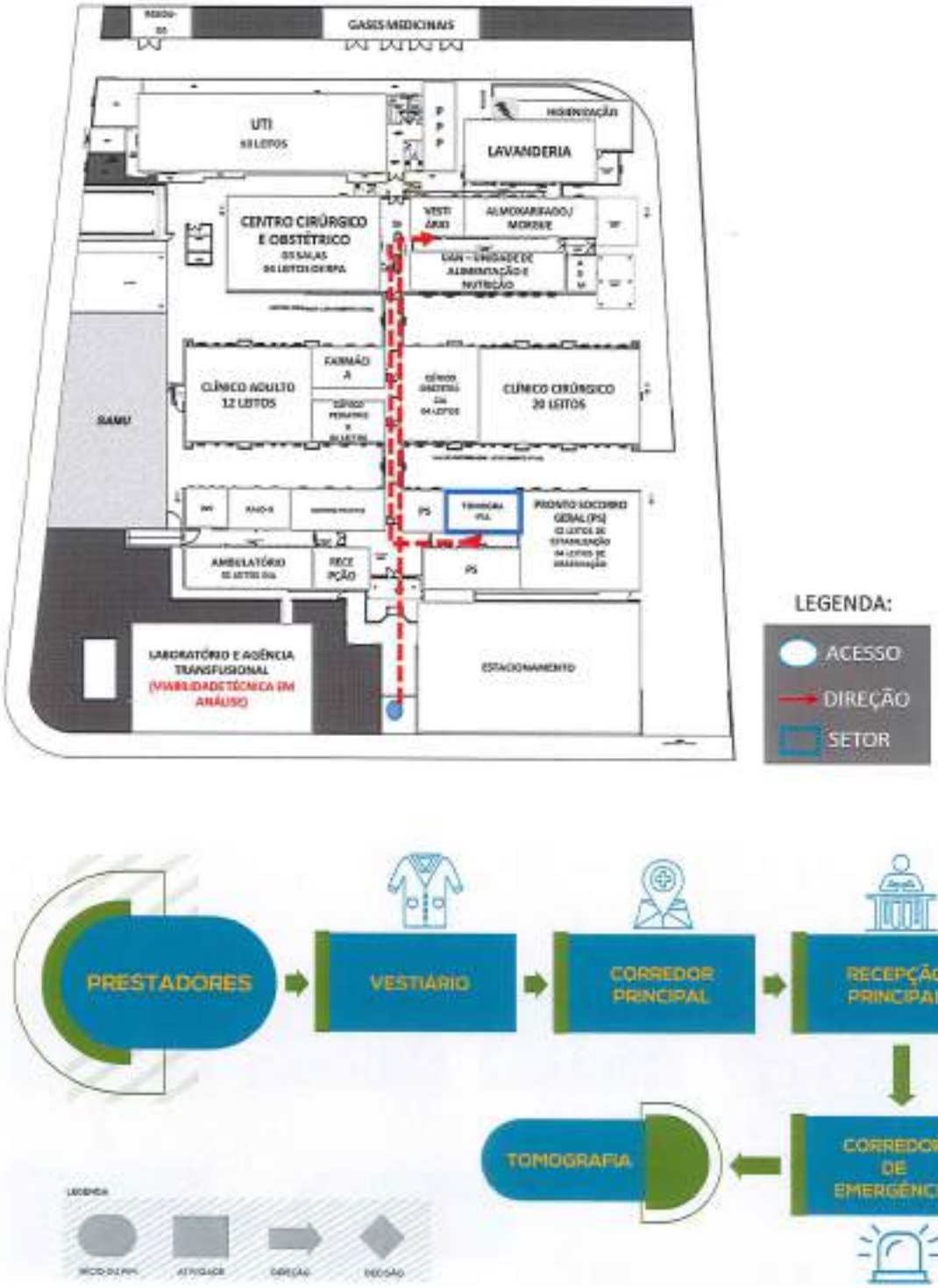


Imagem: Fluxo de acesso a tomografia.

3.12.3. Fluxo de acesso ao Raio-X - Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino à sala de Raio-X do lado direito do Bloco C.

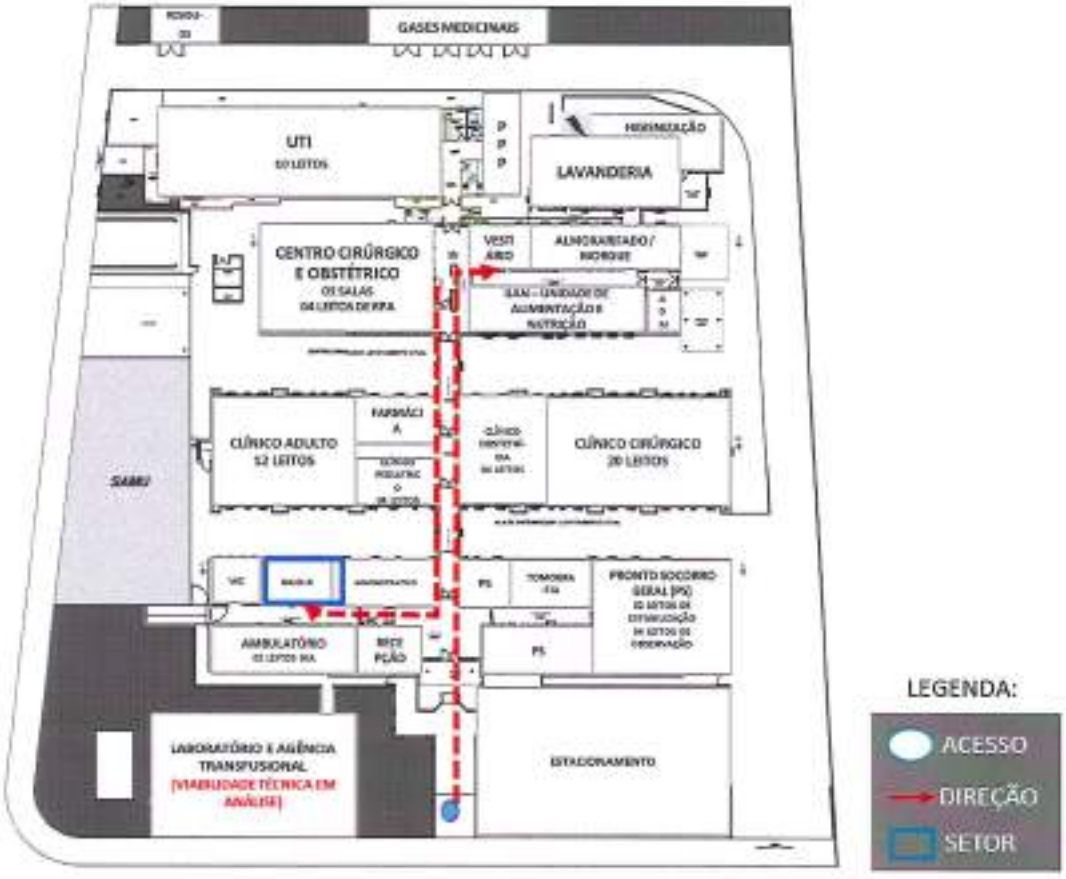




Imagem: Fluxo de acesso ao Raio-X.

3.1.2.4. Fluxo de acesso ao Pronto-Socorro - Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se, registram o ponto; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino ao Pronto Socorro, do lado esquerdo do Bloco C;

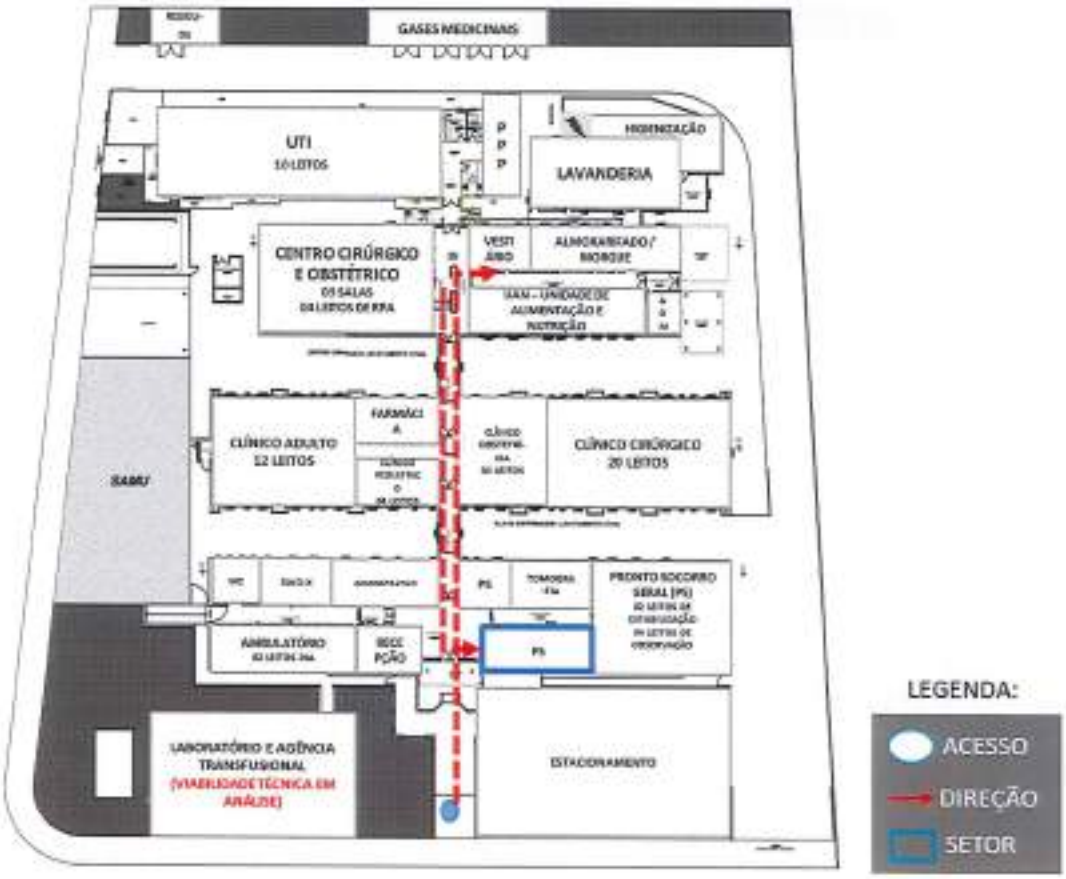




Imagem: Fluxo de acesso ao Pronto-Socorro.

3.1.2.5. Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico e CME - Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C e identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor até o Hall do mesmo Bloco A; acessam o Centro Cirúrgico até os vestiários do Centro Cirúrgico e CME (Bloco A - lado esquerdo) para paramentação;

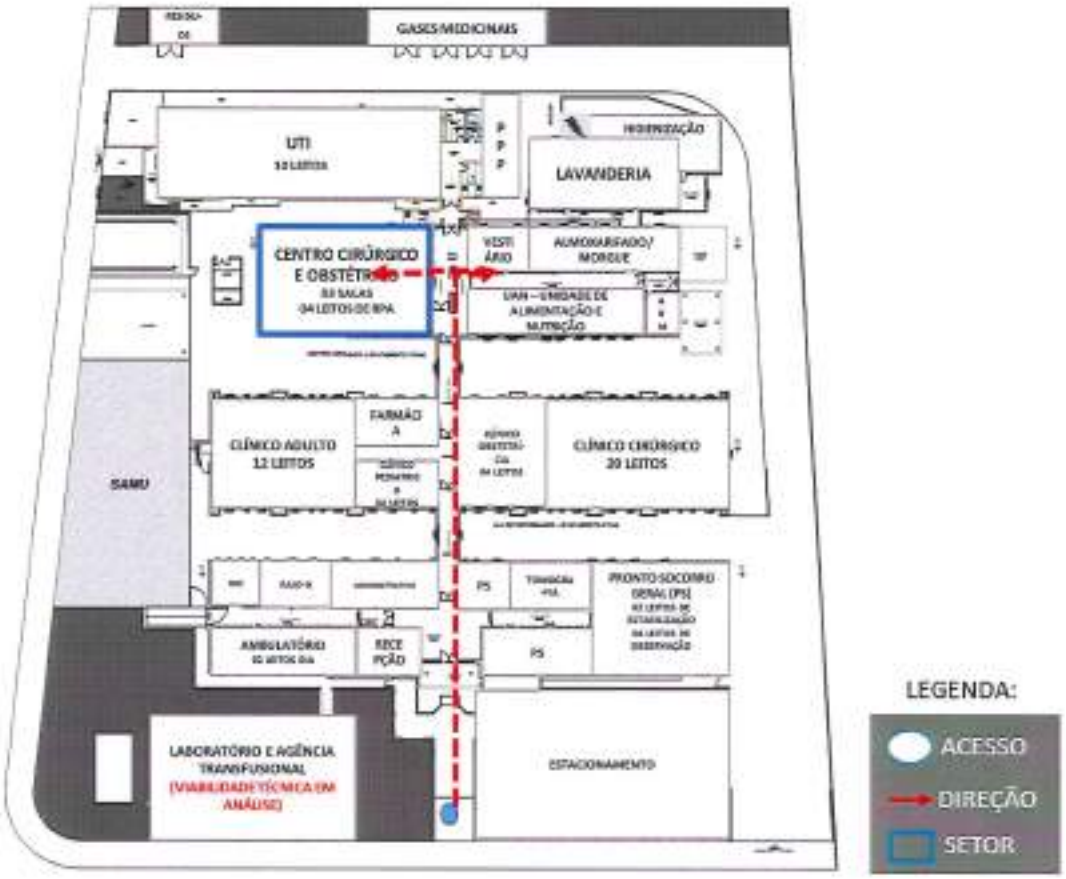




Imagem: Fluxo de acesso ao Centro Cirúrgico e CME.

3.1.2.6. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação (Clínicas Adulto, Pediátrica, Obstétrica e Cirúrgica): Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C e identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino ao Bloco B para acesso aos leitos de internação;

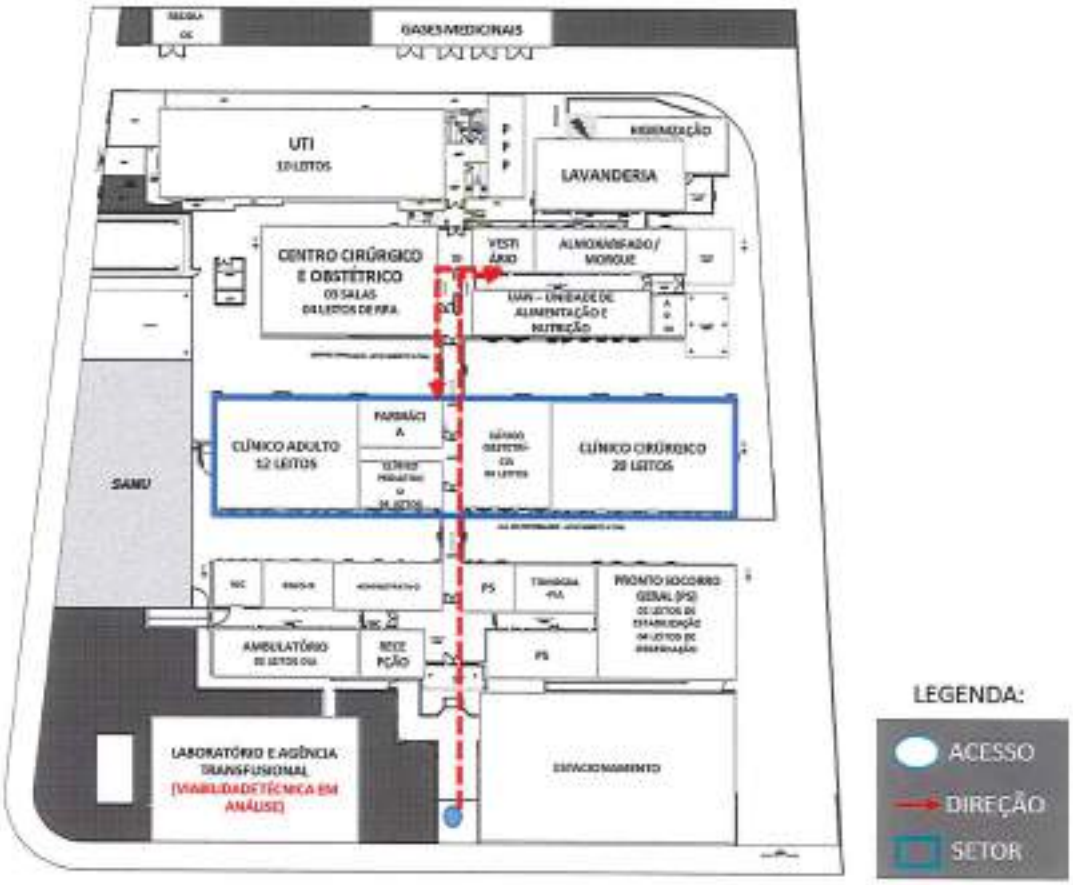
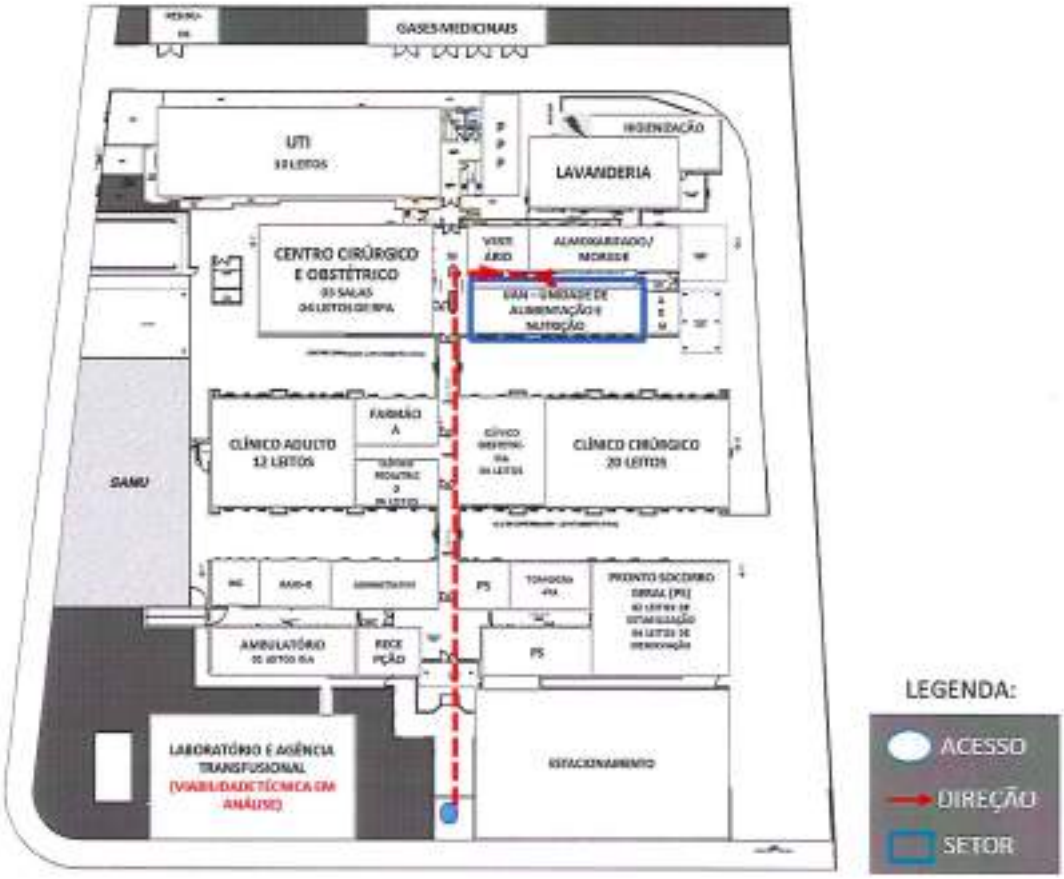




Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internação.

3.1.2.7. Fluxo de acesso à Nutrição - Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C, identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; saindo do vestiário, à esquerda, dirigem-se ao setor de Nutrição;



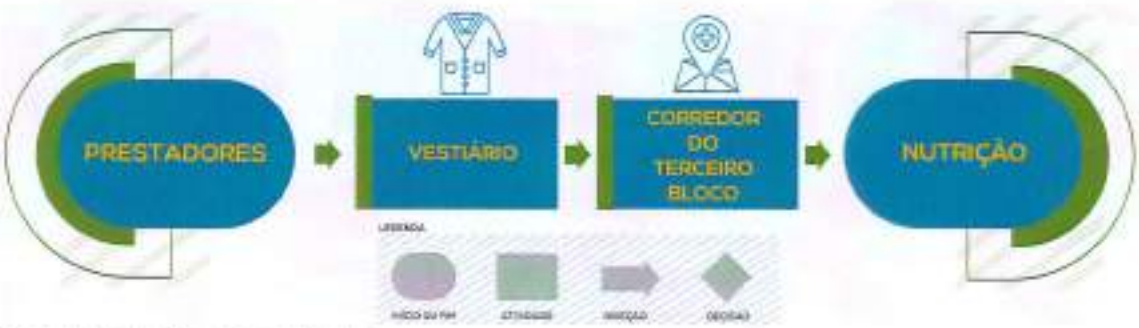


Imagem: Fluxo de acesso à Nutrição.

3.1.2.8. Fluxo de acesso à Farmácia: Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C e identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; retornam pelo corredor principal com destino ao Bloco B para acesso à Farmácia, do lado à sua direita;

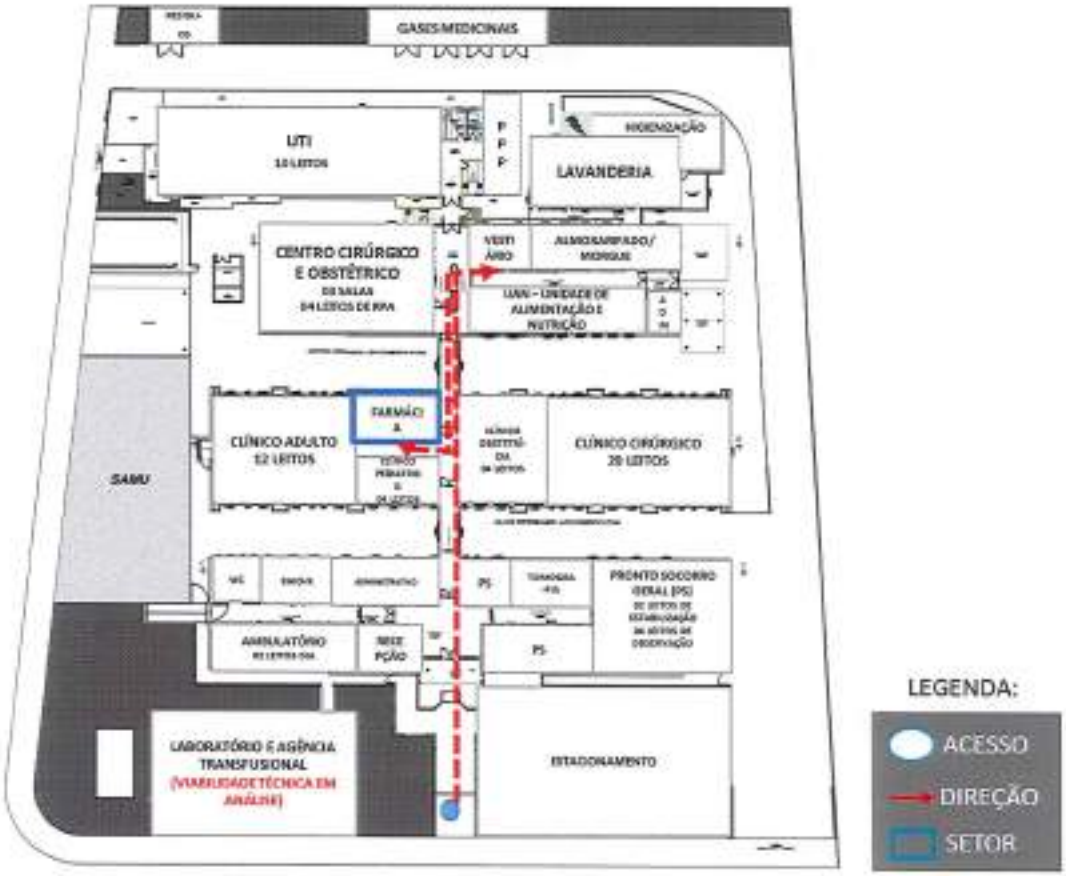




Imagem: Fluxo de acesso à Farmácia.

3.1.2.9. Fluxo de acesso à Lavanderia: Profissionais acessam pela entrada principal no Bloco C e identificam-se; seguem pelo corredor principal até o Hall do Bloco A; à direita, acessam vestiário para troca de roupa; saindo do vestiário, à esquerda, dirigem-se até o final do corredor, viram à esquerda e seguem até o setor de Lavanderia;

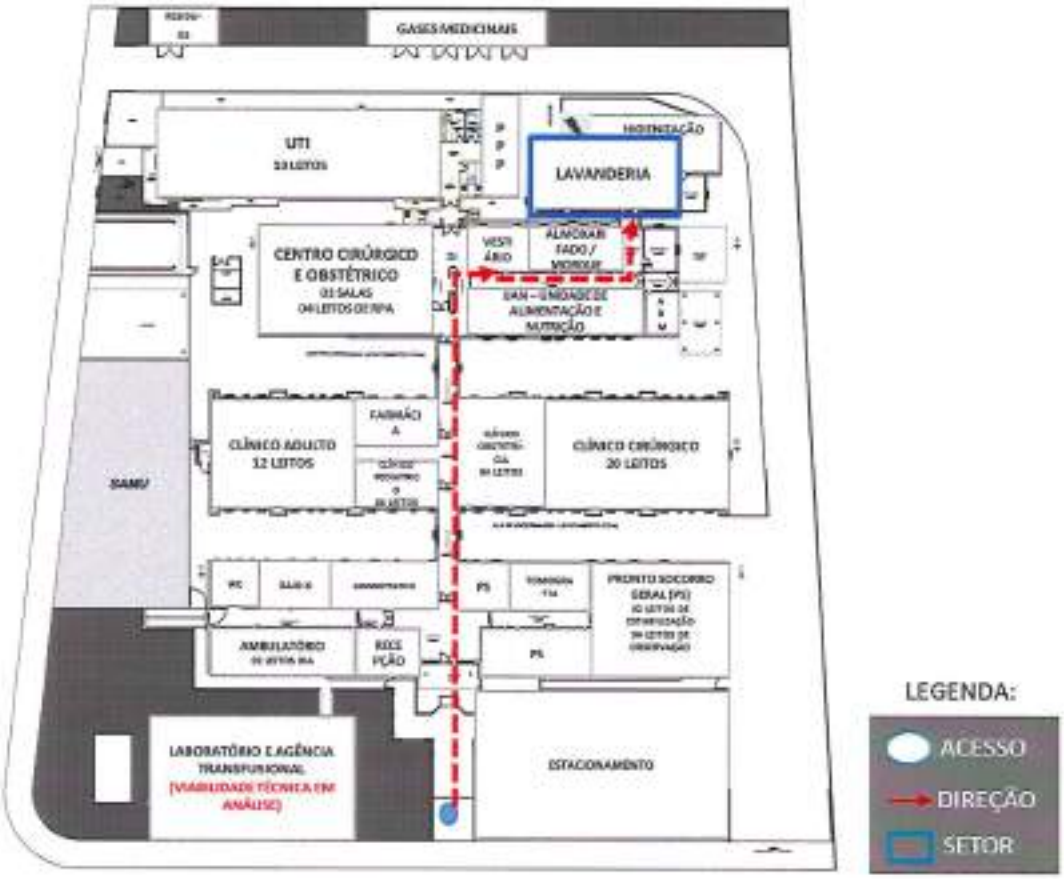
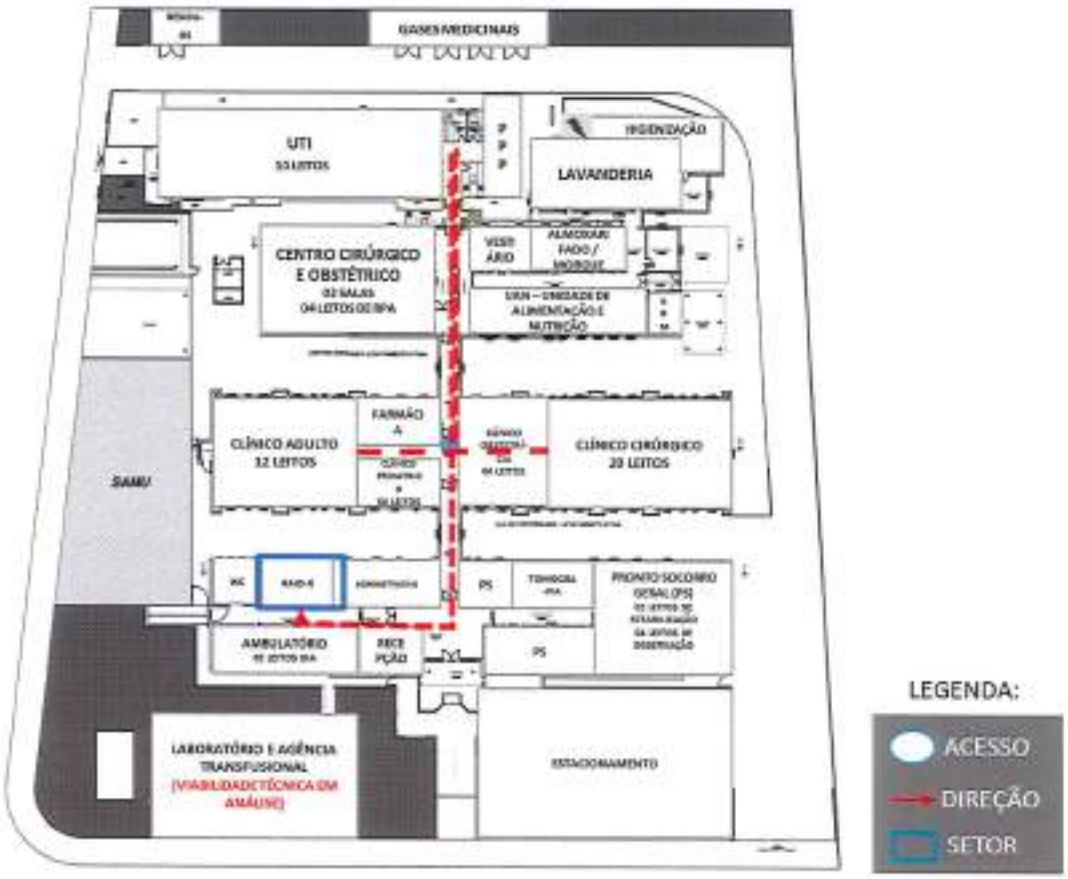




Imagem: Fluxo de acesso à Lavanderia.

3.2. Pacientes Internos e Acompanhantes (quando houver)

3.2.1. Fluxo de acesso a tomografia - Condutor identifica paciente para realização de exame; condutor e paciente (em maca) acessam o corredor principal até o Bloco C; seguindo pelo corredor à esquerda, acessam a sala de tomografia; após realização, condutor e paciente retornam pelo mesmo caminho;



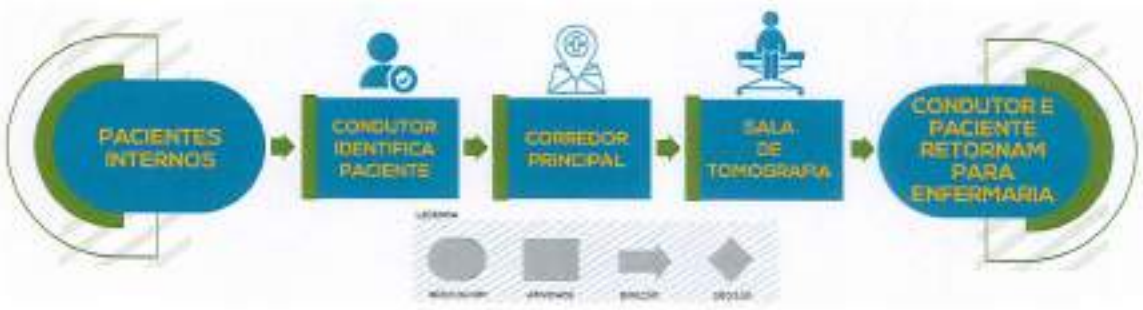


Imagem: Fluxo de acesso a tomografia - Pacientes Internos.

3.2.2. Fluxo de acesso ao Raio-X - Condutor identifica paciente para realização de exames; condutor e paciente (em maca) acessam o corredor principal até o Bloco C; seguindo pelo corredor à direita, acessam a sala de Raio-X; após realização, condutor e paciente retornam pelo mesmo caminho;

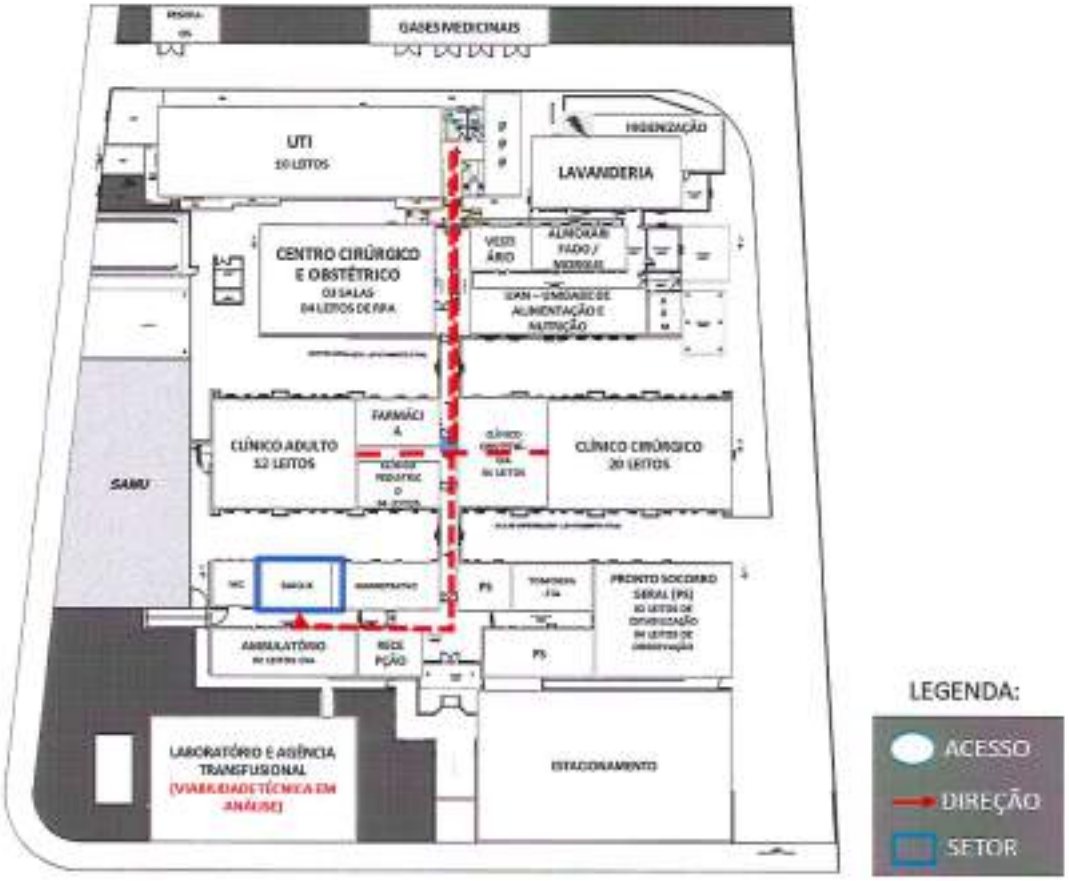




Imagem: Fluxo de acesso ao Raio-X- Pacientes Internos.

3.3. Pacientes Externos

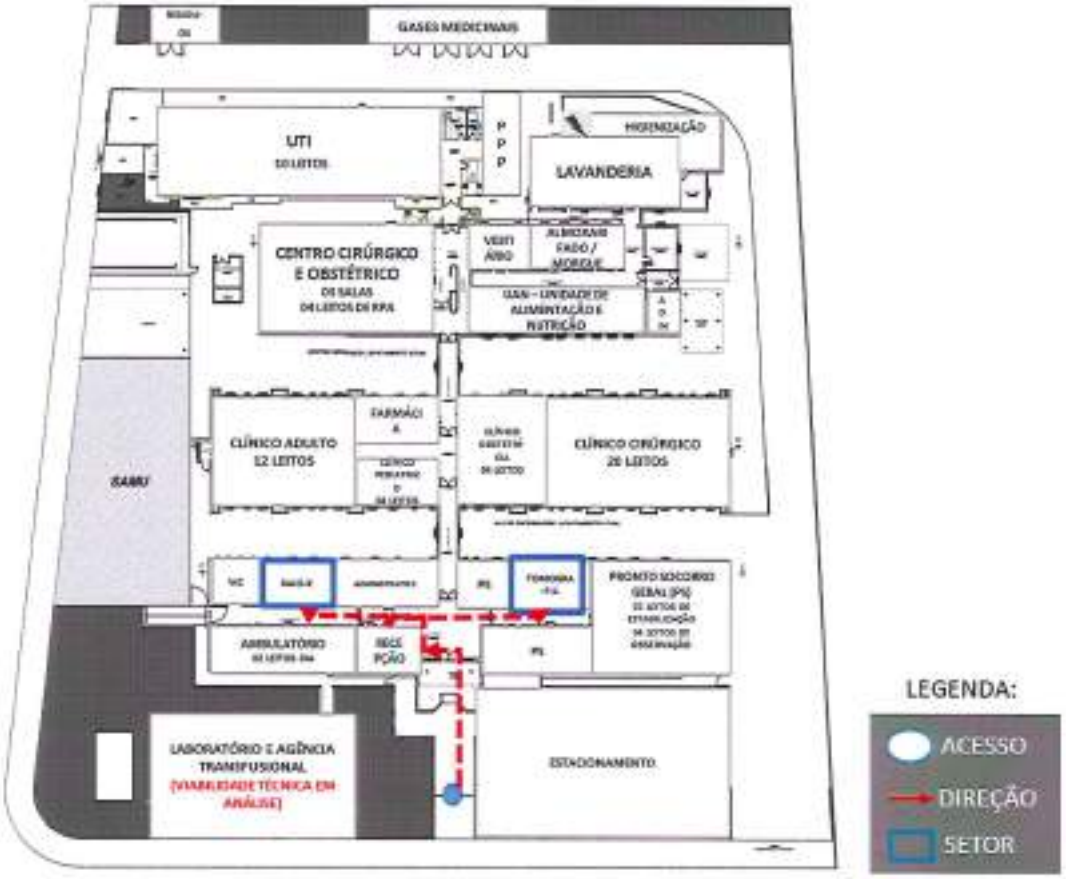
3.3.1. Atendimentos Ambulatoriais:

3.3.1.1. Fluxo de acesso aos Consultórios: Paciente acessa a Recepção Principal no Bloco C, retira senha e aguarda chamada; realiza cadastro, aguarda chamada para atendimento em consultório; após chamada em consultório e atendimento, dirige-se ao serviço de enfermagem para procedimentos (quando houver); após procedimentos, aguarda chamado para atendimento de retorno em consultório; após retorno e alta, dirige-se à saída pela Recepção Principal do Bloco C.



Imagem: Fluxo de acesso aos Consultórios.

3.3.1.2. Fluxo de acesso a tomografia e Raio-X - Paciente acessa a Recepção Principal no Bloco C, retira senha e aguarda chamada; realiza cadastro, aguarda chamada para atendimento; após atendimento e alta, dirige-se à saída pela Recepção Principal do Bloco C;



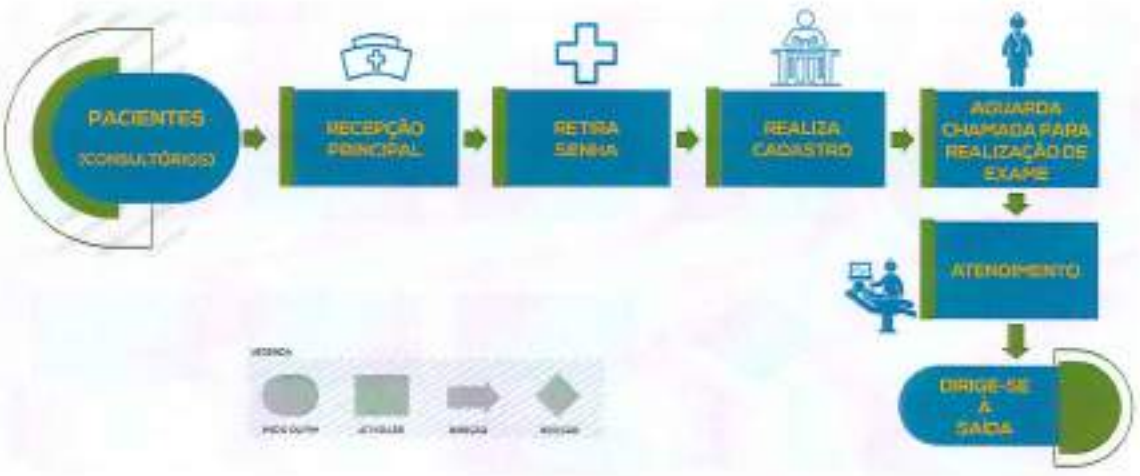
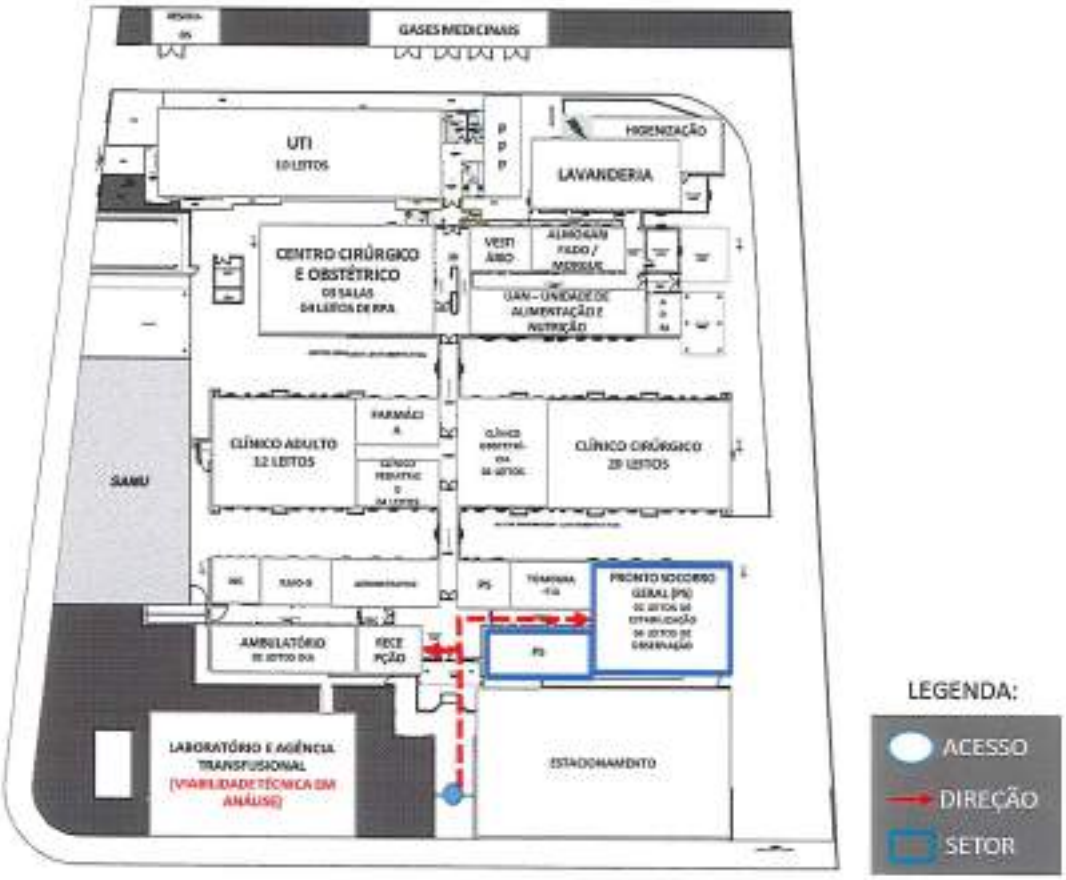


Imagem: Fluxo de acesso a tomografia e raio-X.

3.3.2. Atendimento de Urgência/Emergência:

3.3.2.1. Fluxo de acesso ao Pronto Socorro: Paciente acessa a Recepção Principal no Bloco C, retira senha e aguarda chamada para classificação de risco; após triagem, aguarda chamado para realização de cadastro; após cadastro, aguarda chamada para atendimento em consultório do Pronto Socorro; após chamada em consultório e atendimento, dirige-se ao serviço de enfermagem para procedimentos (quando houver); após procedimentos, aguarda chamado para atendimento de retorno em consultório; após retorno e alta, dirige-se à saída pela Recepção Principal do Bloco C; caso necessária internação, responsável pelo paciente dirige-se à Recepção Principal para realizar processo de internação.



3.4. Visitantes

3.4.1. Internações (Clínicas Adulto, Pediátrica, Cirúrgica e Obstétrica):

3.4.1.1. Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - Visitante acessa a Recepção Principal no Bloco C, retira senha e aguarda atendimento para cadastro e identificação; após atendimento e orientações das regras de visitas, será conduzido aos leitos de internação através do corredor principal; ao encerramento do horário de visita, visitante retorna à Recepção Principal pelo mesmo corredor principal para baixa do cadastro e dirige-se à saída;

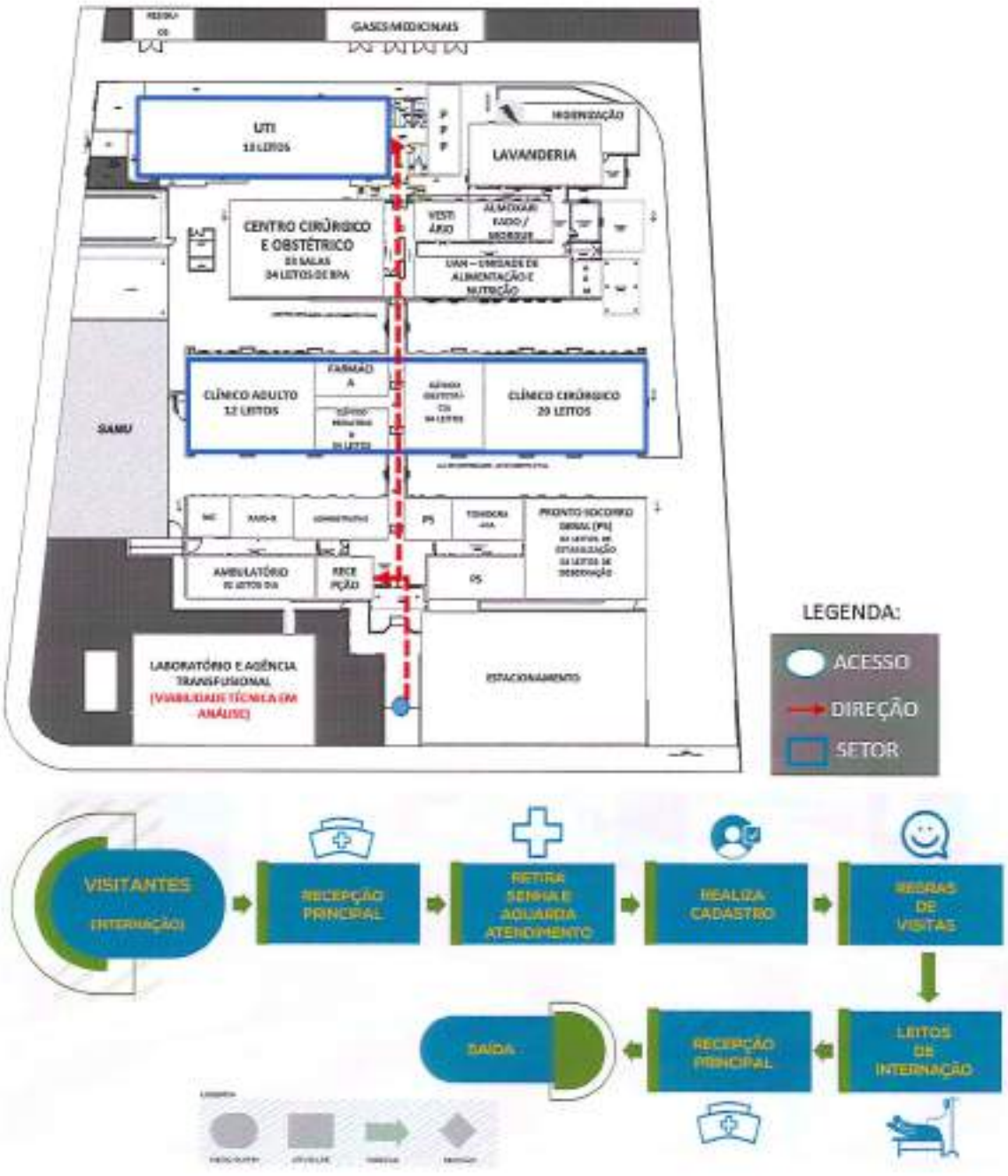


Imagem: Fluxo de acesso aos Leitos de Internação - Visitantes.

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

A gestão documental e o gerenciamento eletrônico nas unidades de saúde abrangem todos os tipos de arquivo e o prontuário médico, que registra as informações assistenciais dos pacientes. Este tipo de gestão demonstra o avança e o crescente desenvolvimento tecnológico nos serviços de saúde, abolindo cada vez mais as informações em papel e migrando para os meios eletrônicos.

No HESLMB serão implantados fluxos de documentos com o intuito de registrar todas as informações decorrente de cada atendimento, assim como dar segurança na longevidade de disponibilidade destas informações. Desta forma, destacamos os seguintes fluxos:

PRONTO-SOCORRO

1 - Paciente da entrada no Pronto Socorro "Demanda Espontânea";

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



Imagem: Tela de chamada para Classificação de Risco

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



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

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



Imagem: Tela de chamada para atendimento médico

Após o atendimento médico, as informações são encaminhadas para:

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

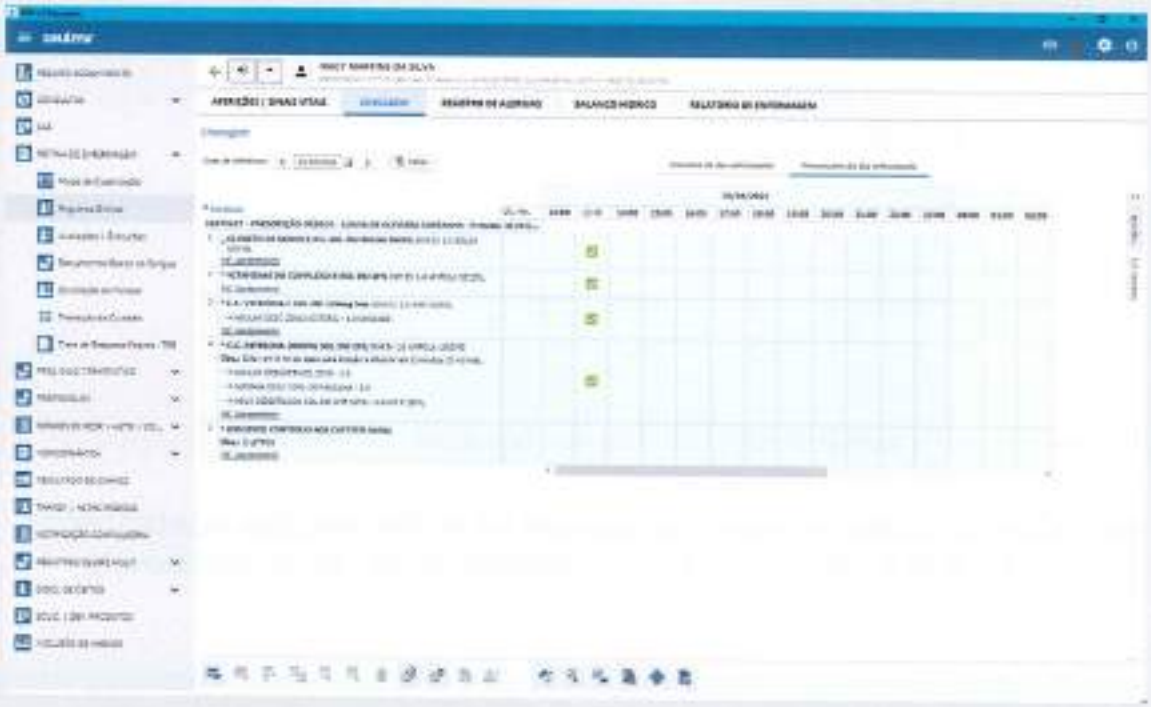


Imagem: Tela de Checagem de Procedimentos de Enfermagem

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

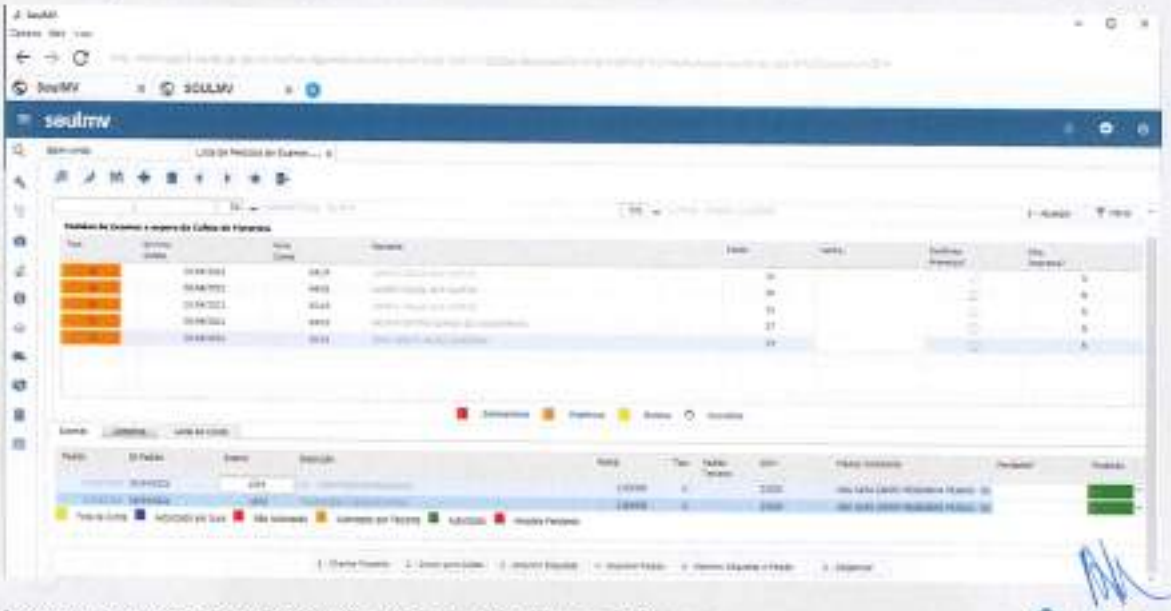


Imagem: Tela de visualização de solicitação de exames de imagem.

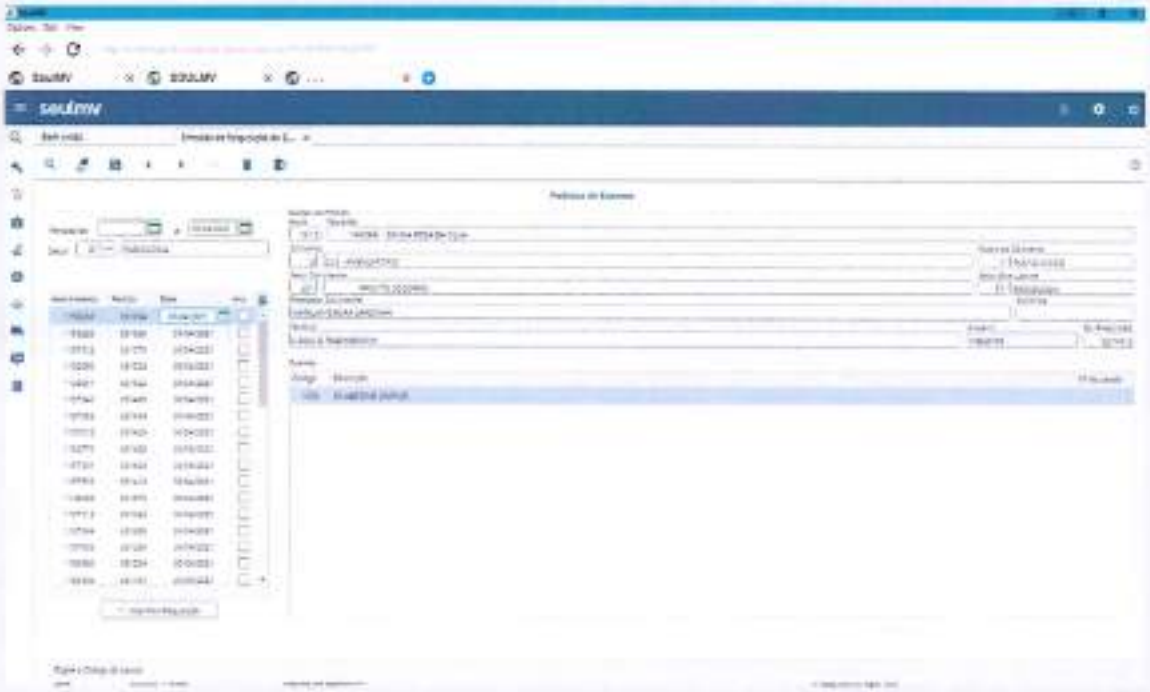


Imagem: Tela de visualização de solicitação de exames de imagem.

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



Imagem: Tela de Retorno Consultório Médico.

5 – Alta com registro da conduta em meio impresso ou eletrônico:



Imagem: Resumo de Alta.

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

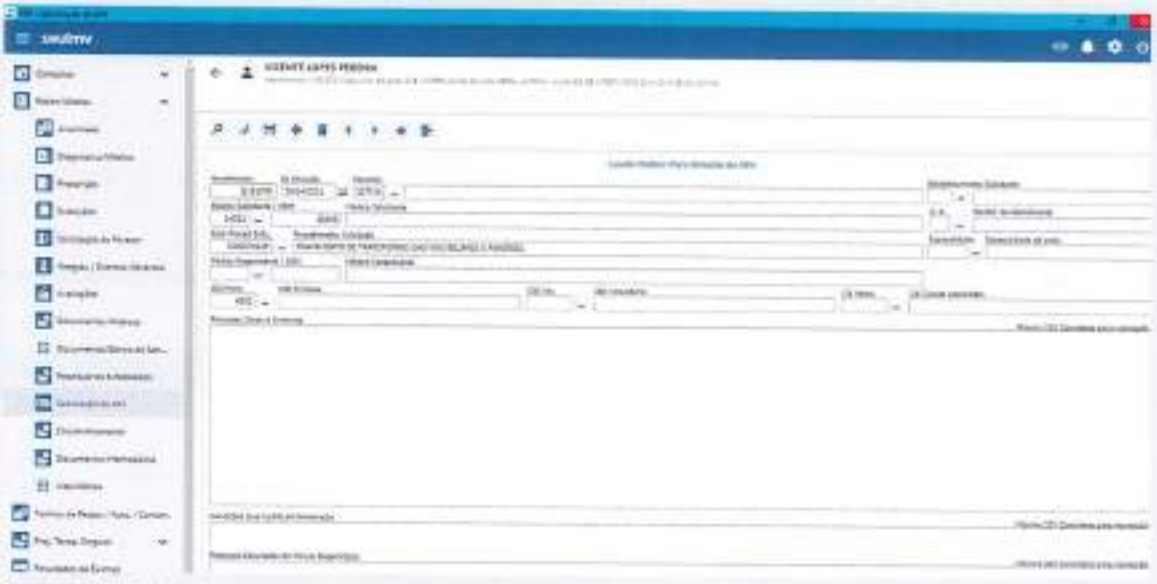


Imagem: Tela de Preenchimento de AIH.

Após o desfecho das condutas acima o registro de informação em prontuário são encaminhadas ao SAME.



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

INTERNAÇÃO

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

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

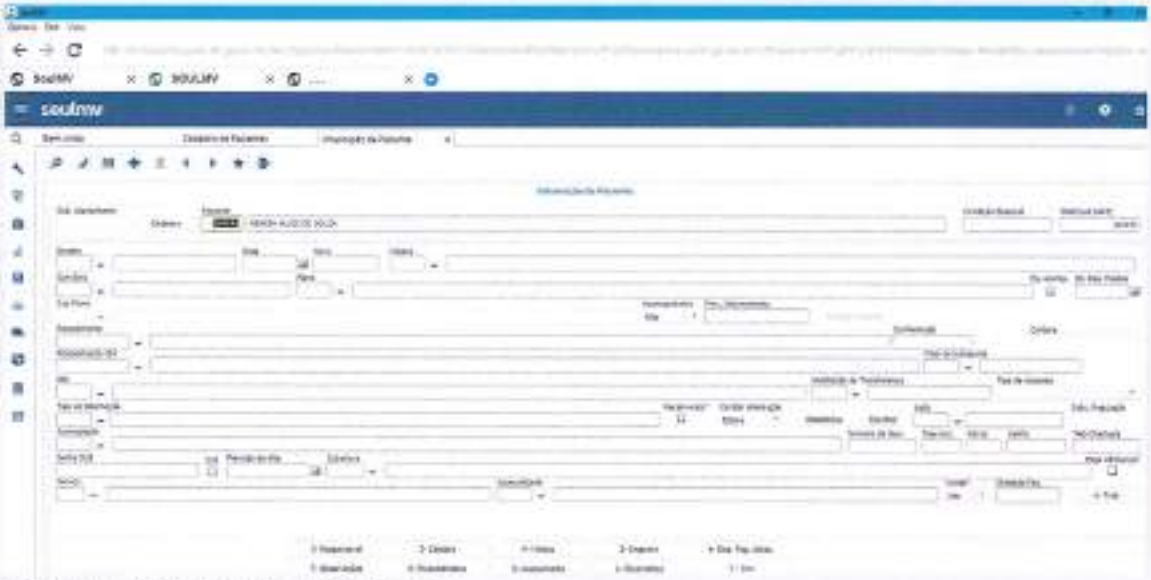


Imagem: Tela de Registro de Internação.

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



Imagem: Tela de Rotina de Enfermagem.

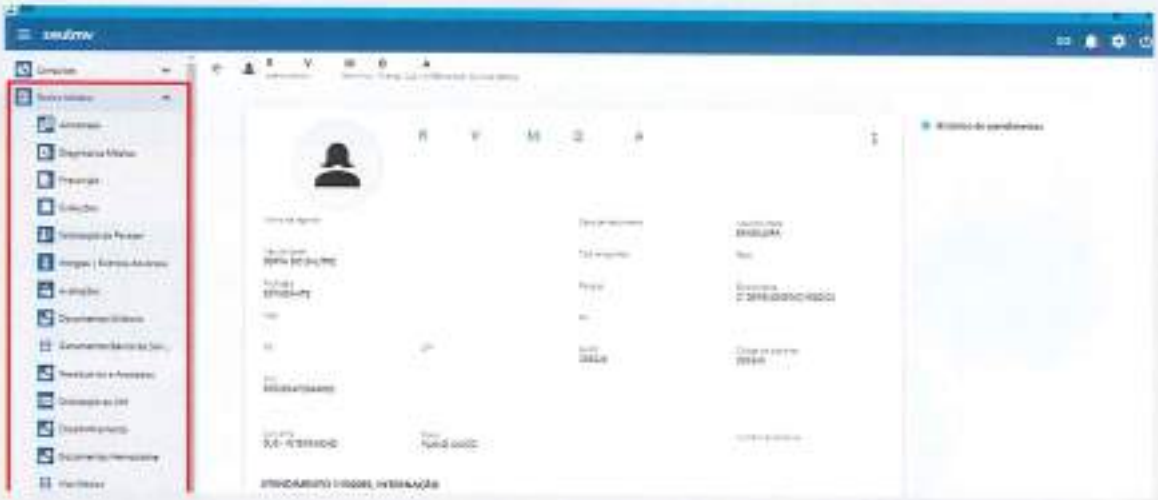


Imagem: Tela de Rotina Médica.



Imagem: Tela de Rotina Equipe Multidisciplinar.

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

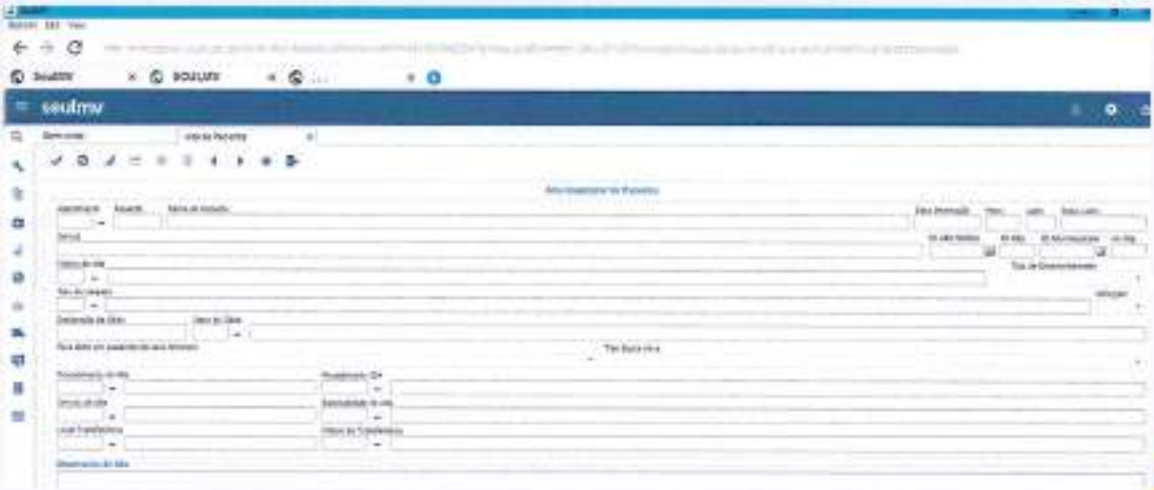


Imagem: Tela de Efetivação de Alta melhorada; Transferência Externa ou Óbito.

Após o desfecho das condutas acima o registro de informação em prontuário são encaminhadas ao SAME.

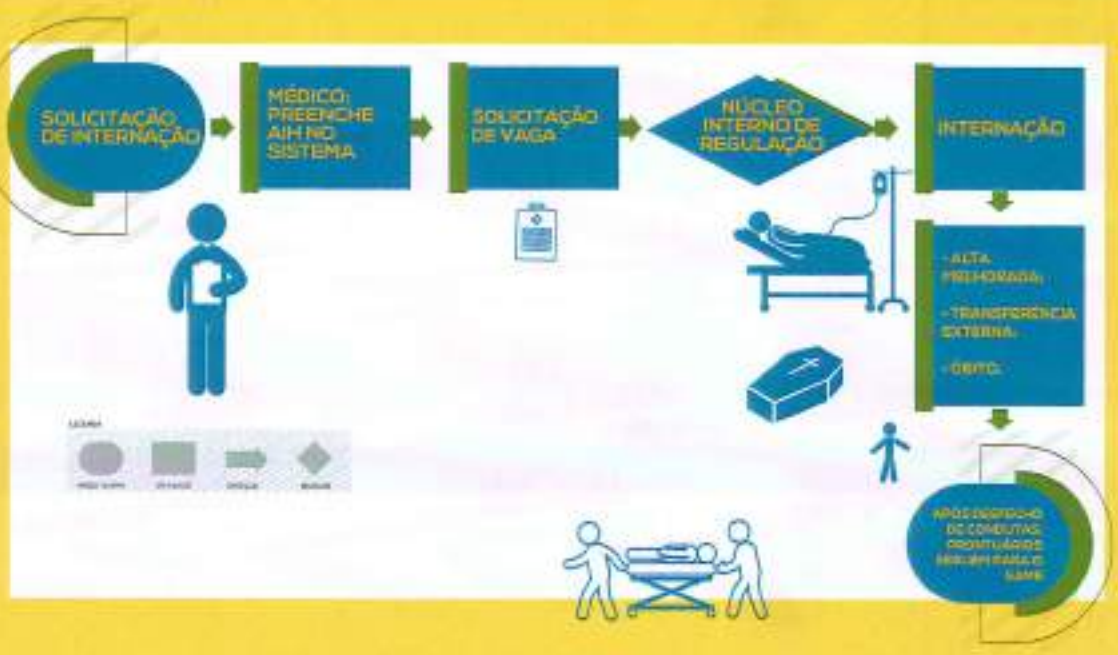


Imagem: Fluxo para Registro de Documentos de Internação.

DISPENSAÇÃO DE PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 – O médico registra a prescrição médica de forma eletrônica/impressa:

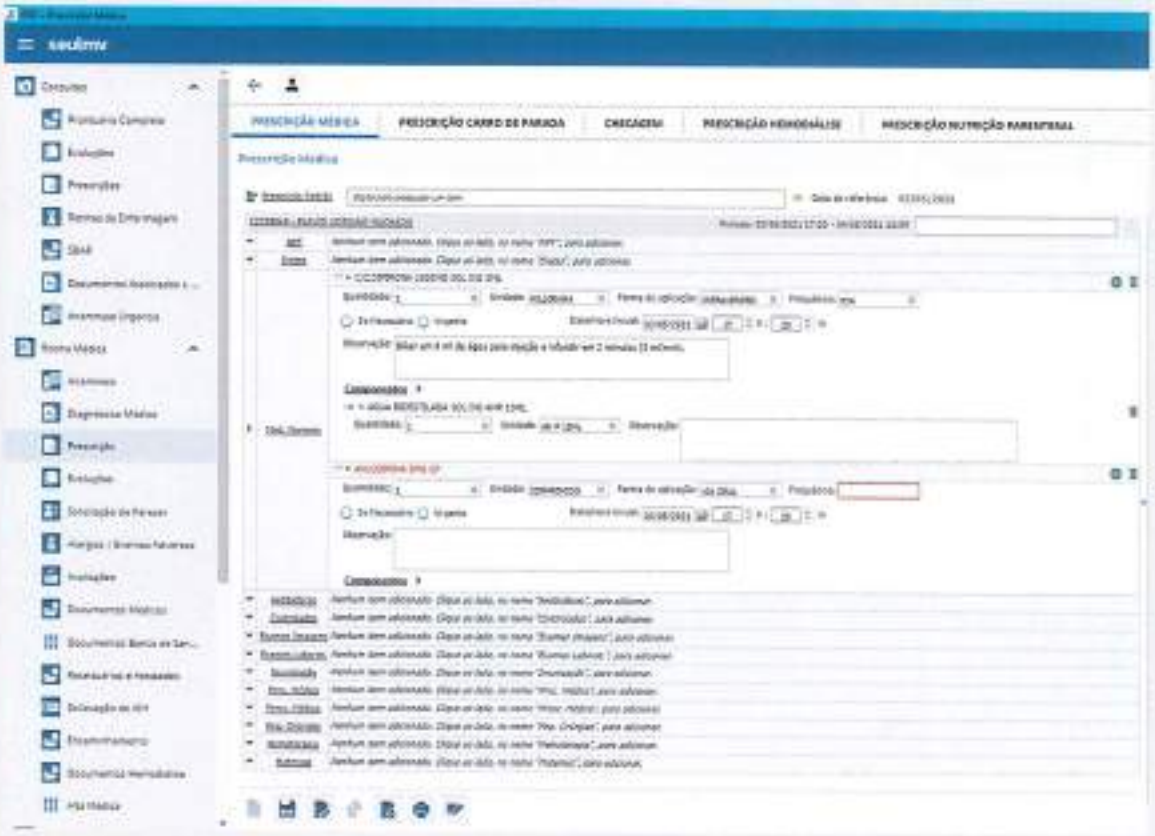


Imagem: Tela de Prescrição Médica

2 – O farmacêutico acessa o registro para realização para avaliação farmacêutica:



Imagem: Tela de Registro de Avaliação Farmacêutica

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

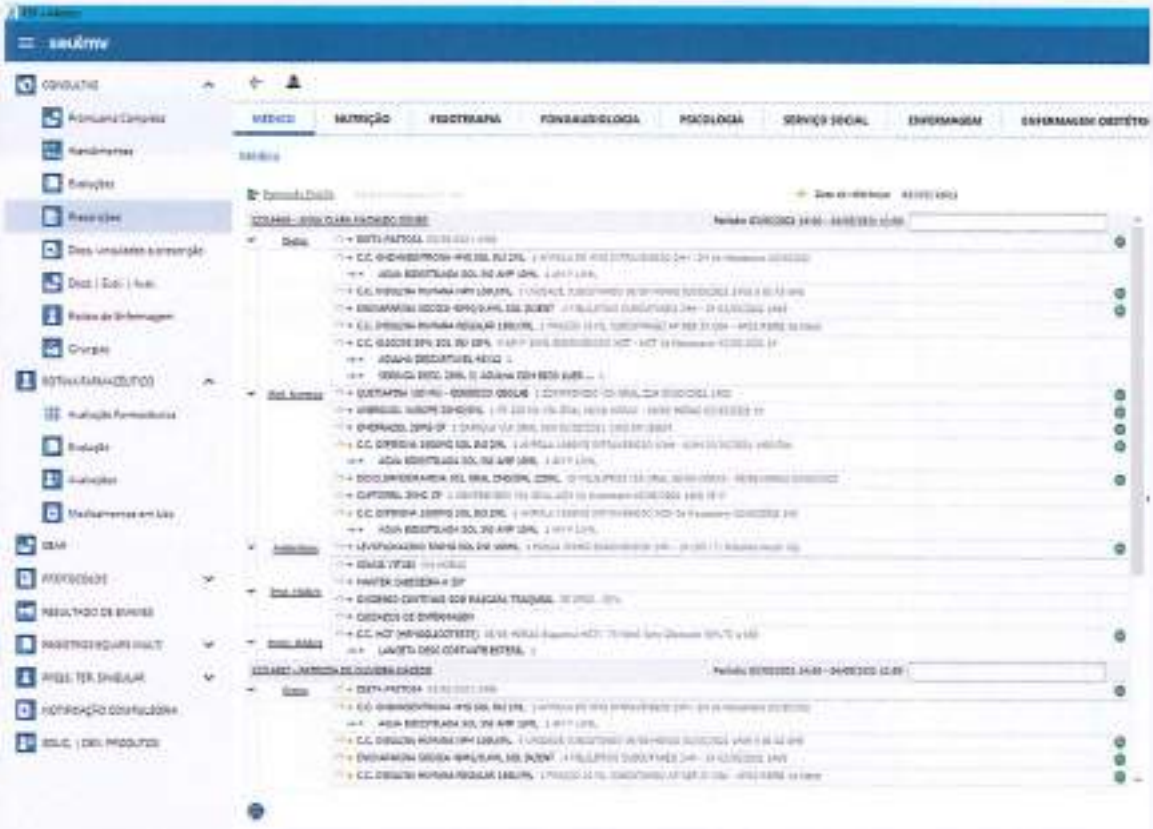


Imagem: Tela de Visualização de Prescrição

4 – Separados, é realizado a baixa dos MAT/MED prescritos e entregue no posto de enfermagem correspondente ao paciente.

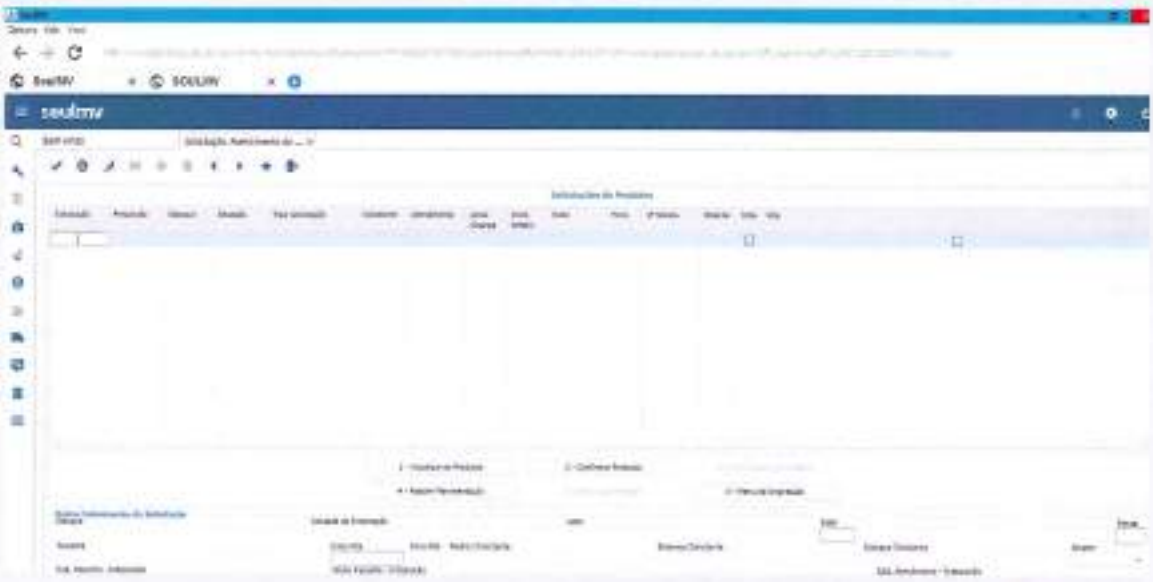


Imagem: Tela de Baixa de Produtos



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Dispensação de Prescrição Médica

DISPENSAÇÃO DE MAT/MED SETORIAL

1 – O setor requisita os MAT/MED necessários eletrônico/impresso para CAF / ALMOXARIFADO/ FARMACIA:

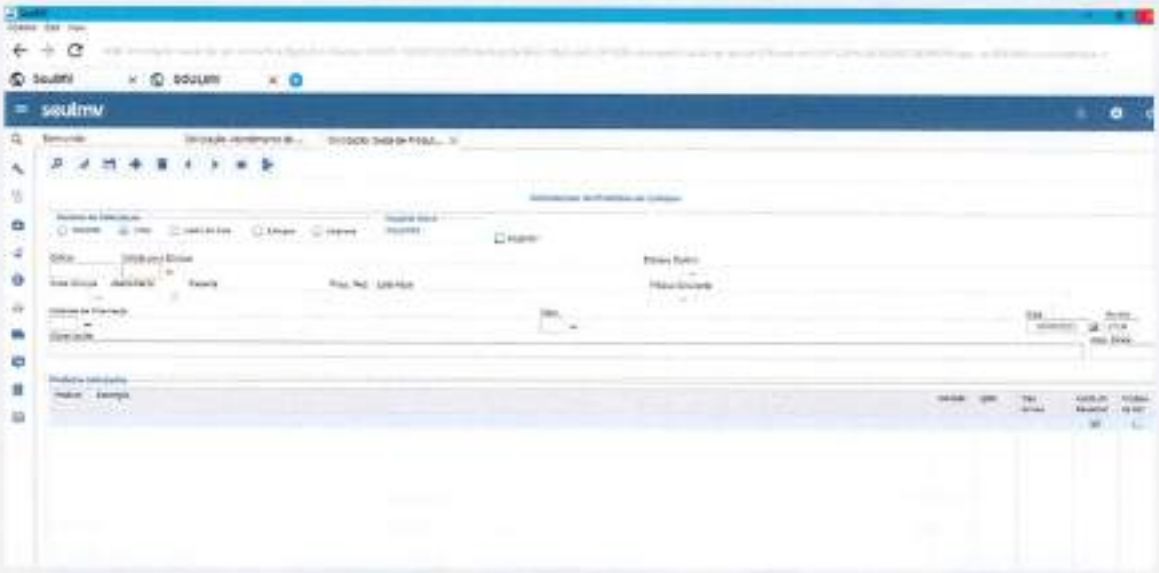


Imagem: Tela de Requisição de Produtos.

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

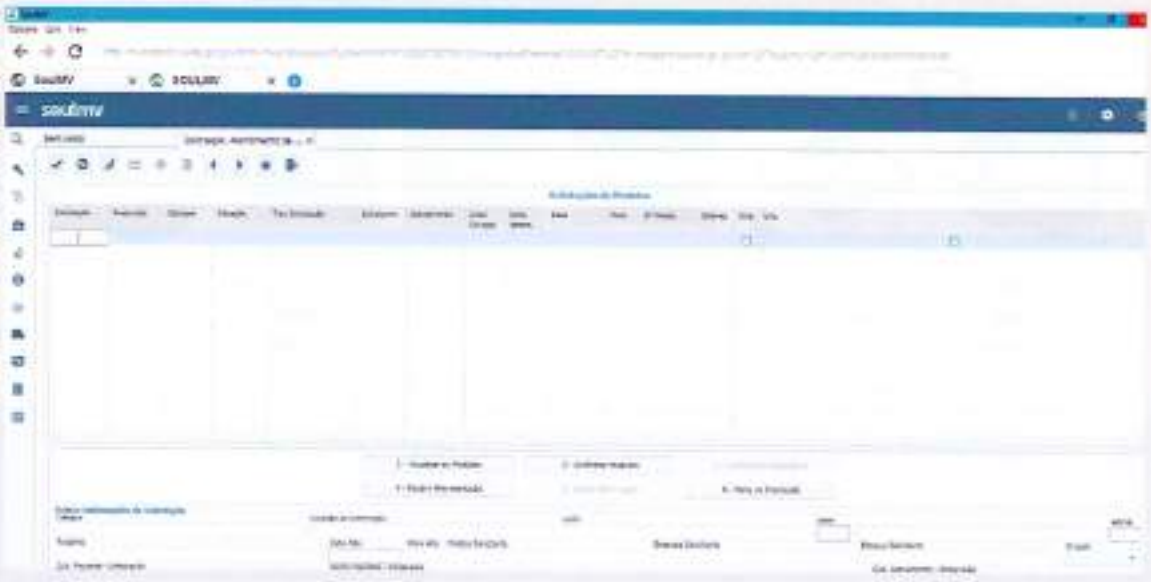


Imagem: Tela de Visualização de Produtos Solicitados

3 – Separado, é realizado a baixa dos MAT/MED solicitados e entregue no setor solicitante.

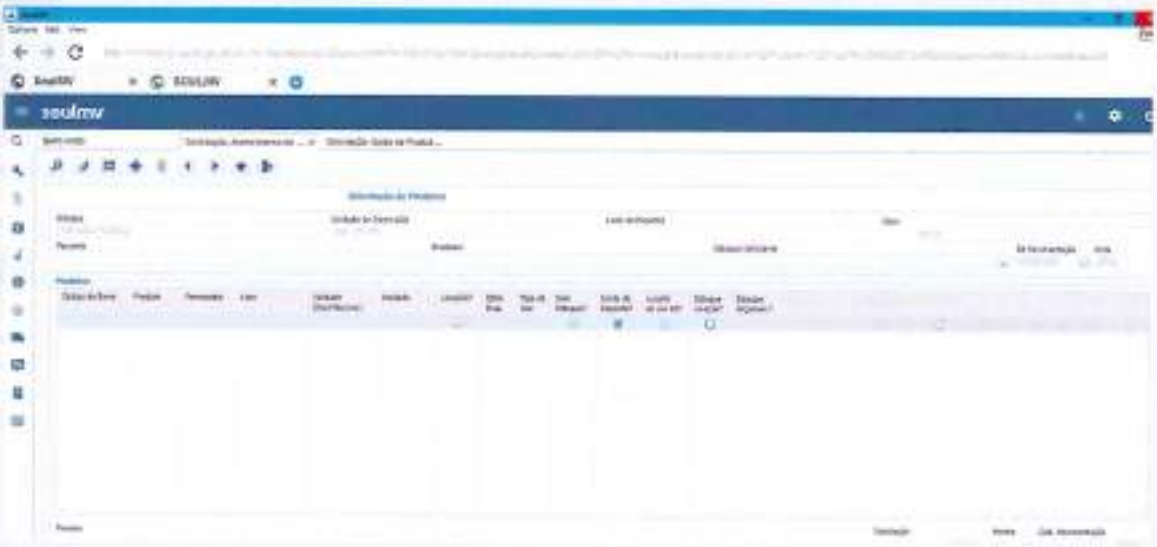


Imagem: Tela de Baixa de Produtos Solicitados



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

TRANSFERÊNCIA DE MAT/ MED DO CAF PARA A FARMÁCIA

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

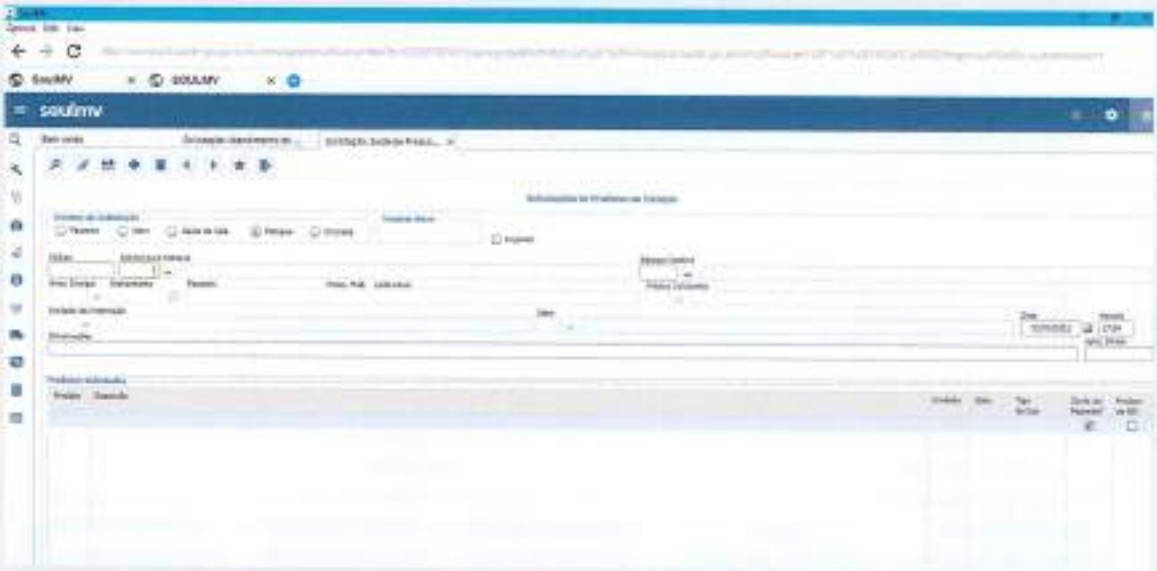


Imagem: Tela de Solicitação de Transferência de MAT/MED

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

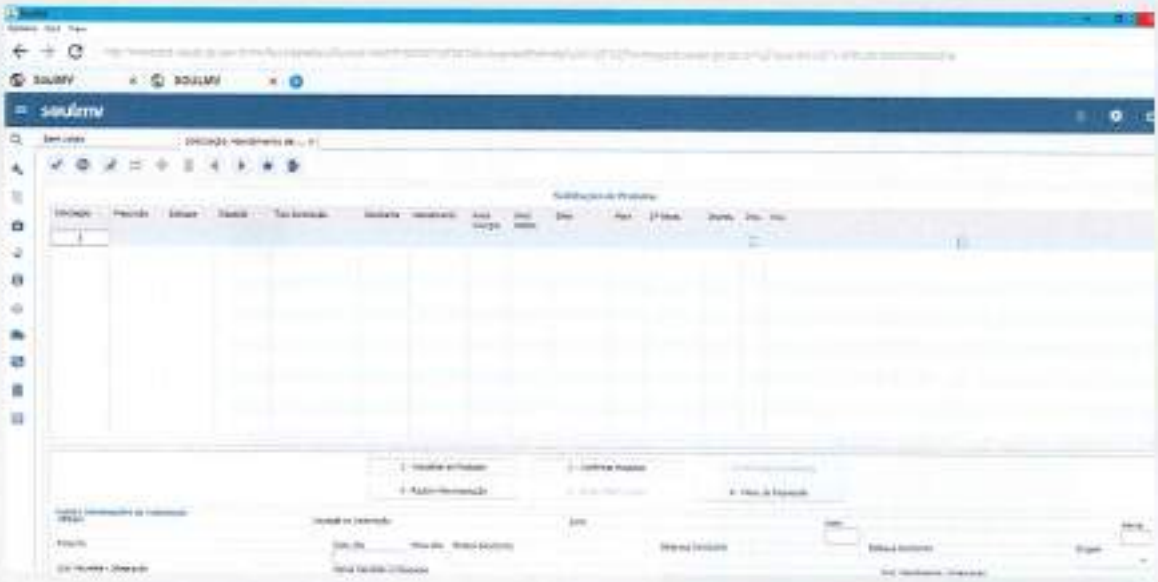


Imagem: Tela de Baixa de Transferência de MAT/MED

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



Imagem: Tela de Confirmação de Transferência.



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Transferência de MAT/MED do CAF para a Farmácia.

AMBULATORIAL /PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

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



imagem: Tela de Consulta de Agenda Ambulatorial

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

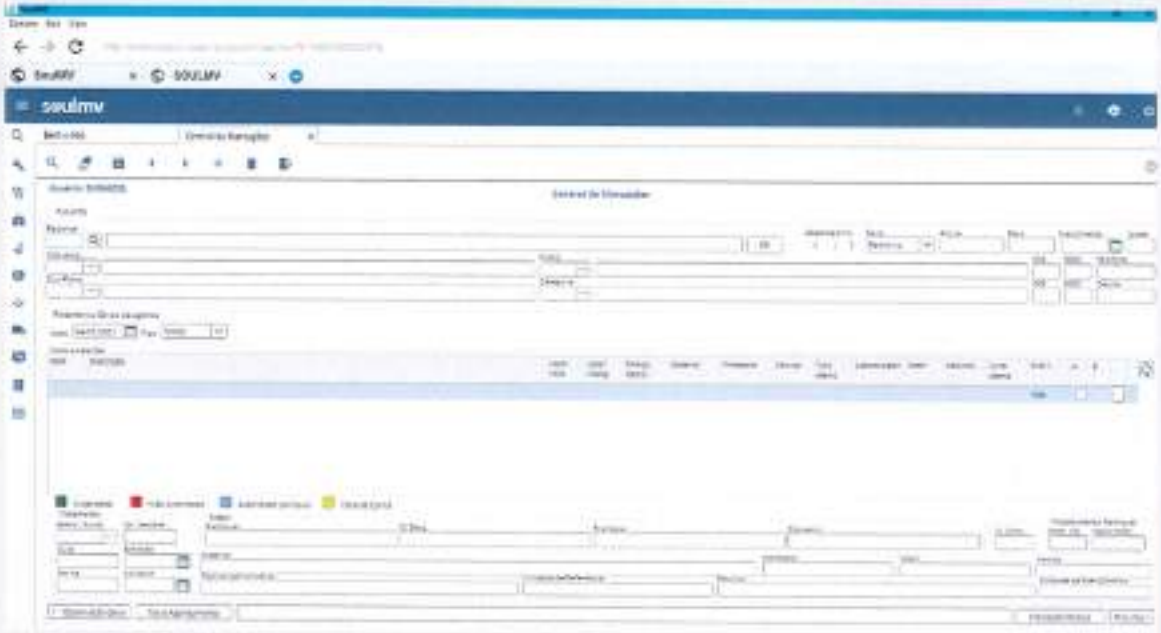


Imagem: Tela de Agendamento de Consulta Ambulatorial

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



Imagem: Tela de Atendimento Médico - Ambulatorial

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

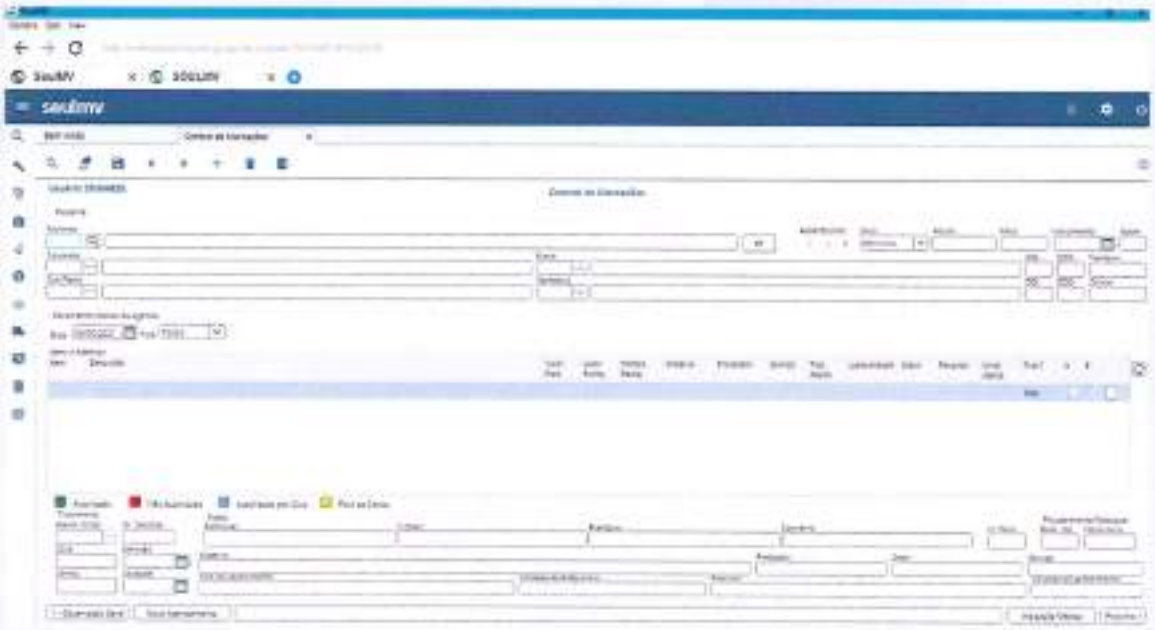


Imagem: Tela de Marcação de USG e Retorno



Imagem: Tela de Marcação de Procedimento Cirúrgico

Após o agendamento, o paciente comparece a unidade na data marcada para a realização do procedimento.



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

FATURAMENTO DE BPA (BOLETIM DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL)

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

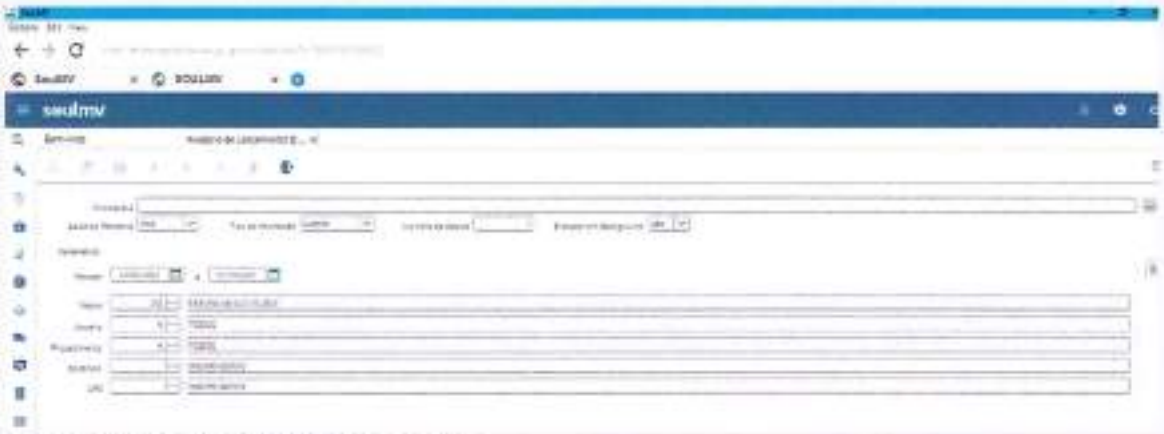


Imagem: Tela de Visualização de Consultas

2 – É verificado no BPA os profissionais que realizaram os procedimentos:

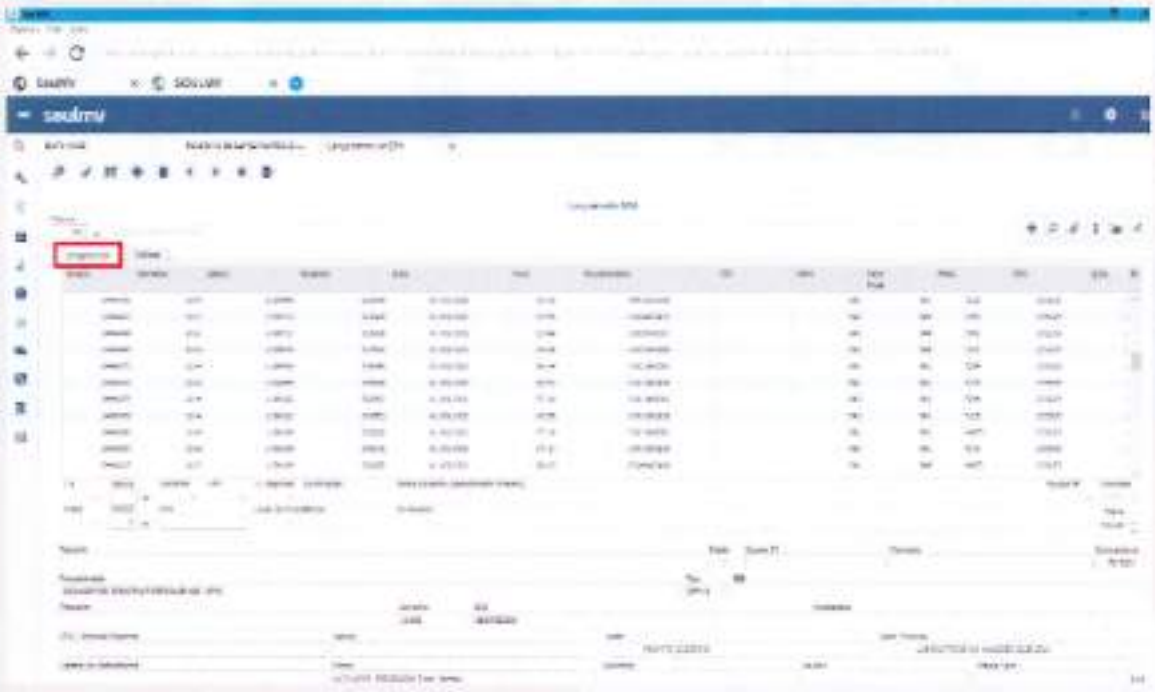


Imagem: Tela Consulta de Procedimentos Realizados por Profissional

3- Verificado e corrigido os lançamentos é visto a crítica (erro pendente):

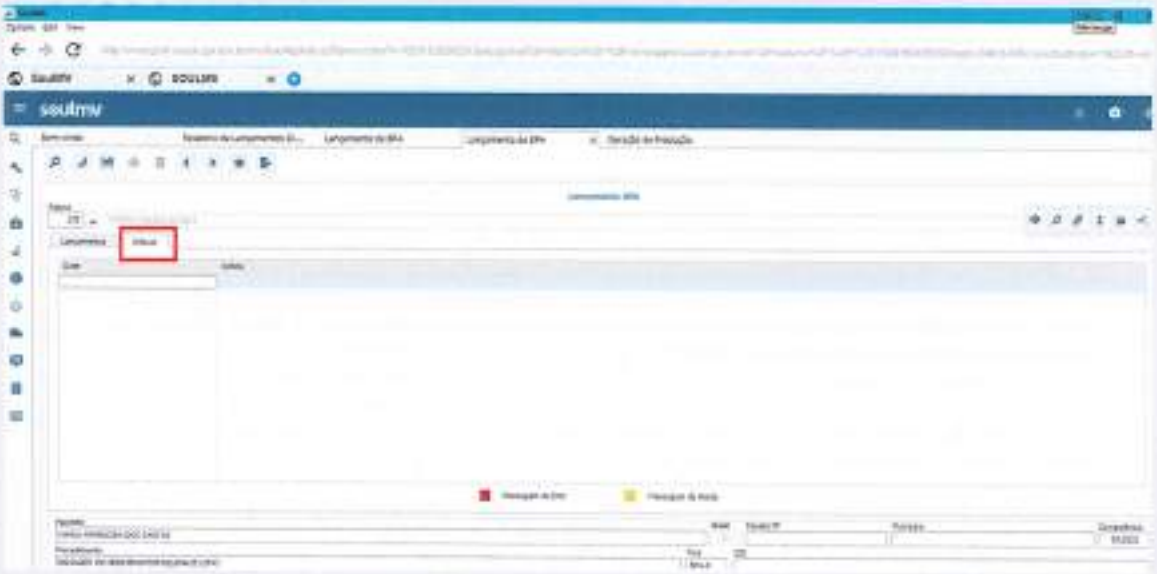


Imagem: Tela de Visualização de Prescrição

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

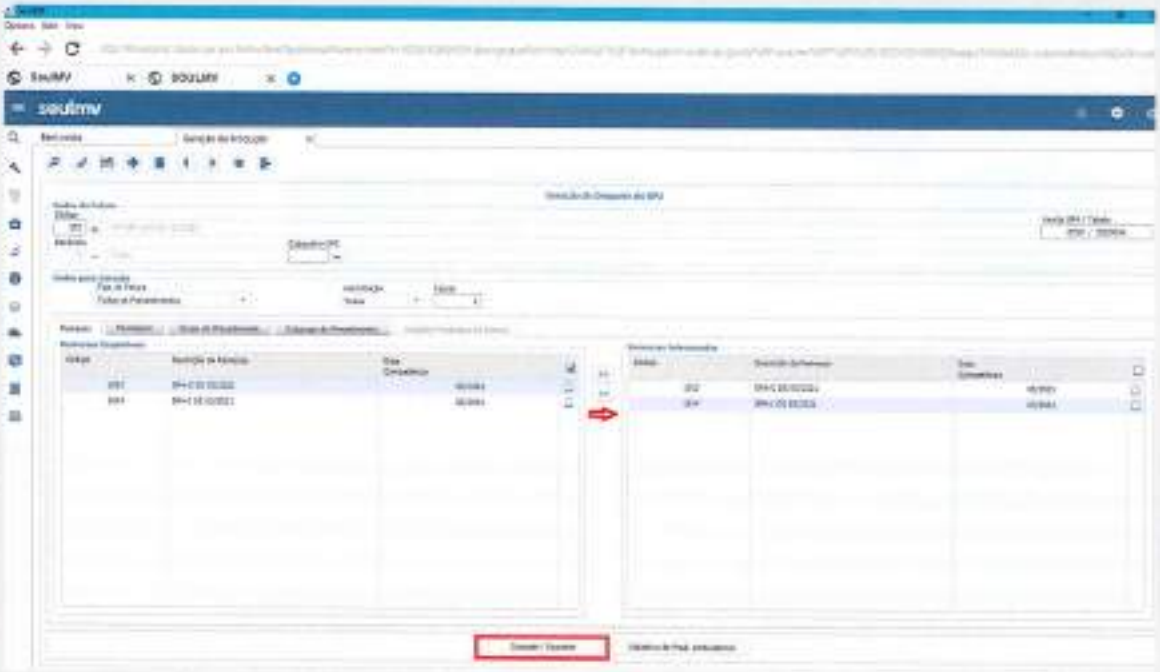


Imagem: Tela de Exportação de Produção

5 – Arquivo gerado do BPA, enviar para o órgão regulador.

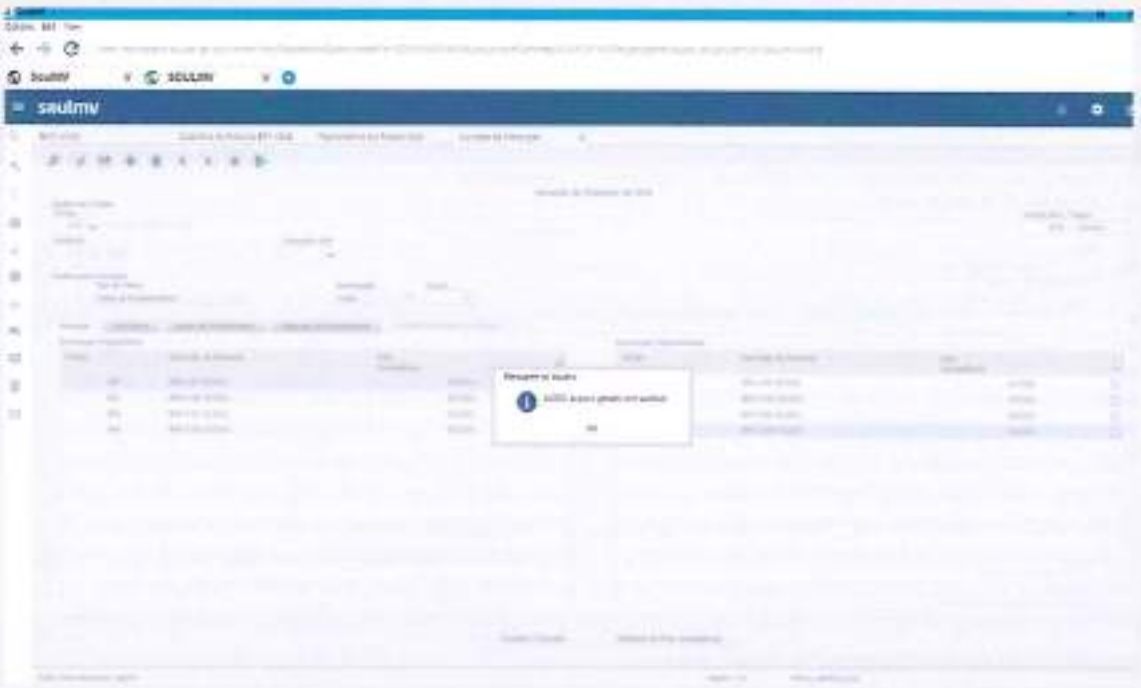


Imagem: Tela de Geração do Arquivo de BPA.



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

FATURAMENTO DE AIH (AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)

1 – Visualizar os registros de altas no periodo:

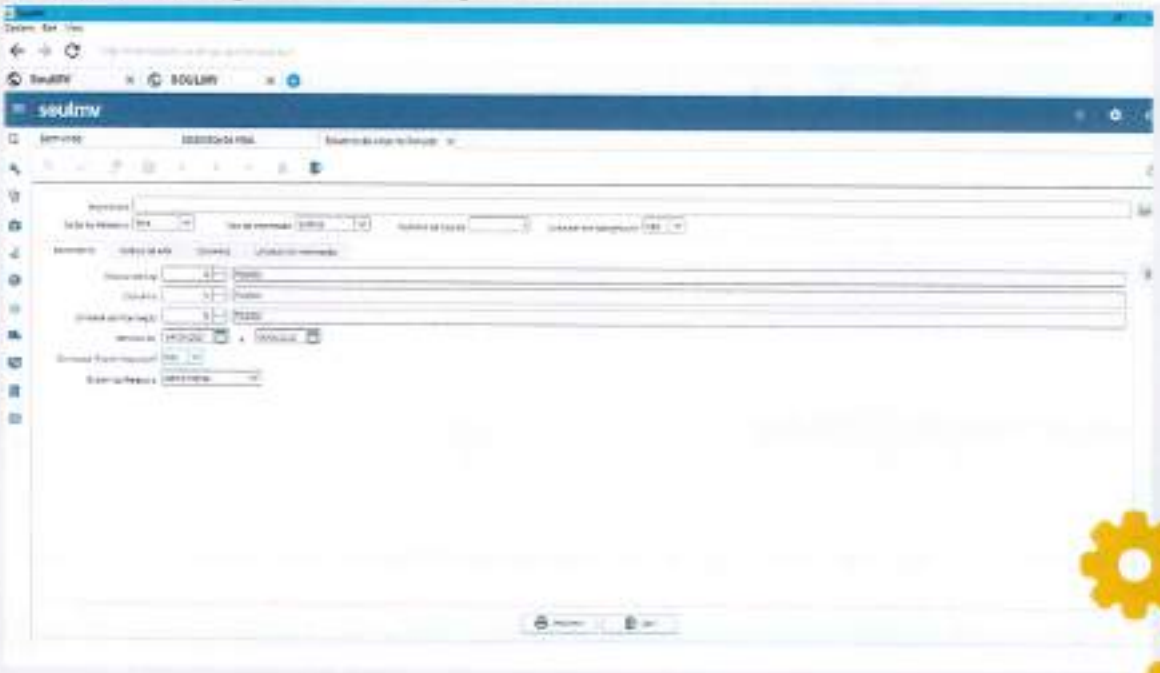


Imagem: Tela de Visualização de Altas

2 – Analisar os registros da equipe Multidisciplinar no prontuário:

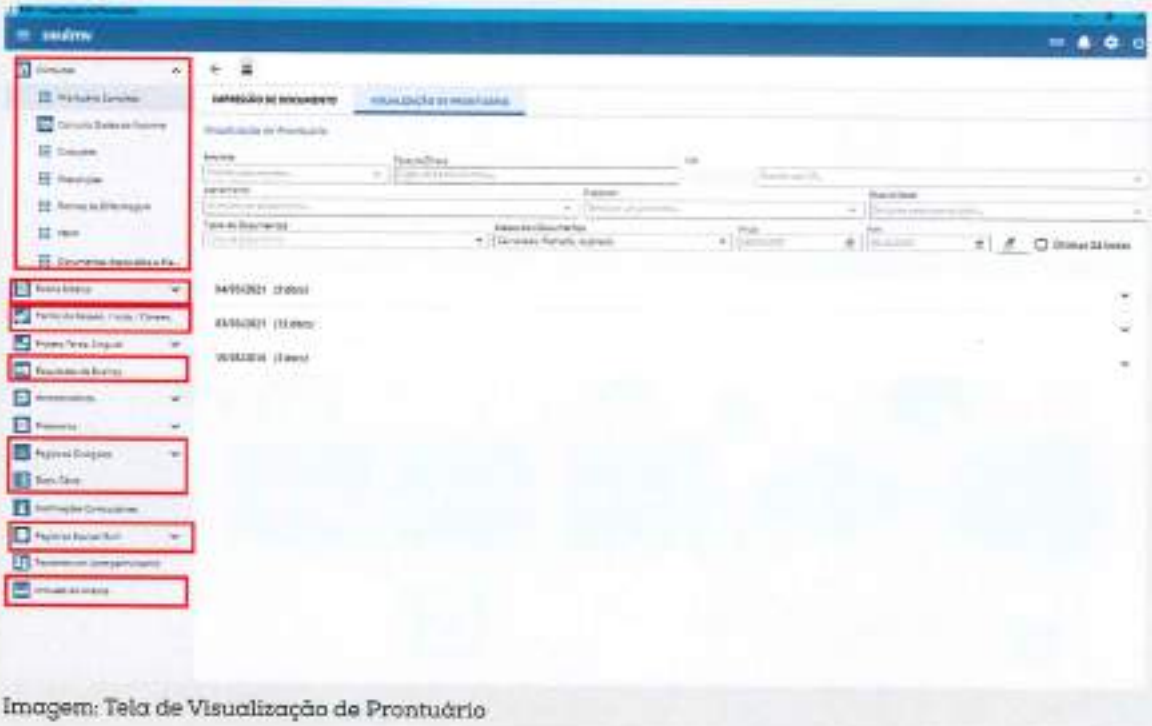


Imagem: Tela de Visualização de Prontuário

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

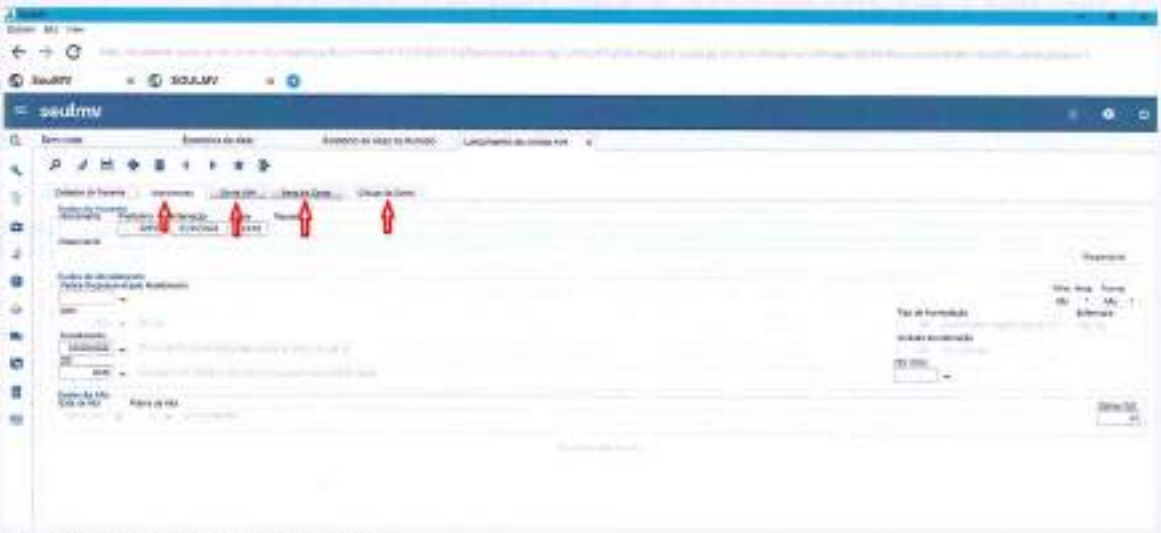


Imagem: Tela de Análise da Conta

4- Liberado o código autorizador gerar-se o arquivo de AIH para envio ao órgão regulador.



Imagem: Tela de Geração do Arquivo de AIH.



Imagem: Fluxo de Registro de Documentos – Faturamento de AIH (Autorização de Internação Hospitalar).

ITEM 1.1.1.3 FLUXOS UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS/ROUPAS

FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS (LAVANDERIA)

A lavanderia hospitalar se constitui em um serviço importante e contribui indiretamente para o cuidado em saúde. É responsável pelo processamento e distribuição do enxoval em perfeitas condições de higiene, conservação e quantidade, sendo a roupa limpa indispensável ao funcionamento eficiente de uma instituição. Todos os setores do hospital HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS (HESLMB), são dependentes do adequado funcionamento da lavanderia, uma vez que ela auxilia no controle das infecções hospitalares, na segurança e no conforto dos pacientes.

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

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

Unidade de processamento de roupas do HESLMB

A Unidade de processamento de roupas do HESLMB está localizada dentro da Unidade com acesso direto ao corredor central facilitando assim o processo de recolhimento e distribuição de enxoval.

O formato da lavanderia do HESLMB possi-

bilita um fluxo racional de trabalho de processamento de roupa, seguindo um fluxo progressivo, como em uma linha de montagem industrial, evitando cruzamento de circulações das atividades.

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

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

A. ÁREA SUJA

É a área, na unidade de processamento de roupas de recebimento, separação, pesagem e lavagem das roupas. Podemos dizer que se trata de uma espécie de "central de microrganismos", está área se caracteriza por apresentar: mau odor; risco de contaminação e fadiga. Esta área deve ser absolutamente separada do restante da lavanderia por meio de parede até o teto (barreira de contaminação) para evitar a dispersão dos microrganismos pelas áreas limpas, o que levaria a recontaminação da roupa.

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

B. ÁREA LIMPA

Área Limpa Molhada

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

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

Área Limpa Seca

Nesta área ficam as secadoras e calandras. As

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

C. ROUPARIA

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

D. ÁREA DE COSTURA

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

Fluxo do processamento de roupas

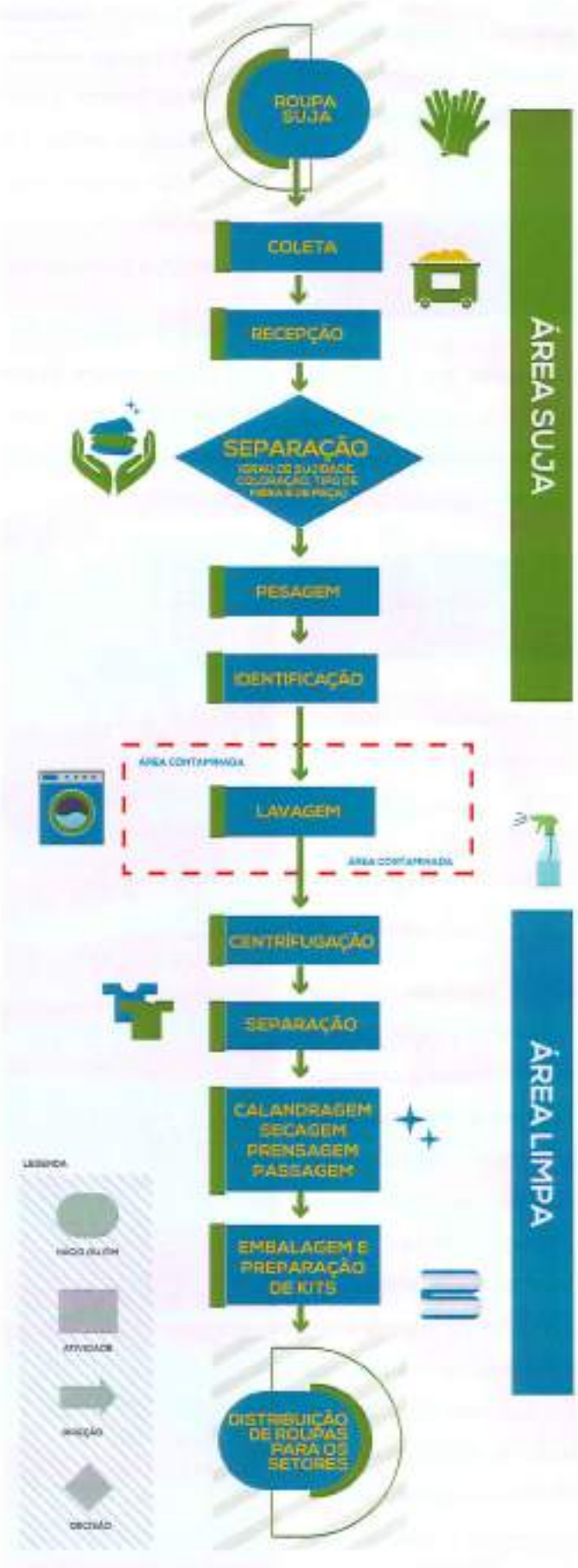
As roupas hospitalares representam todo e qualquer tecido utilizado dentro do ambiente hospitalar que necessita passar por um processo de lavagem e secagem para sua reutilização. As roupas hospitalares incluem, dentre outros: lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes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

A Unidade de processamento de roupas do HESLMB e um setor de apoio com a finalidade de coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todos os setores e subunidades do Hospital.

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



Fluxo unidirecional de roupas do HESLMB



FLUXO UNIDIRECIONAL DA LAVANDERIA DO HESLMB



FLUXO UNIDIRECIONAL:

ÁREA SUJA	ÁREA LIMPA	ÁREA DE APOIO
1- Recepção de roupas Sujas	8- Centrifuga	15- ADM Lavanderia
2- Separação das roupas	9- Secagem	16- DML área limpa
3- Pesagem	10- Prensagem	
4- Identificação	11- Passagem	
5- Lavagem	12- Dobragem	
6- DML área suja	13- Conserto	
7- Vestiário	14- Distribuição	

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

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

VISA/2009" e pelo "Manual de Lavanderia Hospitalar - Ministério da Saúde/1986"

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

DESCRIÇÃO DO FLUXO DE PRODUÇÃO DA LAVANDERIA

Fluxo unidirecional para coleta de roupas suja

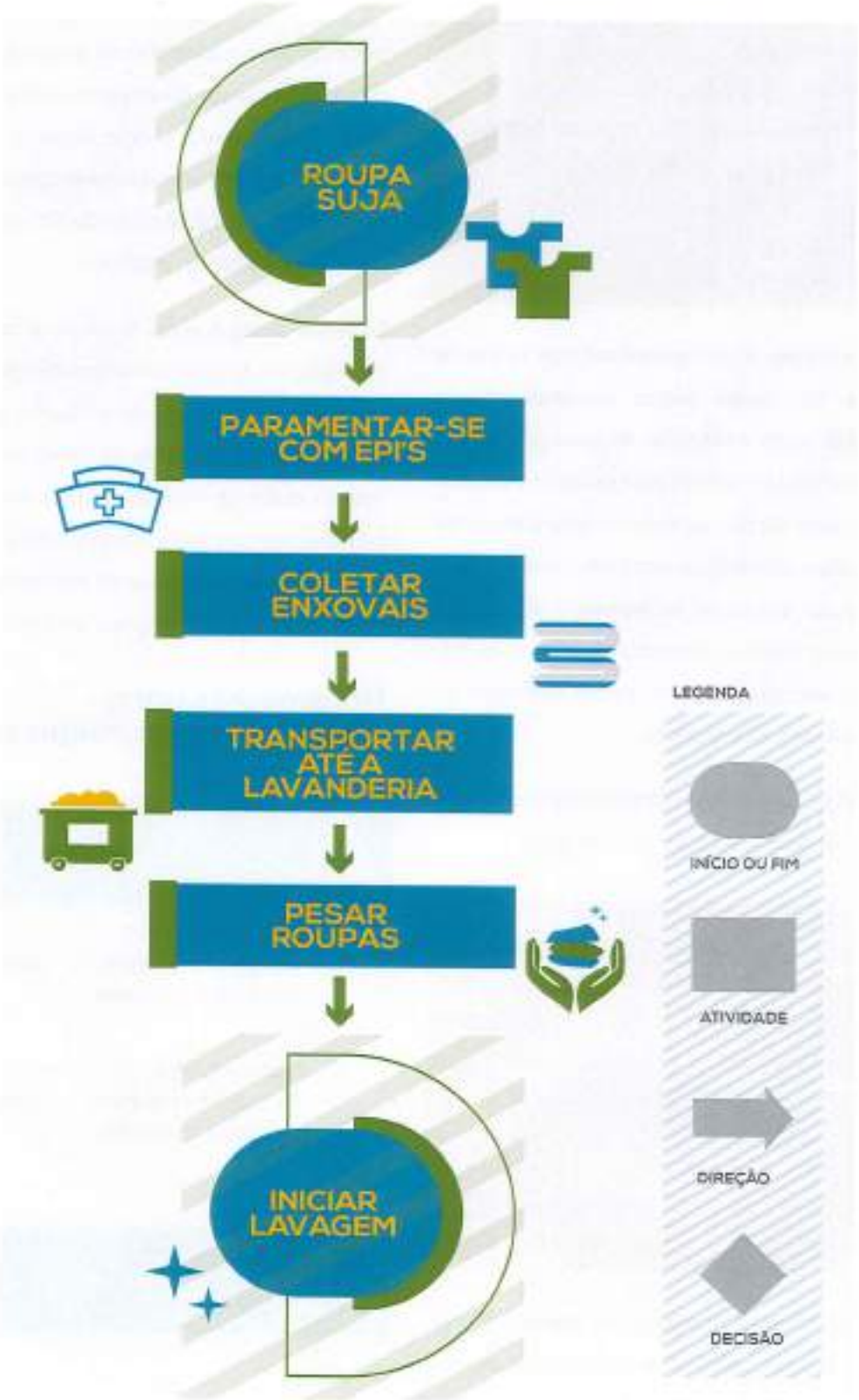
COLETA: A COLETA DE ROUPAS É CONSIDERADA O INÍCIO DE TODO O PROCESSAMENTO DE LAVAGEM E DE EXTREMA IMPORTÂNCIA, SEMPRE DEVERÁ ACONTECER EM HORÁRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS, CONTRIBUINDO PARA AGILIZAR A ROTINA DE RETIRADA DAS ROUPAS SUJAS DAS UNIDADES, DEVENDO PERMANECER O MENOR TEMPO POSSÍVEL DENTRO EVITANDO A PROLIFERAÇÃO DE MICRORGANISMOS.

A seleção das roupas se inicia no momento da coleta, para escolha do método de lavagem adequado. Os hampers devem serem identificados quanto ao tipo de roupa: lençóes/cobertores, poupas infectadas ou roupas privativas, além da unidade de origem. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado, outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade3,11 e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

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



Diagrama do fluxo unidirecional de coleta de roupas sujas



Processos de lavagem de roupas sujas e funções:

RECEPÇÃO - TERMINADA A COLETA NAS UNIDADES, A ROUPA SUJA É TRANSPORTADA À RECEPÇÃO DO SETOR DE ROUPA SUJA, PARA O PROCESSAMENTO NO ÂMBITO DE LAVANDERIA. NA ÁREA DE RECEPÇÃO, A ROUPA É RETIRADA DO CARRO DE COLETA, PARA SER SEPARADA E PESADA, SENDO REGISTRADO EM IMPRESSO PRÓPRIO.

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

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

SEPARAÇÃO - NA ÁREA DE SEPARAÇÃO OS SACOS DE ROUPA SUJA SÃO PESADOS E O RESULTADO DO PESO É REGISTRADO EM IMPRESSO PRÓPRIO, PARA O CONTROLE DE CUSTOS DAS DIVERSAS UNIDADES. ESTE REGISTRO SERVIRÁ DE INDICADOR DE CONSUMO DE ROUPA PRODUZIDA PELA UNIDADE/SETOR DEMANDANTE.

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

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

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

Parâmetros para classificação da roupa suja

A. GRAU DE SUJIDADE

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

B. COLORAÇÃO DA ROUPA

- A classificação por cor tem o

objetivo de evitar manchas. Sugere-se a seguinte divisão:

- roupa branca e cores claras;
- roupa de cores firmes;
- roupa de cores desbotáveis.

C. TIPO DE FIBRA TÊXTIL

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

D. TECIDO, FORMATO, TAMANHO E/OU TIPO DE PEÇA

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

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

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

PESAGEM - APÓS SEPARAÇÃO, JÁ EM LOTES, FARDOS OU SACOS IDENTIFICADOS, A ROUPA É NOVAMENTE PESADA, EM BALANÇA BEM NIVELADA, PARA CONTROLE CONTÁBIL OPERACIONAL DA LAVANDERIA E DA CAPACIDADE DAS LAVADORAS.

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

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

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

CENTRIFUGAGEM - ÁREA RESPONSÁVEL PELA CENTRIFUGAGEM DAS ROUPAS, PÓS PROCESSO DE LAVAGEM. A CARGA DA

CENTRÍFUGA DEVE SER DISTRIBUÍDA UNIFORMEMENTE DENTRO DO TAMBOR, EM PEQUENOS MONTES DE ROUPA, AJUSTADOS, EM PESO EQUILIBRADO, PARA EVITAR QUE O TAMBOR AO GIRAR, SE AFASTE DO EIXO, NO PONTO MAIS PESADO, LEVANDO AO ESTRAGO RÁPIDO DO EQUIPAMENTO E DA ROUPA, POR TORÇÃO OU REPUXO. A CARGA DE ROUPA NA CENTRÍFUGA DEVERÁ SER COBERTA COM UM PANO RESISTENTE, TIPO LONA, ANTES DE SE COLOCAR A TAMPA, PARA MELHOR VEDAÇÃO E ACONDICIONAMENTO.

NA CENTRIFUGAGEM, EM GERAL, PELA ELIMINAÇÃO DA ÁGUA, SE REDUZ 60% DO PESO DA ROUPA. TERMINADA A CENTRIFUGAGEM A ROUPA É RETIRADA, SELECIONADA, COLOCADA EM CARRINHO E ENCAMINHADA À SECAGEM OU TRATAMENTO ADEQUADO A CADA TIPO.

SELEÇÃO - NA SEPARAÇÃO, CONSIDERAM-SE OS SEGUINTES ASPECTOS: - TIPO DE TECIDO (LISO, FELPUDO, SEDA, ALGODÃO, POLIÉSTER E LÃ); - TIPO DE ROUPA (LENÇÓIS, TOALHAS, CAMPOS, ROUPA DE VESTIR, INCLUINDO UNIFORMES E OUTROS); - QUALIDADE DE LIMPEZA (MANCHAS, RESÍDUOS DE PRODUTOS E OUTROS).

SECAGEM - A SECAGEM É A OPERAÇÃO QUE VISA RETIRAR A UMIDADE DAS ROUPAS QUE NÃO PODEM SER CALANDRADAS, COMO UNIFORMES DE CENTRO CIRÚRGICO, TOALHAS, COBERTORES E ROUPAS DE TECIDO FELPUDO. A ROUPA DESTINADA À SECADORA É COLOCADA EM CARRINHO OU CESTO PRÓPRIO, E SÃO SECADAS NA SECADORA. DEPOIS DE SECAS, AS ROUPAS SÃO RETIRADAS DA SECADORA E COLOCADAS EM CARROS-CESTOS APROPRIADOS, SENDO SELECIONADA, DOBRADA E ENCAMINHADA À ROUPARIA PARA REPOUSO. AS OUTRAS PEÇAS DO ENXOVAL QUE SE DESTINAM À CALANDRA DEVEM SER ABERTAS E COLOCADAS EM MESA-CARRINHO PARA FACILITAR A SUA OPERAÇÃO. A ROUPA SELECIONADA É DISTRIBUÍDA PARA SECAGEM NA SEGUINTE PROPORÇÃO: 70% PARA CALANDRAGEM, 25% PARA A SECADORA E 5% PARA A PRENSAGEM OU PASSAGEM A FERRO. A SECAGEM É A OPERAÇÃO QUE VISA RETIRAR A UMIDADE DAS ROUPAS QUE NÃO PODEM SER CALANDRADAS, COMO UNIFORMES DE CENTRO CIRÚRGICO, TOALHAS, COBERTORES E ROUPAS DE TECIDO FELPUDO. A SECADORA NECESSITA DE VÁRIAS LIMPEZAS DIÁRIAS PARA IMPEDIR O ACÚMULO DE FELPAS.

CALANDRAGEM - É A OPERAÇÃO QUE SECA E PASSA AO MESMO TEMPO AS PEÇAS DE ROUPA LISA (LENÇÓIS, COLCHAS LEVES E CAMPOS). APÓS AQUECIMENTO, A CALANDRA DEVE SER OPERADA CONTINUAMENTE, EM DETERMINADO PERÍODO, PARA EVITAR DESPERDÍCIO DE ENERGIA.

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

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

PRENSAGEM - UNIFORMES E OUTRAS PEÇAS NÃO PASSÍVEIS DE SEREM COLOCADAS EM CALANDRA OU QUE TENHAM DETALHES COMO PREGUEADO E VINCOS SÃO PASSADAS NA PRENSA. APÓS A PRENSAGEM, SÃO DEVIDAMENTE GUARDADAS NA ROUPARIA, DE PREFERÊNCIA EM PORTA-CABIDES ROLANTES.

PASSAGEM A FERRO E DOBRAGEM - NESTA ÁREA DEVEM SER PREVISTAS MESAS E BANCADAS PARA MANUSEIO DAS PEÇAS DE ROUPA OU MÁQUINAS DE DOBRAGEM. TAMBÉM DEVE SER PREVISTO UM ESPAÇO PARA O ESTACIONAMENTO DE CARROS DE TRANSPORTE QUE LEVARÃO A ROUPA PARA A ÁREA DE ARMAZENAGEM. USADA APENAS EVENTUALMENTE OU PARA MELHORAR O ACABAMENTO DA ROUPA PESSOAL, SEU USO É POUCO ECONÔMICO, SOB O PONTO DE VISTA DE GASTO DE TEMPO, ENERGIA ELÉTRICA E FÍSICA.

ÁREA DE COSTURA: ÁREA PARA CONFECÇÃO E REPAROS DAS ROUPAS QUE NECESSITAM DE CONSERTO. ONDE ESTÃO INSTALADAS MÁQUINAS DE COSTURA E MESAS DE CORTE. DEVEM SER PREVISTOS ARMÁRIOS OU ESTANTES PARA ARMAZENAGEM DAS ROUPAS A SEREM CONSERTADAS E DAQUELAS JÁ REPARADAS.

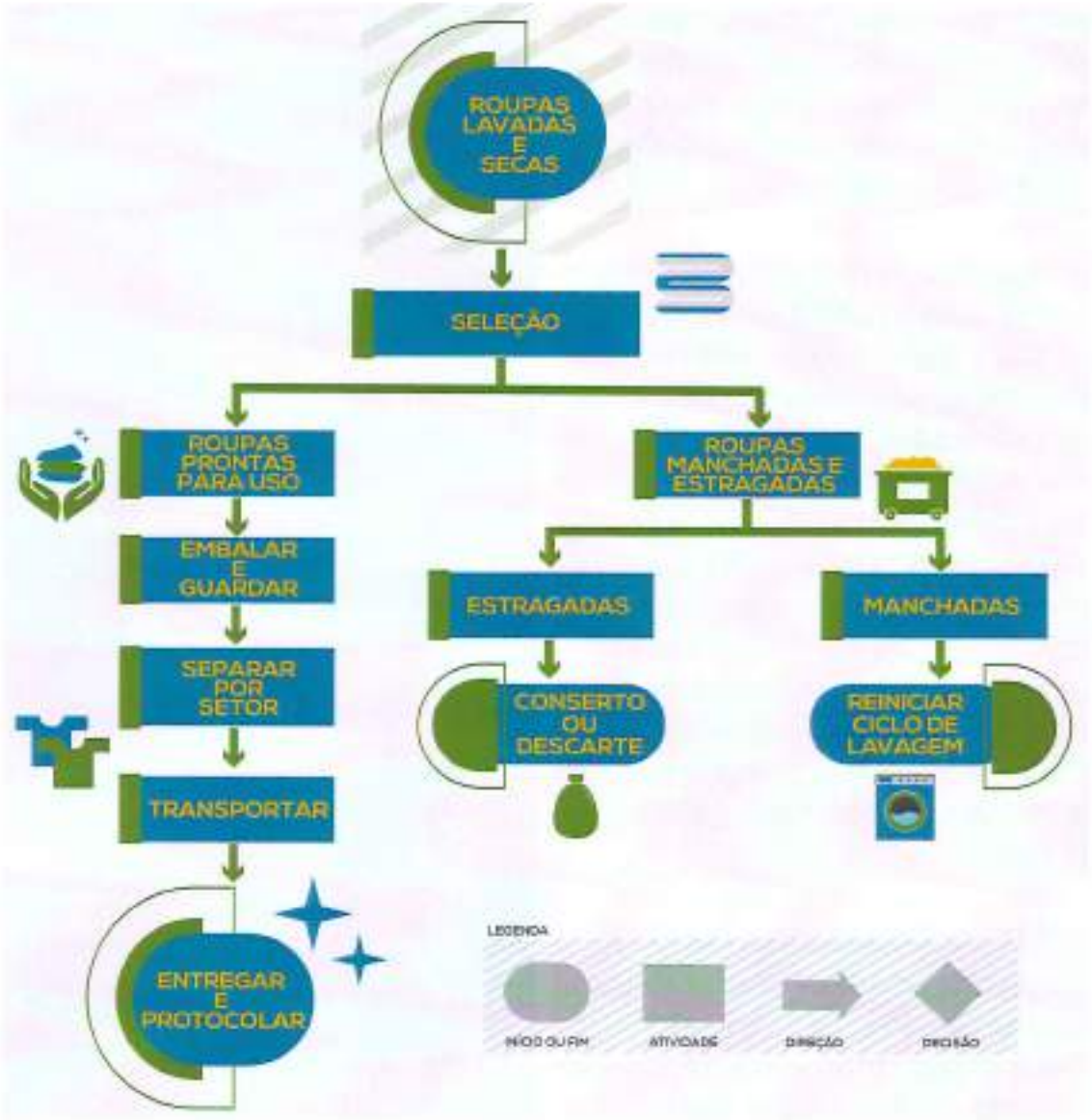
GUARDA E DISTRIBUIÇÃO - NESTA ETAPA, CONSIDERAM-SE QUE AS PEÇAS DO ENXOVAL ESTÃO PRONTAS PARA SEREM DISTRIBUÍDAS PARA USO.



Fluxo unidirecional para distribuição de roupas limpas

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

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



Regulamentações

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

- Portaria GM/MS Nº 3.523, de 28 de agosto de 1998: Aprova o regulamento técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados;

- Portaria Nº 393, de 15 de maio de 1998: Estabelece os métodos para determinação da biodegradabilidade de tenso ativos aniônicos com validade em todo território nacional. Revoga a Portaria SVS Nº 120, de 24 de novembro de 1995, e dá outras providências;

- RDC Nº 189, de 18 de julho de 2003: Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 21 de julho;

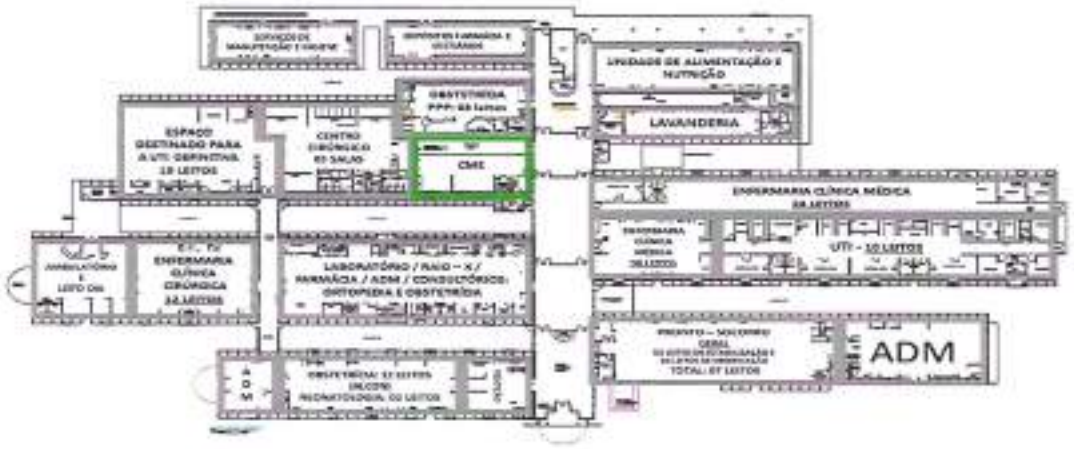
- NR-5: Dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e tem como objetivo a prevenção de acidentes e as doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978 – NR 5). De acordo com essa NR, a unidade de processamento de roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho conforme NR-17 (BRASIL, 1978 – NR-17).



A - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA MATERIAIS ESTERILIZADOS

A Central de Materiais Esterilizados (CME) do HOSPITAL ESTADUAL DE São Luis de Montes Belos (HESLBM), está localizada na área Central do Hospital, facilitando assim acesso a todas as áreas de atendimento como pode ser observado na imagem de setorização da Unidade abaixo.



*LOCALIZAÇÃO DA CME NA UNIDADE. (inserir imagem acima)

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

A SOBECC em sua publicação de 2017 define como missão do Centro de Material e Esterilização prover todos os serviços assistenciais e de diagnósticos de produtos para saúde, processados, garantindo a quantidade e a qualidade necessárias para uma assistência segura. Esta será a missão da CME do HESLBM.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ESTERILIZAÇÃO

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

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

No caso do HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS (HESLBM) por se tratar de uma unidade de médio porte que realizará procedimentos de baixa e média

complexidade voltado principalmente para cirurgia geral, obstetrícia, ginecologia, ortopedia e vascular e sendo porta aberta para urgência e emergência, realizando procedimentos invasivos de alta especificidade, os itens relacionados no escopo dos serviços serão os itens esterilizáveis de uso diário no âmbito do serviço.

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

- Recebimento, inspeção e processamento dos materiais;
- Processamento termo resistente e termo sensível;
- Sistema de entrega na Central de Materiais;
- Gestão de OPME;
- Montagem e preparo das caixas com instrumentais;
- Preparo de materiais respiratórios;
- Gestão do sistema de entrega e controle dos materiais;
- Arsenal.

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

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO DISPONIVEIS	
MÉTODOS FÍSICOS	VAPOR SATURADO AUTOCLAVES
	CALOR SECO
	RAIOS GAMA COBALTO
MÉTODOS QUÍMICOS	GLUTARALDEÍDO
	FORMALDEÍDO
	ÁCIDO PERACÉTICO
MÉTODOS FÍSIO QUÍMICOS	ESTERILIZADORAS A ÓXIDO DE ETILENO (ETO)
	PLASMA DE PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO
	PLASMA DE GASES (VAPOR DE ÁCIDO PERACÉTICO E PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO, HIDROGÊNIO E GÁS ARGÔNIO)
	VAPOR DE FORMALDEÍDO

*Métodos disponíveis no HESLBM

Diretrizes técnicas

Ao assumir o HESLBM serão montadas as comissões competentes que estarão elaborando o Manual Operacional seguindo as normas ditadas pela Vigilância Sanitária e outras complementares definidas pela Comissão Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Unidade. Deve, ainda, atender as especificações dos fabricantes de equipamentos e materiais já existentes na Unidade de saúde.

Os serviços serão executados nas 24 horas do dia, de segunda a domingo, em observância à demanda dos itens e sua respectiva disponibilidade para a prestação dos

serviços de assistência ou de acordo com a demanda da unidade de saúde.

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

Os materiais utilizados deverão ter registro na ANVISA e devem ser aprovados pela CCIH.

Os funcionários deverão atentar para:

- Proceder a limpeza e/ou desinfecção do material utilizado, conforme rotina técnica pela CCIH;
- Manter o material limpo, agrupado por espécie e protegido em caixa plástica, ou inox com tampa, devidamente identificado;
- Zelar pela integridade e conservação do material;
- Toda a equipe deverá receber capacitação sobre os seguintes temas:
- Classificação de produtos para saúde;
- Conceitos básicos de microbiologia;
- Transporte dos produtos contaminados;
- Processo de limpeza, desinfecção, preparo, inspeção, acondicionamento, embalagens, esterilização, funcionamento dos equipamentos existentes;
- Monitoramento de processos por indicadores químicos, biológicos e físicos;
- Rastreabilidade, armazenamento e distribuição dos produtos para saúde;
- Manutenção da esterilidade do produto;
- Prevenção de infecção relacionada à assistência;
- Segurança do paciente;
- Higiene das mãos,
- Uso correto dos uniformes de área restrita;
- Uso corretos dos produtos químicos;
- Noções de manutenção preventiva, calibração e qualificação dos equipamentos envolvidos.

Operacionalização dos serviços

A programação, execução e supervisão dos processos de trabalho na CME serão desenvolvidas por profissionais habilitados e de comprovada capacitação nas atividades de esterilização, com liderança e Supervisão de Enfermeiros especializados, além de buscarem orientação e amparos da CCIH.

Na busca das Boas Práticas Ambientais será elaborado e mantido um programa interno de treinamento para redução de consumo de energia elétrica, consumo de água e redução de produção de resíduos

sólidos, conforme orientação e coordenação do setor especializado.

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

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

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

Descrição das áreas do CME e suas atribuições

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

1. ÁREA SUJA/EXPURGO: DESTINADA AO RECEBIMENTO E SEPARAÇÃO DOS MATERIAIS SUJOS ADVINDO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS. LOCAL ONDE É REALIZADO O PROCESSO DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E SECAGEM DOS MATERIAIS. DEVE SER DE ACESSO RESTRITO AO FLUXO DE PESSOAS E OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE DEVERÃO TRABALHAR PARAMENTADOS COM GORRO, MÁSCARA, LUVA DE BORRACHA CANO LONGO, AVENTAL DE BRIM MANGA LONGA, AVENTAL IMPERMEÁVEL, ÓCULOS DE PROTEÇÃO E SAPATO FECHADO.

2. ÁREA LIMPA/ÁREA DE PREPARO: LOCAL DESTINADO AOS PROCESSOS DE SEPARAÇÃO DOS INSTRUMENTAIS, CONFERÊNCIA DA LIMPEZA, FUNCIONALIDADE E INTEGRIDADE DOS ARTIGOS, ASSIM COMO EMPACOTAMENTO, SELAGEM DAS EMBALAGENS E ESTERILIZAÇÃO. LOCAL DE ACESSO RESTRITO AO FLUXO DE PESSOAS E OS PROFISSIONAIS DEVERÃO TRABALHAR PARAMENTADOS COM GORRO, AVENTAL, LUVA DE PROCEDIMENTO E SAPATO FECHADO. É NESTA ÁREA ONDE É DADO INÍCIO AO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO NAS AUTOCLAVES OU TERMODESINFECTADORA OU QUALQUER OUTRO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO, DESDE QUE ESTE ESTEJA PREVIAMENTE VALIDADE E APROVADO PELA CCIH E CONFORME INSTRUÇÃO DO FABRICANTE. DEVEM SER OBSERVADOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS COM O CARREGAMENTO E DESCARREGAMENTO DAS AUTOCLAVES/ TERMODESSINFECTADORAS, ASSIM COMO A REALIZAÇÃO DOS TESTES DE BOWIE & DICK PARA AS AUTOCLAVES DE ALTO VÁCUO; CASO O SISTEMA DE ESTERILIZAÇÃO SEJA REALIZADO ATRAVÉS DE AUTO CLAVE.

3. ÁREA ESTÉRIL DE GUARDA E DISTRIBUIÇÃO DE ARTIGOS ESTERILIZADOS (ARSENAL): LOCAL DESTINADO À GUARDA DOS INSTRUMENTAIS ESTERILIZADOS E DISPENSAÇÃO DOS MESMOS, COM FLUXO RESTRITO DE PESSOAS E A LAVAGEM DAS MÃOS REALIZADA RIGOROSAMENTE PARA MANIPULAÇÃO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS.

Dinâmica e fluxo unidirecional na central de materiais esterilizados

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

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



As diretrizes/normas de funcionamento das CME's estão amparadas pela RDC N°15 da ANVISA de 15 de março de 2012.

DESCRIÇÃO DOS FLUXOS PARA A CENTRAL DE MATERIAIS ESTERILIZADOS

Para a descrição dos Fluxos para a Central de Material Esterilizado (CME) serão observadas as seguintes definições:

LIMPEZA: É O PROCESSO MANUAL OU MECÂNICO DE REMOÇÃO DE SUJIDADE, MEDIANTE O USO DA ÁGUA, SABÃO E DETERGENTE NEUTRO OU DETERGENTE ENZIMÁTICO PARA MANTER EM ESTADO DE ASSEIO OS ARTIGOS E SUPERFÍCIES REDUZINDO A POPULAÇÃO MICROBIANA. A LIMPEZA CONSTITUI AINDA O PRIMEIRO PASSO NOS PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE DESINFECÇÃO E ESTERILIZAÇÃO, CONSIDERANDO QUE A PRESENÇA DE MATÉRIA ORGÂNICA PROTEGE OS MICRORGANISMOS DO CONTATO

COM AGENTES DESINFETANTES E ESTERILIZANTES.

DESCONTAMINAÇÃO: É O PROCESSO DE REDUÇÃO DOS MICRO-ORGANISMOS DE ARTIGOS E SUPERFÍCIES, TORNANDO-OS SEGURO PARA O MANUSEIO.

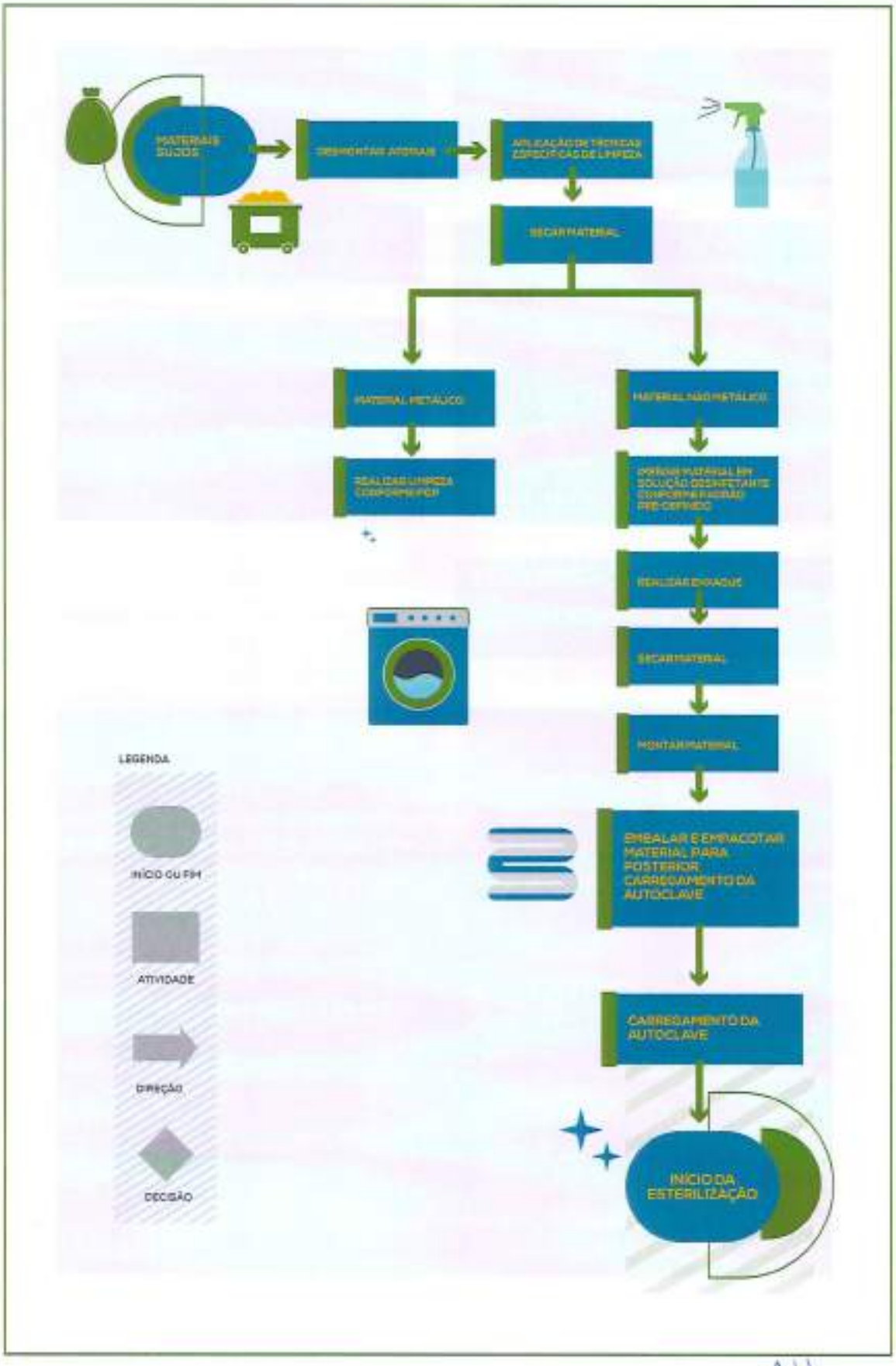
DESINFECÇÃO: É O PROCESSO FÍSICO OU QUÍMICO DE DESTRUIÇÃO DE MICRORGANISMOS, EXCETO OS ESPORULADOS. A DESINFECÇÃO É REALIZADA POR MEIO FÍSICO, ATRAVÉS DA ÁGUA QUENTE (60 A 90ºC) OU EM EBULIÇÃO E PELO MEIO QUÍMICO, ATRAVÉS DE PRODUTOS DENOMINADOS DE DESINFETANTES.

ESTERILIZAÇÃO: É O PROCESSO DE DESTRUIÇÃO DE TODOS OS MICRORGANISMOS, INCLUSIVE ESPORULADOS, A TAL PONTO QUE NÃO SEJA MAIS POSSÍVEL DETECTÁ-LOS ATRAVÉS DE TESTES MICROBIOLÓGICOS PADRÃO. A PROBABILIDADE DE SOBREVIDA DO MICRORGANISMO NO ITEM SUBMETIDO AO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO É MENOR QUE UM EM UM MILHÃO (10/6). A ESTERILIZAÇÃO É REALIZADA PELO CALOR, GERMICIDAS QUÍMICOS, ÓXIDO DE ETILENO, RADIAÇÃO E OUTROS.

ARTIGOS/MATERIAIS: COMPREENDEM INSTRUMENTOS, OBJETOS DE NATUREZA DIVERSA, UTENSÍLIOS (COMADRES, PAPAGAIOS E OUTROS), ACESSÓRIOS DE EQUIPAMENTOS ENTRE OUTROS.



Serão descritos a seguir os seguintes fluxos da CME:



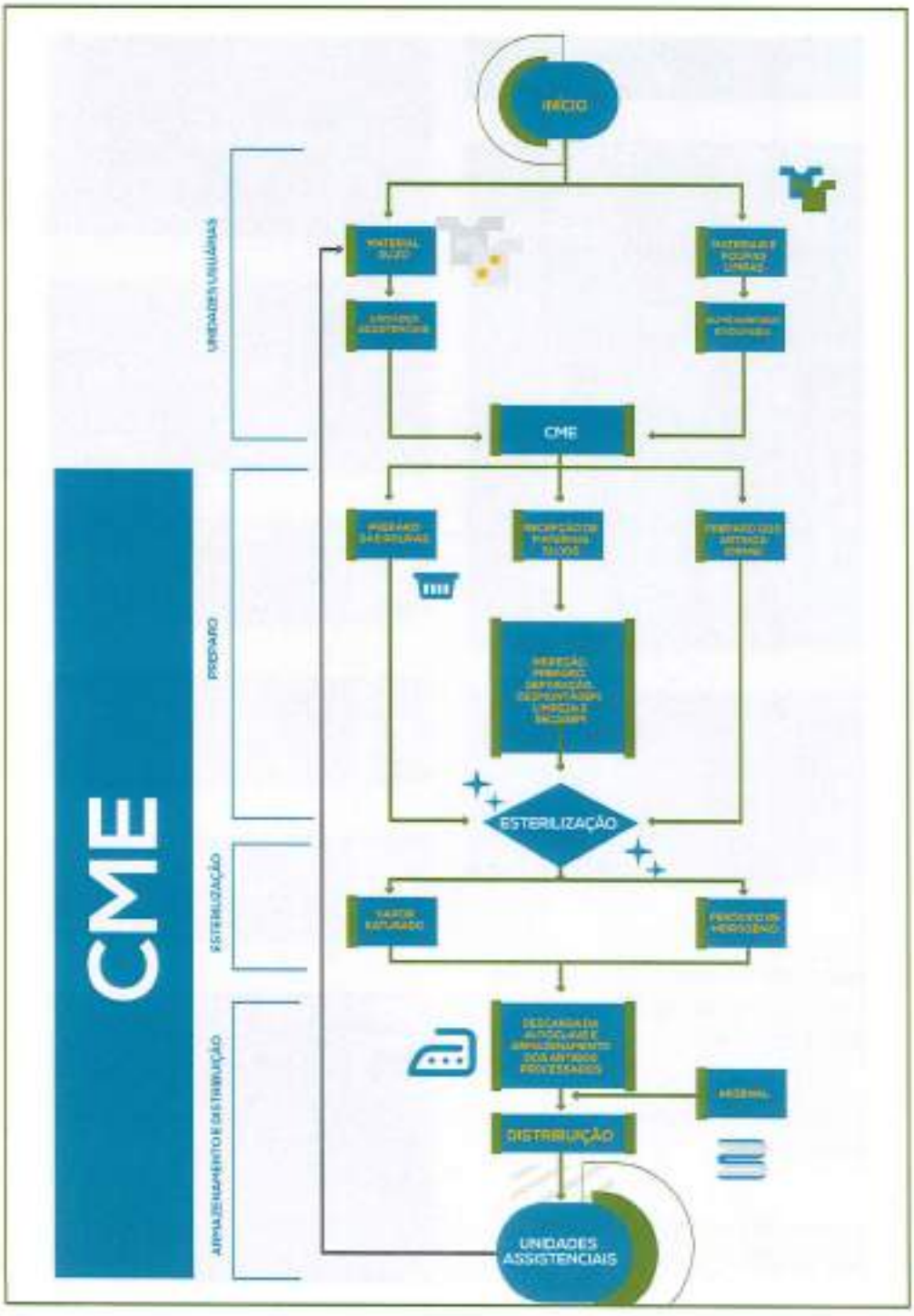
1. FLUXOGRAMA GERAL DOS MATERIAIS;

2. FLUXO DO PROCESSO DE DESINFECÇÃO;

3. FLUXO DO PROCESSO DE ARMAZENAMENTO E DISTRIBUIÇÃO.

A SEGUIR A APRESENTAÇÃO DOS FLUXOS E SUAS RESPECTIVAS DESCRIÇÕES.

Fluxograma geral dos materiais para a CME.



Descrição do fluxo geral da CME – Unidades Assistenciais CME.

1 CME – ARSENAL: NO ARSENAL ENCONTRAM-SE ARMAZENADOS OS "MATERIAIS ESTERILIZADOS" (KITS DE OXIGENOTERAPIA, KITS DE SUTURA, ETC.) PARA USO DIÁRIO NA PRÁTICA E APOIO ASSISTENCIAL QUE SÃO DISTRIBUÍDOS PARA AS "UNIDADES ASSISTENCIAIS" DO HESLBM.

2 UNIDADES ASSISTENCIAIS: NESTE LOCAIS OS MATÉRIAS ESTERILIZADOS SERÃO UTILIZADOS NA PRÁTICA ASSISTENCIAL CONFORME DEMANDA E NECESSIDADE. APÓS UTILIZAÇÃO DOS MATERIAIS, ESTES DEVERÃO SER RECOLHIDOS NOS EXPURGOS DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS PARA POSTERIOR ENCAMINHAMENTO PARA A ÁREA SUJA DO CME, EM ROTINA A SER DEFINIDA POSTERIORMENTE JUNTO A CCIH E COORDENAÇÕES.

3 AREA SUJA – CME: RECEBE O MATERIAL "SUJO/CONTAMINADO" DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E DA PROVIDÊNCIAS, SENDO:

- Separação/Desmontagem dos materiais por tipo, método de esterilização, etc.
- Realização da limpeza e secagem do material.
- Pré-preparo do material para ÁREA LIMPA – CME.
- Encaminhamento do material para ÁREA LIMPA para dar início à ESTERILIZAÇÃO.

4 CME – ÁREA LIMPA: RECEBE O MATERIAL DA ÁREA SUJA E DÁ PROVIDÊNCIAS, SENDO:

4 1 – CONFERÊNCIA DO MATERIAL LIMPO PELA ÁREA SUJA. CASO SEJA VERIFICADO QUALQUER ANOMALIA OU INCONFORMIDADE EM RELAÇÃO AO PROCESSO DE LIMPEZA PRÉVIA, O MATERIAL SERÁ DEVOLVIDO PARA A ÁREA SUJA PARA PROVIDÊNCIAS.

4 2 – SEPARAÇÃO DO MATERIAL DE ACORDO COM PROCESSO DE DESINFECÇÃO (AUTOCLAVE OU TERMODESSINFECTADORA).

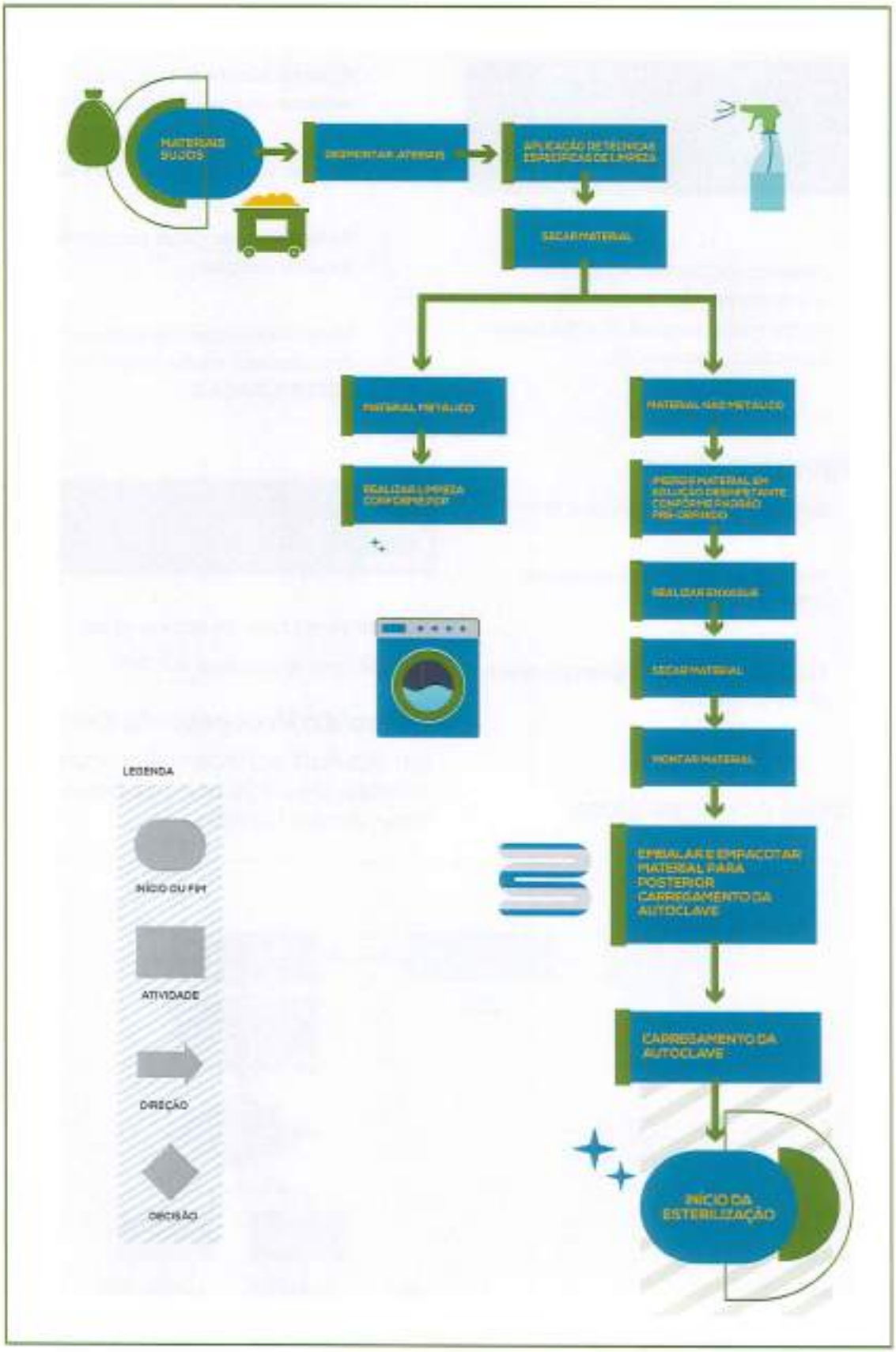
4 3 – EMPACOTAMENTO E/OU SELAGEM DOS MATERIAIS.

4 4 – CARREGAMENTO DA AUTOCLAVE OU TERMODESINFECTADORA.

4 5 – ESTERILIZAÇÃO: INÍCIO DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO.

5 ÁREA ESTÉRIL/ARSENAL: É NESTA ETAPA QUE AUTOCLAVE SERÁ DESCARREGADA E OS MATERIAIS SERÃO ARMAZENADOS NO ARSENAL DA CME E PRONTOS NOVAMENTE PARA DISTRIBUIÇÃO E PRONTO USO NOVAMENTE.

Fluxo do Processo de Desinfecção – CME Área Suja



Descrição do Fluxo do processos de desinfecção: CME – Área Suja

1. ÁREA SUJA – CME: RECEBE O MATERIAL "SUJO/CONTAMINADO" DAS ÁREAS ASSISTENCIAIS E DAS PROVIDÊNCIAS, SENDO:

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

Artigos metálicos:

- Realizar limpeza conforme POP.
- Montagem das caixas conforme POP.
- Embalar/empacotar para processo de esterilização.

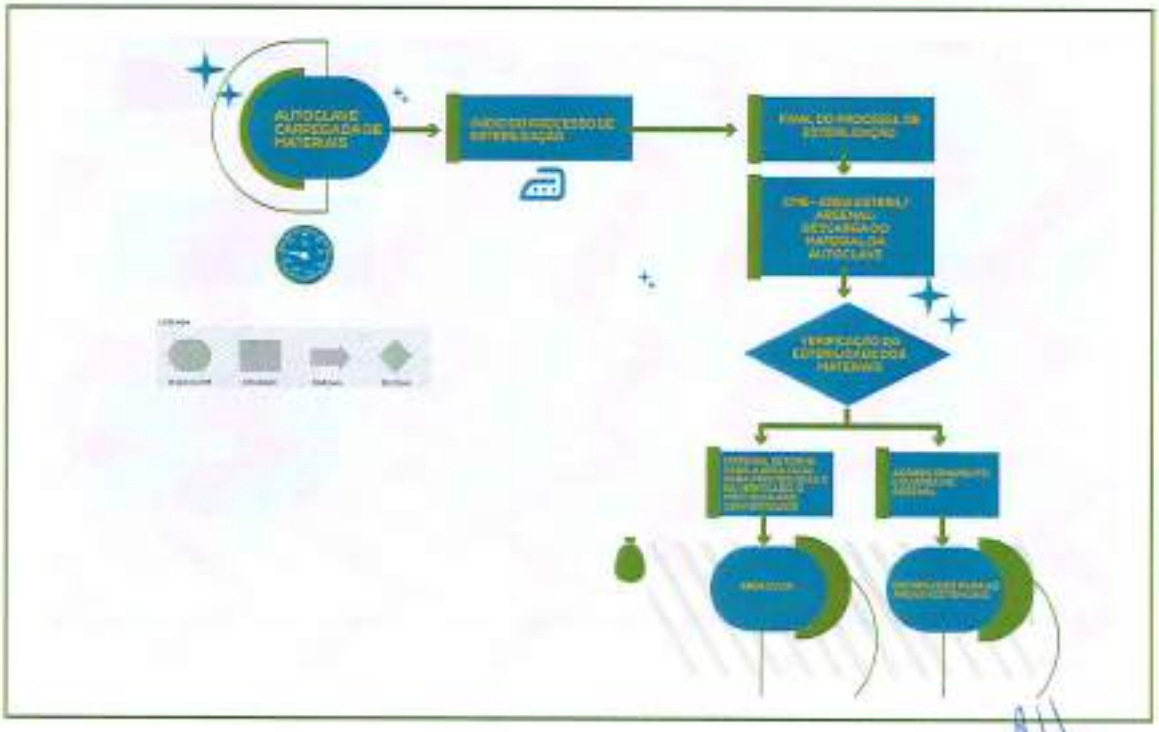
Material não metálicos

- Realizar imersão do material em solução conforme POP.
- Emergir material, enxaguar e realizar secagem conforme POP.
- Montar material conforme POP.
- Embalar/empacotar para processo de esterilização.
- Material(is) pronto(s) para ser(em) carregado(s) na Autoclave para ESTERILIZAÇÃO.

2. INÍCIO DA ESTERILIZAÇÃO.

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

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



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

1 ● CME – ÁREA LIMPA - AUTOCLAVE CARREGADA: É DADO INÍCIO AO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO.

2 ● FINAL DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO.

2 ● 1 - OS MATERIAIS SERÃO DESCARREGADOS DAS AUTOCLAVES.

2 ● 2 - VERIFICAÇÃO DA ESTERILIDADE DOS MATERIAIS:

2 ● 2.1 - AS CARGAS NÃO DEVEM SER LIBERADAS QUANDO: HOUVER ALTERAÇÃO NOS PARÂMETROS FÍSICOS (TEMPO, TEMPERATURA E PRESSÃO), OS INDICADORES QUÍMICOS PRESENTES NO PAPEL GRAU CIRÚRGICO SUGEREM QUE OS MATERIAIS NÃO FORAM EXPOSTOS À ESTERILIZAÇÃO E INDICADOR BIOLÓGICO DER RESULTADO POSITIVO.

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

2 ● 2.2 - SE NÃO FOR OBSERVADO QUALQUER NÃO-CONFORMIDADE EM RELAÇÃO ÀS ETAPAS DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO, OS MATERIAIS SERÃO ARMAZENADOS NO ARSENAL E ESTARÃO PRONTOS PARA SEREM DISTRIBUÍDOS PARA AS DEMAIS ÁREAS ASSISTENCIAIS DE ACORDO COM DEMANDA E SOLICITAÇÃO.

B - FLUXO UNIDIRECIONAL PARA ROUPAS (LAVANDERIA)

A lavanderia hospitalar se constitui em um serviço importante e contribui indiretamente para o cuidado em saúde. É responsável pelo processamento e distribuição do enxoval em perfeitas condições de higiene, conservação e quantidade, sendo a roupa limpa indispensável ao funcionamento eficiente de uma instituição. Todos os setores do hospital HOSPITAL ESTADUAL DE São Luis de Montes Belos (HESLBM), são dependentes do adequado funcionamento da lavanderia, uma vez que ela auxilia no controle das infecções hospitalares, na segurança e no conforto dos pacientes.

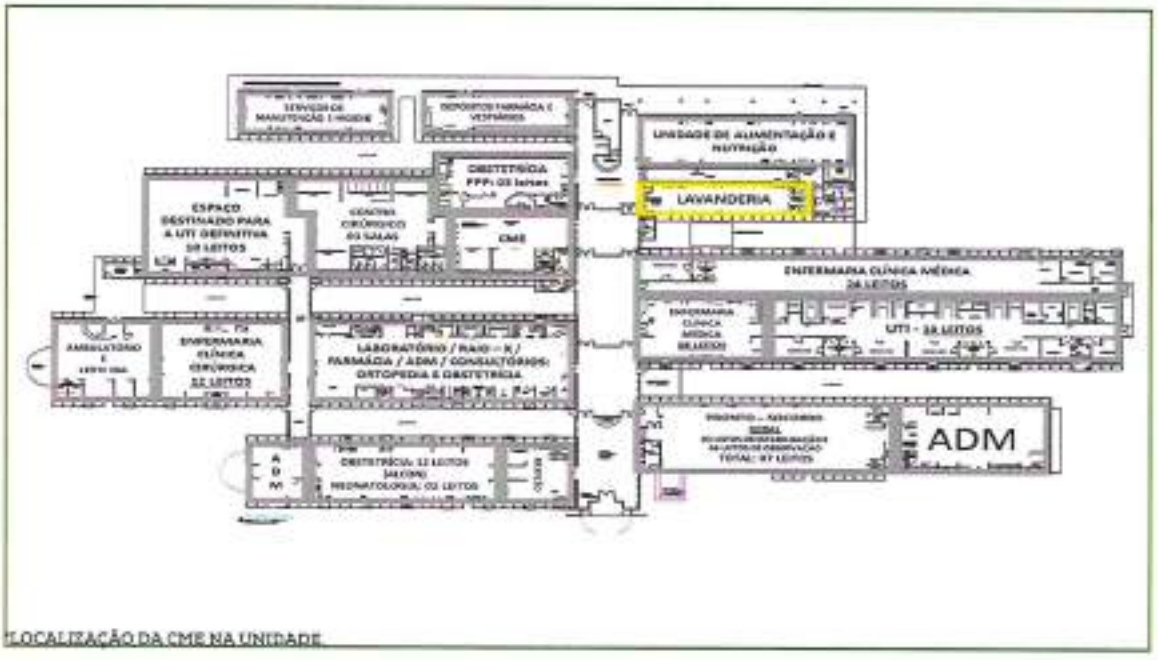
A necessidade de se garantir o correto processamento das roupas e sua distribuição em perfeitas condições de higiene e conservação às unidades do hospital, barrando

dessa forma focos de infecção hospitalar, faz da lavanderia um dos principais serviços de apoio ao atendimento dos pacientes. O processamento das roupas da unidade abrange todas as etapas pelas quais as roupas passam, desde sua utilização até seu retorno em ideais condições de reuso.

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

Unidade de processamento de roupas do HESLBM

A Unidade de processamento de roupas do HESLBM está localizada dentro da Unidade com acesso direto ao corredor central facilitando assim o processo de recolhimento e distribuição de enxoval. Sua localização pode ser observada na imagem da setorização da Unidade.



LOCALIZAÇÃO DA CME NA UNIDADE

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

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

A seguir estão relacionados os ambientes necessários em uma unidade de processa-

mento de roupas de serviços de saúde, conforme a RDC/Anvisa n. 50/021.

A. ÁREA SUJA

É a área, na unidade de processamento de roupas de recebimento, separação, pesagem e lavagem das roupas. Podemos dizer que se trata de uma espécie de "central de microrganismos", está área se caracteriza por apresentar: mau odor; risco de contaminação e fadiga. Esta área deve ser absolutamente separada do restante da lavanderia por meio de parede até o teto (barreira de contaminação) para evitar a dispersão dos microrganismos pelas áreas limpas, o que levaria a recontaminação da roupa.

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

B. ÁREA LIMPA

Área Limpa Molhada

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

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

Área Limpa Seca

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

C. ROUPARIA

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

D. ÁREA DE COSTURA

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

1. Fluxo do processamento de roupas

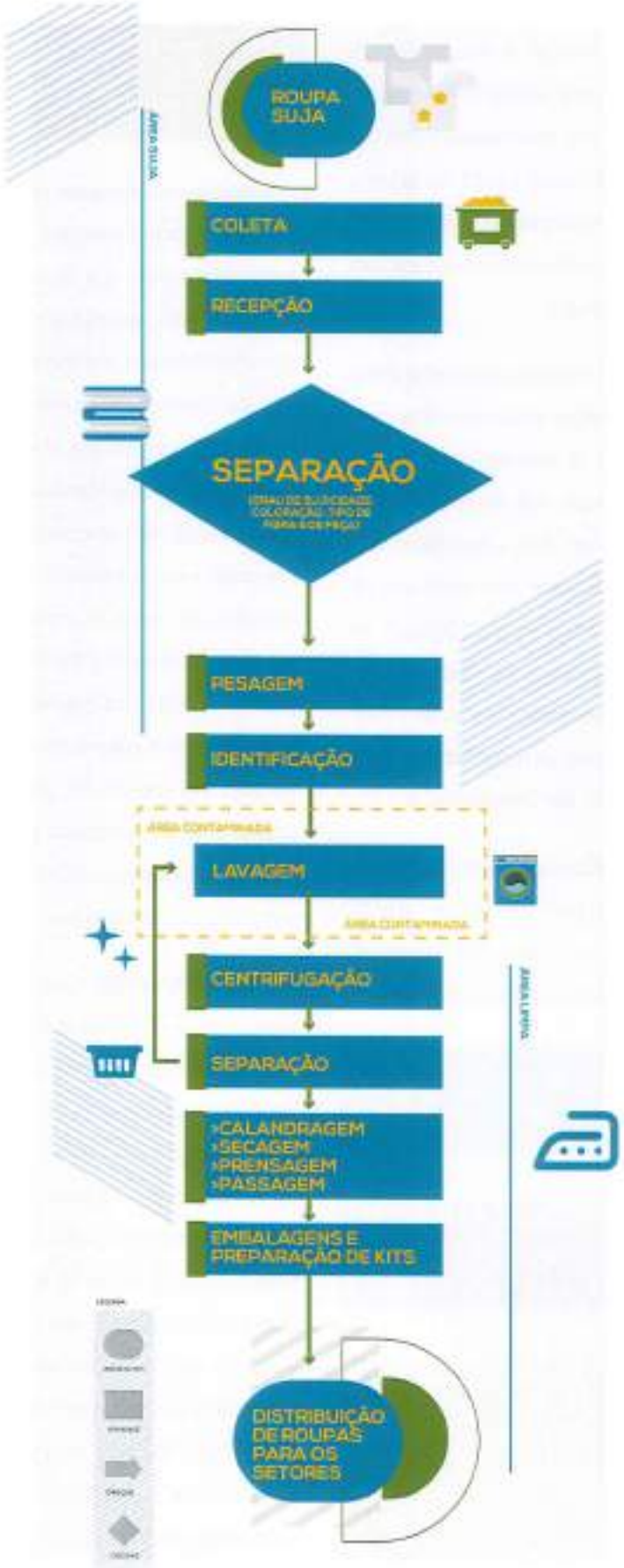
As roupas hospitalares representam todo e qualquer tecido utilizado dentro do ambiente hospitalar que necessita passar por um processo de lavagem e secagem para sua reutilização. As roupas hospitalares incluem, dentre outros: lençóis, fronhas, cobertores, toalhas, colchas, cortinas, roupas de pacientes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

A Unidade de processamento de roupas do HESLBM e um setor de apoio com a finalidade de coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todos os setores e subunidades do Hospital.

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

1.1 Diagrama do fluxo unidirecional de roupas do HESLBM




ROUPA SUJA
ÁREA SUJA
COLETA
RECEPÇÃO
SEPARAÇÃO
PESAGEM
IDENTIFICAÇÃO
ÁREA CONTAMINADA
LAVAGEM
ÁREA CONTAMINADA
CENTRIFUGAÇÃO
SEPARAÇÃO
ÁREA LIMPA
+CALANDRAGEM
+SECAGEM
+PRENSAGEM
+PASSAGEM
EMBALAGENS E PREPARAÇÃO DE KITS
DISTRIBUIÇÃO DE ROUPAS PARA OS SETORES

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

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

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

2 DESCRIÇÃO DO FLUXO DE PRODUÇÃO DA LAVANDERIA

2.1 FLUXO UNIDIRECIONAL PARA COLETA DE ROUPAS SUJA;

COLETA: A COLETA DE ROUPAS É CONSIDERADA O INÍCIO DE TODO O PROCESSAMENTO DE LAVAGEM E E DE EXTREMA IMPORTÂNCIA. SEMPRE DEVERÁ ACONTECER EM HORÁRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS, CONTRIBUINDO PARA AGILIZAR A ROTINA DE RETIRADA DAS ROUPAS SUJAS DAS UNIDADES, DEVENDO PERMANECER O MENOR TEMPO POSSÍVEL DENTRO EVITANDO A PROLIFERAÇÃO DE MICRORGANISMOS.

A seleção das roupas se inicia no momento da coleta, para escolha do método de lavagem adequado. Os hampers devem serem identificados quanto ao tipo de roupa: lençóes/cobertores, poupas infectadas ou roupas privativas, além da unidade de origem. Já os sacos plásticos são de uso único e sugere-se que possuam cor diferente dos sacos de resíduos de serviços de saúde, evitando-se com isso confusão, troca dos sacos e o seu destino errado, outros cuidados com o acondicionamento da roupa devem incluir: fechar os sacos adequadamente de forma a impedir a sua abertura durante o transporte, não exceder ¾ da sua capacidade3,11 e armazená-los em local destinado para esse fim, que, segundo a RDC/Anvisa 50/02, pode ser a sala de utilidades.

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

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



2.3 PROCESSOS DE LAVAGEM DE ROUPAS SUJAS E FUNÇÕES:

2.3.1 RECEPÇÃO – TERMINADA A COLETA NAS UNIDADES, A ROUPA SUJA É TRANSPORTADA À RECEPÇÃO DO SETOR DE ROUPA SUJA, PARA O PROCESSAMENTO NO ÂMBITO DE LAVANDERIA. NA ÁREA DE RECEPÇÃO, A ROUPA É RETIRADA DO CARRO DE COLETA, PARA SER SEPARADA E PESADA, SENDO REGISTRADO EM IMPRESSO PRÓPRIO.

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

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

2.3.2 SEPARAÇÃO – NA ÁREA DE SEPARAÇÃO OS SACOS DE ROUPA SUJA SÃO PESADOS E O RESULTADO DO PESO É REGISTRADO EM IMPRESSO PRÓPRIO, PARA O CONTROLE DE CUSTOS DAS DIVERSAS UNIDADES. ESTE REGISTRO SERVIRÁ DE INDICADOR DE CONSUMO DE ROUPA PRODUZIDA PELA UNIDADE/SETOR DEMANDANTE.

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

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

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

Parâmetros para classificação da roupa suja:

A. GRAU DE SUJIDADE

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

B. COLORAÇÃO DA ROUPA

- A classificação por cor tem o objetivo de evitar manchas. Sugere-se a seguinte divisão:

- roupa branca e cores claras;

- roupa de cores firmes;

- roupa de cores desbotáveis.

C. TIPO DE FIBRA TÊXTIL

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

D. TECIDO, FORMATO, TAMANHO E/OU TIPO DE PEÇA

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

- lisas: lençóis, fronhas, colchas etc.;

- tecidos felpudos: toalhas, roupões etc.;

- roupas cirúrgicas: campos operatórios, aventais etc.; uniformes e paramentos: camisas, camisolas, calças, pijamas etc.;

- roupas especiais: cobertores etc.;

- absorventes: compressas cirúrgicas, fraldas etc.

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

2.3. PESAGEM – APÓS SEPARAÇÃO, JÁ EM LOTES, FARDOS OU SACOS IDENTIFICADOS, A ROUPA É NOVAMENTE PESADA, EM BALANÇA BEM NIVELADA, PARA CONTROLE CONTÁBIL OPERACIONAL DA LAVANDERIA E DA CAPACIDADE DAS LAVADORAS.

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

2.4 LAVAGEM – É O PROCESSO QUE CONSISTE NA ELIMINAÇÃO DA SUJEIRA FIXADA NA ROUPA, DEIXANDO-A COM ASPECTO E CHEIRO AGRADÁVEIS, NÍVEL BACTERIOLÓGICO REDUZIDO AO MÍNIMO E CONFORTÁVEL PARA O USO. O PROCESSO DE LAVAGEM COMPREENDE:

2.4 PROCESSOS PÓS DE LAVAGEM DE ROUPAS SUJAS E FUNÇÕES (ÁREA LIMPA):

2 4.1 CENTRIFUGAGEM – ÁREA RESPONSÁVEL PELA CENTRIFUGAGEM DAS ROUPAS, PÓS PROCESSO DE LAVAGEM. A CARGA DA CENTRÍFUGA DEVE SER DISTRIBUÍDA UNIFORMEMENTE DENTRO DO TAMBOR, EM PEQUENOS MONTES DE ROUPA, AJUSTADOS, EM PESO EQUILIBRADO, PARA EVITAR QUE O TAMBOR AO GIRAR, SE AFASTE DO EIXO, NO PONTO MAIS PESADO, LEVANDO AO ESTRAGO RÁPIDO DO EQUIPAMENTO E DA ROUPA, POR TORÇÃO OU REPUXO. A CARGA DE ROUPA NA CENTRÍFUGA DEVERÁ SER COBERTA COM UM PANO RESISTENTE, TIPO LONA, ANTES DE SE COLOCAR A TAMPA, PARA MELHOR VEDAÇÃO E ACONDICIONAMENTO.

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

2 4.2 SELEÇÃO - NA SEPARAÇÃO, CONSIDERAM-SE OS SEGUINTES ASPECTOS: - TIPO DE TECIDO (LISO, FELPUDO, SEDA, ALGODÃO, POLIÉSTER E LÃ); - TIPO DE ROUPA (LENÇÓIS, TOALHAS, CAMPOS, ROUPA DE VESTIR, INCLUINDO UNIFORMES E OUTROS); - QUALIDADE DE LIMPEZA (MANCHAS, RESÍDUOS DE PRODUTOS E OUTROS).

2 4.3 SECAGEM - A SECAGEM É A OPERAÇÃO QUE VISA RETIRAR A UMIDADE DAS ROUPAS QUE NÃO PODEM SER CALANDRADAS, COMO UNIFORMES DE CENTRO CIRÚRGICO, TOALHAS, COBERTORES E ROUPAS DE TECIDO FELPUDO. A ROUPA DESTINADA À SECADORA É COLOCADA EM CARRINHO OU CESTO PRÓPRIO, E SÃO SECADAS NA SECADORA. DEPOIS DE SECAS, AS ROUPAS SÃO RETIRADAS DA SECADORA E COLOCADAS EM CARROS-CESTOS APROPRIADOS, SENDO SELECIONADA, DOBRADA E ENCAMINHADA À ROUPARIA PARA REPOUSO. AS OUTRAS PEÇAS DO ENXOVAL QUE SE DESTINAM À CALANDRA DEVEM SER ABERTAS E COLOCADAS EM MESA-CARRINHO PARA FACILITAR A SUA OPERAÇÃO. A ROUPA SELECIONADA É DISTRIBUÍDA PARA SECAGEM NA SEGUINTE PROPORÇÃO: 70% PARA CALANDRAGEM, 25% PARA A SECADORA E 5% PARA A PRENSAGEM OU PASSAGEM A FERRO. A SECAGEM É A OPERAÇÃO QUE VISA RETIRAR A UMIDADE DAS ROUPAS QUE NÃO PODEM SER CALANDRADAS, COMO UNIFORMES DE CENTRO CIRÚRGICO, TOALHAS, COBERTORES E ROUPAS DE TECIDO FELPUDO. A SECADORA NECESSITA DE VÁRIAS LIMPEZAS DIÁRIAS PARA IMPEDIR O ACÚMULO DE FELPAS.

2 4.4 CALANDRAGEM - É A OPERAÇÃO QUE SECA E PASSA AO MESMO TEMPO AS PEÇAS DE ROUPA LISA (LENÇÓIS, COLCHAS LEVES E CAMPOS). APÓS AQUECIMENTO, A CALANDRA DEVE SER OPERADA CONTINUAMENTE, EM DETERMINADO PERÍODO, PARA EVITAR DESPERDÍCIO DE ENERGIA.

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

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

2 4.5. PRENSAGEM - UNIFORMES E OUTRAS ● PEÇAS NÃO PASSÍVEIS DE SEREM COLOCADAS EM CALANDRA OU QUE TENHAM DETALHES COMO PREGUEADO E VINCOS SÃO PASSADAS NA PRENSA. APÓS A PRENSAGEM, SÃO DEVIDAMENTE GUARDADAS NA ROUPARIA, DE PREFERÊNCIA EM PORTA-CABIDES ROLANTES.

2 4.6 PASSAGEM A FERRO E DOBRAGEM - NESTA ÁREA ● DEVEM SER PREVISTAS MESAS E BANCADAS PARA MANUSEIO DAS PEÇAS DE ROUPA OU MÁQUINAS DE DOBRAGEM. TAMBÉM DEVE SER PREVISTO UM ESPAÇO PARA O ESTACIONAMENTO DE CARROS DE TRANSPORTE QUE LEVARÃO A ROUPA PARA A ÁREA DE ARMAZENAGEM. USADA APENAS EVENTUALMENTE OU PARA MELHORAR O ACABAMENTO DA ROUPA PESSOAL. SEU USO É POUCO ECONÔMICO, SOB O PONTO DE VISTA DE GASTO DE TEMPO, ENERGIA ELÉTRICA E FÍSICA.

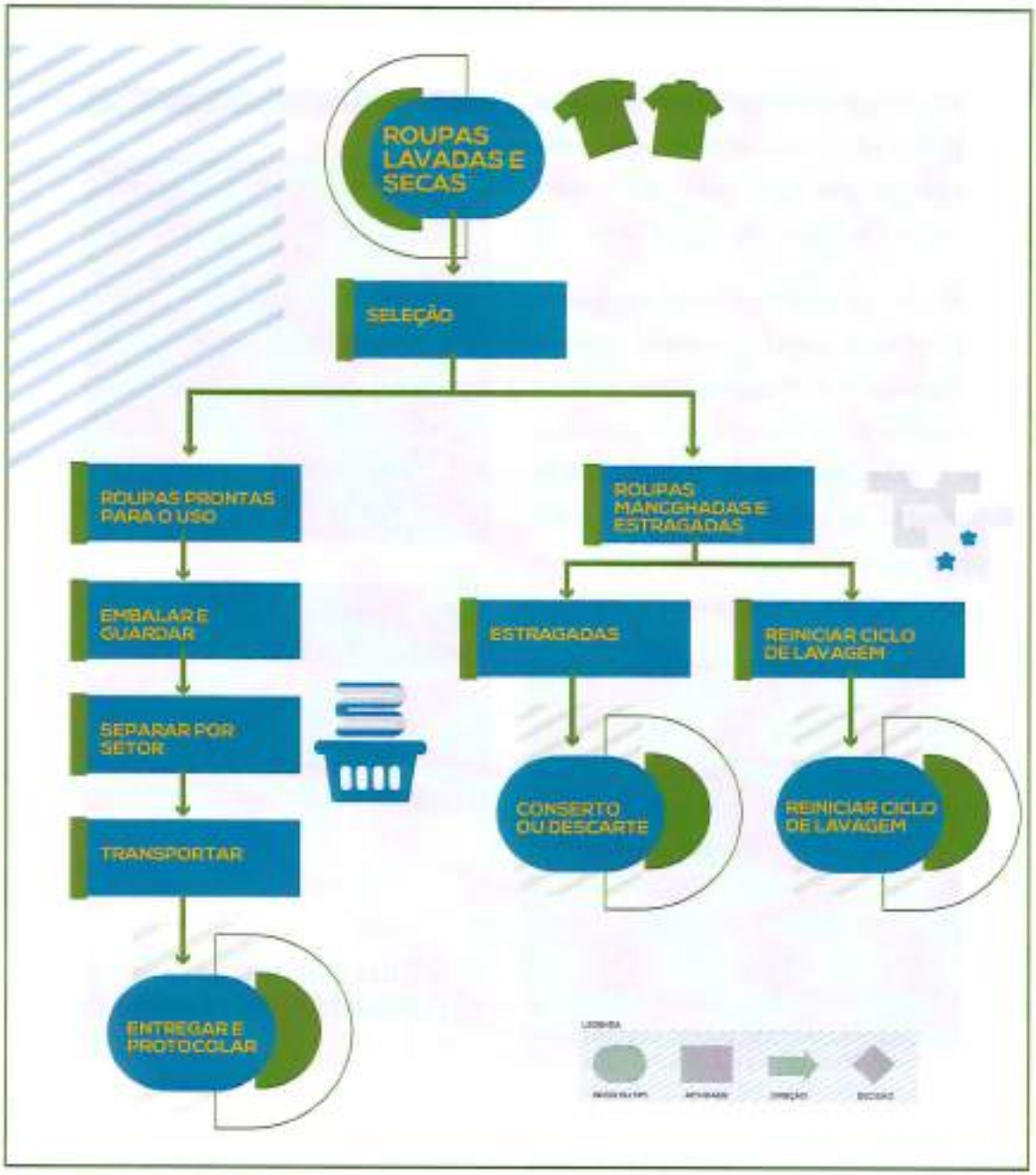
2 4.7 ÁREA DE COSTURA: ÁREA PARA CONFECÇÃO ● E REPAROS DAS ROUPAS QUE NECESSITAM DE CONSERTO, ONDE ESTÃO INSTALADAS MÁQUINAS DE COSTURA E MESAS DE CORTE. DEVEM SER PREVISTOS ARMÁRIOS OU ESTANTES PARA ARMAZENAGEM DAS ROUPAS A SEREM CONSERTADAS E DAQUELAS JÁ REPARADAS.

2 4.8 GUARDA E DISTRIBUIÇÃO - NESTA ETAPA, ● CONSIDERAM-SE QUE AS PEÇAS DO ENXOVAL ESTÃO PRONTAS PARA SEREM DISTRIBUÍDAS PARA USO.

2.5 Fluxo unidirecional para distribuição de roupas limpas

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

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



Regulamentações

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

- Portaria GM/MS Nº 3.523, de 28 de agosto de 1998: Aprova o regulamento técnico contendo medidas básicas aos procedimentos de verificação visual do estado de limpeza, remoção de sujidades por métodos físicos e manutenção do estado de integridade e eficiência de todos os componentes dos sistemas de climatização, para garantir a qualidade do ar de interiores e prevenção de riscos à saúde dos ocupantes de ambientes climatizados;
- Portaria Nº 393, de 15 de maio de 1998: Estabelece os métodos para determinação da biodegradabilidade de tenso ativos aniônicos com validade em todo território nacional. Revoga a Portaria SVS Nº 120, de 24 de novembro de 1995, e dá outras providências;

- RDC Nº 189, de 18 de julho de 2003: Dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimento de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 de julho;

- NR-5: Dispõe sobre a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA e tem como objetivo a prevenção de acidentes e as doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador (BRASIL, 1978 – NR 5). De acordo com essa NR, a unidade de processamento de roupas que possuir acima de vinte trabalhadores deve constituir a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;

- NR-17: Visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho conforme NR-17 (BRASIL, 1978 – NR-17);



ITEM 1.1.1.4 – FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SERVIÇO DE SAÚDE

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

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

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

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

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

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

Tem como objetivo maior o estabelecimento de diretrizes que visam o cumprimento das legislações ambientais vigentes que tem o papel de responder para as inspeções da ANVISA e Secretarias do Meio Ambiente

e Vigilância Sanitária. Para a elaboração e exercício da função de responsável pelo PGRSS deve-se designar profissional, com registro ativo junto ao seu Conselho de Classe, com apresentação de Anotação de Responsabilidade Técnica – ART, ou Certificado de Responsabilidade Técnica ou documento similar, quando couber.

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

TIPOS DE RESÍDUOS SÓLIDOS HOSPITALARES GERADOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Resíduos do grupo A – infectantes, presença de material biológico:

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

OS RESÍDUOS DO GRUPO A SÃO SUBDIVIDIDOS EM 5 SUBGRUPOS:

A1 RESÍDUOS COM SUSPEITA OU CERTEZA DE CONTAMINAÇÃO BIOLÓGICA, POR EXEMPLO:

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

rejeitadas por contaminação ou por má conservação, ou com prazo de validade vencido, e aquelas oriundas de coleta incompleta;

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

A2 CARCAÇAS, PEÇAS ANATÔMICAS, VÍSCERAS E OUTROS RESÍDUOS PROVENIENTES DE ANIMAIS SUBMETIDOS A PROCESSOS DE EXPERIMENTAÇÃO COM INOCULAÇÃO DE MICRORGANISMOS, BEM COMO SUAS FORRAÇÕES, E OS CADÁVERES DE ANIMAIS SUSPEITOS DE SEREM PORTADORES DE MICRORGANISMOS DE RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E COM RISCO DE DISSEMINAÇÃO, QUE FORAM SUBMETIDOS OU NÃO A ESTUDO ANATOMOPATOLÓGICO OU CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA.

A3 PEÇAS ANATÔMICAS (MEMBROS) DO SER HUMANO, PRODUTO DE FECUNDAÇÃO SEM SINAIS VITAIS, COM PESO MENOR QUE 500 GRAMAS OU ESTATURA MENOR QUE 25 CENTÍMETROS, IDADE GESTACIONAL MENOR QUE 20 SEMANAS, QUE NÃO TENHAM VALOR CIENTÍFICO OU LEGAL E NÃO TENHA SIDO REQUISITADO PELO PACIENTE OU SEUS FAMILIARES.

A4 KITS DE LINHAS ARTERIAIS, ENDOVENOSAS E DIALISADORES, QUANDO DESCARTADOS; FILTROS DE AR E GASES ASPIRADOS DE ÁREA CONTAMINADA; MEMBRANA FILTRANTE DE EQUIPAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR E DE PESQUISA, ENTRE OUTROS SIMILARES; SOBRAS DE AMOSTRAS DE LABORATÓRIO E SEUS RECIPIENTES CONTENDO FEZES, URINA E SECREÇÕES, PROVENIENTES DE PACIENTES QUE NÃO CONTENHAM E NEM SEJAM SUSPEITOS DE CONTER AGENTES CLASSE DE RISCO 4, NEM APRESENTEM RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E RISCO DE DISSEMINAÇÃO, MICRORGANISMO CAUSADOR DE DOENÇA EMERGENTE QUE SE TORNE EPIDEMIOLOGICAMENTE IMPORTANTE OU CUJO MECANISMO DE TRANSMISSÃO SEJA DESCONHECIDO OU COM SUSPEITA DE CONTAMINAÇÃO COM PRÍONS; RESÍDUOS DE TECIDO ADIPOSO PROVENIENTE DE LIPOASPIRAÇÃO, LIPOESCULTURA OU OUTRO PROCEDIMENTO DE CIRURGIA PLÁSTICA QUE GERE ESTE TIPO DE RESÍDUO; RECIPIENTES E MATERIAIS RESULTANTES DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, QUE NÃO CONTENHA SANGUE OU LÍQUIDOS CORPÓREOS NA FORMA LIVRE; PEÇAS ANATÔMICAS (ÓRGÃOS E TECIDOS), INCLUINDO A PLACENTA, E OUTROS RESÍDUOS PROVENIENTES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, DE ESTUDOS ANATOMOPATOLÓGICOS OU DE CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA; CADÁVERES, CARCAÇAS, PEÇAS ANATÔMICAS, VÍSCERAS E OUTROS RESÍDUOS PROVENIENTES DE ANIMAIS NÃO SUBMETIDOS A PROCESSOS DE EXPERIMENTAÇÃO COM INOCULAÇÃO DE MICRORGANISMOS; BOLSAS TRANSFUSIONAIS VAZIAS OU COM

VOLUME RESIDUAL PÓS-TRANSFUSÃO.

A5 ÓRGÃOS, TECIDOS E FLUIDOS ORGÂNICOS DE ALTA INFECTIVIDADE PARA PRÍONS, DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS, BEM COMO QUAISQUER MATERIAIS RESULTANTES DA ATENÇÃO À SAÚDE DE INDIVÍDUOS OU ANIMAIS, SUSPEITOS OU CONFIRMADOS, E QUE TIVERAM CONTATO COM ÓRGÃOS, TECIDOS E FLUIDOS DE ALTA INFECTIVIDADE PARA PRÍONS. TECIDOS DE ALTA INFECTIVIDADE PARA PRÍONS SÃO AQUELES ASSIM DEFINIDOS EM DOCUMENTOS OFICIAIS PELOS ÓRGÃOS SANITÁRIOS COMPETENTES.

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

RESÍDUOS DO GRUPO B:

- Resíduos contendo produtos químicos que apresentam periculosidade à saúde pública ou ao meio ambiente, dependendo de suas características de inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, mutagenicidade e quantidade;
- Produtos farmacêuticos, quimioterápicos antineoplásicos;
- Resíduos de saneantes, desinfetantes, desinfetantes; resíduos contendo metais pesados, reagentes para laboratório, inclusive os recipientes contaminados por estes;
- Efluentes de processadores de imagem (reveladores e fixadores);
- Efluentes dos equipamentos automatizados utilizados em análises clínicas;
- Demais produtos considerados perigosos: tóxicos, corrosivos, inflamáveis e reativos.

RESÍDUOS DO GRUPO C:

- Qualquer material que contenha radionuclídeo em quantidade superior aos níveis de dispensa especificados na norma NE 6.02 da CNEN e para os quais a reutilização é imprópria ou não prevista.
  A caracterização de resíduos radioativos gerados por serviços nucleares pode ser classificada de acordo com o tipo de procedimento realizado, onde deve-se avaliar as seguintes características de acordo com a norma da CNEN NN 8.01:

I - Estado físico;

II - Meia-Vida;

III - Compactáveis ou não compactáveis;

IV - Orgânicos ou inorgânicos;

V - Biológicos (putrescíveis e patogênicos);

VI - Outras características perigosas (explosividade, combustibilidade, inflamabilidade, corrosividade e toxicidade química).

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

RESÍDUOS DO GRUPO D: LIXO COMUM, SEM RISCO BIOLÓGICO

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

RESÍDUOS DO GRUPO E: MATERIAIS PERFURO-CORTANTES

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

SIMBOLOGIA DOS RESÍDUOS DE SAÚDE

SÍMBOLOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS DE RESÍDUOS

OS RESÍDUOS DO GRUPO A SÃO IDENTIFICADOS PELOSÍMBOLO DE SUBSTANCIA INFECTANTE COM RÓTULOS DE FUNDO BRANCO ECONTORNOS PRETOS



OA RESIDUOS DO GRUPO B SÃO IDENTIFICADOS ATRAVÉS DO SÍMBOLO DE RISCO ASSOCIADO E COM DISCRIMINAÇÃO DE SUBSTÂNCIA QUÍMICA E FRASES DE RISCO	 RESÍDUO QUÍMICO
OS REGEITOS DO GRUPO C SÃO APRESENTADOS PELO SIMBOLO INTERNACIONAL DE PRESENÇA DE RADIAÇÃO IONIZANTE (TRIFÓLIO DE COR MAGENTA) EM RÓTULOS DE FUNDO AMARELO E CONTORNOS PRETOS, CRESCIDO DA EXPRESSÃO MATERIAL RADIOATIVO	 RESÍDUO RADIOATIVO
OS RESÍDUOS DO GRUPO D PODEM SER DESTINADOS A RECICLAGEM OU À REUTILIZAÇÃO. QUANDO ADOTADA A RECICLAGEM, SUA IDENTIFICAÇÃO DEVE SER FEITA NOS RECIPIENTES E NOS ABRIGOS DE GUARDA RECIPIENTES, USANDO UM CÓDIGO DE CORES E SUAS CORRESPODENTES NOMEAÇÕES, BASEADA NA RESOLUÇÃO CONAMA N. 275/01, E SIMBOLO DE TIPO DE MATERIAL RECICLÁVEL. PARA OS DEMAIS RESÍDUOS DO GRUPO D DEVE SER UTILIZADA A COR CINZA OU PRETA NOS RECIPIENTES. PODE SER SEGUIDA DE COR DETERMINADA PELA PREFEITURA. CASO NÃO EXISTA PROCESSO DE SEGREGAÇÃO PARA A RECICLAGEM, NÃO HÁ EXIGENCIA DE PADRONIZAÇÃO DE COR DESTES RECIPIENTES.	 RESÍDUO RECICLÁVEL
OS PRODUTOS DO GRUPO E SÃO IDENTIFICADOS PELO SÍMBOLO DE SUBSTÂNCIA INFECTANTE, COM RÓTULOS DE FUNDO BRANCO, DESENHO E CONTORNOS PRETOS, ACRESCIDO DA INSCRIÇÃO DE RESIDUO PERFUROCORTANTE, INDICANDO O RISCO QUE APRESENTA O RESÍDUO.	 RESÍDUO PERFUROCORTANTE

Fonte: RDC 222 - ANVISA

REJEITOS LÍQUIDOS HOSPITALARES

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

Na RDC 222/2018 de 28 de março de 2018, no artigo 63 - As excretas de pacientes tratados com quimioterápicos antineoplásicos podem ser lançadas em rede coletora de esgotos sanitários, conectada à estação de tratamento, desde que atendam às normas e diretrizes da concessionária do sistema de coleta e tratamento de esgotos sanitários ou lançadas diretamente em corpos hídricos após tratamento próprio no serviço.

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

REJEITOS LÍQUIDOS	DESTINO
SANGUE E SECREÇÕES PROVENIENTES DE CIRURGIAS E ASPIRAÇÕES	REDE DE ESGOTO
SOBRAS DE MEDICAMENTOS	DEVOLVIDOS À FARMÁCIA
DESINFETANTES E DETERGENTES UTILIZADOS EM DESINFECÇÃO DO AMBIENTE	REDE DE ESGOTO
EFLUENTES RESULTANTES DA LAVAGEM E DEGERMAÇÃO DAS MÃOS COM ANTISSÉPTICOS	REDE DE ESGOTO
EFLUENTES RESULTANTES DA LAVAGEM DE ROUPAS COM ADIÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS	REDE DE ESGOTO
ÁCIDO PERACÉTICO	REDE DE ESGOTO, PRODUTO BIODEGRADÁVEL
REVELADOR E FIXADOR DE RAIOS X	RECOLHIMENTO POR EMPRESA ESPECIALIZADA
ÓLEO PROVENIENTE DE PREPARO DE ALIMENTOS	RECOLHIMENTO POR EMPRESA ESPECIALIZADA
ÓLEO DIESEL - RESÍDUOS DO GERADOR	RECOLHIMENTO POR EMPRESA ESPECIALIZADA

ESTAÇÃO DE TRATAMENTO DE ESGOTO

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

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

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

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

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

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

CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS DE ACORDO COM OS SETORES DO HESLMB

SETOR	TIPO DE RESÍDUO
AMBULATÓRIO	A, D e E
SADT E LABORATÓRIO	A, B, D e E
PRONTO SOCORRO	A, D e E
ENFERMARIAS	A, D e E
CENTRO CIRÚRGICO E OBSTETRICO	A, D e E
SALA DE REUNIÕES	D
ADMINISTRATIVO	D
VESTIÁRIO CENTRAL	D
ALMOXARIFADO	B, D
FARMACIA	B, D e E
NUTRIÇÃO	B e D
LAVANDERIA	A, B e D
ABRIGO DE RESÍDUOS	A, B, D e E
GERADOR	B e D
GASES MEDICINAIS	B e D
CENTRAL DE GÁS GLP	D
GASES MEDICINAIS	A e D

QUANTIDADE DE RESÍDUOS GERADOS

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

ROTA DE COLETAS DE HORÁRIOS PRÉ-ESTABELECIDOS

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

FLUXO UNIDIRECIONAL DE RESÍDUOS DE SAÚDE

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

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

Certificações almejadas: GRI (Global Reporting Initiative), GHG protocol (Inventário de emissões atmosféricas nacional), Sou Resíduo Zero, Evento Neutro Carbono, entre outras.

O Fluxo Unidirecional de coleta interna dos resíduos do Hospital Estadual de São Luiz de Montes Belos Dr. Geraldo Landó ocorrerá conforme descrito abaixo.

Ambulatório

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do AMBULATÓRIO e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

Em um segundo momento, em horários pré-fixados, de quatro a cinco vezes por período dependendo da demanda, sendo que os horários não irão coincidir com a distribuição de roupas, alimentos, período de visita, medicamentos ou de maior fluxo de pessoas,

os colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza munidos de carrinhos de coleta vazios e higienizados, se dirigirão até a Sala de Utilidades e farão a coleta do carrinho de resíduos ocupado e o substituirão pelo carrinho de resíduos vazio e higienizado.

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



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

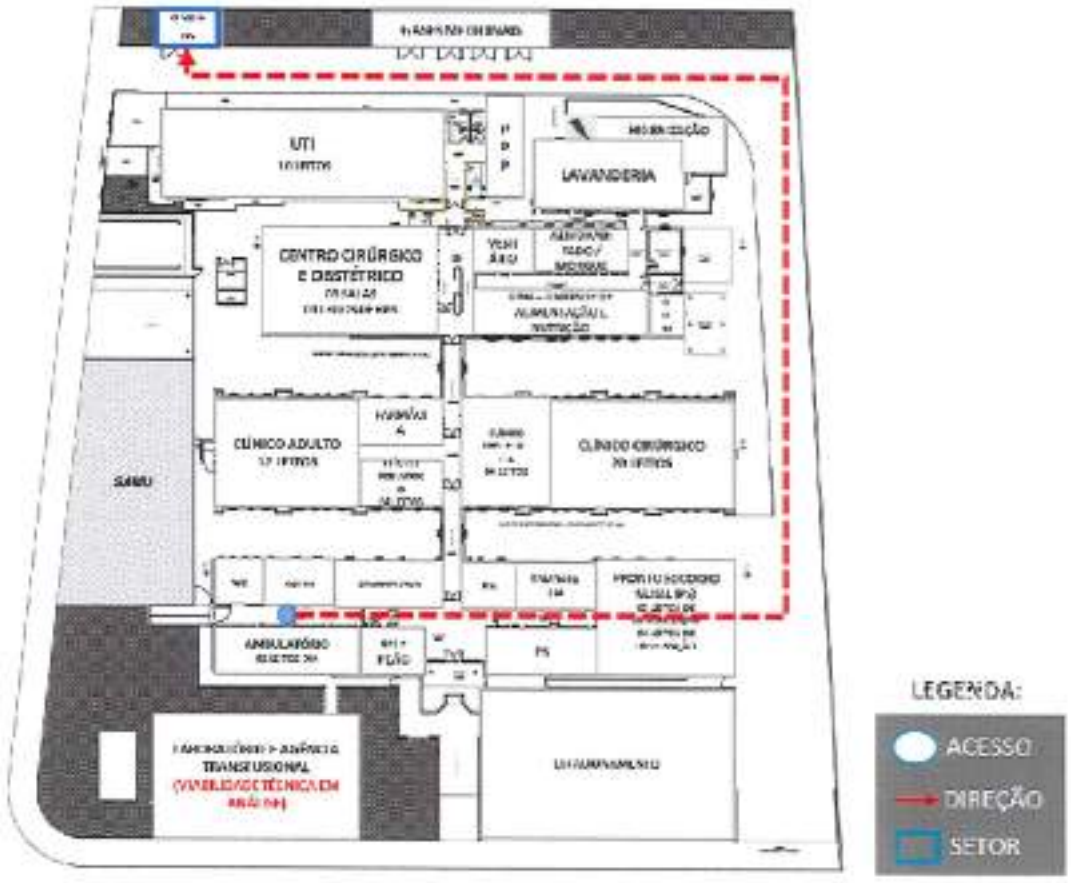


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do Ambulatório.

SADT e Laboratório:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do SADT e LABORATÓRIO e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

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

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



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

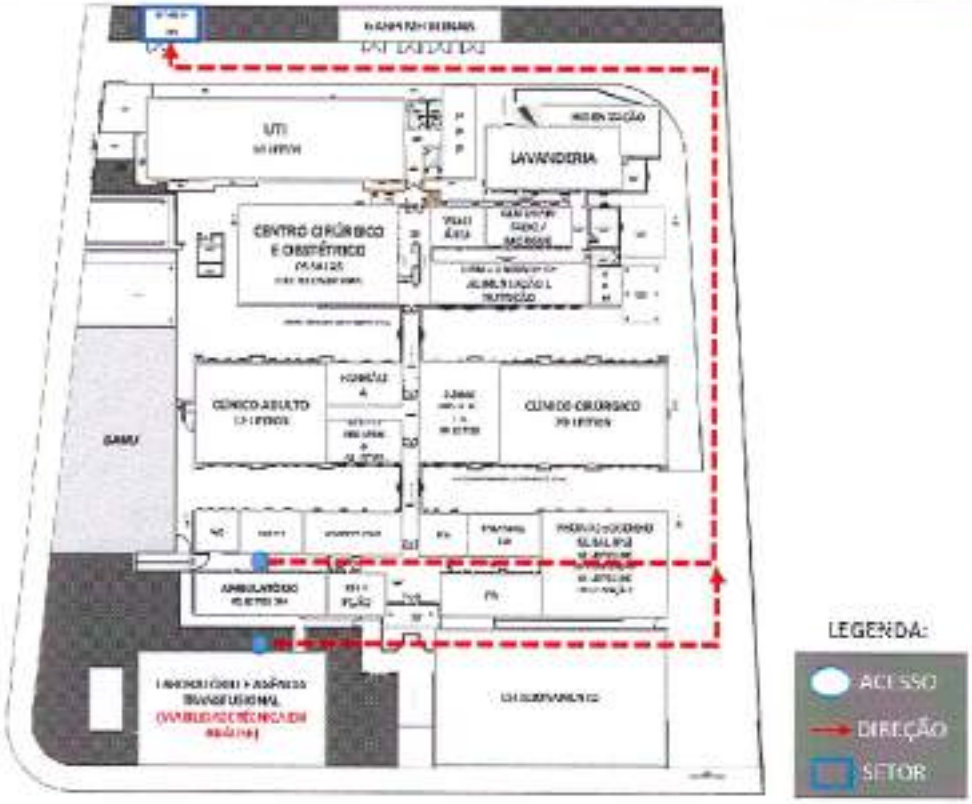


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do SADT e Laboratório.

Pronto Socorro:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do PRONTO SOCORRO e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

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

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



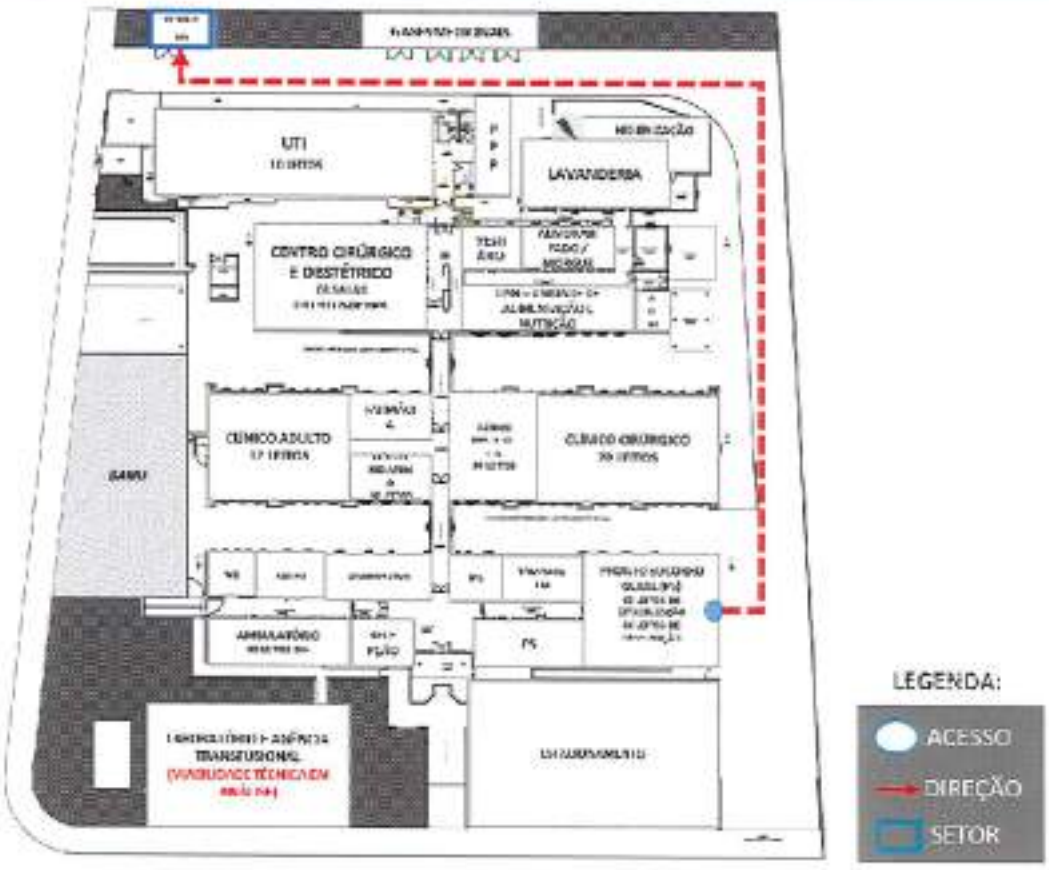


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna dos Resíduos do Pronto-Socorro.

Enfermarias/Internações:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras da ENFERMARIA e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

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

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



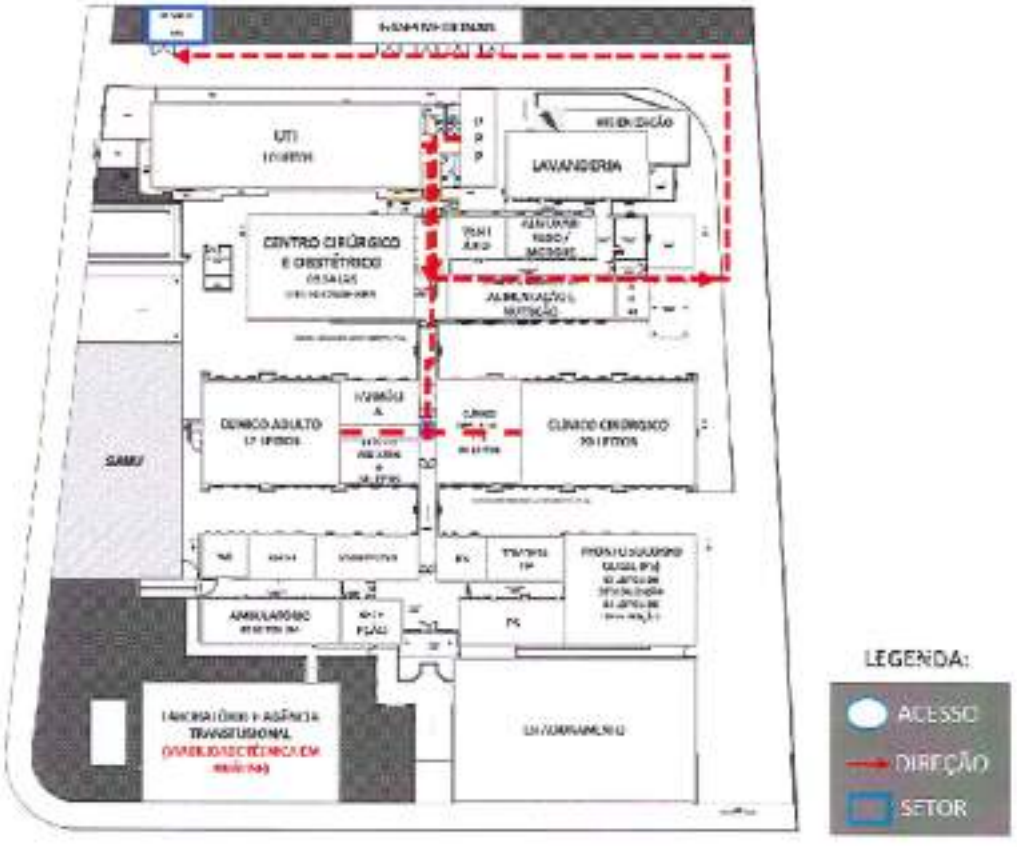


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna das Enfermarias/Internações.

Centro Cirúrgico e Obstétrico:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras do CENTRO CIRÚRGICO e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

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

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

No caso de cirurgias que gerem peças anatômicas, devem seguir o fluxo conforme o Subgrupo A3, onde as peças anatômicas devem ser registradas em formulário próprio, embaladas em saco vermelho para resíduos infectantes, acrescido da identificação "PEÇAS ANATÔMICAS", e encaminhadas para a geladeira de armazenamento localizada no abrigo externo de resíduos.

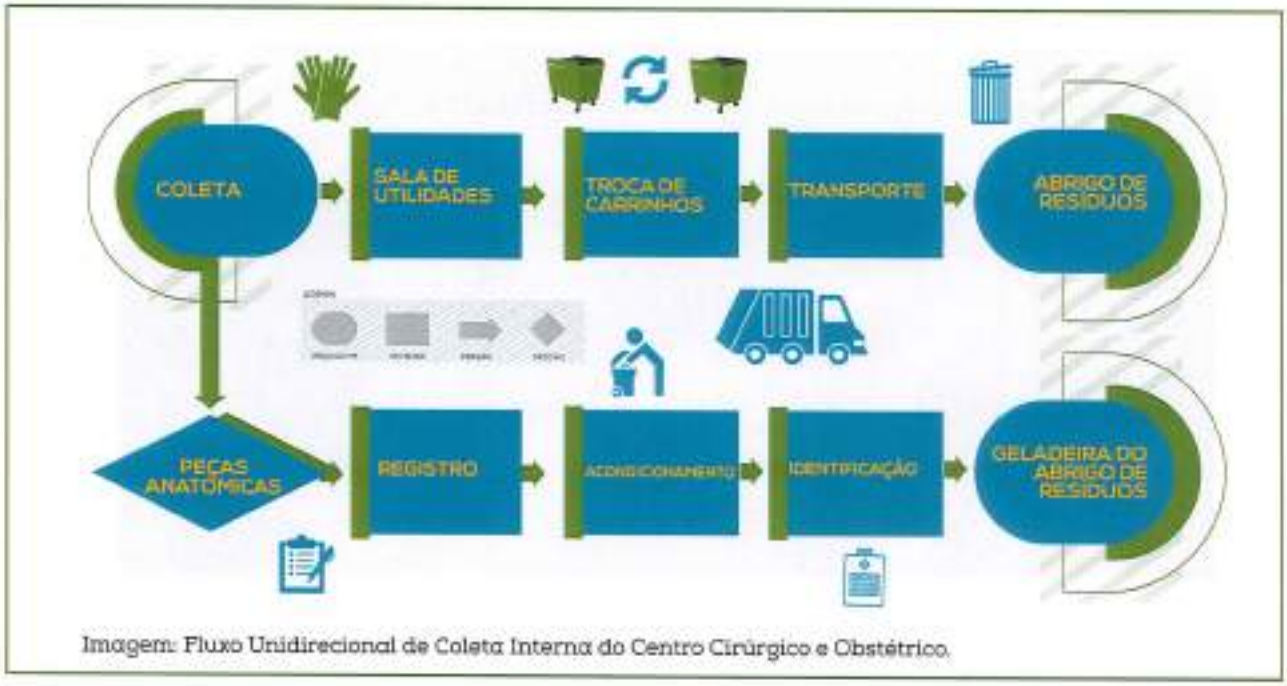


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna do Centro Cirúrgico e Obstétrico.



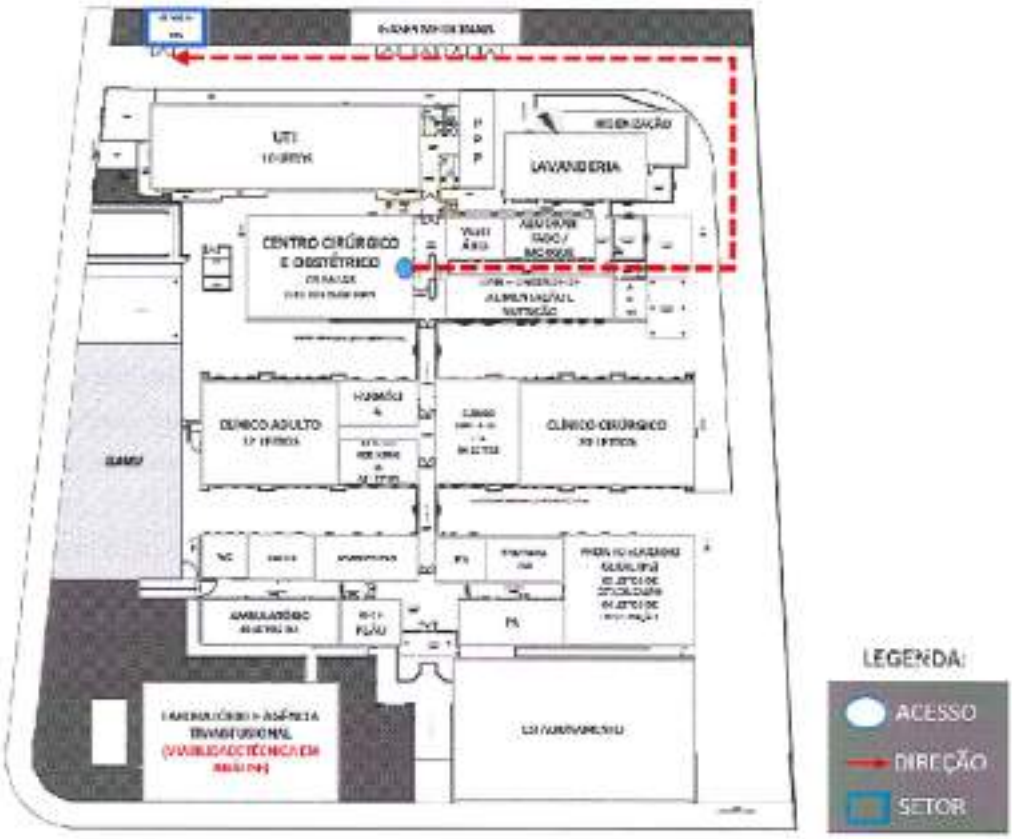


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna do Centro Cirúrgico e Obstétrico.



Unidade de Terapia Intensiva:

A coleta será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados nas lixeiras da UTI e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

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

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



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Intern

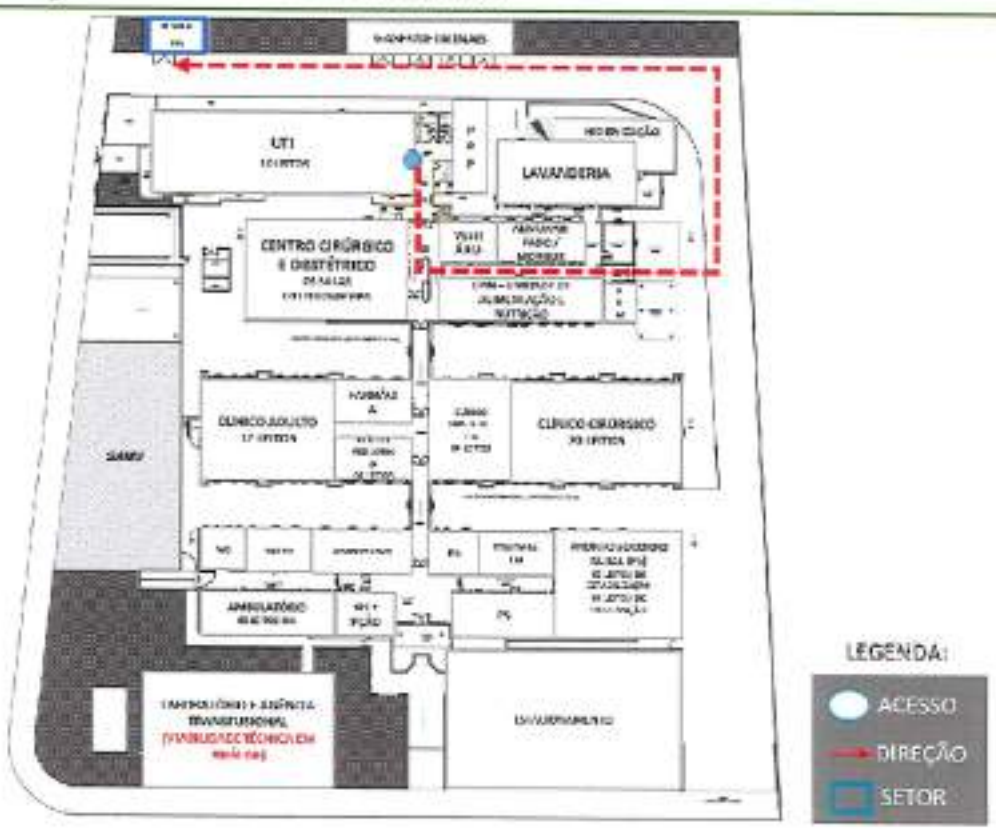


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna da UTI Adulto.

Unidade de Alimentação e Nutrição:

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

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

Assim o setor se torna o maior gerador de resíduos sólidos da unidade, para tal, os resíduos comuns (Grupo D) gerados no setor de UAN seguirão o mesmo fluxo descrito da coleta interna até a Sala de Utilidades e segue para o Abrigo de Resíduos.



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

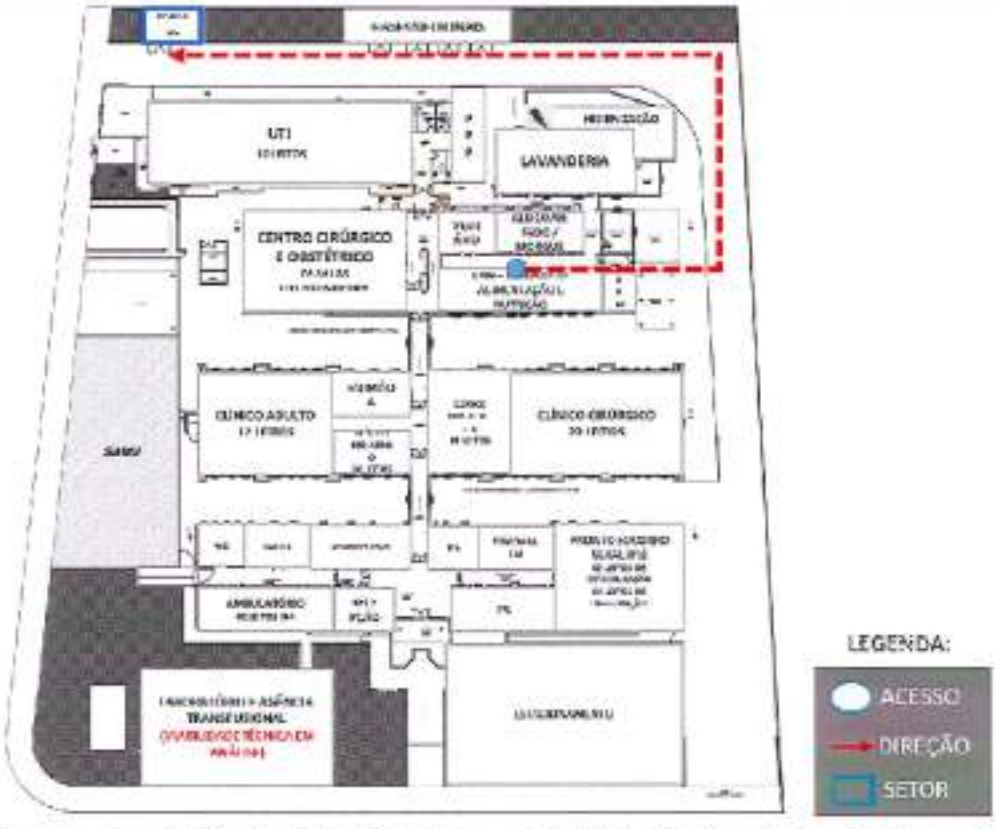


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna da Unidade de Alimentação e Nutrição.

Lavanderia:

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

A coleta dos resíduos sólidos do setor, será realizada por colaboradores do Setor de Higienização e Limpeza. Primeiramente, estes deverão coletar os resíduos acondicionados na área de trabalho da Lavanderia e transpor até a Sala de Utilidades do setor.

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

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



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna da Lavanderia.

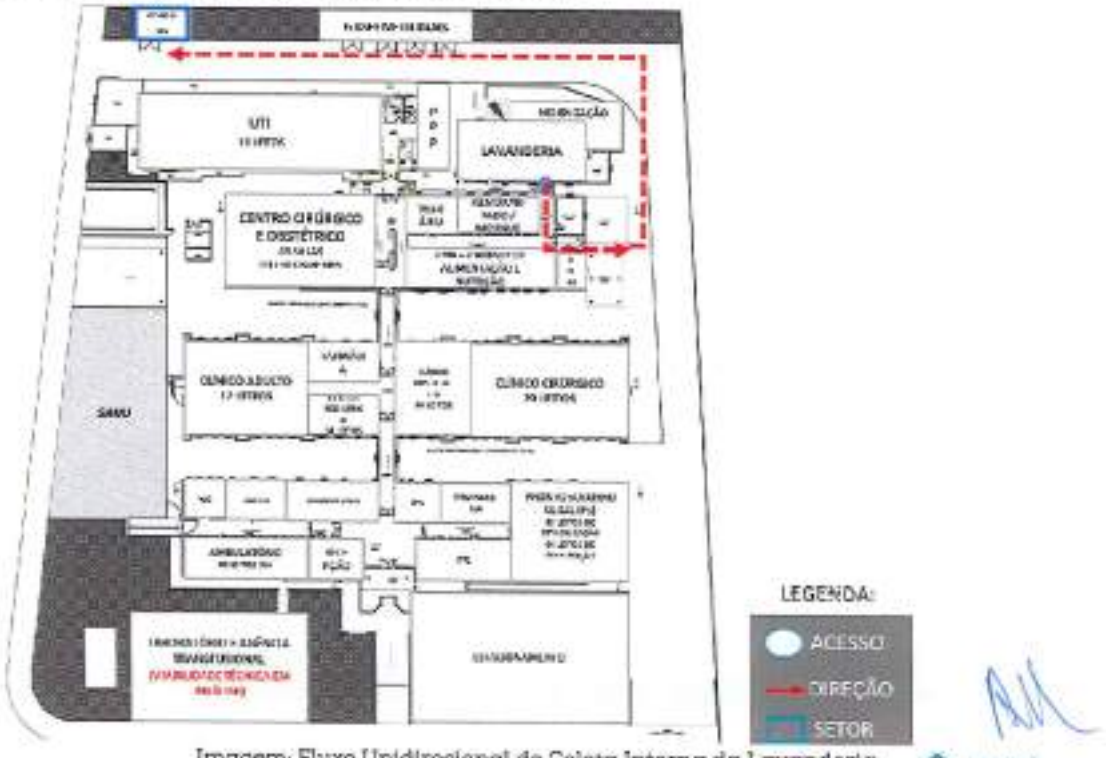


Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta Interna da Lavanderia.

FLUXO GERAL DE COLETA INTERNA DE RESÍDUOS

Os resíduos são coletados na sala de utilidades das unidades geradoras (Setores do HESLMB) pelos colaboradores do setor de Higienização e encaminhados ao depósito de resíduos utilizando carro para transporte interno fechado, exclusivo para os resíduos e identificados com o símbolo correspondente ao risco neles contidos.

O transporte interno deixa a unidade geradora respeitando frequência e horários estipulados, evitando cruzamento com horário de recolhimento de roupas sujas e de fornecimento de refeições e roupas limpas.

Os carros de transporte deixam as salas de utilidades, passando pelos corredores até chegar a área posterior do hospital.

Os carros de transporte encaminham os resíduos até o depósito externo (abrigo de resíduos).



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



COLETA E TRANSPORTE EXTERNO

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

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

Os sistemas para tratamento externo dos RSS são passíveis de licenciamento ambiental, de acordo com a Resolução CONAMA nº 237/1997, e de fiscalização e controle pelos órgãos de vigilância sanitária e meio ambiente. Os sistemas de tratamento térmico por incineração devem obedecer ao estabelecido e a apresentação de Licença de Operação, inclusive as condicionantes, caso haja, emitida pelo órgão ambiental para tratamento de resíduos de serviços de saúde.



Imagem: Fluxo Unidirecional de Coleta e Transportes externos de Resíduos – Coleta e Transporte Externo.

PROPOSTA DE FLUXO DO MANEJO INTEGRADO DE RESÍDUOS

Grupo A e E:

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

Sendo assim, os resíduos seguirão à risca as normativas federais, estaduais e municipais

contemplando a gestão desde seu ponto de geração/segregação até o momento de seu descarte final ambientalmente adequado.

Grupo B:

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

- **Sólido -** Todos os resíduos com características eletrônicas serão aplicados metodologias de logística reversa ou descarte em pontos de coleta especializados pelo fabricante para que possa ser neutralizado e encaminhado a destinação final. Ex: Pilhas, baterias, lâmpadas, produtos químicos, medicamentos, entre outros.

- **Liquido -** Os resíduos químicos presentes na unidade deverão ser neutralizados através do projeto de tratamento a ser implantado no HESLMB, antes de seu descarte final, de modo que não cause danos ao meio ambiente. Ex: Hormônios sintéticos, quimioterápicos, líquidos reveladores e fixadores de filmes, medicamentos, entre outros.

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

Grupo D:

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



ITEM 1.1.2 - IMPLANTAÇÃO DA GESTÃO

1.1.2.1 - IMPLANTAÇÃO DE LÓGISTICA DE SUPRIMENTO:

O setor de suprimentos é responsável por gerenciar todos os estoques existentes no Hospital Estadual de São Luiz de Montes Belos Dr. Geraldo Landó de forma a assegurar a disponibilização dos materiais, medicamentos e insumos necessários para o desempenho das respectivas atividades. Uma cadeia de abastecimento bem administrada garante:

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

Termos e Definições

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

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

Curva 123: Esse método leva em consideração a dificuldade com que certos produ-

tos são adquiridos. Dessa forma, o **grupo 1** compreende os itens cuja aquisição é complexa, sua obtenção é mais complicada por envolver diversos fatores que dificultam sua compra; o **grupo 2** abarca produtos de difícil aquisição, mas que envolvem uma quantidade menor de fatores complicadores e o **grupo 3** formado pelos materiais amplamente disponíveis no mercado e que, portanto, possuem um fornecimento rápido e pontual.

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

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

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

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

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

Giro de Estoque: Indicador responsável por demonstrar o desempenho de um estoque. Ele permite saber de forma precisa de quanto em quanto tempo o estoque costuma ser renovado. Cálculo: consumo no período / estoque médio no período.

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

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

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

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

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

PLANEJAMENTO DE COMPRAS

O planejamento de compras ocorre após o mapeamento das demandas com base no histórico de gastos, indicadores de consumo e na previsão anual de consumo, bem como previsão de necessidade de aumento ou diminuição de quantitativos ou de novos insumos decorrentes do aumento ou de novas demandas, inclusive as sazonais.

A instituição terá preferência em efetuar suas compras em fornecedores que contemplam os seguintes critérios:

- Serviços prestadores que tenham diferencial da concorrência;
- Prática de melhores preços do mercado;
- Atendimento com qualidade e prazo acordados.

As negociações com fornecedores serão realizadas mediante apresentação da melhor proposta técnico comercial, onde serão verificados: preço, qualidade, prazo de entrega e atendimento.

Os setores deverão manter como principais condutas:

- Manter um tratamento igualitário, cooperativo com todos os fornecedores;
- Estar receptivo às sugestões e inovações propostas;
- Estimular e desenvolver uma competição positiva e sadia entre os fornecedores;
- Manter o sigilo das informações recebidas, preservando a ética nas negociações;
- Renunciar a qualquer prática que desabone os princípios da honestidade;
- Tratar seus parceiros e fornecedores de maneira respeitosa e cordial buscando fortalecer as relações

e aperfeiçoar os processos de comunicação.

O processo de compras varia de acordo com o tipo de aquisição a ser efetuada, podendo ser:

- **Compra de itens padronizados:** Insumos de uso continuo, aprovados na instituição, que tenham um consumo médio mensal, devendo ser providenciado automaticamente à reposição dos estoques, aprovados via Comissão de Padronização e Terapêutica.
- **Compra de emergência:** Insumo não disponível em estoque e solicitado para atendimento de determinada demanda.
- **Compra de itens não padrão:** Insumo de uso eventual, que poderá ser adquirido em quantidade suficiente a um tratamento, que não conste da padronização. Não se mantém em estoque.

ALÇADA DE APROVAÇÃO

As aprovações seguem alçadas de acordo o valor:

MATERIAIS E MEDICAMENTOS	VALOR (R$)*	SOLICITAÇÃO	APROVAÇÃO		
		FARMACEUTICO	GERENTE ADMINISTRATIVO	GERENTE ADMINISTRATIVO/ DIRETORIA	DIRETOR FINANCEIRO
Padronizados	Até R$ 10.000,00	√	√		√
	Acima de R$ 10.000,00	√	√		√
Não Padronizados	Até R$ 500,00	√	√	√	
	Acima de R$ 500,00	√	√	√	√

PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS MÉDICO-HOSPITALAR

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

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

QUALIFICAÇÃO E CADASTRO DE FORNECEDORES

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

As propostas enviadas pelas empresas interessadas em determinado processo seletivo são encaminhadas para comissão de julgamento juntamente com a documentação societária:

- Certidões negativas de debito (CND) federais, estaduais, municipais, falência, trabalhista e FGTS 'para analise. A empresa contratada será aquela que apresentar a melhor proposta comercial e documentação solicitaria/CNPJ comparativo com o objeto do processo de seleção, bem como todas as CND's negativas.

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

A condição para inclusão no Cadastro de Fornecedores Qualificados (anexo I) é verificar a plena capacidade de fornecimento de produtos ou serviços, realizada através de avaliação documental e/ou visita técnica presencial ou remota.

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

O setor de Compras preencherá o Checklist para Cadastro de Fornecedor, a fim de garantir a entrega e conferência de toda documentação necessária para cadastro.

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

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

AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO DO FORNECEDOR PARA QUALIFICAÇÃO

A qualificação do fornecedor será realizada mediante a entrega dos documentos, conforme mencionado acima, a área solicitante fará a análise indicando se o fornecedor está aprovado, aprovado com restrição e reprovado.

PROCESSO DE COMPRAS

O Setor de Compras e Suprimentos realiza as compras de itens de estoque através de uma solicitação realizada pelo responsável pelo reabastecimento ou gestor da área. Para solicitação de compras, deve ser levado em consideração o consumo do item, giro de estoque, análise de curva ABC, curva XYZ, curva 123, curva PQR, lead time, estoque atual e consumo médio. A necessidade de manutenção de estoque de segurança deve também nortear todo o processo de compra, visando segurança da operação da instituição.

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

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

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

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

RESPONSABILIDADES DO FORNECEDOR

É de responsabilidade do Fornecedor:

- Ter flexibilidade no caso de mudanças nas quantidades e nos prazos de entrega;
- Fornecer os insumos conforme os padrões exigidos pelas normas técnicas;
- Responder as cotações dentro do prazo estabelecido;
- Cumprir toda a legislação aplicável ao processo produtivo e de compra e venda;
- Responsabilizar-se de forma ampla e irrestrita pelos materiais produzidos ou comercializados no seu estabelecimento, inclusive por todo desvio de qualidade, que por ventura não tenha sido identificado no ato do recebimento;
- Avaliar as notificações referentes a qualquer produto que esteja em desacordo com o contratado, fazendo as devidas correções no prazo estabelecido;
- Oferecer hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.

RESPONSABILIDADES DO COMPRADOR

É de responsabilidade do Comprador:

- Respeitar os horários definidos para atendimento fornecedores e representantes;
- Oferecer o máximo de transparência no processo de compras;

- Realizar as especificações devidas dos itens a serem comprados;
- Efetuar a compra com melhor preço, dentro do padrão solicitado para o produto ou serviço adquirido.
- Não usar o cargo e/ou facilidades para obter favorecimento para si ou para outrem no processo de contratação e gestão de fornecedores;
- Recusar hospitalidade, presentes, brindes ou ofertas que possam influenciar as decisões de negócio.

EMISSÃO DE NOTAS FISCAIS

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

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

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

RECEBIMENTO DE INSUMOS

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

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

AVALIAÇÃO / INSPEÇÃO DE RECEBIMENTO

Todos os insumos recebidos de Fornecedores serão inspecionados através da aplicação de um Checklist de Recebimento de Mercadoria.

O checklist deve ser aplicado antes do recebimento da mercadoria e, em caso de identificação de produtos não conformes, é necessário comunicar ao Setor de Compras e Suprimentos, que tomará as devidas providências para a devolução total e/ou parcial do item. Mantendo os produtos a serem

devolvidos em área de quarentena.

QUALIFICAÇÃO POR RECEBIMENTO

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

NOTA DE RECEBIMENTO:	$\frac{\text{Nº de pontos obtidos}}{\text{Nº de pontos possíveis}} \times 100$ / Nº de Entregas	**LEGENDA**	**Nº DE PONTOS OBTIDOS:** Soma da pontuação adquirida por check-list **Nº DE PONTOS POSSÍVEIS:** Pontuação máxima que poderá ser obtida **Nº DE ENTREGAS:** Total de entregas realizadas no período

RESULTADO DA QUALIFICAÇÃO DE FORNECEDORES

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

Insatisfatório	Até 50%	Será impossibilitada comercialização até a apresentação de plano de melhoria e agendamento de nova visita para qualificação.

AVALIAÇÃO / VISITA TÉCNICA A FORNECEDORES

Serão realizadas avaliações/visitas técnicas quando da aquisição de medicamentos manipulados e/ou dietas parenterais.

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

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

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

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

A visita técnica será embasada no Checklist de Visita Técnica, de acordo com o tipo de fornecimento. Os itens avaliados serão classificados como "Conforme", "Não conforme"

ou "Não aplicável". A partir do percentual atingido no número de conformidades, os fornecedores são qualificados. Após a avaliação, é necessário enviar para o fornecedor o relatório de avaliação, constando plano de ação para os itens "não conforme" para adequação.

RESULTADO	PONTUAÇÃO	PLANO DE AÇÃO
Qualificado	mais de 75%	Visitar após 02 anos.
Sob avaliação	entre 75% e 25%	Definir período de adequação dos itens não conforme. Agendar nova visita para o período máximo de 06 meses
Não qualificado	menos de 25%	Bloquear fornecedor impossibilitada comercialização até agendamento de nova visita

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

ARMAZENAMENTO DOS INSUMOS

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

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

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

INVENTÁRIO

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

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

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

MONITORAMENTO

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

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

Quantitativo: Quantidade física/ Quantidade contabilizada.

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

REGISTROS

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

ANEXOS

- Anexo I – Checklist para Cadastro de Fornecedores.
- Anexo II – Checklist para Recebimento de Mercadorias.
- Anexo III – Checklist Visitas Técnicas.

REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada 157 de 2017.

André, Adriana Maria. Gestão Estratégica de Clínicas e Hospitais. 2 ed. São Paulo. Editora: Atheneu, 2014

Curva XYZ, PQR, 123 e ABC: Como funciona cada uma delas? Disponível em:

<https://bionexo.com/curva-xyz/>. Acesso em 22/06/2020.

Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Manual de Padronização de Procedimentos da Unidade de Almoxarifado. Disponível em:

<http://www2.ebserh.gov.br/documents/147715/0/manual-depadronizacaoalmoxarifado/f11730 82-0d62-4f80-828e-85cb22e47d05> Acesso em: Abril/2020.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASALBERT EINSTEIN. Manual do Fornecedor Einstein. Disponível em:

<https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/Manual%20para%20Fornecedores%2 0Einstein.pdf> Acesso em: Abril/2020.

HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS. Manual de Relacionamento com Fornecedor. Disponível em:<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/trabalhe-conosco/fornecedores/Documents/manual- relacionamento-online.pdf> Acesso em: Abril/2020.

PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR INSTITUCIONAL - GESTÃO DE FORNECEDORES. Disponível em: <http://www.hospitalveracruz.com.br/conteudo/documento/2016/jun/hospital-vera-cruz- campinas_1464961202_pmi-007%20protocolo%20de%20gestao%20de%20fornecedores.pdf> Acesso em: Abril/2020.



ANEXO I – CHECK LIST PARA CADASTRO DE FORNECEDORES

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

Documentos obrigatórios para todos os fornecedores	Conforme	Não se aplica
Ficha Cadastral da Empresa	[ ]	[ ]
Contrato Social (última alteração)	[ ]	[ ]
Cartão CNPJ	[ ]	[ ]
Medicamentos, Nutrição Enteral, Materiais de OPME (Órteses, Próteses e Materiais Especiais), Materiais Médicos Hospitalares, Saneantes, Químicos e Laboratório.		[ ]
Autorização de Funcionamento emitida pela ANVISA;	[ ]	[ ]
Alvará Sanitário Municipal;	[ ]	[ ]
Certificado de Responsabilidade Técnica do Conselho Regional de Farmácia ou outros Conselhos aplicáveis;	[ ]	[ ]
Certificado de Boas Práticas de Fabricação ou de Manipulação	[ ]	[ ]
Gêneros Alimentícios		[ ]
Alvará ou Licença de Funcionamento emitido pela Prefeitura Municipal	[ ]	[ ]
Alvará Sanitário Municipal	[ ]	[ ]
Autorização SIM - Serviço de Inspeção Municipal e Certificado de Responsabilidade Técnica	[ ]	[ ]
Manual de Boas Práticas de Manipulação de Alimentos.	[ ]	[ ]
Prestadores de Serviços		[ ]
Cópia da Inscrição Municipal, ISS e Alvará de Localização	[ ]	[ ]
Certidão Negativa de Falência e Concordata	[ ]	[ ]

Cópia da Inscrição Estadual	[ ]	[ ]
Certificado de Regularidade com a Previdência Social / INSS – CND	[ ]	[ ]
Certificado de Regularidade com FGTS	[ ]	[ ]
Certidões Negativas de Débitos Municipais, Estaduais e Federais, especialmente as expedidas pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social):	[ ]	[ ]
PPRA - Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais	[ ]	[ ]
PMCSO - Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional	[ ]	[ ]

[ ] Aprovado para Cadastramento de Fornecedores Data: _____/_____/_____
Assinatura Responsável do setor de Compras: _____



ANEXO II – CHECK LIST PARA RECEBIMENTO DE MERCADORIAS

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

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

Cálculo para Pontuação:

Nota de Recebimento =	Nº de pontos obtidos				
	Nº de pontos possíveis	X100		LEGENDA	N° de pontos obtidos: Soma da pontuação adquirida por check-list N° de pontos possíveis: Pontuação máxima que poderá ser obtida N° de entregas: Total de entregas realizadas no período
	Nº de Entregas				

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

Data: _____/_____/_____

Assinatura Responsável do setor: _____



ANEXO III – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FORNECEDORES

DADOS GERAIS DO FORNECEDOR		
Fornecedor:		CNPJ:
Periodicidade de Avaliação: [ ] Anual [ ] Semestral		
Pontuação: 0 - não atendeu; 05 - atendeu parcialmente; 10 - atendeu plenamente		
REQUISITOS		PONTUAÇÃO
QUALIDADE	1. Prêmio de Qualidade: Possiu Certificação de Qualidade?	
	2. Realiza Pesquisa de Satisfação com seus Clientes?	
OPERACIONAL	3. Avaliação Desempenho operacional do Fornecedor: Qualidade, Rapidez, Agilidade em resolver problemas	
	4- Quantidade: Itens constantes na NF é a mesma do ordem de compra?	
	5- Pontualidade e Prazo de Entrega: Prazos de entrega acordados são cumpridos?	
FINANCEIRO	6.Preço: Preço Justo/ Capacidade de Competição frente ao Mercado	
	7-Condições Comerciais: Preços/ Forma de Pagamento/ Frete	
PARCERIA	8. Avaliação Relacionamento Empresa x Fornecedor	
	9- Parceria Finaceira do Fornecedor com a Instituição (Flexibilidade em Negociar em tempos difíceis)	
QUALIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	TOTAL	
	PONTUAÇÃO MÁXIMA	90
	TOTAL DE ITENS APLICAVÉIS	9
	PONTUAÇÃO EM %	

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

Data: _____/_____/_____

Assinatura Responsável pelo serviço: _____

ITEM 1.1.2.2 – REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS

CAPÍTULO I – DA CONSTITUIÇÃO

Artigo 1°. O Hospital Estadual de São Luiz de Montes Belos é uma Unidade de Assistência Hospitalar, Ensino e Pesquisa, tendo por finalidade a prestação da assistência a urgência/emergência geral, assistência em Baixa e Média Complexidade em Clinica Obstétrica, Clinica Cirúrgica, ortopedia, cirurgia vascular (angiologia), Clínica Médica, Atenção Especializada Covid-19 e Atenção em Terapia Intensiva Covid, de forma referenciada, nos limites de sua capacidade instalada, nos limites do termo de referência pactuado, de forma humanizada com qualidade e segurança e cuidando com respeito, conforme estabelecido nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde-SUS, para os atendimentos nas especialidades.

- Obstetrícia (pronto-socorro sob livre demanda de baixo risco);
- Cirurgia Geral (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Cardiologia - exames pré operatórios (risco cirúrgico);
- Ginecologia (ambulatório de pré e pós cirúrgico);
- Ortopedia e Traumatologia (pronto-socorro, ambulatório de pré e pós cirúrgico).

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo 2°. O HESLMB tem por finalidade:

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

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

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

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo 3°. O HESLMB, possui a seguinte composição organizacional, conforme no organograma abaixo:

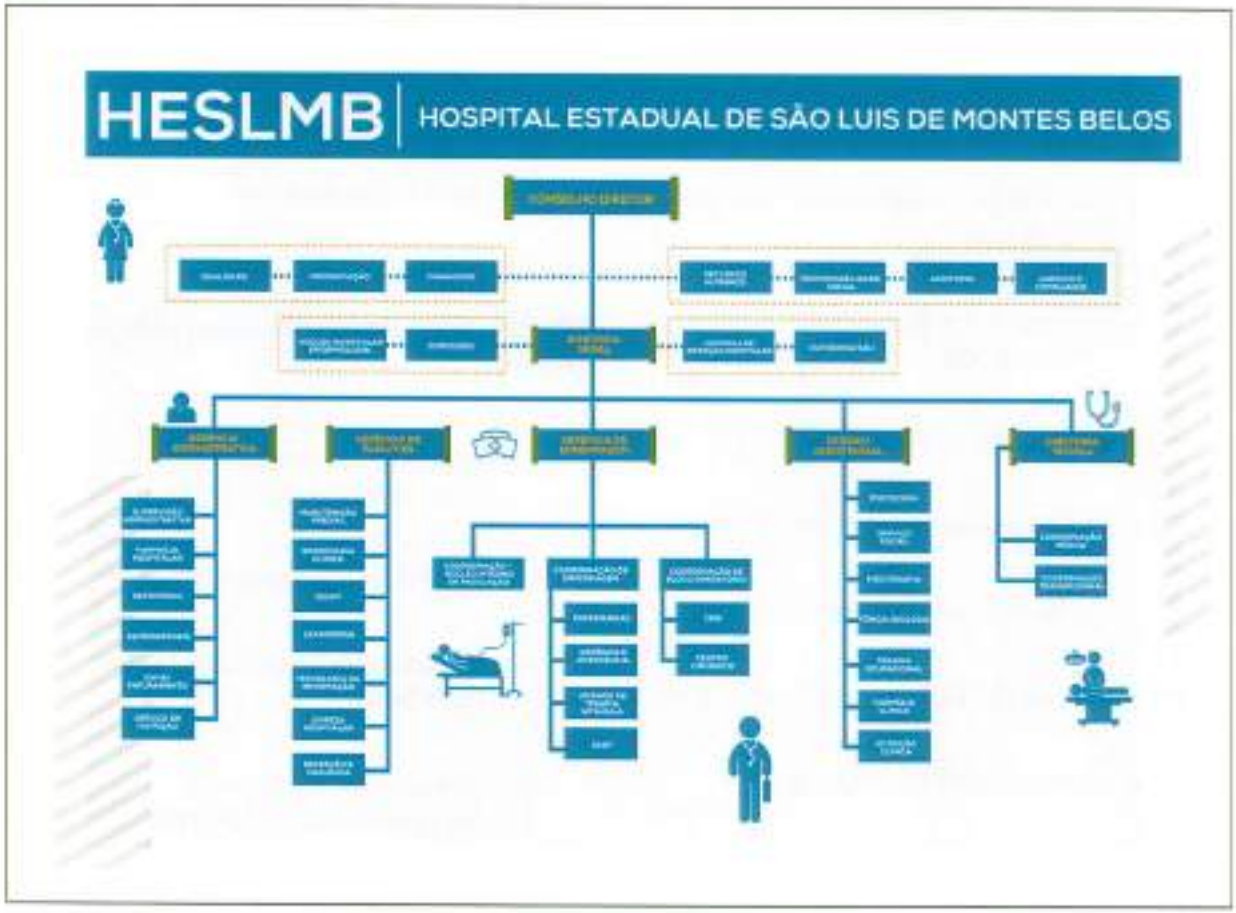


Figura 1. Organograma Institucional HESLMB.

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

Seção I. Diretoria Geral

Parágrafo Único: A Diretoria Administrativa é o órgão máximo na estrutura hierárquica e será assessorado pelos seguinte setores:

- Diretoria Técnica;
- Gerência Administrativa;
- Gerência de Facilities;
- Gerência de Enfermagem;
- Gerência Assistencial;
- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- Comissão de Revisão de Prontuários;
- Comissão de Farmácia;
- Comissão de Verificação de Óbitos;
- Comissão de Ética Médica;
- Comissão de Ética de Enfermagem;
- Comissão de Biossegurança;
- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Comissão de Resíduos de Serviços de Saúde;
- Comitê de Investigação do Óbito Materno e Infantil;
- Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP);
- Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar;
- Comissão de Prevenção e Cuidados com Integridade da Pele;
- Comissão de Padronização de Produtos para Saúde;
- Comitê Transfusional;

Núcleo Interno de Regulação (NIR);

- Comissão de Acidentes com Material Biológico (CAMB);
- Comitê de Compliance;
- . Comissão de Residência Médica (COREME);
- . Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU);
- Serviço Especializado em Engenharia de Segurança em Medicina do Trabalho;

- Comissão de Documentação Médica e Estatística;
- Comitê de Ética em Pesquisa (CEP);
- Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN);
- Comissão de Proteção Radiológica;
- Comissão Interna de Qualidade;
- Comitê de Gerenciamento dos Pacientes com risco para Longa Permanência Hospitalar;
- Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes – CIHDOTT;
- Comissão de Engenharia Clínica e Manutenção Predial;
- Comissão de Cuidados Paliativos;
- Comissão de Desospitalização Segura;
- Comissão de Responsabilidade Social.
- Comissão de Processamento de Produtos de Saúde (CPPS);
- Comissões Temporárias.

Seção II. Gerência Administrativa

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

- Supervisão Administrativa;
- Setor de Farmácia Hospitalar;
- Setor de Almoxarifado;
- Setor de Nutrição e Dietética;
- Setor do Patrimônio;
- Setor do Serviço de Arquivo Médico e Estatística;
- Setor de Faturamento.

Seção III. Gerência de Facilities

Parágrafo Único: Será subordinada à Diretoria Geral, será o órgão que fará o elo de ligação entre as unidades de apoio e os profissionais de administrativo no hospital. Será assessorado pelas coordenações:

- Manutenção Predial;
- Engenharia Clínica;
- SESMT;
- Lavanderia;
- Tecnologia de Informação;
- Limpeza hospitalar;
- Recepção e Vigilância.

Seção IV. Gerência de Enfermagem

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

- Coordenação do Núcleo Interno de Regulação;
- Coordenação de Enfermagem;
- Coordenação do Bloco Operatório.

Seção V. Gerência Assistencial

Parágrafo Único: A Gerência Assistencial será subordinada à Diretoria geral e será o órgão que representará a classe da equipe multiprofissional no hospital. Será assessorado pelos seguintes Coordenações:

- Psicologia;
- Serviço Social;
- Fisioterapia;
- Fonoaudiologia;
- Terapia Ocupacional;
- Farmácia Clínica;
- Nutrição Clínica.

Seção VI. Diretoria Técnica

Parágrafo Único: A Diretoria Técnica será subordinada à Diretoria Administrativa e será o órgão que representará a classe médica no hospital. Será assessorada pelos seguintes Coordenações:

- Coordenação Médica;
- . Coordenação Transfusional.

CAPÍTULO VII– DA COMPETÊNCIA

Artigo 4°. À Diretoria Geral compete:

- Administrar o Hospital, assegurando a regularidade de seu funcionamento, mediante as responsabilidades contratuais estabelecidas e de acordo com regulamentos, regimento das unidades administrativas, procedimentos de gestão e instruções de trabalho;
- Conferir as informações que são levantadas pelas unidades para a composição da prestação de contas mensal, a fim de que não contenham nenhuma correção, conforme exigências contratuais e padrões estabelecidos pela instituição;
- Manter em dia os registros e alvarás das atividades que exigirem essa providência;
- Participar das reuniões de prestação de contas com a diretoria geral;
- Manter contato constante com os responsáveis diretos das atividades administrativos do hospital e avaliar periodicamente o desempenho dos mesmos, visando a maior exatidão possível, compatibilizando finalidades e resultados;
- Tomar todas as providências para que os colaboradores e profissionais trabalhem com segurança e tenham sua saúde física e psíquica constantemente preservada;
- Convocar e presidir reuniões, ao menos uma vez por mês, com seus subordinados diretos transcrevendo em ata as decisões;
- Exigir que todas as unidades administrativas tenham um regimento e POP – Procedimentos Operacionais;
- Manter atualizados os dados informativos a respeito das atividades administrativos, utilizando os instrumentos pertinentes;
- Promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;
- Estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;
- Planejar as atividades administrativas, visando a satisfação das necessidades básicas dos usuários, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as, conforme as equipes, turnos e horários pré-definidos pela instituição;

- Manter sistemas de avaliação continua, através da elaboração de instrumentos próprios, visando medir o desempenho da equipe administrativa e a qualidade dos serviços prestados aos usuários;
- Integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes a administração ou a ela relacionados;
- Manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;
- Planejar e orientar o uso adequado das áreas fisicas, ligadas a administração, opinando sobre modificações necessárias;
- Promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos que contribuam para seu crescimento e desenvolvimento profissional;
- Promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe administrativa;
- Preparar expediente, relativo às áreas sob sua coordenação, as informações diárias e/ou mensais e coligir os dados que o diretor operacional necessite para a tomada de decisões;
- Manter o Regimento dos Serviços administrativos atualizados;
- Manter rigoroso comportamento ético-profissional;
- Cumprir e fazer cumprir as normas internas da instituição.

Artigo 5°. À Secretaria compete:

- Prestar assistência à Diretoria administrativa, participando de reuniões para elaboração de Atas e/ou Relatórios;
- Recepcionar as pessoas que procuram a Diretoria, esclarecendo-se sobre o assunto a tratar e encaminhá-las, se for ocaso;
- Recepcionar e selecionar a documentação recebida para despacho com o Diretor Geral;
- Redigir, digitar, receber, encaminhar e arquivar correspondências e documentos da Diretoria Geral;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Artigo. 6°. Ao Jurídico e Compliance compete:

- Prestar assessoria ao Diretor Administrativo nos aspectos

relacionados com as atividades voltadas para o Direito Público, em especial ao Direito Administrativo inerente a área hospitalar;

- Manifestar-se sobre procedimentos sindicantes, requerimentos administrativos, recursos e demais documentos que tenham teor jurídico;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado.

Artigo. 7°. Ao Financeiro compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Contabilidade, Tesouraria, Compras, Orçamento, Suprimentos e Faturamento;
- Executar as atividades relativas a faturamento, elaboração e execução orçamentária, registros contábeis, pagamentos e recebimentos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados pelo setor;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Prestar assessoria ao Diretor Administrativo nos aspectos relacionados com as atividades de planejamento em saúde;
- Analisar, permanentemente, os aspectos financeiros do Hospital com vistas a sugerir medidas para um adequada gestão financeira;
- Elaborar planos, programas e projetos de gestão financeira do Hospital;
- Avaliar e emitir relatórios qualitativos e quantitativos relativos a metas e desempenho;
- Manter contato com a Diretoria Administrativa objetivando a eficiência dos processos administrativos/financeiros das atividades hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

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

Artigo 8°. Ao Recursos Humanos compete:

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- Coordenar, planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Gestão de Pessoas e Recursos Humanos;
- Realizar em conjunto com a direção da unidade levantamento das necessidades de pessoal em cada setor do Hospital;
- Manter atualizado o Sistema de Gestão de Pessoas com todas as informações cadastrais e registros de ocorrências dos profissionais do hospital;
- Manter atualizado no Sistema do CNES as informações cadastrais e registros de contratação e desligamento dos profissionais assistenciais do hospital;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Controlar a concessão de férias e licenças dos profissionais, mediante cronogramas elaborados pelas Coordenações e Supervisões;
- Controlar e apurar a frequência e o horário de trabalho, para fins de elaboração de folha de pagamento e verificação do cumprimento da jornada de trabalho;
- Receber e informar, no que lhe competir, todos os requerimentos referentes ao pessoal lotado no Hospital;
- Elaborar escala de férias e licenças, mediante informações fornecidas por cada setor, e controlar sua concessão;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Manter contato com a supervisão administrativa, Diretoria Administrativa e Financeira objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado;
- Elaborar o Plano de Capacitação de Recursos Humanos;
- Promover cursos de treinamento e reciclagem do pessoal conforme as demandas dos serviços;
- Desenvolver mecanismos de avaliação de desempenho do pessoal que compõe o quadro

do hospital, visando instituir o programa de educação continuada e o aprimoramento dos serviços;

- Zelar pelo cumprimento das normas de segurança do trabalho;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Supervisão de Gestão de Pessoas objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

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

Artigo. 9°. À Gerencia Administrativa compete:

- Gerenciar, planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos Serviços de Facilities (Portaria e Vigilância, Limpeza e Recepção), Manutenção de Equipamentos e Transportes, Tecnologia da Informação, Lavanderia, Rouparia e Costuraria, Almoxarifado e Patrimônio, Nutrição e Dietética, Farmácia Hospitalar e Serviço de Arquivo Médico e Estatistica;
- Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestigio técnico, moral e profissional do corpo clinico;
- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clinico e adotar as providências que julgar necessárias;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Desenvolver o espirito de critica cientifica através do estimulo ao estudo e a pesquisa entre os profissionais assistenciais;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

- Manter contato com a Direção Administrativa, Técnica e Gerência de enfermagem do hospital objetivando a eficiência assistencial, administrativa e logística dos serviços hospitalares;

- Fazer cumprir as normas dos Conselhos de cada grupo de profissionais subordinados à Gerência Administrativa.

Parágrafo Único: As atividades da Gerência Administrativa serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo. 10°. À Gerência de Facilities compete:

Gerenciar, planejar, coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas aos Serviços de Facilities (Portaria e Vigilância, Limpeza e Recepção), Manutenção de Equipamentos e Transportes, Tecnologia da Informação, Lavanderia, Rouparia e Costureira, Manutenção Predial e SESMT.

- Coordenar e supervisionar todas as atividades administrativas, zelando pelo prestígio técnico, moral e profissional;

- Coordenar o apoio do serviço prestado aos pacientes;

- Estudar e propor medidas que visam a melhoria administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa entre os profissionais de apoio;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades administrativas de sua área;

- Manter contato com a Direção Geral, Técnica, Gerência de enfermagem, Gerência Administrativa e Gerência Assistencial do hospital objetivando a eficiência assistencial, administrativa e logística dos serviços hospitalares;

- Fazer cumprir as normas dos Conselhos de cada grupo de profissionais subordinados à Gerência de Facilities.

Parágrafo Único: As atividades da Gerência de Facilities serão disciplinadas, de modo comple-

mentar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 11°. À Farmácia Hospitalar compete:

- Promover a manutenção do estoque e guardar em perfeita ordem de armazenamento, conservação, registro e prazo de validade dos medicamentos e materiais;
- Providenciar a documentação relativa à entrega dos medicamentos e materiais solicitados;
- Distribuir os materiais e medicamentos, de acordo com as requisições recebidas;
- Proceder ao controle de entrada e saída de medicamentos e materiais;
- Contribuir e participar no controle de estoque de medicamentos e materiais, auxiliando o responsável técnico a exercer as ações conforme legislação vigente;
- Contribuir na gestão do setor, desenvolvendo ações de melhoria e liderança de equipes;
- Realizar rotinas de farmácia clínica diariamente (intervenções, evoluções, conciliações medicamentosas, orientações de alta farmacêutica, etc.);
- Participar das ações junto à equipe multidisciplinar;
- Realizar entrada de notas fiscais e recebimento de mercadorias;
- Atender clientes internos e externos nas demandas da farmácia;
- Participar dos processos de padronização de materiais e medicamentos;
- Participar da elaboração de relatórios mensais de produção da farmácia;
- Elaborar e realizar treinamentos pertinentes aos procedimentos da farmácia;
- Participar dos processos de solicitação de compras da farmácia;
- Executar e gerenciar as rotinas administrativas do setor;
- Realizar demais atividades inerentes ao cargo.

Parágrafo Único - As atividades da Coordenação de Farmácia Hospitalar serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 12°. Ao Patrimônio compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pela Supervisão de Almoxarifado e Patrimônio;
- Receber, conferir, estocar, distribuir e controlar de forma racional o material recebido mediante pedido de fornecimento e das unidades, de acordo com as normas fixadas pela Diretoria administrativa e Gerência Administrativa;
- Efetuar o registro de entrada e saída de material no sistema de gerenciamento dos estoques, mantendo a Gerência do hospital permanentemente informada sobre os níveis de cada item existente;
- Manter atualizado o sistema de gerenciamento de estoques, fornecendo informações precisas sobre o consumo de materiais por cada setor;
- Fazer conferência periódica dos estoques para verificação de saldos, prazos de validade, condições de armazenagem, avarias e obsolescências, efetuando os ajustes necessários e dando baixa se for o caso, conforme autorizado pela Diretoria do hospital;
- Obedecer às políticas de estoque adotadas pela Diretoria do hospital;
- Manter o estoque dos materiais padronizados no hospital em níveis ideais, de forma que o fluxo de abastecimento não seja interrompido por falta, nem haja estoque excessivo, empatando capital desnecessariamente;
- Atender as requisições dos setores, conforme lista de materiais padronizados pelo hospital, e distribuir os materiais mediante emissão de Nota de Fornecimento de Materiais;
- Controlar e orientar os funcionários quanto à boa utilização dos materiais e equipamentos;
- Efetuar o levantamento anual dos bens patrimoniais do Hospital, e encaminhar seu relatório aos setores e/ou órgãos competentes;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo

atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Patrimônio serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 13°. À Nutrição e Dietética compete:

- Coordenar, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as ações desenvolvidas através da supervisão de produção e supervisão de dietética;
- Realizar o planejamento administrativo do Serviço de Nutrição e Dietética (SND), coordenando, controlando e avaliando o sistema produtivo dos insumos, visando proporcionar aos comensais uma adequada assistência nutricional, embasada em fundamentos técnico-científicos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados, e apurar custos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação do Serviço de Nutrição e Dietética serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 14°. À Manutenção Predial compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Operar, manter e executar revisão periódica e conserto nas instalações elétricas, de água e esgotos do hospital, colocando-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica;
- Proceder à limpeza, pintura e/ou recuperação da estrutura física e dos móveis do hospital, mantendo-os em condições de apresentação e funcionalidade;

- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Manutenção Predial serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 15°. À Engenharia Clínica compete:

- Planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Realizar atividades referentes a consertos de materiais e equipamentos hospitalares, no próprio serviço ou terceirizados, solicitando autorização da Gerência Facilities;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Estabelecer cronograma de manutenção preventiva dos equipamentos Biomédicos;
- Operar e manter em regular funcionamento os equipamentos fazendo revisões periódicas dos mesmos e de suas redes de distribuição;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Coordenação;
- Manter contato com a Diretoria Administrativa e Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Engenharia Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 16°. À Tecnologia da Informação compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Gerenciar os sistemas de informática, bancos de dados, intranet e internet do hospital;
- Emitir pareceres sobre equipamentos, instrumentos e aplicativos mais adequados ao processamento de dados do hospital;
- Manter os equipamentos de informática todos inventariados em seus respectivos setores em perfeitas condições de uso;
- Proporcionar aos demais setores do hospital os meios necessários ao processamento de dados, com finalidade de gerar informações que venham fundamentar o processo de decisão da Direção do hospital;
- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Tecnologia da Informação serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 17°. Aos Serviços de Facilities (Limpeza Hospitalar, Recepção e Segurança) compete:

- Controlar a entrada e saída dos pacientes, acompanhantes, visitantes e o público em geral no hospital;
- Controlar a entrada e saída de veículos, e objetos em geral no hospital;
- Planejar, supervisionar, executar,

controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;

- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Prestar informações ao público sobre a localização das unidades hospitalares, seus pacientes e profissionais;
- Exercer vigilância permanente das dependências de circulação do público, principalmente das entradas e saídas do hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Gerência Administrativa objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Executar a limpeza, visando higiene, nas dependências do hospital, nos móveis e equipamentos em uso, de acordo com as normas e padrões definidos pela CCIH;
- Limpar as áreas externas e de circulação do hospital;
- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Serviço;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Promover o combate a insetos e roedores nas dependências do Hospital, bem como da adoção de medidas práticas que evitem sua presença;
- Controlar o gasto de material de limpeza, mantendo registro de consumo médio para fins de apuração de custos;
- Efetuar mudanças e organizações, quando solicitado;
- Realizar serviços correlatos, quando autorizados pela Supervisão;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Supervisão de Serviços Gerais objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares.

Parágrafo Único: As atividades dos Serviços de Facilities serão disciplinadas, de modo

complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 18°. Ao Faturamento compete:

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

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Faturamento serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 19°. Ao Serviço de Arquivo Médico e Estatistica compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas ao Serviço de Internação e Alta, Serviço de Arquivo, Serviço de Estatistica e Serviço de Registro Geral;
- Supervisionar o recebimento, registro e controle do movimento dos usuários e respectivos prontuários, sejam eles das Unidades de Internação ou do Serviço de Emergência, fornecendo dados médicos e administrativos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência Administrativa do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Arquivo Médico e Estatística serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 20°. Ao Serviço de Lavanderia, Rouparia e Costuraria compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Serviços de Lavanderia, Rouparia e Costuraria;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter atualizado o sistema de gerenciamento de uso e processamento e informações referentes ao consumo de roupas e seus custos por setor hospitalar;
- Manter o enxoval em quantidade suficiente, livre de rasgos, manchas ou qualquer fator que comprometa sua boa imagem;
- Manter atualizada um arquivo com relação de produtos químicos utilizados no processamento de roupas e seus respectivos registros na ANVISA;
- Cumprir e fazer cumprir as normas da CCIH no que tangue o processamento de roupas com resíduos infectantes;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Manter contato com a Gerência Facilities objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado, obedecendo as normas

e legislações vigentes em relação as boas práticas bem como as orientações definidas pela CCIH.

Artigo 21°. À Gerência de Enfermagem compete:

- Cumprir e fazer cumprir o regimento do hospital e as determinações da Direção Administrativa do hospital;
- Planejar, gerenciar, estimular, acompanhar e avaliar as ações de enfermagem desenvolvidas pelas seguintes áreas: Unidade de Urgência e Emergência; Ambulatório; SADT; Unidades de Internação (Clínica Médica, Cirúrgica, Obstétrica e Ortopédica); Bloco Operatório e CME; Unidades de Terapia Intensiva;
- Desenvolver programas de assistência integral e continua aos pacientes e de orientação e atualização de conhecimento à sua equipe;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- Organizar o serviço de enfermagem de acordo com a especificidade do hospital;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pelas atividades privativas do Enfermeiro;
- Colaborar com a fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem – COREN, sempre que solicitado e, no encaminhamento do pessoal notificado para regularização junto a este Órgão;
- Conhecer e divulgar para sua equipe o Código de Ética do profissional de enfermagem;
- Atender sempre às convocações do COREN, no prazo determinado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Manter contato com a Direção

Administrativa do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Enfermagem.

Parágrafo Único: A função de Gerente de Enfermagem deverá ser exercida por Enfermeiro qualificado com graduação em escola reconhecida.

Artigo 22°. À Coordenação de Enfermagem compete:

- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as atividades assistenciais desenvolvidas na unidade de urgência e emergência, visando um melhor atendimento e à adequada média de permanência dos pacientes no hospital;
- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes no Pronto Socorro, Ambulatório, Enfermarias e Terapia Intensiva;
- Orientar os profissionais de saúde para que seja dada assistência urgente aos pacientes, encaminhando-os para o destino que for determinado pelas normas hospitalares;
- Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares na Urgência e Emergência, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Monitorar diariamente o tempo de espera de consultas, propor medidas e intervenções para o que a jornada do paciente no ambulatório não ultrapasse de 60 minutos entre seu registro, atendimento e liberação, exceto nos casos que tecnicamente justifique tal prolongamento de tempo;
- Estudar e propor medidas que visem a melhoria técnica ou administrativa dos serviços ambulatoriais, bem como examinar solicitações e sugestões das Coordenações e Supervisões e adotar as providências que julgar necessárias;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas no âmbito do ambulatório para os pacientes egressos e de demanda agenda;

- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte de enfermagem;
- Primar pelo respeito, ética e responsabilidade com as informações sigilosas passadas pelos pacientes durantes as consulta e atividades desenvolvidas na clínica;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Manter contato com a Gerência de Enfermagem, objetivando a eficiência administrativa do serviço;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 23°. À Coordenação do Bloco Operatório compete:

- Planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas à atuação da equipe cirúrgica em suas respectivas áreas;
- Prestar assistência de médica cirúrgica aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e continua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- Formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento realizado ao paciente;
- Elaborar o mapa cirúrgico em conjunto com a coordenação de enfermagem e encaminhá-lo às Unidades de Internação, Serviços de Apoio e NIR;
- Executar e supervisionar a atividade da equipe de enfermagem;
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória de doenças do Ministério da Saúde;

- Notificar, em caráter reservado, eventuais suspeitas envolvendo produtos de uso hospitalar nas áreas de Farmacovigilância, Tecnovigilância e Hemovigilância;
- Solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- Cumprir e fazer cumprir as normas, protocolos e padronizações definidos pelo CCIH;
- Estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação do Bloco Operatório serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 24°. À Diretoria Técnica compete:

- Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Administrativa do hospital;
- Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação Médica e Coordenação Transfusional;
- Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestigio técnico, moral e profissional do corpo clínico;
- Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;
- Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades,

bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;

- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Desenvolver o espírito de crítica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;
- Manter contato com a Direção Administrativa do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina.

Artigo 25°. À Coordenação Médica compete:

- Coordenar, controlar e avaliar o desenvolvimento dos cuidados aos pacientes clínicos, hospitalizados e de ambulatório, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- Emitir pareceres e relatórios, quando solicitados por outra clínica, obedecendo escala médica pré-estabelecida;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área médica, visando à melhoria da assistência ao paciente e a integralidade da mesma;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter contato com a Diretoria Técnica do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Zelar para que as visitas médicas sejam feitas diariamente aos pacientes hospitalizados e que sejam realizadas semanalmente reuniões científicas com todo o corpo clínico;
- Elaborar escala de atendimento ambulatorial para todos os membros da clínica;
- Preencher adequadamente o

prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;

- Preencher todos os itens de Declaração de Óbitos, com a devida clareza, no que se refere à parte médica;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Primar pelo respeito, ética e responsabilidade com as informações sigilosas passadas pelos pacientes durantes as consulta e atividades desenvolvidas na clínica;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Clínica Médica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 26°. À Gerência Assistencial compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, estimular, acompanhar e avaliar todas as atividades administrativas da área de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica na UTI, Unidades de Internação e unidade de urgência e emergência, visando um melhor nível de assistência e à adequada média de permanência dos mesmos no Hospital;
- Garantir assistência dos serviços de Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional, Farmácia Clínica e Nutrição Clínica aos pacientes internados, através de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários, contribuindo de maneira interdisciplinar para com todas as outras equipes;
- Prestar assistência conforme legislação vigente no âmbito do exercício profissional e código de ética;
- Realizar o monitoramento dos indicadores da Assistência Multiprofissional;
- Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência;
- Gerar os números para os

indicadores de desempenho e qualidade;

- Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;
- Cooperar com as Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;
- Estabelecer comunicação com a equipe Médica e administrativa, para alinhamento de situações que se revelem necessárias;
- Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;
- Efetuar a avaliação de desempenho da equipe multiprofissional de acordo com a legislação e orientações da Instituição;
- Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;
- Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;
- Acompanhar junto ao Gestor imediato e Gerência de Recursos Humanos a situação de cada profissional da equipe aos seus respectivos conselhos de classe;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Preencher, adequadamente, o prontuário dos pacientes para efeito de estatística e pesquisa científica;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento ambulatorial e hospitalar;
- Defender a observância dos direitos e deveres dos usuários e profissionais no hospital, primando pelo respeito ao consagrado sistema da hierarquia em todas as atividades desenvolvidas no serviço;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades dos Serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, farmácia, nutrição e terapia ocupacional hospitalar serão disciplinadas, de modo

complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada serviço.

Parágrafo Único: As atividades da Clínica Cirúrgica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 27°. Ao Serviço Social compete:

- Coordenar, planejar, supervisionar, controlar e avaliar o desenvolvimento das atividades do serviço social;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Defender a observância dos direitos e deveres dos pacientes e profissionais no hospital;
- Democratizar as informações e o acesso aos serviços de saúde disponíveis no hospital e na rede;
- Atuar de forma integrada com as políticas públicas e a rede assistencial de serviços objetivando atender as necessidades sociais dos pacientes;
- Participar dos programas de saúde desenvolvidos no hospital;
- Trabalhar a situação socioeconômica e cultural dos pacientes, relacionada ao processo saúde-doença;
- Colaborar na agilização e racionalização dos leitos hospitalares;
- Participar de programas de atualização, aperfeiçoamento profissional, capacitação e desenvolvimento em Serviço Social;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Promover a participação do paciente na assistência hospitalar;
- Promover educação em saúde no hospital;
- Manter contato com a Gerência Assistencial do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Proporcionar ao SAME, através do adequado registro de atividades, condições de coletar dados para fins estatísticos;
- Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manuais de normas

e rotinas próprios e do direito e deveres dos usuários, bem como mantê-los atualizado.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço Social serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 28°. À Farmacêutica Clínica compete:

- Coordenar, planejar, coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades desenvolvidas através da Supervisão de Dispensação de materiais e medicamentos;
- Coordenar, executar, controlar e avaliar as atividades pertinentes à área farmacêutica, visando à melhoria de assistência ao paciente;
- Fazer registro diário dos serviços prestados;
- Manter central de abastecimento farmacêutico e executar as atribuições e tarefas inerentes ao controle físico e contábil necessários à prestação de conta do hospital;
- Elaborar pedidos de compras de medicamentos de acordo com a política administrativa do hospital;
- Receber, armazenar, distribuir e controlar medicamentos, insumos farmacêuticos e produtos de laboratório;
- Controlar, de acordo com a legislação vigente, medicamentos que podem levar à dependência física e ou psíquica ou que provoquem efeitos colaterais importantes;
- Emitir pareceres técnico-científicos, quando solicitado, sobre medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
- Elaborar avaliações fármaco econômicas e gerenciar programas de farmacovigilância e centro de informação de medicamentos;
- Desenvolver atividades de Farmácia Clínica / Atenção Farmacêutica;
- Manipular e preparar soluções desinfetantes e antissépticas distribuindo-as na diluição de uso para todas as unidades;
- Controlar a qualidade da matéria-prima e do material de envase adquiridos, bem como dos produtos manipulados no hospital;
- Manter contato com a Gerência Assistencial objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;
- Estimular a prática profissional

interdisciplinar no hospital;

- Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar manual de normas e rotinas próprio, bem como mantê-lo atualizado.

Parágrafo Único: As atividades da Coordenação de Assistência Farmacêutica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 29°. À Psicologia compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos pré estabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;
- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo soluções para as dificuldades encontradas;
- Organizar e acompanhar por meio de assessoria específica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Coordenação Multidisciplinar;
- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;
- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;
- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;
- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;
- Coordenar e supervisionar o treinamento de servidores, funcionários e estagiários;
- Avaliar os resultados do

treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;

- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade específica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;
- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;
- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;
- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;
- Participar de programas de saúde da instituição e da comunidade;
- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;
- Sugerir aos Diretoria Técnica e de Corpo Clínico medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;
- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;
- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;
- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;
- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;
- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;

- Organizar a estrutura funcional da Unidade, estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;

- Representar a Unidade de Psicologia;

- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Parágrafo Único: As atividades do serviço de Psicologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 30º. À Fisioterapia compete:

- Elaborar, coordenar e supervisionar o plano de trabalho emanado das diretrizes estratégicas para as atividades de assistência, ensino e pesquisa, definindo prioridades de acordo com os objetivos predefinidos, em consonância com as políticas internas e externas;

- Alocar recursos necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;

- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo a implementação de alterações de rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;

- Promover programas que assegurem a melhoria da capacitação e aperfeiçoamento técnico-profissional do corpo funcional;

- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;

- Organizar e acompanhar, por meio de assessoria específica, o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;

- Realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos, garantindo a melhoria contínua das atividades desenvolvidas na Unidade de Fisioterapia;

- Incentivar a elaboração de projetos técnico-científicos, visando ao aprimoramento em sua área de atuação;

- Elaborar e organizar programas de divulgação das práticas assistenciais e do conhecimento técnico-científico à comunidade externa;

- Garantir o cumprimento das diretrizes, normas, padrões e procedimentos em alinhamento com a coordenação multidisciplinar;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Fisioterapia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 31º. À Fonoaudiologia compete:

- Executar as ações definidas nas reuniões e orientadas pela Gerência Assistencial;
- Divulgar, orientar e implantar as mudanças de rotina às equipes sob sua liderança;
- Descrever e revisar os processos e fluxos na assistência, em busca da qualidade do serviço e redução dos riscos aos empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e pacientes;
- Identificar e classificar os riscos das atividades da Área de Fonoaudiologia, as ações de tratamento, conforme o impacto previsto;
- Analisar, periodicamente, por meio de indicadores de processos e resultados, as atividades de assistência, pesquisa e ensino das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Enviar relatórios periódicos de indicadores à Gerência Assistencial;
- Informar e relatar formalmente à Gerência, quando solicitado, esclarecimentos de ordem técnica e/ou administrativa relativos às atividades nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório sob sua liderança;
- Promover reuniões periódicas com as equipes para detecção das necessidades e definir ações para a resolução rápida de problemas;
- Comunicar à Gerência sobre a situação de infraestrutura da sua Área e controlar a correção dos problemas detectados;
- Garantir que o prontuário do paciente seja preenchido de forma completa e acessível para consulta e verificações;
- Adequar a oferta de atendimento ambulatorial à capacidade do serviço e necessidade de ensino;
- Garantir o tratamento com

cordialidade e respeito entre os colegas do Corpo Clínico, bem como entre os membros da equipe multiprofissional, empregados públicos, servidores, funcionários, alunos e demais profissionais;

- Planejar e integrar as atividades da Unidade alinhadas às necessidades;
- Fazer a gestão da utilização dos serviços técnicos e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis;
- Avaliar as necessidades assistenciais fonoaudiológicas das áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Participar da elaboração dos planos e programas, bem como implantá-los;
- Identificar problemas e propor soluções de ordem técnica da sua área;
- Executar a gestão de inovações no âmbito da Fonoaudiologia nas áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Executar a gestão por processos na sua área de atuação;
- Representar a sua Área junto aos órgãos e comissões;
- Elaborar plano de contingência para situações de emergência que afetem as áreas de Terapia Intensiva, de Internação, de Urgência e Emergência e de Ambulatório;
- Participar da consultoria, auditoria e emissão de parecer na compra de materiais e equipamentos dentro dos padrões institucionais;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.
- Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Fonoaudiologia serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

AArtigo 32º. À Terapia Ocupacional compete:

- Elaborar plano de trabalho anual, definindo prioridades de acordo com os objetivos preestabelecidos pela alçada superior e política vigente na instituição;
- Organizar e acompanhar o desenvolvimento das atividades específicas de sua Unidade, assegurando o cumprimento das diretrizes estabelecidas e propondo

soluções para as dificuldades encontradas;

- Organizar e acompanhar por meio de assessoria especifica o desenvolvimento das atividades relacionadas a programas de gestão da qualidade;
- Cumprir e fazer cumprir as determinações da Gerência Assistencial;
- Realizar estudos e análises, visando ao aprimoramento das técnicas de trabalho da Unidade e propondo alteração das rotinas, fluxos e métodos de trabalho, sempre que necessário;
- Garantir a emissão de relatórios de produção para uso institucional;
- Alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Unidade em conformidade com os objetivos propostos;
- Coordenar e supervisionar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Unidade, distribuindo tarefas de acordo com a demanda;
- Promover a integração da equipe, incentivando o desenvolvimento profissional dentro dos programas oferecidos e de programas externos que sejam de interesse da Unidade;
- Coordenar e supervisionar o treinamento de empregados públicos, servidores, funcionários e estagiários;
- Avaliar os resultados do treinamento, propondo reciclagens, aprimoramentos e programas de desenvolvimento para os profissionais psicólogos, visando à atualização de conhecimentos frente às novas demandas (técnicas e/ou administrativas) que surgem, a favor da qualidade dos serviços prestados;
- Elaborar projetos técnico-científicos dentro da Unidade especifica de conhecimento, bem como integrado com as demais unidades/divisões, visando ao aprimoramento em sua unidade de atuação;
- Monitorar e realizar avaliações periódicas dos indicadores de processos e de resultados e realizar os ajustes necessários, garantindo a melhoria contínua do atendimento prestado à comunidade, bem como o cumprimento de metas estabelecidas pela Unidade;
- Participar dos projetos de pesquisa, dando suporte técnico e científico;
- Manter entrosamento com as várias unidades de trabalho, de acordo com as rotinas estabelecidas;
- Participar de programas de saúde

da instituição e da comunidade;

- Analisar e comunicar aos órgãos competentes os problemas de relacionamento dos empregados públicos, servidores e funcionários com os pacientes, nas várias áreas de trabalho;
- Sugerir aos Diretoria Técnica e de Corpo Clínico medidas que visem à melhoria do padrão de atendimento dos pacientes e familiares;
- Estabelecer e observar normas para a utilização da Unidade de Psicologia como campo de ensino;
- Desenvolver atividades de ensino na Unidade, junto a outras estruturas organizacionais;
- Gerenciar o rol de programas de educação continuada, aprimoramento e especialização, seus conteúdos programáticos e carga horária;
- Interagir, providenciar e acompanhar todos os quesitos e solicitações oriundas da Escola de Educação Permanente, bem como da Gerência de Ensino e Pesquisa;
- Responder pelas ações administrativas que garantam a qualidade e a continuidade tanto de ensino quanto das pesquisas em andamento;
- Coordenar e distribuir as ações referentes às atividades dos brinquedistas, tanto na brinquedoteca quanto junto aos leitos;
- Organizar a estrutura funcional da Unidade;
- Estimar e controlar o consumo de material necessário às atividades realizadas pela Unidade, requisitando a reposição e/ou compra quando necessária;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Terapia Ocupacional serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 33º. À Nutrição Clínica compete:

- Definir protocolos de triagem, avaliação e acompanhamento nutricional, específicos para a sua Área em conjunto com o líder da Unidade de Nutrição e Dietética e a Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional Enteral e Parenteral e acompanhar o cumprimento pela equipe;

- Acompanhar a prescrição dietética da equipe com base nas diretrizes estabelecidas nos Manuais de Boas Práticas em Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Padronizar e gerenciar o uso de indicadores de qualidade específicos em terapia nutricional em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar e Líder da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Promover, por meio de programas de educação continuada, a atualização de conhecimentos técnicos e científicos relacionados à nutrição clínica em cardiologia e pneumologia de sua equipe;

- Estabelecer auditorias periódicas, em conjunto com o Líder da Área de Segurança Alimentar e Líder da Unidade de Nutrição e Dietética, para verificar o cumprimento do programa de terapia nutricional estabelecido para a sua Área, bem como das metas e da satisfação do paciente internado e do ambulatório especializado;

- Planejar e orientar realização de trabalhos técnico-científicos, específicos de sua equipe ou em conjunto com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, visando à melhoria da assistência prestada aos pacientes;

- Orientar residentes dos Programas de Residência da área profissional em Nutrição durante a atuação dos mesmos em suas unidades de internação e ambulatório especializado, se aplicável;

- Colaborar com o Líder da Unidade de Nutrição e Dietética e com o Líder da Área de Segurança Alimentar nos programas de educação para o público em geral, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças cardiovasculares e pulmonares;

- Planejar, coordenar e orientar as atividades executadas pela equipe técnica e demais profissionais da Área;

- Participar dos processos seletivos para preenchimento de vagas da Unidade de Nutrição e Dietética;

- Avaliar o desempenho, realizar reuniões periódicas e incentivar o desenvolvimento profissional dos funcionários da Área;

- Providenciar consertos e reposições de equipamentos, utensílios e mobiliários e reparos nas instalações da Área, bem como observar e orientar medidas de segurança no trabalho;

- Monitorar os indicadores de processos e de resultados e propor planos de ações para que a Área atinja as metas estabelecidas pela Unidade;

- Participar da revisão dos manuais de Organização, de Boas Práticas e de Nutrição Clínica da Unidade de Nutrição e Dietética;
- Buscar atualização constante na área científica e tecnológica, bem como nos aspectos relativos à gestão de pessoas e de processos;
- Planejar, orientar e realizar trabalhos técnico-científicos e de pesquisa aplicada à Área;
- Colaborar no planejamento de programas de ensino e supervisão de alunos e profissionais dos programas de estágios, cursos de especialização e de residência para graduandos ou graduados em Nutrição, se aplicável;
- Colaborar na execução de eventos e nas publicações destinadas ao público em geral sobre promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Prestar serviços de auditoria, consultoria e de assessoria nas áreas de sua atuação;
- Interagir com os demais líderes de áreas e supervisor de unidade para o bom desenvolvimento dos trabalhos e solução de intercorrências;
- Participar de comissões e grupos de trabalhos relacionados às suas áreas de atuação;
- Elaborar as escalas de trabalho da equipe;
- Planejar e ministrar disciplinas específicas de nutrição clínica dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional e uniprofissional, se aplicável;
- Atender às competências relacionadas presentes no Regimento Interno.

Parágrafo Único: As atividades do Serviço de Nutrição Clínica serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas.

Artigo 34º. À Comissão de Controle de Infecção Hospitalar compete:

- Cumprir e fazer cumprir as normativas da portaria 2.616 do MS;
- Elaborar, implementar, manter e avaliar o programa de controle de infeção relacionada a assistência conforme características e particularidades do hospital;
- Assessorar a autoridade máxima do hospital no que tange ao controle das infecções relacionadas a assistência a saúde;
- Elaborar, implementar, manter,

executar e avaliar as ações de prevenção e controle das infecções relacionadas a assistência hospitalar;

- Realizar investigação epidemiológica de casos e surtos sempre que indicado;
- Implementar o uso racional de antimicrobianos e de soluções germicidas e materiais médicos hospitalares;
- Auxiliar a Diretoria Técnica no estudo, programação, avaliação e supervisão, assim como na coordenação de atividades relacionadas com o controle e/ou combate à infecção relacionada a assistência hospitalar;
- Verificar, do ponto de vista preventivo, os ambientes e as condições de trabalho no Hospital;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o controle da infecção relacionadas a assistência, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar o regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo 35°. À Comissão de Revisão de Prontuários compete:

- Cumprir e fazer cumprir resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002;
- Propor a atualização de impressos, formulários e modelos específicos do prontuário médico;
- Zelar pela qualidade do prontuário médico e pela clareza e exatidão dos registros médicos;
- Promover a avaliação qualitativa e quantitativa dos prontuários médicos, visando o cumprimento das normas do Sistema Único de Saúde;
- Sugerir à Diretoria Técnica ou adotar, quando oportuno, medidas corretivas de desvios do padrão do prontuário médico;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o prontuário médico, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;

- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata

Artigo 36°. À Comissão de Farmácia e Terapêutica compete:

- Estabelecer normas e procedimentos relacionados à seleção, distribuição, utilização e administração de fármacos e agentes diagnósticos;
- Elaborar a padronização, promover e avaliar o uso seguro e racional dos medicamentos prescritos no hospital;
- Estabelecer condutas terapêuticas;
- Fazer estudos clínicos controlados e/ou revisões bibliográficas sobre medicamentos, emitindo parecer técnico sob sua eficácia terapêutica como critério fundamental de escolha;
- Desenvolver programas de farmacovigilância;
- Estabelecer critérios e procedimentos que serão observados para a aquisição de medicamentos não padronizados;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com fármacos e agentes diagnósticos, por meio de programas de educação continuada, devidamente registrados;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo 37°. À Comissão de Revisão de Óbitos compete:

- Cumprir e fazer cumprir a Resolução nº 2.171/2017 do Conselho Federal de Medicina (CFM);
- Auxiliar a Diretoria Técnica no estudo, avaliação dos indicadores de mortalidade do hospital;
- Sugerir / adotar, quando oportuno, medidas corretivas, visando manter a taxa de mortalidade hospitalar dentro dos percentuais aceitos, compatíveis com a qualidade da assistência hospitalar;

- Emitir anualmente relatório detalhado sobre o perfil epidemiológico dos óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor técnico para conhecimento, avaliação e medidas pertinentes caso necessário;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo 38°. À Comissão de Ética Médica compete:

- Cumprir e fazer cumprir a Resolução CFM nº 2.152/2016;
- Colaborar com o Conselho Regional de Medicina na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética Médica;
- Supervisionar, orientar e fiscalizar, em sua área de atuação, o exercício da atividade médica, atentando para que as condições de trabalho do médico, sua liberdade, iniciativa e qualidade do atendimento oferecido aos pacientes, respeitando os preceitos médicos e legais;
- Fornecer subsídios à Direção visando a melhoria das condições de trabalho e da assistência médica;
- Após denúncia de práticas médicas irregulares e atos médicos ilícitos, instaurar sindicância, instruir e formular relatório circunstanciado acerca do problema, encaminhando-o ao Conselho Regional de Medicina;
- Atuar preventivamente, conscientizando o Corpo Clínico quanto às normas legais que disciplinam o seu comportamento ético;
- Encaminhar aos Conselhos fiscalizadores das outras profissões da área de saúde que atuem no hospital representações sobre indícios de infração aos seus respectivos Códigos de Ética;
- Colaborar com os órgãos públicos e outras entidades de profissionais de saúde em tarefas relacionadas com o exercício profissional;
- Orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética Médica;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;

- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata

Artigo 39°. À Comissão de Ética de Enfermagem compete:

- Cumprir e fazer cumprir a Resolução COFEN Nº593/2018;
- Colaborar com o Conselho Regional de Enfermagem na tarefa de educar, discutir, divulgar e orientar sobre temas relativos à Ética de Enfermagem;
- Divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e Éticas do Exercício Profissional;
- Assessorar a Diretoria Geral e Gerência de Enfermagem, no que se refere às questões inerentes à Ética Profissional;
- Trabalhar junto à equipe de Enfermagem, orientando sobre a importância do comportamento Ético-profissional, bem como das implicações legais advindas de atitudes antiéticas;
- Analisar e emitir parecer sobre questões Éticas de Enfermagem no hospital, sempre que necessário;
- Orientar o público usuário do hospital sobre questões referentes à Ética de Enfermagem;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo 40°. À Comissão Interna de Prevenção de Acidentes compete:

- Cumprir e fazer cumprir a NR5 do MT;
- Identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar o mapa de riscos;
- Elaborar e implementar o plano de trabalho que viabilize ações preventivas relacionadas à segurança e saúde no trabalho;
- Controlar a eficácia das medidas de prevenção necessárias, bem como avaliar as prioridades de ação nos locais de trabalho;
- Realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho, visando à identificação de situações que venham a trazer riscos

para a segurança e saúde dos trabalhadores;

- Participar das discussões promovidas pelo Hospital para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processos de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores, bem como da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;
- Divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;
- Requerer ao Hospital a paralisação de equipamento ou serviço onde exista risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;
- Colaborar no desenvolvimento e implementação do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional - PCMSO e Programa de Previsão de Riscos Ambientais - PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

Artigo 41°. Às Comissões Temporárias compete:

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

Artigo. 42°. As demais Comissões de Biossegurança; Resíduos de Serviço de Saúde; Núcleo de Segurança do Paciente; Comissão de Padronização de Produtos para Saúde; Comissão de Acidentes com Material Biológico - CAMB; Comitê de Compliance; Comissão de Processamento de Produtos de Saúde - CPPS, serão estruturadas concomitante a estruturação do Núcleo de Qualidade Hospitalar.

Artigo 43°. Ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) compete:

- Cumprir e fazer cumprir a PORTARIA GM - 204 de 17 de fevereiro de 2016, que normatiza e estabelece competências para o NVEH;
- Atuar como interface entre as vigilâncias epidemiológica Municipal, Estadual e o hospital;
- Investigar e Notificar doenças de

notificação compulsória (Imediata, semanal e negativa) conforme cada situação;

- Realizar vigilância sentinela, conforme norma técnica especifica estabelecida pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS);
- Notificar e comunicar a ocorrência das doenças ou agravos à saúde que compõem a lista de notificação compulsória suspeita ou confirmada do Ministério da Saúde;
- Interagir com as equipes da unidade para a realização de busca ativa rotineiras de doenças ou agravos de notificação compulsória, com as respectivas classificações de CID's;
- Capacitar os profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com o atendimento a população, por meio de programas de educação continuada, para a devida notificação de doenças e agravos que devem ser notificados;
- Emitir mensalmente relatório detalhado com indicadores epidemiológicos, perfil epidemiológico das doenças, agravos e óbitos ocorridos na instituição, que deverá ser entregue ao diretor geral para conhecimento, avaliação e medidas pertinentes caso necessário;
- Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;
- Elaborar regimento interno da Comissão, com aprovação da Diretoria;
- Realizar reuniões ordinárias e registrá-las em ata.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

O Hospital Estadual de São Luiz de Montes Belos (HESLMB), será orientado pelas normativas elaboradas pela equipe de gestão do IMED, pelo presente Regimento Interno, pela Legislação Brasileira e em estrita observância aos princípios éticos e morais. Este Regimento representa a estrutura de funcionamento das Unidades e serviços que compõem o HESLMB e traz, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

Parágrafo Único: O HESLMB tem suas atividades organizadas e distribuídas em unidades produtivas de serviços especializados, cada unidade é gerenciada pelo seu gestor, conforme pontuadas nas atribuições e competências determinadas no presente regimento, em consonância das normas e emendas

da Constituição Federal, lei 8.080, normas do CFM - Conselho Federal de Medicina, e todas normativas pertinentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial o contrato de gestão firmado entre o IMED e a SES-GO.

CAPÍTULO VI - DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo 44°. São atribuições do Diretor Geral:

- Dirigir o Hospital, orientando e controlando suas atividades, expedindo normas, instruções e ordens para execução das atividades;
- Participar do planejamento e programação dos acordos, convênios e projetos a serem implantados e desenvolvidos pelo Hospital;
- Submeter à aprovação superior o plano de ação e a proposta orçamentária do Hospital;
- Fornecer orientação técnica-administrativa aos subordinados diretos, garantindo um bom nível de desempenho, mantendo gerência participativa sobre o grupo;
- Garantir um bom assessoramento técnico-profissional e administrativo;
- Baixar portarias, instruções e ordens de serviço, bem como determinar a instauração de processos administrativos;
- Indicar os Diretores, Gerente, Assessoria, Coordenadores e Supervisores;
- Gerenciar o fluxo de recursos do fundo para pequenas despesas e aquisições emergenciais;
- Assinar documentos, atestos, ofícios e ordens de compras;
- Programar e presidir reuniões com as Diretorias e Gerência;
- Homologar, revogar ou anular, conforme o caso, ordens de serviços, orçamentos e planilhas de compras realizadas pelo Hospital;
- Elogiar e/ou aplicar penas disciplinares, inclusive pena de suspensão aos profissionais do Hospital;
- Submeter relatório das atividades realizadas a Secretaria de Saúde.

Artigo 45°. São atribuições do Diretor Técnico:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços

Técnicos Assistenciais no âmbito da área médica, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Consultar e propor ao Diretor Administrativo penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua direção;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Comunicar ao Conselho Regional de Medicina – CRM quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o médico responsável pelas suas omissões;
- Participar de reuniões promovidas pelo Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;

Artigo 46°. São atribuições do Gerente Administrativo

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços Administrativos, Logísticos e de apoio assistenciais, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Administrativo e Diretor Técnico;
- Baixar instruções de serviço para as Coordenações e Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;

- Consultar e propor ao Diretor Administrativo penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Administrativo;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Administrativa.

Artigo 47°. São atribuições do Gerente de Enfermagem:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem e Multiprofissional, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Consultar e propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral.

Artigo 48°. São atribuições do Gerente de Enfermagem:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões, bem como demais conselhos;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo 49°. São atribuições do Gerente Assistencial:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades do Serviço Multiprofissional, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;

- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo 50°. São atribuições do Gerente de Enfermagem:

- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;

- Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem – COREN quaisquer infrações ao Código de Ética, ficando, portanto, o enfermeiro responsável pelas suas omissões, bem como demais conselhos;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo 51°. São atribuições do Gerente Assistencial:

-
- Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades do Serviço Multiprofissional, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Despachar com o Diretor Geral;
- Baixar instruções de serviço para as Supervisões a ele subordinadas;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuídos por delegação de competência;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Elogiar sempre que houver fato relevante que mereça elogio e quando necessário propor ao Diretor Geral penas disciplinares aos profissionais;
- Zelar pela disciplina, ordem, regularidade e eficiência dos trabalhos sob a sua gerencia;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor Geral;
- Convocar e presidir reuniões com sua equipe de trabalho;
- Elaborar relatório mensal de suas atividades para apresentação à Diretoria Geral;
- Requisitar material e equipamento para uso da Diretoria, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição,

quando necessário.

Artigo 52°. São atribuições dos Coordenadores:

- Coordenar, supervisionar e controlar e avaliar as atividades dos Serviços, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;
- Distribuir e movimentar o pessoal subordinado, de acordo com as necessidades do serviço;
- Assinar o expediente próprio e os que lhe forem atribuidos por delegação de competência;
- Zelar pela disciplina e fiscalizar as atividades sob sua responsabilidade;
- Organizar e submeter à aprovação do superior imediato a escala de férias dos profissionais;
- Propor medidas adequadas à boa execução dos serviços;
- Proceder à apuração de qualquer irregularidade em sua área, propondo a instauração de processo administrativo, se for ocaso;
- Propor ao superior imediato elogio ou aplicação de penalidade aos profissionais subordinados;
- Participar de reuniões promovidas pelo Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
- Promover reuniões com os seus colaboradores para apreciação de sugestões e aperfeiçoamento de métodos de trabalho;
- Coordenar / supervisionar o registro diário dos serviços prestados e elaborar relatório de suas atividades para apresentar ao Diretor/ Gerente/ Coordenador imediato;
- Requisitar material e equipamento para uso do Serviço, controlando seu uso e sua conservação, bem como providenciando reposição, quando necessário.

Artigo 53°. São deveres do profissional de qualquer categoria:

- Cumprir o horário e as obrigações contratuais e funcionais;
- Manter-se em seu local de trabalho, ausentando-se somente a objeto de serviço ou quando autorizado;
- Executar as tarefas que lhe forem determinadas;

LOGO DA UNIDADE

REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIZ DE MONTES BELOS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

- Tratar com humanidade os pacientes, colegas de trabalho e superiores hierárquicos, bem como as pessoas que procurem o Hospital, defendendo a observância dos Direitos e Deveres destes;
- Zelar pelo patrimônio do Hospital;
- Comunicar à chefia imediata irregularidades de serviços de que tiver conhecimento;
- Obedecer aos respectivos Códigos de Ética Profissional e normas gerais de boa convivência e respeito mutuo;
- Participar de comissões;
- Aguardar em serviço a chegada do substituto;
- Evitar a divulgação entre estranhos de assuntos internos dos serviços;
- Participar de reuniões, quando convocado;
- Executar as atribuições delegadas.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 54°. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Administrativo. Caso seja necessário, pela natureza do caso omisso, serão ouvidos o Diretor Técnico e/ou a Comissão de Ética Médica e/ou Comissão de ética de Enfermagem ou outra comissão temporária definida para tal.

Artigo 55°. Sempre que necessário este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e reformulado.

Artigo 56°. Revogam-se as disposições em contrário.



ITEM 1.1.2.3 – PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo. 1°. O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, tem por objetivo prestar assistência com qualidade, com ausência de riscos ao cliente/paciente, atuando em consonância com a Missão e Valores institucionais, fundamentada pela Lei do Exercício Profissional (Decreto n° 94.406 de 08/06/1987) e do Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem (Resolução COFEN n° 564/2017) e assim assinalando as demais Instruções e Legislação emanada dos Conselhos Regional e Federal de Enfermagem.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo. 2°. O serviço de enfermagem tem por finalidade:

I. Promoção da saúde e prevenção de doenças;

II. Atendimento humanizado e integral;

III. Respeito ao paciente, família e profissionais;

IV. Trabalho multiprofissional, respeitando o modelo de gestão e atenção;

V. Incentivo ao desenvolvimento pessoal através de capacitações e estimulo ao trabalho em equipe;

VI. Promoção da interação de ensino/ pesquisa/assistência;

VII - Estimular e promover o trabalho atendendo aos conceitos de multi, inter e transdiciplinaridade;

VII - Prestar assistência de enfermagem necessária à promoção, proteção, recuperação e reabilitação nos três níveis de atenção à saúde.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Artigo. 3°. A equipe de Enfermagem é organizada em:

I. Gerência de Enfermagem;

II. Coordenação de Enfermagem;

III. Coordenação do Núcleo Interno de Regulação (NIR);

IV. Enfermeiros Supervisores (Unidades de internação / Emergência e Urgência / Intensivistas;

V. Enfermeiro Supervisor do Bloco Operatório/ Centro Obstétrico e CME;

VI. Enfermeiro Supervisor do Centro Obstétrico;

VII. Técnicos de Enfermagem.

CAPÍTULO IV – DA COMPETÊNCIA

Artigo. 4°. São competências para o Gerência de Enfermagem: Orientação para resultados, Foco no cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação, Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento, Visão de Negócio e Visão Sistêmica, Prevenção e solução de problemas, Negociação, Resiliência, Criatividade, Iniciativa, Segurança na tomada de decisão.

Artigo. 5°. São competências para o Coordenadores: Orientação para resultados, Foco no Cliente, Relacionamento Interpessoal e Comunicação, Gestão de Equipe, Liderança, Planejamento, Visão Sistêmica dos serviços do SUS, Solução de problemas, Negociação, Iniciativa, Organização, Resiliência, Criatividade, Segurança na tomada de decisão, Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 6°. São competências para o Enfermeiro Assistencial, indiferente de sua área de especialização: Liderança, Trabalho em equipe, Flexibilidade, Comprometimento com o projeto institucional.

Artigo. 7°. São competências para o Técnico de Enfermagem: Responsabilidade, Atitude Ética, Comunicação, Trabalho em equipe, Comprometimento com o projeto institucional.

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO V – DO FUNCIONAMENTO

Artigo. 8°. O Serviço de Enfermagem do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos Dr. Geraldo Landó, manterá plantão durante 24 horas, sendo que os plantões são estabelecidos de acordo com as leis trabalhistas vigentes:

I. Horário de Trabalho ou Serviço Diurno (SD): 07h às 19h, em dias alternados;

II. Tempo de Intervalo Diurno: (refeição/descanso 60 min);

III. Horário de Trabalho ou Serviço Noturno (SN): 19h às 07h, em dias alternados;

IV. Tempo de Intervalo Noturno: (refeição/descanso 60 min);

Parágrafo Único. O horário de trabalho nas unidades administrativas poderá variar de acordo com a necessidade do serviço.

Artigo. 9°. Todo trabalhador do Serviço de Enfermagem deverá se apresentar ao trabalho devidamente trajado e no horário determinado em escala: usar privativo, sapato fechado, cabelos presos, unhas curtas e sem adornos.

Artigo. 10°. O funcionário poderá prorrogar o seu plantão, em casos de situação extraordinária, sendo autorizada somente pelo Gerência de Enfermagem ou Coordenador de Enfermagem.

CAPÍTULO VI- DAS ATRIBUIÇÕES

Artigo. 11°. São atribuições da Gerência de Enfermagem:

I. Dirigir, orientar, coordenar e controlar as atividades dos Serviços de Enfermagem, cumprindo e fazendo cumprir o presente Regimento e as Normas e Rotinas estabelecidas pela Direção do Hospital;

II. Despachar com o Diretor Geral;

III. Elaborar e executar o Planejamento Estratégico anual de enfermagem alinhado ao planejamento da Instituição;

IV. Realizar diagnóstico, planejar e avaliar resultados das ações pertinentes a enfermagem;

V. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

VI. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da instituição;

VII. Cooperar com as demais Diretorias da Instituição e

assessorá-las nos assuntos de sua competência;

VIII. Convocar e participar nas reuniões com os coordenadores de enfermagem;

IX. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

X. Efetuar a avaliação de desempenho do coordenador de enfermagem, de acordo com a legislação e orientações da instituição;

XI. Estabelecer as diretrizes da assistência de enfermagem de acordo com a missão, visão e valores da instituição;

XII. Assumir a responsabilidade técnica do Serviço de Enfermagem junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e demais entidades reguladoras de saúde;

XIII. Assegurar a prestação da assistência de enfermagem em todas as áreas de atendimento da Instituição em quantidade e qualidade, garantindo sua efetividade;

XIV. Gerenciar as atividades técnicas, administrativas, de ensino e pesquisa junto a Educação Permanente e Desenvolvimento, em consonância com a Diretoria Técnica da Instituição;

XV. Acompanhar os trabalhos da Comissão de Ética em Enfermagem, tomando providências quando necessário sobre atitudes e comportamentos dos profissionais de enfermagem;

XVI. Dimensionar o quadro de profissionais de enfermagem e solicitar o provimento nas vagas das unidades de trabalho, conforme Resolução COFEN n°543/2017;

XVII. Fazer cumprir a Lei do Exercício Profissional conforme Decreto n° 94.406 de 08/06/1987;

XVIII. Fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem conforme Resolução COFEN n° 564/2017;

XIX. Indicar os coordenadores de enfermagem como cargos de confiança, respeitando o critério e requisitos específicos de cada cargo;

XX. Assegurar a disponibilidade de serviços de enfermagem para todas as unidades da Instituição, bem como sua qualificação consoante aos objetivos e missão da Gerência de Enfermagem e em perfeita conformidade com o regulamento do exercício de enfermagem (COREN);

XXI. Estruturar, organizar e dirigir a Gerência de Enfermagem, assegurando a qualidade da assistência, desenvolvendo, preservando e mantendo atualizados os processos de qualidade;

XXII. Colaborar no planejamento dos objetivos, estratégias e políticas operacionais da Gerência de Enfermagem;

XXIII. Elaborar, propor e executar o plano de atividades da sua área de responsabilidade, inclusive normas quando necessárias;

XXIV. Aprovar os planos, dirigir e controlar as atividades das áreas subordinadas, às unidades de internação, centro cirúrgico, CME, pronto socorro e ambulatório;

XXV. Zelar pelo patrimônio e imagem da Instituição;

XXVI. Tratar de assuntos específicos, de acordo com as qualificações e conhecimentos pessoais;

XXVII. Organizar, dirigir e supervisionar os cuidados de Enfermagem prestados pela Instituição, assegurando assistência contínua e eficiente aos pacientes;

XXVIII. Propor adaptações e reformar de planta física que se façam necessárias para atender às necessidades técnicas;

XXIX. Manter a Diretoria Técnica informada sobre todos os problemas operacionais, técnicos e administrativos relacionados com os cuidados prestados aos pacientes, bem como, dar sugestão das alterações em protocolos e manuais de Enfermagem;

XXX. Propiciar uma dinâmica de trabalho adequada à satisfação do paciente, de seus familiares e da equipe de enfermagem;

XXXI. Apresentar relatórios mensais sobre as atividades realizadas e movimentos estatísticos;

XXXII. Motivar a equipe a uma visão holística do paciente, mantendo cuidados de forma integral e individualizada;

XXXIII. Visitar as áreas sob sua responsabilidade, interagindo com os integrantes da equipe;

XXXIV. Convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem;

XXXV. Manter uma integração com os demais serviços da Instituição para facilitar e agilizar o atendimento ao paciente;

XXXVI. Monitorar os serviços das empresas terceirizadas, visando manter a qualidade do serviço;

XXXVII. Estimular atividades de pesquisa científica na instituição;

XXXVIII. Colaborar com atividades educacionais para profissionais em todos os níveis de formação (técnico, graduação, pós graduação).

Artigo. 12º. São atribuições do Coordenador de Enfermagem:

I. Realizar o monitoramento dos indicadores da assistência de Enfermagem;

II. Realizar o gerenciamento da Comissão de Ética de Enfermagem;

III. Monitorar e intervir quando necessário, na escala de atividades do corpo de enfermagem;

IV. Emitir parecer sobre assuntos relativos à Assistência de Enfermagem;

V. Gerar os números para os indicadores de desempenho e qualidade;

VI. Zelar pelo cumprimento das disposições legais e éticas no exercício profissional da Enfermagem;

VII. Coordenar o processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de garantir indicadores básicos de qualidade nas Unidades Assistenciais;

VIII. Realizar gestão estratégica de trabalho, apoiar iniciativas e projetos de interesse da Unidade;

IX. Cooperar com as demais Diretorias da Unidade e assessorá-las nos assuntos de sua competência;

X. Estabelecer comunicação com a equipe Médica e Administrativa, para acerto de situações que se revelem necessárias;

XI. Participar nas ações de formação em serviço que são efetuadas na unidade;

XII. Efetuar a avaliação de desempenho dos enfermeiros e supervisores, de acordo com a legislação e orientações da Instituição;

XIII. Acompanhar as atividades junto à Educação Permanente;

XIV. Validar escalas de folgas e férias, garantindo o dimensionamento correto da equipe;

XV. Auxiliar o RH nas auditorias periódicas aos registros de enfermagem;

XVI. Fornecer relatórios e documentações sempre que solicitado pela Gerência de Enfermagem e Diretoria da Unidade;

XVII. Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;

XVIII. Acompanhar junto ao gestor imediato e Administração de Pessoal, a situação de cada profissional da equipe junto ao Conselho Regional de Enfermagem;

XIX. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução

de não conformidades garantindo o desenvolvimento e avaliação de eficácia de todos os processos referentes à Assistência de Enfermagem;

XX. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade.

Artigo. 13º. São atribuições do Coordenador do Núcleo Interno de Regulação:

I. Fortalecer o processo de regulação e gerenciamento de leitos da unidade;

II. Atuar como interface entre as Centrais de Regulação (CR) e o hospital;

III. Interagir com as equipes da unidade e das CR para a resolução de situações não previstas na pactuação;

IV. Informar regularmente às CR as atualizações do cadastro da instituição (CNES);

V. Disponibilizar a situação dos leitos hospitalares sob regulação em tempo real para as CR, contribuindo para a redução do tempo de espera para a internação;

VI. Centralizar o trabalho da regulação no nível institucional;

VII. Qualificar a informação gerencial intra-hospitalar;

VIII. Participar da construção dos protocolos assistenciais para fins da regulação de leitos;

IX. Fornecer subsídios para a Direção Geral e Técnica para o adequado gerenciamento dos leitos;

X. Sinalizar para a Direção e para as CR as contingências locais que possam comprometer a regulação;

XI. Acompanhar indicadores gerenciais;

XII. Monitorar o censo diário;

XIII. Monitorar motivos de retardo na ocupação e desocupação de leitos;

XIV. Elaborar relatórios mensais contendo os indicadores gerenciais de movimentação de leitos e correlatos, para que estes sejam discutidos em instância colegiada da instituição;

XV. Avaliação dos resultados e busca por melhorias.

Artigo. 14º. São atribuições do Enfermeiro Supervisor (Unidades de internação / Emergência e Urgência / Unidade de Terapia Intensiva:

I. Atender as normativas do Conselho Regional de Enfermagem;

II. Garantir o cumprimento das rotinas institucionais;

III. Acolher os pacientes de modo que sejam atendidos continuamente em suas necessidades;

IV. Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;

V. Assegurar a correta utilização dos equipamentos e acessórios disponíveis para o processo assistencial;

VI. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;

VII. Redigir relatório no livro de plantão;

VIII. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;

IX. Planejar e prover os recursos necessários para o desenvolvimento da Assistência de Enfermagem;

X. Realizar os registros da Assistência de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;

XI. Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;

XII. Supervisionar o preenchimento de registros da Assistência de Enfermagem realizados pelos Técnicos de Enfermagem, conforme padrões da Instituição e a legislação em vigor;

XIII. Realizar ações corretivas e educativas motivadas por não conformidades identificadas nos registros de assistência de enfermagem;

XIV. Supervisionar os procedimentos técnicos e assistenciais executados pelos Técnicos de Enfermagem;

XV. Atuar na interface com os diversos serviços na resolução de não conformidades;

XVI. Interagir com os diversos processos e serviços da unidade;

XVII. Realizar, acompanhar e monitorar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) dos pacientes da unidade;

XVIII. Realizar aspiração de traqueotomia, tubo oro traqueal e vias áreas superiores;

XIX. Realizar instalação de catéter nasogástrico e vesical;

XX. Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência;

XXI. Participar da visita multiprofissional;

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

XXII. Participar das reuniões setorial multiprofissional;

XXIII. Preencher notificações de sua responsabilidade, segundo padronização da Coordenação de Vigilância Sanitária e Secretaria Estadual de Saúde;

XXIV. Supervisionar o processo de higienização, limpeza e organização das dependências da unidade;

XXV. Acompanhar menor desacompanhado em consulta ou designar o Técnico de Enfermagem para fazê-lo;

XXVI. Supervisionar ou acompanhar a realização de procedimentos técnicos, enfocando segurança e diminuição de riscos de infecção;

XXVII. Participar de treinamentos e programas de desenvolvimento oferecidos pela Instituição;

XXVIII. Receber e passar o plantão mantendo adequada comunicação entre as equipes;

XXIX. Elaborar escala de atividades, distribuir e acompanhar o cumprimento da mesma pela equipe de enfermagem;

XXX. Elaborar escala de folgas, conferir presença, faltas, atrasos e realocar os funcionários para atendimento onde for necessário;

XXXI. Avaliar periodicamente os funcionários de sua equipe;

XXXII. Orientar e supervisionar o uso correto de materiais e equipamentos;

XXXIII. Seguir normas relacionadas ao controle de infecção hospitalar (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, gotículas e aerossóis);

XXXIV. Cumprir e fazer cumprir normas e recomendações de Biossegurança, mantendo o ambiente seguro para o paciente e equipe multiprofissional;

XXXV. Supervisionar cumprimento de normas estabelecidas pelo Serviço de Controle de Infecção Hospitalar colaborando para o controle de infecção;

XXXVI. Participar de reuniões pertinentes à área, quando solicitado pelo Gestor;

XXXVII. Realizar as atividades de área/setor, seguindo as determinações do Gestor imediato e padronizações da Instituição;

XXXVIII. Zelar pelo preenchimento e organização do prontuário do paciente;

XXXIX. Facilitar e interagir com os processos da Gerência e Coordenação de Enfermagem;

XL. Monitorar e acompanhar os indicadores assistenciais;

XLI. Promover a comunicação efetiva com os clientes internos e externos, participar da tomada de decisão e resolução de problemas relacionados à assistência.

Parágrafo Único – As atividades de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

Artigo. 15º. Compete ao Enfermeiro Supervisor do Centro Cirúrgico:

I. Coordenar, supervisionar e monitorar as atividades de enfermagem da unidade sob a sua responsabilidade;

II. Desenvolver habilidades e competências técnico-científica em conjunto com a equipe de enfermagem;

III. Realizar planos de cuidados de enfermagem e supervisionar a continuidade da assistência prestada aos pacientes cirúrgicos;

IV. Prever recursos necessários ao atendimento em sala operatória;

V. Supervisionar as ações dos profissionais da equipe de enfermagem;

VI. Checar previamente a programação cirúrgica;

VII. Elaborar a escala diária de atividades dos funcionários;

VIII. Supervisionar e orientar a desmontagem da sala cirúrgica e o encaminhamento de itens especiais;

IX. Planejar, implementar e avaliar as rotinas assistenciais;

X. Planejar, implementar e executar as ações de educação permanente para a equipe do Centro Cirúrgico.

XI. Planejar e implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem, envolvendo os quatro períodos de trabalho;

XII. Orientar e conscientizar a equipe cirúrgica para uso e observância das precauções padrão;

XIII. Verificar os materiais e equipamentos necessários ao ato anestésico-cirúrgico;

XIV. Manter o ambiente cirúrgico seguro, tanto para o paciente, quanto para equipe multiprofissional;

XV. Recepcionar o paciente no CC certificando-se do correto preenchimento dos impressos próprios da área, do prontuário e da pulseira de identificação, assim como da apresentação dos exames pertinentes ao ato cirúrgico;

XVI. Realizar avaliação pré operatória, de acordo com as

condições oferecidas pelo Setor;

XVII. Participar e executar, o cuidado ao atendimento direto ao paciente Crítico e Semicrítico;

XVIII. Participar de todas as reuniões a que for convocado, bem como de todas as reuniões semanais com as demais chefias e promover reuniões com a equipe;

XIX. Organizar e distribuir a equipe de enfermagem para prestar atendimento individualizado e sequencial, em atendimento às condições do paciente e qualificação profissional de cada funcionário;

XX. Elaborar a escala diária de atribuições da equipe de enfermagem observando o melhor funcionamento do setor;

XXI. Avaliar e ser receptivo à avaliação de desempenho periódico, oferecendo e recebendo "feedback" das orientações prestada ao servidor avaliado;

XXII. Relatar diariamente ao Chefe da Unidade os fatos de maior relevância ocorridos no plantão;

XXIII. Desenvolver capacidade de liderança e manter conduta ética para harmonizar e obter o comprometimento da equipe no alcance das metas e resultados da unidade, em consonância com o estabelecido pela Instituição;

XXIV. Orientar os servidores quanto à importância de conhecer o protocolo de acidentes com material biológico, de como conduzir-se nestas situações e do registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;

XXV. Utilizar-se da roupa privativa somente no setor;

XXVI. Orientar, cobrar e monitorar a apresentação da equipe Enfermagem sob sua responsabilidade, no que diz respeito ao uso correto da touca, da máscara (cobrindo nariz e boca), do pro pé, bem como, sobre a não utilização de adornos que possam comprometer a segurança do paciente durante os procedimentos no Centro Cirúrgico, SRPA e Central de Material e Esterilização.

Artigo. 16°. Compete ao Enfermeiro Supervisor da Central de Material Esterilizado:

I. Coordenar, planejar, supervisionar e avaliar o desenvolvimento das atividades de processamento dos artigos hospitalares executados pela equipe de enfermagem no CME;

II. Prever, requisitar e prover materiais necessários para as Unidades de Internação, Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico e Ambulatórios, mantendo estoque para as emergências;

III. Coordenar e supervisionar a

equipe de enfermagem quanto ao processamento do instrumental cirúrgico, conferindo o conteúdo das caixas cirúrgicas das várias especialidades de acordo com uma relação preexistente, sempre que utilizadas e de acordo com a programação cirúrgica;

IV. Supervisionar o controle de entrada e saída de material do CME para outros setores do hospital;

V. Coordenar, planejar e executr treinamento com a equipe de Enfermagem em serviço e em processo de educação continuada;

VI. Desenvolver habilidades e competências técnico-científicos em conjunto com a equipe de enfermagem e incentivar e promover a pesquisa científica em seu campo de atuação;

VII. Reunir periodicamente a equipe de enfermagem, para análise e solução dos problemas;

VIII. Coordenar, supervisionar e controlar os processos de limpeza, desinfecção e esterilização executados pela equipe de enfermagem;

IX. Supervisionar a equipe pelo cumprimento das orientações quanto ao uso de EPI's e as normativas para dinâmica do serviço;

X. Orientar os profissionais sob sua supervisão quanto a importância de conhecer o protocolo de condutas quando do acidente com material biológico, do registro da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), em caso de acidente ocupacional;

XI. É vetado o uso de adornos durante qualquer procedimento de enfermagem no Centro Cirúrgico, SRPA e Central de Material e Esterilização;

XII. Utilizar-se da roupa privativa somente no setor.

Artigo. 17°. Compete ao Enfermeiro Supervisor (Obstetra/Obstetriz) do Centro Obstétrico:

I. Acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes;

II. Avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto;

III. Garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem;

IV. Promover modelo de assistência, centrado na mulher, no parto e nascimento, ambiência favorável ao parto e nascimento de evolução fisiológica e garantir a presença do acompanhante de escolha da mulher, conforme previsto em Lei;

V. Adotar práticas baseadas em evidências científicas como: oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor, liberdade de posição no parto, preservação da integridade perineal do momento

da expulsão do feto, contato pele a pele mãe recém-nascido, apoio ao aleitamento logo após o nascimento, entre outras, bem como o respeito às especificidades étnico-culturais da mulher e de sua família;

VI. Avaliar a evolução do trabalho de parto e as condições maternas e fetais, adotando tecnologias apropriadas na assistência e tomada de decisão, considerando a autonomia e protagonismo da mulher;

VII. Prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distócia) e ao recém-nascido;

VIII. Encaminhar a mulher e/ou recém-nascido a um nível de assistência mais complexo, caso sejam detectados fatores de risco e/ou complicações que justifiquem;

IX. Garantir a integralidade do cuidado à mulher e ao recém-nascido por meio da articulação entre os pontos de atenção, considerando a Rede de Atenção à Saúde e os recursos comunitários disponíveis;

X. Registrar no prontuário da mulher e do recém-nascido as informações inerentes ao processo de cuidar, de forma clara, objetiva e completa;

XI. Emitir a Declaração de Nascido Vivo - DNV, conforme a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012, que regula a expedição e a validade nacional da Declaração de Nascido Vivo;

XII. Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias ao acompanhamento e avaliação do processo de cuidado;

XIII. Promover educação em saúde, baseado nos direitos sexuais, reprodutivos e de cidadania;

XIV. Participar do planejamento de atividades de ensino e zelar para que os estágios de formação profissional sejam realizados em conformidade com a legislação de Enfermagem vigente;

XV. Promover, participar e ou supervisionar o processo de educação permanente e qualificação da equipe de enfermagem, considerando as evidencias cientificas e o modelo assistencial do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, centrado na mulher e na família;

XVI. Participar de Comissões atinentes ao trabalho e a filosofia do Centro de Parto Normal ou Casa de Parto, como: comissão de controle de infecção hospitalar, de investigação de óbito materno e neonatal, de ética, entre outras;

XVII. Participar de ações interdisciplinares e Inter setoriais, entre outras, que promovam a saúde materna e infantil;

XVIII. Notificar todos os óbitos maternos e neonatais aos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil/Neonatal da Secretaria Municipal e/ou Estadual de Saúde, em

atendimento ao imperativo da Portaria GM/MS nº 1.119, de 05 de junho de 2008, ou outra que a substitua;

XIX. Emissão de laudos de autorização de internação hospitalar (AIH) para o procedimento de parto normal sem distócia, realizado pelo Enfermeiro (a) Obstetra, da tabela do SIH/SUS;

XX. Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, em conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

XXI. Realização de episiotomia e episiorrafia (rafias de lacerações de primeiro e segundo grau) e aplicação de anestesia local, quando necessária;

XXII. Acompanhamento obstétrico da mulher e do recém-nascido, sob seus cuidados, da internação até a alta.

Artigo. 18°. São atribuições do Técnico de Enfermagem:

I. Integrar a equipe de saúde, assegurando à pessoa, família e coletividade assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência;

II. Realizar anotações de enfermagem pontuais, em ordem cronológica e com letra legível, devidamente datada, carimbadas e assinadas;

III. Preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos e auxiliar em procedimentos;

IV. Ministrar medicamentos por via oral, inalatória e parenteral, entre outras;

V. Realizar controle hídrico, registrando dados no prontuário do paciente;

VI. Realizar curativos conforme prescrição de enfermagem;

VII. Aplicar oxigenoterapia, nebulização e inalação;

VIII. Pesar e medir o paciente;

IX. Alimentar e/ ou auxiliar o paciente;

X. Prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente: banho de aspersão ou leito, higiene ocular, oral, íntima e mudança de decúbito;

XI. Realizar troca diária da fixação do tubo oro traqueal após o banho e sempre que necessário;

XII. Realizar punção venosa (e/ou troca da fixação da mesma) identificando data da punção, atentando para sinais flogísticos;

XIII. Colher material para exames laboratoriais e identificá-los corretamente;

XIV. Realizar controle de sinais vitais, glicemia capilar e pressão venosa central;

XV. Prestar cuidados de enfermagem em situações de urgência/ emergência;

XVI. Prestar cuidados de enfermagem ao paciente crítico sob supervisão do enfermeiro;

XVII. Prestar assistência a pacientes graves, desde sua admissão, e acompanhá-los em caso de remoção a outro serviço;

XVIII. Seguir normas relacionadas ao controle de infecção hospitalar (lavagem das mãos, precauções padrão, contato, goticulas e aerossóis);

XIX. Zelar pela limpeza e ordem do material, dos equipamentos e das dependências da unidade;

XX. Participar da visita multiprofissional;

XXI. Participar das reuniões setorial e das reuniões de equipe;

XXII. Participar nos programas de treinamentos e aprimoramento profissional desenvolvidos na unidade e/ ou instituição;

XXIII. Participação das reuniões de Educação Permanente.

Parágrafo Único – As atividades do Técnico de Enfermagem serão disciplinadas, de modo complementar, pelo manual de normas e rotinas de cada setor de atuação.

CAPÍTULO VII – DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo. 19°. Todos os funcionários devem apresentar-se ao trabalho no horário determinado em escala, devidamente uniformizados, portando a Cédula de Identidade do Coren-GO.

Artigo. 20°. Os profissionais de Enfermagem não poderão receber de clientes ou familiares, pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Artigo. 21°. O funcionário não poderá deixar o ambiente de trabalho uniformizado.

Artigo. 22°. Os profissionais de enfermagem só poderão se ausentar da unidade a partir do momento que o próximo profissional assumir o plantão, preservando a garantia da qualidade e continuidade da assistência.

Artigo. 23°. Norma Regulamentadora n°32 ou NR-32: constitui-se de uma legislação do Ministério do Trabalho e Emprego que

estabelece medidas para proteger a segurança e a saúde dos trabalhadores de saúde, de qualquer serviço de saúde, inclusive, os que trabalham nas escolas, ensinando e pesquisando. As normas/recomendações a serem seguidas são:

I. As precauções padrão deve ser praticadas rotineiramente, usando sempre os equipamentos de proteção individual (EPI); e adequar uso de EPI's conforme exposição;

II. O profissional de enfermagem deve atender a convocação para receber as vacinas e exames de saúde, eles são importantes para a prevenção de moléstias infecciosas que poderão estar presente no ambiente de trabalho;

III. Os trabalhadores com feridas ou lesões nos membros superiores só podem iniciar suas atividades após avaliação médica obrigatória com emissão de documento de liberação para o trabalho;

IV. O descarte de agulhas e outros materiais perfuro cortantes devem ser realizados dentro da caixa apropriada, sem reencapar;

V. Qualquer acidente de trabalho por menor que seja, mesmo não havendo afastamento do trabalho, deve ser notificado no Pronto-Socorro e posteriormente ao Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT;

VI. Não deve usar calçado aberto. Entende-se por calçado aberto aquele que proporciona exposição da região do calcâneo (calcanhar), do dorso (peito) ou das laterais do pé;

VII. Não guardar alimentos em locais não destinados para este fim;

VIII. Não manusear lentes de contato nos postos de trabalho.

Artigo. 24°. Anualmente, o pessoal de enfermagem deverá apresentar ao Departamento de Pessoal ou ao Enfermeiro Responsável Técnico, a certidão negativa fornecida pelo Coren-GO, informando que o mesmo se encontra regularizado com suas obrigações financeiras, conforme o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Uma vez constatado exercício ilegal da profissão, seja por inscrição provisória vencida ou falta de inscrição na categoria em que atua na instituição, o profissional será notificado por escrito pelo Responsável Técnico de Enfermagem e terá 48 horas, para regularizar a situação frente ao COREN-GO, devendo apresentar declaração. Não regularizando a situação no prazo estipulado, o caso será encaminhado à Comissão de Ética de Enfermagem e ao Diretor do Hospital, que indicará o impedimento profissional até a completa resolução da situação.

Artigo. 25°. O presente Regimento do Ser-

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO INTERNO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

viço de Enfermagem está embasado na Lei nº 7.498/86 e Decreto n. 94.406/87, que "Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício de Enfermagem".

Artigo. 26°. O Enfermeiro Responsável Técnico poderá tomar decisões não previstas no presente Regimento, desde que respaldadas pela Legislação vigente.

Artigo. 27°. O presente documento será de conhecimento de todos os profissionais de Enfermagem e permanecerá disponível de forma impressa em local acessível a toda a equipe de Enfermagem.

Artigo. 28°. Este Regimento serve como instrumento de definição de atividades, devendo ser aplicado a todos os trabalhadores de enfermagem, sem qualquer exceção.

Artigo. 29°. Este Regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes, por implantação ou desativação de unidades ou serviços que desenvolvam atividades de enfermagem.



CAPÍTULO VIII - HISTÓRICO DE REVISÕES

Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XXX	XX	XXXXXXXXXXX

ITEM 1.1.2.4 - PROPOSTA DE PROJETO DE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO COM VISTA AO CONTROLE GERENCIAL DA UNIDADE E MELHORIA DO ATENDIMENTO AO USUÁRIO

Para realizar o controle gerencial da unidade e melhoria do atendimento ao usuário do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, o IMED vem realizando a implantação do sistema de gestão hospitalar MV, conforme preconizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Goiás, e continuará a implantação do sistema que abrangerá os seguintes módulos.

RELAÇÃO DE MÓDULOS E STATUS DE IMPLANTAÇÃO ATUAL NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

MÓDULO	IMPLANTADO		OBSERVAÇÃO
Totem – Emissão de Senha		NÃO	EM ANDAMENTO
Painel de Atendimento e Chamada	SIM		
Controle de Sala		NÃO	
Gestor de Fluxo de Atendimento	SIM		
Classificação de Risco	SIM		
Urgência e Emergência	SIM		

Central de Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamento	SIM		
Ambtulatório	SIM		APENAS ORTO-PEDIA
Internação	SIM		
Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico	SIM		
Posto de Enfermagem	SIM		
Prescrição Eletrônica do Paciente	SIM		
PEP – Prontuário Eletrônico do Paciente	SIM		
CCIH – Controle e Infecção Hospitalar	SIM		
Laboratório de Análises Clínicas	SIM		
Diagnóstico por imagem		NÃO	EM ANDAMENTO
Agência Transfusional		NÃO	EM ANDAMENTO
Almoxarifado e Farmácia	SIM		
Patrimônio	SIM		
Faturamento Internação SUS (BPA e APAC)	SIM		
Faturamento Internação SUS (AIH)	SIM		
Higienização e Limpeza	SIM		
Engenharia e Manutenção	SIM		
SAME	SIM		
Lavanderia e Rouparia	SIM		
CME – Central de Material Esterilizado		NÃO	
Nutrição e Dietética	SIM		
Gestão de Usuários	SIM		

Acompanhamento e Controle gerencial	SIM		
Diretoria Clínica	SIM		
Editor de Documentos Eletrônicos	SIM		
Gerador de Relatórios	SIM		
Gerenciamento de Unidades	SIM		
Compras		NÃO	PROCESSO REALIZADO EM OUTRA PLATAFORMA
Controle Financeiro		NÃO	PROCESSO REALIZADO EM OUTRA PLATAFORMA
Contas a Pagar		NÃO	PROCESSO REALIZADO EM OUTRA PLATAFORMA
Contas a Receber		NÃO	ROCESSO REALIZADO EM OUTRA PLATAFORMA
Sistema de Atenção ao Cliente		NÃO	EM ANDAMENTO

DESCRIÇÃO DOS MÓDULOS IMPLANTADOS, BEM COMO OS QUE AINDA SERÃO IMPLANTADOS NA UNIDADE

GESTÃO DE FLUXO

Totem Emissão de Senha

- O sistema disponibiliza solução para a emissão de senhas de atendimentos normais, pacientes prioritários e pacientes com mais de 80 anos para a gestão das filas de espera e atendimentos;
- Permite fazer a configuração da impressora do totem de emissão de senhas;
- O sistema permite fazer a configuração do tipo de impressão do totem de emissão de senhas;
- O sistema permite fazer a configuração das filas que terão suas senhas emitidas pelo totem em questão;
- Na emissão da senha o sistema além de imprimir o número, apresenta qual etapa inicial do atendimento o

usuário deverá esperar;

- O sistema é integrado com os painéis de atendimento e para a chamada dos pacientes;
- O sistema permite configurar o número de copias para a emissão da senha.

Painel de Atendimento e Chamadas

- O sistema disponibiliza solução para a chamada eletrônica dos pacientes em atendimento nos setores de atenção ao paciente da instituição;
- O sistema permite fazer a configuração da fila no painel, gestão do atendimento e as respectivas chamadas no processo de atendimento;
- O sistema permite fazer a configuração/habilitação de quais campos serão apresentados na tela/painel de atendimento para a chamada dos pacientes. Ex: Senha, Nome, Hora de Chegada, Hora Prevista Atendimento, Status do Paciente, Nome do Paciente;
- O sistema permite fazer a configuração de quais processos de atendimento (triagem, atendimento administrativo, atendimento médico, atendimento social, exame de imagem, exame de laboratório, procedimentos, medicamentos) serão utilizados. Pelo painel de atendimento e chamada, assim como os campos que serão visualizados na tela em cada uma das etapas;
- O sistema permite configurar a chamada do paciente em tela cheia;
- O sistema permite configurar chamada com som;
- O sistema permite configurar/ habilitar o painel de chamada e atendimento com a leitura da senha ou do nome do paciente por voz;
- O sistema permite configurar/ habilitar na tela do painel de atendimento a direção que o paciente deve se dirigir para receber o atendimento (a esquerda, a direita, em frente);
- O sistema permite configurar o painel de chamada para apresentar a foto do paciente;
- O sistema apresenta o local que o paciente deverá se dirigir (Sala, Consultório, Box, Guichê);
- O sistema permite configurar quais especialidades de atendimento serão chamadas através do painel;
- O sistema permite fazer a configuração/habilitação dos campos de apresentação do painel por etapa do atendimento;
- O sistema permite configurar o tipo de direcionamento por voz: masculina, feminina ou uma especifica;
- O sistema permite configurar/ habilitar as últimas senhas chamadas;
- O sistema permite configurar/ habilitar função multimidia nos painéis de atendimento do paciente como programação de televisão, videos, apresentações, stream, URL ou outros tipos;
- O sistema permite configurar/

habilitar a apresentação dos pacientes em espera para atendimento por listagem;

- O sistema permite configurar/habilitar informação com a quantidade de pacientes em atendimento e o tempo estimado de espera para atendimento (TEE) na fila;
- O sistema permite configurar/habilitar informação com o resumo da quantidade de pacientes em espera de atendimento por cor de classificação (prioridade) e por especialidade no Pronto Socorro.

Controle de Sala

- O sistema deverá disponibilizar solução para a chamada eletrônica dos pacientes para o atendimento nas áreas assistenciais da instituição (sala de medicação, sala de coleta de exames, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de imobilização, sala de exames de imagens);
- O sistema deverá permitir o usuário visualizar os pacientes que estão esperando serem chamados para atendimento na sala, organizado por prioridade de atendimento;
- O sistema deverá disponibilizar recurso para o usuário selecionar o paciente e acionar a chamada para atendimento;
- O sistema deverá estar integrado aos painéis de atendimento e chamada eletrônica do paciente;
- O sistema deverá permitir registrar que o paciente se encontra em atendimento na sala;
- O sistema deve emitir mensagem de alerta ao usuário quando um paciente se encontrar em atendimento em uma outra sala ao ser chamado;
- O sistema deve permitir registrar eletronicamente a conclusão do atendimento do paciente na sala;
- Ao concluir o atendimento do paciente na sala, ele deve ser removido automaticamente da fila de espera e chamada de atendimento;
- Para as salas de medicação e procedimentos, o sistema deverá permitir fazer o registro da checagem dos procedimentos realizados nos pacientes;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o aprazamento dos horários de realização dos procedimentos e medicações dos pacientes;
- Para as salas de medicação e procedimentos o sistema deverá permitir fazer o registro do cancelamento dos procedimentos e medicações não realizadas nos pacientes com o respectivo motivo;
- O sistema deve atualizar automaticamente o status do paciente no painel de atendimento e chamada a cada registro realizado no sistema.

Gestor de Fluxo de Atendimento

- O sistema disponibiliza de solução que permita fazer análise em tempo

real (on-line) da quantidade de senhas distribuídas, quantidade de pacientes classificados, quantidade de pacientes com classificações em aberto, quantidade de classificações finalizadas, quantidade de pacientes cadastrados e a quantidade de pacientes em atendimento médico;

- O sistema disponibiliza de maneira gráfica e on-line de indicador para fazer análise do tempo de espera para cadastro indicando a senha com maior tempo de espera no momento, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

- O sistema disponibiliza de maneira gráfica e on-line de indicador para fazer análise do tempo de espera para triagem e classificação, indicando a senha com maior tempo de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera com tolerância;

- O sistema disponibiliza de maneira gráfica e on-line, indicador de análise em tempo real por prioridade do tempo médio de espera para classificação de risco, para cadastro do paciente e para o atendimento médico, indicando as senhas com maior tempo médio de espera da etapa de atendimento;

- O sistema disponibiliza de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera para atendimento médico, cadastro, classificação de risco, atendimento social, indicando a senha com maior tempo médio de espera, o tempo de espera alvo e o tempo de espera para atendimento com tolerância;

- O sistema disponibiliza de maneira gráfica, podendo selecionar o período, indicador para fazer análise do tempo médio de espera entre processos do atendimento;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de senhas normal e senhas preferenciais distribuídas;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por especialidade e por prioridade;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes com atendimento médico por especialidade e por prioridade;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por prioridade;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de mortes de pacientes por especialidade e por prioridade;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de internações por prioridade;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por faixa etária;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes com classificação em aberto e finalizadas;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes reclassificados;

- O sistema disponibiliza painel

de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos por médico e tempo médio de atendimento por especialidade;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes cadastrados por usuário e tempo médio para cadastro;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes classificados por cidade e bairro;

- O sistema disponibiliza painel de indicador com a quantidade e percentual de pacientes atendidos com alta por cidade e bairro.

Classificação de Risco

- O sistema permite registrar todo o processo de triagem e classificação de risco do paciente no serviço de pronto atendimento do hospital;

- O sistema permite que seja configurado e parametrizado qual protocolo de classificação de risco que será utilizado pela instituição;

- O sistema possui carregado em sua base no mínimo o Protocolo Humaniza SUS;

- O sistema permite que seja configurado qual processo de atendimento será utilizado no fluxo de atendimento do paciente no Pronto Socorro (triagem e atendimento administrativo ou atendimento administrativo e triagem);

- O sistema permite configurar quais sinais vitais serão registrados no processo de triagem e classificação de risco;

- O sistema dispõe de configuração de qual faixa de horário do dia será realizado a triagem e a classificação de risco do paciente no Pronto Socorro;

- O sistema está integrado aos totens de emissão de senha e aos painéis eletrônicos de atendimento e chamada;

- O sistema dispõe de mecanismo que permita o usuário acionar e realizar a chamada do paciente de forma eletrônica, através do sistema;

- Ao acionar a chamada eletrônica do paciente, o painel de atendimento apresenta a senha e o box de classificação e triagem que o paciente deve se encaminhar por comando de voz instalado na solução;

- O sistema dispõe tela com a relação de todos os pacientes que estão aguardando para serem triados, classificados e o tempo de espera em minutos de cada um dos pacientes;

- O sistema permite que seja registrado o acolhimento do paciente no mínimo com as seguintes informações: Nome do Paciente, Idade ou Data de Nascimento, Sexo e Cidade;

- O sistema permite fazer o registro da abordagem inicial, informando a queixa principal, observações em relação a queixa principal, medicamentos em uso, alergias do paciente e também as reações em relação as substâncias ao qual o paciente relatou que é alérgico;

- O sistema permite fazer o registro dos

sinais vitais do paciente que está em triagem e classificação de risco;

- O sistema permite escolher o sintoma em uma lista de acordo com o protocolo de triagem e classificação de risco adotado pela instituição;
- De acordo com o sintoma o sistema sugeri automaticamente quais itens devem ser avaliados durante a triagem do paciente pela enfermeira;
- O sistema permite fazer o registo da avaliação de Glasgow no processo de triagem e classificação de risco;
- O sistema disponibiliza tela para registrar a intensidade da dor do paciente através de uma régua de escala de dor;
- Após a definição do grau de prioridade do paciente feita pelo sistema, o sistema atribui automaticamente a cor correspondente ao protocolo utilizado como também o tempo máximo de espera para atendimento médico;
- O sistema permite o enfermeiro fazer o registro de reavaliação do paciente quando necessário;
- O sistema permite fazer o encaminhamento para atendimento da assistente social dos pacientes triados e que não caracterizaram Urgência e Emergência;
- No processo de triagem e classificação de risco o sistema sugeri a especialidade que o paciente deverá ser encaminhado para atendimento médico;
- O sistema disponibiliza opção de fazer a impressão da ficha de triagem com todas as informações registradas durante o processo de acolhimento e classificação de risco no Pronto Socorro.

Urgência e Emergência

- O sistema é totalmente integrado aos sistemas de emissão de senha, painel de atendimento, acolhimento e classificação de risco, controle de salas e gestão de fluxo do paciente;
- O sistema possui tela que permita que a recepcionista visualize todas as senhas que estão aguardando para serem atendidas administrativamente, selecionando uma delas na lista para efetuar a chamada eletrônica e posteriormente o registro (cadastro) e o atendimento do paciente;
- Ao acionar o dispositivo eletrônico de chamadas, o painel de atendimento e chamadas apresenta para o paciente em espera, qual guichê de atendimento administrativo o mesmo deve se encaminhar;
- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista executa uma pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição;
- A pesquisa pode ter as seguintes opções:
- Prontuário (matrícula);
- Nome;
- Sobrenome;

- Data de Nascimento;
- CPF;
- Nome da Mãe.
- A pesquisa permite preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema dispõe de recurso de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema dispõe de recurso que permita a pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa na base de dados;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário tem a opção para registar um novo cadastro de paciente;O cadastro de paciente é único em todas as origens de atendimento do hospital e também possui configuração de quais campos devem ser habilitados e quais campos devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento;
- O cadastro do paciente pode ter os seguintes campos:
- Nome;
- Nome Social;
- Nome da Mãe;
- Nome do Pai;
- Data de Nascimento;
- Sexo;
- Cor;
- Tipo Sanguíneo;
- Nome do Cônjuge;
- Identidade;
- Órgão Emissor;
- Data de Emissão;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Estado Civil;
- Endereço;
- Número e Complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone Residencial;;
- Telefone Comercial;
- Telefone Celular;
- E-Mail;
- Local de Trabalho;
- Cargo;
- Número de Registro Funcional;
- Tipo de Moradia;
- Profissão;

- Classe Econômica;
- Grau de Instrução;
- Religião;
- Etnia;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente;
- Restrição de Visita;
- Situação Familiar;
- Captura da biometria do paciente (um ou mais dedos).
- O sistema está totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;
- O sistema possibilita e permite integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema permite ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações:
- Data;
- Hora;
- Médico;
- Origem do Atendimento (setor);
- Convênio;
- Plano;
- Tipo de Atendimento;
- Procedimento;
- CBO
- Serviço;
- Tipo de Paciente;
- Local de Procedência;
- Destino do Paciente no PA;
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente com no mínimo os seguintes campos: grau de parentesco, nome, telefone, CPF, número de identidade e endereço.
- Existi a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos, ou seja, os mesmos já preenchidos de forma automática, diminuindo assim o tempo de atendimento na recepção;
- Após o registro do atendimento o sistema permite ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:
- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
- Termo de Responsabilidade;
- Ficha de Atendimento Emergência.
- O sistema abre automaticamente no faturamento, a conta do

paciente para o lançamento dos procedimentos (consulta médica) no BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e também o setor executante;

- O sistema permite registrar o encaminhamento dos pacientes aos leitos de observação no pronto atendimento;
- O sistema permite registrar a transferência de leitos do paciente na observação quando houver necessidade, a fim de manter o censo ocupacional da unidade de pronto atendimento organizado e atualizado;
- O sistema permite registrar ocorrências e fatos relevantes ocorridos durante o atendimento do paciente;
- O sistema possui opção para a exclusão do atendimento registrado ao paciente;
- O sistema possui opção para registrar a transferência de médico do paciente no pronto atendimento e emergência;
- O sistema possui opção para a alteração do tipo de atendimento;
- O sistema possui opção para a alteração do atendimento do paciente;
- O sistema possui opção para registrar a alta do paciente no atendimento de emergência;
- O sistema possui opção para registrar o diagnóstico do paciente no atendimento de emergência;
- O sistema possui tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;
- O sistema possui tela para consulta somente dos atendimentos na emergência de uma determinada data;
- O sistema possui tela com gráfico da quantidade de pacientes atendidos por hora em um determinado período;
- O sistema possui tela para que o usuário possa consultar a situação atual dos leitos de observação, como também visualizar a ocupação de cada um deles (paciente, médico, CID, convênio) e ainda visualizar de forma gráfica o status de cada um dos leitos;
- O sistema dispõe de relatórios estatísticos de atendimentos por: Bairro, Cidade, Médico, Especialidade, Faixa Etária, Motivo de Atendimento, Origem e Usuário;

Agendamento de Consultas, Exames, Sessões e Tratamentos

- O sistema deverá permitir configurar/cadastrar todos os Itens de agendamento com as seguintes informações: Código, Descrição do Item, Tipo do Item (Ambulatorial, Imagem, Laboratório ou de Composição), Ativo (Sim ou Não), Tempo Padrão de Execução, Prestadores Habilitados para a Execução dos Procedimentos, Relacionamento do Item de Agendamento com o Procedimento correspondente na tabela SIGTAP, deve possuir configuração se em caso de anestesia na execução do procedimento o sistema deve sugerir alteração do tempo de realização, se é obrigatório o cadastro do paciente para o agendamento do respectivo item de agendamento, tempo de preparo em necessário em dias;

ou horas para a realização do procedimento agendado, tempo de repetência para o agendamento do procedimento novamente em dias ou horas, observações sobre o item de agendamento, recursos e equipamentos necessários para a realização do item de agendamento, tempo de execução do item de agendamento por prestador e proibições de itens de agendamento simultâneo com intervalo mínimo entre um agendamento e outro;

- O sistema deverá possuir opção de cadastrar/configurar distintas Unidades de Atendimento (Ambulatório, Centro de Imagens ou Centro Clínico), esta opção será utilizada quando a instituição possuir Ambulatórios, Centro de Imagens ou Centros Clínicos distribuídos em rede e com localização física distinta, com os seguintes campos:
- Código;
- Nome;
- Sigla;
- Situação;
- Endereço.
- O sistema deverá possuir tela para o cadastro de feriados nacionais e regionais. Nas datas cadastradas como feriados o sistema não deverá disponibilizar e permitir realizar agendamento de procedimentos na cidade ou unidades de uma determinada cidade;
- O sistema deve permitir fazer o registro dos recursos que serão utilizados na realização dos agendamentos e na realização dos procedimentos como os campos código, descrição, tipo, situação;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas de atendimento dos profissionais que prestam atendimento ambulatorial por Unidade de Atendimento;
- O sistema deverá permitir o usuário registrar/configurar as escalas dos profissionais, que prestam atendimento ambulatorial na instituição no mínimo com as seguintes informações:
- Dia da semana;
- Tipo de escala;
- Hora inicial;
- Hora final;
- Tipo de horário do atendimento (hora marcada ou chegada);
- Quantidade de horários disponibilizados;
- Quantidade de encaixes;
- Permissão para realização de encaixes extras;
- Profissional;
- Setor;
- Unidade de atendimento;
- Consultório;
- Recurso;
- Itens de agendamento do dia;

- Quantidade máxima de atendimentos por convênio;
- Quantidade máxima de atendimentos por tipo de atendimento x especialidade/ serviço;



- Usuários autorizados a realizarem agendamentos na escala;
- Peso máximo;
- Altura máxima;
- Faixa Etária.
- O sistema deverá possuir opção para serem registradas/ configuradas as mensagens de alerta aos usuários do setor de agendamento referentes ao prestador. Estas mensagens e alertas serão exibidas posteriormente na tela da central de agendamento e marcação para que os usuários que executam este processo possam visualizar e repassar as mesmas aos pacientes;
- O sistema deve permitir configurar as mensagens que serão enviadas aos pacientes que fizeram os agendamentos, estas mensagens deverão ser configuradas para envio de e-mail ou por sms;
- O sistema deve ter a opção de configuração dos horários e a quantidade de horas que serão enviados os e-mails e os SMS para os pacientes antes do horário agendado para procedimento;
- O sistema deve ter a opção de configurar e fazer a leitura do SMS de retorno, nesta mensagem respondida pelo paciente, de acordo com o código respondido pode confirmar ou cancelar o comparecimento em relação aos procedimentos agendados;
- O sistema deverá possuir opção para a liberação da agenda médica baseando-se nas escalas configuradas. A liberação da agenda médica irá disponibilizar para o setor responsável pelo agendamento os horários de acordo com as parametrizações realizadas nas escalas de atendimento. O sistema deve possuir os seguintes parâmetros para a liberação da escala de atendimento:
- Código da escala (opcional);
- Data de liberação;
- Período de liberação da escala;
- Tipo da escala;
- Prestador;
- Especialidade;

- Se deseja sobrepor as agendas já disponibilizadas que estejam vagas.
- O sistema deve disponibilizar recurso para fazer a configuração dos perfis de usuário para a central de marcação de consultas e exames;
- O sistema deverá permitir agendar em tela única consultas, exames, procedimentos, sessões e tratamentos;
- O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas de consultas, exames e procedimentos na tela de agendamento indicando no mínimo os seguintes parâmetros:
- Paciente;
- Convênio;
- Plano;
- Item de Agendamento;
- Prestador;
- Especialidade;
- Tipo de Atendimento;
- Unidade de Atendimento;
- Caso o usuário não informe o prestador e informe somente a especialidade desejada pelo paciente, o sistema irá buscar a primeira agenda disponível de um ou mais profissionais da mesma especialidade;
- Na tela da Central de Agendamento, de acordo com os parâmetros lançados, o sistema deve executar automaticamente a busca de datas e horários mais próximos que estão disponíveis para o atender à solicitação de agendamento;
- O sistema deverá permitir ao usuário fazer a busca por vagas para agendamento de tratamentos/ sessões na tela de agendamento indicando os seguintes parâmetros:
- Paciente;
- Convênio;
- Plano;
- Item de Agendamento;
- Prestador;
- Especialidade;
- Tipo de Atendimento;
- Unidade de Atendimento;
- Tratamento (Sim ou Não)
- Quantidade. de Sessões.
- O sistema deverá trazer na tela de forma automática a quantidade de dias que possuem vagas disponíveis de acordo com a quantidade de sessões informadas na tela anterior;
- O sistema não deve permitir o usuário agendar um segundo item com um intervalo entre os procedimentos inferior ao tempo de execução do primeiro procedimento agendado;
- O sistema deverá bloquear a faixa de horário reservado para o paciente e não disponibilizar mais o mesmo, na tela de agendamento;
- O sistema deverá alertar ao usuário

quando existirem conflitos de agendamentos de procedimentos que necessitem de um intervalo mínimo de tempo para a sua execução;

- O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações relativas ao convênio/plano do paciente para que o mesmo possa repassar ou então orientar-se por ela;
- O sistema deve possuir campo para registrar observações relativas ao paciente ou ao agendamento;
- O sistema deve possuir campo para informar o modo como os procedimentos foram agendados:
- Telefone;
- Pessoalmente;
- Solicitação
- Fax;
- E-mail.
- O sistema deve apresentar ao usuário todas as orientações de preparo dos procedimentos agendados para que as mesmas sejam repassadas ao paciente;
- O sistema deve possibilitar inserir o paciente agendado em uma fila de espera, caso o intervalo entre a data do agendamento e a data disponível não estejam atendendo as necessidades do paciente;
- O sistema deve permitir fazer a emissão do comprovante de agendamento ou então fazer o envio do mesmo por correio eletrônico ou SMS;
- O sistema deve permitir registrar os contatos com dos pacientes agendados para a confirmação da presença na data agendada;
- O sistema deve permitir registrar a transferência de agenda de consultas e exames de um profissional para outro, ou para o mesmo profissional em nova data ou na mesma data em horário diferente;
- O sistema deve permitir fazer o cancelamento de uma consulta previamente agendada informando o motivo do cancelamento;
- O sistema deve permitir o usuário bloquear uma agenda de um determinado profissional em um intervalo de horas dentro de um mesmo dia ou intervalo de dias, informando o motivo do bloqueio;
- O sistema deve permitir o usuário registrar os encaixes na agenda de consultas e exames;
- O sistema deve permitir fazer a gestão da fila de espera. O sistema deve alertar o usuário que existem agendamentos com as mesmas características na fila de espera para a vaga que foi disponibilizada ao ser cancelado ou agendamento de um procedimento.
- O sistema deve permitir o usuário registar/configurar a turma e a escala da turma com as seguintes informações:
- Dias da semana;
- Horário de início e fim por dia da semana;
- Serviço;

- Tipo de Atendimento;
- Prestador.
- O sistema deve permitir o registro de agendamentos em grupos de pacientes que fazem uma atividade em um mesmo horário (fisioterapia, hemodiálise, quimioterapia e etc.) Informando a turma e os pacientes por turma;
- O sistema deve estar integrado com a prescrição médica eletrônica, pois todos os exames de pacientes internados ou ambulatoriais poderão ser agendados através de uma solicitação de agendamento de exames ou procedimentos que são prescritos pelo médico assistente e serão visualizados na fila de solicitações de agendamentos;
- O sistema deve permitir ao usuário fazer a remissão dos comprovantes de agendamento como também o reenvio de e-mail para os mesmos;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a exclusão de agendas que foram previamente liberadas informando o motivo da exclusão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a reserva de uma faixa de horários que esteja livre na agenda, o usuário deverá informar a data inicial e final, horário inicial e final e o tipo da reserva;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a pesquisa de agendamentos para um determinado médico, uma determinada data ou para um paciente específico;
- O sistema deve possuir tela de consultas onde o usuário poderá pesquisar todo o histórico de agendamentos do paciente;
- O sistema deverá disponibilizar relatório de agendamentos cancelados, agendamentos excluídos, Produção por Prestador/ Recurso e Posição de Fila de Espera;
- O sistema deve possuir relatório com a agenda diária do médico.

Ambulatório

- O sistema é totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de consultas, pois os pacientes agendados pela central devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes ambulatoriais;
- O sistema possui mecanismo para que o paciente faça a retirada da senha de atendimento ambulatorial;
- O sistema dispõe de painéis de atendimento que informem os seguintes dados:
- Senha;
- Hora Chegada;
- Previsão de Atendimento (cadastro);
- Status do Atendimento.
- O sistema possui dispositivo que permita a recepcionista selecionar a senha em uma lista de atendimento e fazer a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o atendimento do mesmo;
- O sistema permite a recepcionista associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a

agenda médica;

- Ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista inicia o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do ambulatório para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição;
- A pesquisa tem as seguintes opções:
- Prontuário (matricula)
- Nome;
- Sobrenome;
- Data de Nascimento;
- CPF;
- Nome da Mãe;
- A pesquisa permite preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema dispõe de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema dispõe de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário inicia o preenchimento do registro do paciente.
- O cadastro de paciente é único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem ser habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente tem os seguintes campos:
- Nome;
- Nome social;
- Nome da mãe;
- Nome do pai;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Cor;
- Tipo sanguíneo;
- Nome do cônjuge;
- Identidade;
- Órgão emissor;
- Data de emissão;
- CPF;
- Cartão nacional de saúde;
- Estado civil;
- Endereço;
- Número e complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;

- Telefone residencial;
- Telefone comercial;
- Telefone celular;
- E-Mail;
- Local de trabalho;
- Profissão;



- Classe econômica;
- Grau de instrução;
- Religião;
- Etnia;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do paciente;
- Captura da biometria do paciente;

- O sistema está totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde.
- O sistema possibilita e permite integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema permite ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com no mínimo as seguintes informações:
- Data;
- Hora;
- Médico;
- Convênio;
- Plano;
- Tipo de atendimento;
- Serviço;
- Tipo de paciente;

- Local de procedência;
- Destino;
- Procedimento
- CBO
- Especialidade;
- Responsável pelo paciente.

Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no momento do agendamento;

- Após o registro do atendimento o sistema permite ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:
- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
- Termo de Responsabilidade;
- Ficha de Atendimento Ambulatorial.
- O sistema abre automaticamente no faturamento e faz o lançamento na fatura BPA o procedimento correspondente ao atendimento do paciente;
- O sistema permite o registro de atendimentos ambulatoriais de pacientes que não estão agendados, sem a necessidade de registrar como encaixe;
- O sistema permite o registro de atendimento de pacientes em turmas de atendimento, ou seja, mais de um paciente para um mesmo horário como ocorre na fisioterapia ou outros tratamentos em grupos;
- O sistema está totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema disponibiliza mecanismo para que o usuário identifique e registre no sistema quais pacientes não compareceram a consulta médica;
- O sistema dispõe de tela para consulta de atendimentos anteriores do paciente;
- O sistema dispõe de tela de gerenciamento que informe a quantidade de atendimentos ambulatoriais por hora;
- O sistema disponibiliza os seguintes relatórios:
- Atendimentos por periodo;
- Atendimentos por empresa;
- Atendimentos por médico;
- Atendimentos por cidade;
- Atendimentos por bairro;
- Atendimentos por especialidade;
- Atendimentos por serviço;
- Atendimentos por usuário;
- Consultas atendidas x faturadas.
- O sistema emite relatório de tempo de espera por periodo, por médico e por faixa de tempo;
- O sistema atualiza automaticamente o status do

atendimento de acordo com a etapa do atendimento executada.

Internação

- O sistema permite o registro de admissão de internações eletivas e de urgência.
- O sistema gera automaticamente a pré-internação do paciente a partir do agendamento de uma cirurgia como também da solicitação de internação de pacientes da urgência e emergência com no mínimo as seguintes informações:
- Paciente;
- Telefone;
- Código do aviso de cirurgia;
- Data da previsão de internação;
- Cidade;
- Data da previsão de alta;
- Origem;
- Médico;
- Especialidade;
- Convênio;
- Plano;
- Procedimento;
- CID;
- Tipo de acomodação;
- Tipo de internação;
- Leito;
- Serviço;
- Observações.
- O sistema permite registrar o cadastro da pré-internação do paciente clínico eletivo, ou seja, dos pacientes que não possuem nenhum agendamento de cirurgia previsto como também oriundos da emergência, com no mínimo as seguintes informações:
- Paciente;
- Telefone;
- Código do aviso de cirurgia;
- Previsão de internação;
- Cidade;
- Previsão de alta;
- Origem;
- Médico;
- Especialidade;
- Convênio;
- Plano;
- Procedimento;
- CID;
- Tipo de acomodação;
- Tipo de Internação;

- Leito;
- Serviço;
- Observações.
- O sistema está totalmente integrado a agenda de cirurgias eletivas do centro cirúrgico e com as pré-internações clínicas. O sistema disponibiliza tela que apresente lista de todos os pacientes com previsão de internação para a data selecionada, o sistema deve apresentar indicação em tela se o paciente possui pendências que podem impedir seu atendimento ou que sirvam de alerta para o setor de internação;
- A partir da tela de previsões de internações o sistema apresenta uma lista com todos os pacientes que estão previstos para internação na data selecionada, usuário poderá selecionar um dos pacientes que está disponivel na lista para registrar e efetivar a internação do mesmo.
- O sistema dispõe também de recurso para registro de internações de pacientes que não estão programados para hospitalização e consequentemente não estão disponibilizados na tela de previsão de internação;
- A recepcionista dispõe de funcionalidade para realizar busca do cadastro de pacientes, executando uma pesquisa na base de dados para verificar se o paciente já possui registro na instituição.
- A pesquisa tem as seguintes opções:
- Prontuário (matricula)
- Nome;
- Sobrenome;
- Data de nascimento;
- CPF;
- Nome da mãe;
- Biometria
- A pesquisa permite preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema dispõe de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema dispõe de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- No processo de internação o usuário pode acessar a tela de cadastro/registro do paciente para atualização de informações ou então a abertura de um novo prontuário.
- O cadastro de paciente é único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem ser habilitados e quais campos devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente tem os seguintes campos:
- Nome;
- Nome social;
- Nome da mãe;
- Nome do pai;

- Data de nascimento;
- Sexo;
- Cor;
- Tipo sanguíneo;
- Nome do cônjuge;
- Identidade;
- Órgão emissor;
- CPF;
- Cartão nacional de saúde;
- Estado civil;
- Endereço;
- Número e complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone residencial,
- Telefone celular;
- E-Mail;
- Local de trabalho;
- Profissão;
- Classe econômica;
- Grau de instrução;
- Religião;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do paciente;
- Registro da biometria do paciente.
- O sistema está totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde.
- O sistema possibilita e permite integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema possui tela que permite o usuário realizar, após o cadastro ou a atualização dos dados demográficos do paciente o registro do atendimento de internação com no mínimo as seguintes informações:
- Origem;
- Data;
- Hora;
- Médico;
- Convênio;
- Plano;
- Procedimento;
- CID;
- Serviço;
- Tipo de internação;
- Caráter de internação;

- Tipo de paciente;
- Enfermaria;
- Leito;
- Tipo de acomodação;
- Serviço
- Especialidade;
- Responsável pelo paciente;
- Caso o atendimento tenha sido eletivo, e o mesmo está relacionado a uma pré-internação os campos da tela de internação são preenchidos automaticamente com as informações fornecidas pelo processo de pré-internação;
- O sistema permite fazer a emissão dos seguintes documentos:
- Etiqueta de Identificação com código de barras;
- Termo de responsabilidade;
- Anamnese de internação.
- Ao registrar o atendimento do paciente, o sistema abre automaticamente a conta do atendimento no sistema de faturamento de AIH;
- O sistema permite ao usuário fazer o registro durante a internação das alergias do paciente a determinadas substâncias, informando além da substância a reação alérgica do paciente em contato com a mesma;
- O sistema permite ao usuário registrar a transferência do paciente entre leitos de uma mesma enfermaria ou de outra enfermaria, informando motivo da transferência;
- O sistema permite ao usuário registrar a transferência do paciente para o Centro Cirúrgico e RPA;
- O sistema permite ao usuário registrar a alta médica do paciente informando o motivo de alta, data, hora, diagnóstico (CID10), observação e Procedimento CIH. Caso o motivo da alta seja óbito o sistema contem campos para informar número da declaração de óbito, setor do óbito;
- O sistema permite ao usuário registrar a alta hospitalar do paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar a alta administrativa do paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar o cancelamento da alta hospitalar do paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar o cancelamento da alta médica do paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar e fazer a gestão da programação de alta dos pacientes;
- O sistema permite ao usuário registrar o acompanhante do paciente internado;
- O sistema permite ao usuário registrar a transferência do médico assistente do paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar a liberação e interdição de leitos;

- O sistema permite ao usuário registrar a exclusão de atendimentos;
- O sistema disponibiliza a opção para que o sistema opere com a gestão centralizada e descentralizada de leitos;
- O sistema gera automaticamente uma solicitação de leitos ao setor competente quando for agendada uma cirurgia, solicitado uma internação na urgência ou quando for cadastrada uma pré-internação;
- O sistema não permite registrar uma transferência de leitos direta quando o sistema estiver configurado para gestão centralizada, neste caso o sistema disponibiliza a opção de solicitação de transferência de leitos;
- Quando for registrada uma solicitação de transferência de leitos, a mesma é visualizada na tela de gestão de leitos, para que o usuário responsável pela gestão de leitos possa verificar a disponibilidade dos leitos, baseado no mapa de leitos e dessa forma possa reservar um leito com as características solicitadas pelo usuário;
- Ao ser atendido a solicitação pela central de leitos o status da solicitação é alterado automaticamente de "solicitado" para "atendido";
- O sistema permite que o usuário somente efetive a transferência de leito após o atendimento da solicitação pela área de gestão de leitos e para o leito que foi reservado;
- O sistema permite ao usuário registrar as pendências do paciente. As pendências registradas uma vez, devem emitir alertas aos usuários quando for ser registrado qualquer tipo de atendimento para o paciente dentro da instituição;
- O sistema permite ao usuário registrar as baixas de pendências do atendimento do paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar e acompanhar a evolução de todos os contatos realizados durante o atendimento de um paciente , sejam eles com o próprio paciente, com o médico, com secretária de saúde, com o fornecedor de OPME ou com o acompanhante;
- O sistema disponibiliza a opção para a emissão do laudo de AIH do paciente hospitalizado;
- O sistema disponibiliza a opção para o registro do diagnóstico do paciente baseado na tabela CID 10;
- O sistema disponibiliza a opção para o registro de controle de visitas do paciente;
- O sistema disponibiliza painel de leitos operacional que apresente a ocupação em tempo real das unidades de internação e de toda a instituição, taxa de disponibilidade, taxa de indisponibilidade. O sistema tem uma apresentação gráfica intuitiva das informações dos leitos, indicando o paciente, o médico assistente, o convênio, o diagnóstico e a quantidade de dias que o paciente se encontra hospitalizado ao passarmos o cursor sobre o leito ocupado;
- O sistema disponibiliza painel de leitos gerencial que apresente as taxas de ocupação da instituição em tempo real das unidades de internação e seus respectivos leitos. Nesta tela é apresentado a taxa de disponibilidade, taxa de ocupação e taxa de indisponibilidade. O sistema tem uma apresentação gráfica intuitiva das informações

dos leitos tais como:

- Ocupação por unidade de internação;
- Ocupação por tipo de acomodação;
- Ocupação por tempo de permanência;
- Ocupação por convênio;
- Ocupação por especialidade/serviço;
- Ocupação por médico;
- Ocupação por faturamento.
- O sistema disponibiliza tela de consulta de altas do dia;
- O sistema disponibiliza tela de consulta da agenda do centro cirúrgico;
- O sistema disponibiliza tela de consulta de disponibilidade dos leitos;
- O sistema disponibiliza tela de consulta pacientes internados;
- O sistema emite relatórios de pré-internações por período;
- O sistema emite relatório de internações por convênio, médico, por serviço, por cidade e por Unidade de internação;
- O sistema emite relatório de altas por convênio, médico, por dia, por especialidade e relatório de previsão de altas;



Maternidade | Banco de img IMED

- O sistema disponibiliza tela de consulta de estatísticas de produção e estatística de atendimentos;
- O sistema disponibiliza tela de consulta pacientes internados;
- O sistema disponibiliza tela de consulta previsões de internações;
- O sistema emite relatório de atendimentos por período, por empresa e por origem;
- O sistema emite relatório de pacientes com pendência, em duplicidade e aniversariantes;
- O sistema emite relatório de censo

ocupacional;

- O sistema emite relatório estatistico de quantitativo de pacientes por CID, estatistico de internações por convênio, por médico, por serviço e por unidade de internação;
- O sistema emite relatório estatistico de procedimentos por convênio;
- O sistema emite declaração de paciente internado, declaração de internação e Termo e Alta a pedido.

CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

- Permitir o registro do centro cirúrgico, associado ao centro de custo e o horário de funcionamento para todos os dias da semana;
- Permitir configurar as salas de cirurgia por centro cirúrgico, definindo o tempo de preparo e o tempo minimo de utilização para cada uma das salas de cirurgia;
- Permitir configurar as vias de acesso das cirurgias;
- Permitir configurar os equipamentos disponiveis no centro cirúrgico e as respectivas quantidades;
- Permitir configurar os tipos de anestesia;
- Permitir configurar os tipos de parto;
- Permitir configurar os motivos de parto;
- Permitir configurar os motivos de transferências de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de cancelamento de agendamento de cirurgias;
- Permitir configurar os motivos de interdição de sala de cirurgia;
- Permitir configurar as equipes médicas;
- Permitir configurar as unidades de sangue e derivados;
- Permitir configurar os tipos de morte de RN;
- Permitir configurar os kits cirúrgicos por procedimento e por prestador com as seguintes informações: materiais descartáveis, medicamentos, OPME, equipamentos, caixas cirúrgicas, hemoderivados e procedimentos;
- O sistema deve possuir funcionalidade para que o médico possa solicitar um agendamento de cirurgia com no minimo as seguintes informações: Paciente, sexo, telefone, e-mail, data desejada para o agendamento, tempo de cirurgia, médico, especialidade sangue, uti, kit cirúrgico, convenio, plano, tipo de anestesia, procedimento e equipamentos;
- O sistema deve disponibilizar funcionalidade que permita o usuário que opera o módulo de centro cirúrgico possa visualizar a lista de cirurgias solicitadas pelos médicos cirurgiões, assim como o status da mesma (solicitada, confirmada);
- O sistema deve possibilitar que o usuário possa realizar a confirmação das solicitações de

agendamentos registradas pelos médicos cirurgiões;

- O sistema deve carregar automaticamente todas as informações na tela de confirmação do agendamento cirúrgico que foram inseridas na opção da solicitação de agendamento.

- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a pré-internação do paciente no módulo de internação;

- Ao confirmar o agendamento cirúrgico a partir da solicitação, o sistema deverá gerar automaticamente a solicitação de leito para a central de gestão de leitos no módulo de internação;

- O sistema deverá ter a opção de registrar o agendamento cirúrgico diretamente, sem a necessidade do médico fazer uma solicitação eletrônica de agendamento;

- O sistema deve disponibilizar na tela do registro do agendamento cirúrgico no mínimo com as seguintes informações:

- Cirurgia, Cirurgião, Convênio, Plano, Horário Inicial, Tempo de Cirurgia, Paciente, Sexo, Idade, Peso, Necessidade de UTI, Caixas Cirúrgicas, Kits Cirúrgicos, OPME, Tipo de Anestesia, Observação, Exames de Imagem, Exames de Analises Clinicas, Equipamentos, Lateralidade, se a cirurgia é ambulatorial, previsão de internação e previsão de alta)

- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a emissão do comprovante de agendamento cirúrgico ou então o envio de e-mail para todos os setores envolvidos no preparo da cirurgia;

- O sistema deve disponibilizar opção para fazer a revisão do agendamento cirúrgico, nesta tela o usuário faria a função de uma espécie de auditor, pois o mesmo poderia adicionar mais itens necessários a realização do ato cirúrgico e que não foram apontados durante o processo de agendamento;

- O sistema deve também possibilitar fazer o envio de e-mail para todos os setores após o processo de revisão do aviso de cirurgia;

- O sistema deve possibilitar, registrar a transferência de cirurgias agendadas para a mesma data em horário e sala distinta ou então para uma nova data e horário distinto informando o motivo da transferência;

- O sistema deve permitir ao usuário registrar o cancelamento de uma cirurgia agendada, o sistema também deve obrigar ao usuário informar o motivo do cancelamento;

- O sistema deve enviar mensagem de e-mail a todos os setores envolvidos no processo de preparo da cirurgia, informando o cancelamento ou a transferência da mesma;

- O sistema deve possibilitar ao usuário fazer o registro de interdição de uma ou mais salas de um centro cirúrgico, obrigando o mesmo a informar o período de interdição e o motivo;

- O sistema deve permitir ao usuário fazer a reserva de uma faixa de horário de uma sala do centro

cirúrgico para um determinado profissional, esse processo bloqueia automaticamente esta faixa de horário impedindo novos agendamentos neste horário e sala por outros profissionais;

- O sistema deve possuir recurso para que o usuário possa confirmar o ato cirúrgico agendado previamente;
- O sistema deve carregar automaticamente na tela de confirmação do ato cirúrgico todas as informações que foram registradas no agendamento cirúrgico;
- Se o horário de confirmação do ato cirúrgico, for posterior ao horário previsto no agendamento o sistema deverá solicitar ao usuário o motivo do atraso;
- O sistema deve possibilitar no momento da confirmação do ato cirúrgico adicionar outros procedimentos, e equipamentos cirúrgicos que não estavam previstos no agendamento, mas que foram necessários a sua realização e utilização no momento da cirurgia;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir registrar a descrição do ato anestésico em formulário específico com apontamentos dos dados de maneira gráfica;
- O sistema deve permitir ao usuário registrar cirurgias de emergência que não estavam programadas para a sua realização sem a necessidade de um agendamento prévio;
- No registro da cirurgia de emergência ou urgência o sistema deverá dispor no mínimo das seguintes informações:
- Código do atendimento, paciente, tempo de cirurgia, horário de entrada na sala, horário de saída da sala, horário de início da anestesia, horário do fim da anestesia, horário de início da cirurgia, horário do fim da cirurgia, cirurgia, especialidade, médico cirurgião, anestesista, 1 auxiliar, 2 auxiliar, circulante, instrumentador, equipamentos, taxas, exames de imagens realizados, exames de análises clínicas, gastos de sala com materiais descartáveis, gasto de sala com medicamentos, tipo da cirurgia (urgência, emergência, eletiva), técnica (convencional ou por vídeo) lateralidade, natureza da cirurgia (contaminada, potencialmente contaminada, limpa, infectada), centro cirúrgico, sala de cirurgia e CID pós operatório.
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro dos gastos de sala de medicamentos e materiais descartáveis utilizados no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a confirmação de consumo (checagem de dos itens de sala) dos materiais e medicamentos que foram dispensados pela farmácia e utilizados efetivamente no paciente durante o ato cirúrgico;
- O sistema deve disponibilizar a funcionalidade de confirmação de consumo de OPME, nesta tela o sistema deve apresentar somente os produtos que estão caracterizados como OPME para que o usuário auditor possa registrar a confirmação de consumo. Após a confirmação de consumo, o sistema deve enviar automaticamente e-mail ao fornecedor solicitando a NF de consumo do material consignado com as informações do paciente, deve enviar e-mail ao setor de compras e

também ao faturamento;

- O sistema deve disponibilizar opção para lançar informações do parto tais como: horário do parto, tipo do parto, motivo de parto quando cesariana, motivo de morte do RN quando natimorto, Quantidade de nascidos vivos, sexo, Nome do RN, Código da Pulseira, Apgar, Apgar 5 minutos, Exame Físico do RN, Perímetro Cefálico, Perímetro Abdominal, Peso, Altura, Nome da Mãe, Médico Pediatra, No. DNV, data e hora do nascimento;

- Em caso de parto gemelar o sistema deve permitir o registro de todos os RN's de maneira individual;

- O sistema deve permitir associar o leito e o atendimento da mãe ao RN;

- O sistema deve permitir o usuário emitir o mapa cirúrgico;

- O sistema deve permitir o usuário emitir a agenda cirúrgica;

- O sistema deve permitir o usuário emitir a folha de sala com todos os lançamentos ocorridos durante o ato cirúrgico;

- O sistema deve permitir o usuário emitir os seguintes relatórios estatísticos:

- Cirurgias por cirurgião;

- Anestesias.

- O sistema deve permitir emitir o livro de dados dos RN's;

- O sistema deve disponibilizar de todas as informações registradas no ato cirúrgico no prontuário eletrônico do paciente de forma automática;

- O sistema deve registrar automaticamente no módulo de CCIH todos as informações registradas no ato cirúrgico do paciente

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA E PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE

- O acesso ao PEP é disponibilizado para todos os membros da equipe multidisciplinar que dispensem atenção ao paciente respeitando as regras de acesso, como também a limitação do conteúdo do mesmo por perfil de usuário;

- O sistema possui tela para registrar as formas de aplicação das medicações que serão prescritas;

- O sistema possui tela para registrar as frequências de aplicação das medicações que serão prescritas para os pacientes. A frequência pode ser configurada por setor de assistência ou para toda a instituição;

- O sistema possui tela para configurar quais itens de aferição serão registrados no prontuário do paciente, como também os valores limites para cada um dos itens de aferição;

- O sistema possui tela para fazer o registro dos esquemas de prescrição, baseado na configuração dos esquemas, os itens prescritos para o paciente serão apresentados e disponibilizados nas telas de prescrição e no formulário de prescrição médica e de enfermagem na sequência configurada;

- O sistema permite habilitar e configurar quais campos terão o preenchimento obrigatório por esquema de prescrição;

- O sistema permite configurar quais itens são de prescrição, e associá-los aos esquemas de prescrição;
- O sistema habilita e exigi o preenchimento dos campos que foram configurados para o esquema de prescrição;
- O sistema permite o usuário desativar um item de prescrição;
- O sistema permite o usuário configurar se o item de prescrição é médico ou de enfermagem ou ambos;
- O sistema permite o usuário configurar se o item de prescrição exige justificativa ao ser prescrito pelo médico assistente;
- O sistema permite o usuário configurar se o item de prescrição é padrão ou não;
- O sistema permite o usuário configurar se o item de prescrição exige diluentes na sua prescrição;
- O sistema permite o usuário configurar o tipo de controle do item de prescrição (normal, balanço hídrico, coleta de sinal vital, alta de unidade, alta médica);
- O sistema permite o usuário configurar para qual estoque o item de prescrição será solicitado no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema permite o usuário configurar qual item de estoque o item de prescrição está relacionado, e de acordo com essa informação será solicitado este produto no estoque no momento do fechamento da prescrição;
- O sistema permite o usuário configurar a unidade de prescrição e a unidade de solicitação do item no estoque;
- O sistema permite o usuário configurar se o item de prescrição é de diluição ou de reconstituição;
- O sistema permite o usuário configurar quais os componentes (materiais descartáveis e diluições) serão solicitados junto com o item de prescrição ao finalizar a prescrição médica e de enfermagem;
- O sistema permite o usuário configurar quais as formas de aplicação são possíveis para o item de prescrição;
- O sistema permite o usuário configurar em quais os setores o item de prescrição não poderá ser prescrito;
- O sistema permite o usuário configurar as superdosagens e as subdosagens dos itens de prescrição assim como a configuração das mensagens de alerta da super e da subdosagem;
- O sistema permite o usuário configurar as faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema permite o usuário configurar as informações padronizadas para os itens de prescrição, faixas etárias e a faixa de peso das superdosagens e as subdosagens;
- O sistema dispõe de ferramenta que permita configurar os perfis de acesso e usabilidade do prontuário eletrônico do paciente por tipo de

prestador, por tipo de convênio, por convênio, por setor, por especialidade, por prestador, por tipo de atendimento, sexo e faixa etária do paciente;

- O sistema dispõe de dispositivo que permita ao usuário fazer a construção de documentos (formulários) eletrônicos, definindo o nome do formulário, os grupos de campos do formulário, permite associar as perguntas aos grupos de campos do formulário, as perguntas do formulário, o tipo do campo (Checkbox, combo box, descritivo, lista de valores e etc..) e o layout do documento. Os documentos construídos nessa opção podem ser associados ao perfil de acesso do prestador que serão carregados automaticamente de acordo com o perfil do usuário;



- O PEP está integrado com o cadastro único de pacientes do Hospital, seja pelo atendimento ambulatorial, de urgência, internação ou atendimentos externos;

- Nos casos de atendimentos de pacientes em Urgência e Emergência, o PEP é integrado com o módulo de Acolhimento e Classificação de Riscos, ordenando a lista de pacientes a serem atendidos por Prioridade Clínica atribuída na Classificação, possibilitando ainda o médico consultar/visualizar de forma automática, todas as informações coletadas durante o processo de classificação;

- Permite consulta dos dados do PEP inseridos nos diversos locais de atendimento das unidades de saúde onde está implantado o sistema com as seguintes informações:

- Dados demográficos do paciente;

- Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;

- Histórico de todos os atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente;

- Alergias do paciente;

- Sinais Vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação;
- Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores;
- Vacinas do paciente;
- Balanço Hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação;
- Exames de laboratório (valores e laudo);
- Exames de imagem (laudos e imagem);
- Medicamentos em uso;
- Prescrições médicas e de enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções de enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Anotações de enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Histórico de cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Curva de crescimento (gráfico);
- Documentos de admissões médicas e de enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Parecer médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Documentos anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- O sistema permite ao médico registrar eletronicamente o formulário de admissão médica do paciente, no mínimo com as seguintes informações:
- Queixa principal;
- HDA (História da Doença Atual);
- HPP;
- Alergias;
- Antecedentes pessoais;
- Antecedentes familiares;
- Medicamentos em uso;
- Hábitos e costumes;
- Exame físico;
- Nível de consciência
- Sinais vitais (PAS, PAD, Temperatura, FC e FR)

- Avaliação de cabeça e pescoço;
- Avaliação do aparelho cardiovascular;
- Avaliação do aparelho respiratório;
- Avaliação abdome;
- Avaliação genitália;
- Avaliação membros;
- Exame neurológico;
- Hipótese diagnóstica;
- Causa da internação ou atendimento;
- Plano terapêutico com as seguintes informações: Tratamento Proposto; Plano de Cuidados.
- O sistema permite a criação/ configuração de protocolos clínicos de atendimentos, e de acordo com o protocolo selecionado o sistema apresenta as perguntas, onde o médico vai informando as respostas e ao final o sistema irá sugerir a prescrição de acordo com as respostas inseridas no caminho percorrido pelo médico ao preencher o protocolo selecionado;
- O sistema informa, baseado em sinais vitais anotados para o paciente, que o mesmo se encontra com características de adesão a um determinado protocolo clínico;
- O sistema permite ao médico fazer o registro do diagnóstico médico do paciente baseado na tabela CID-10 possibilitando informar o diagnóstico principal e o (s) diagnóstico (s) secundários, o tipo da doença (crônico, agudo) como também o tempo da doença (dia, mês e ano);
- De acordo com o diagnóstico informado o sistema emite alerta ao profissional informando que o diagnóstico informado é de notificação compulsória/ obrigatória ou de agravo;
- O sistema permite ao médico fazer o registro dos medicamentos em uso continuo pelo paciente (reconciliação medicamentosa);
- O sistema permite fazer o registro das avaliações realizadas pelo médico ou pelo enfermeiro no paciente tais como:
- Glasgow;
- Apache II;
- Euroescore;
- Time Risc;
- Régua de Dor;
- Superfície Corpórea;
- Braden;
- Fugulin;
- O sistema permite ao médico fazer o registro da evolução médica em formulário eletrônico carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do médico assistente;
- Inserir informações sobre alergias do paciente, tais como substância, reações e demais observações;

- Registrar indicadores de sinais vitais (Temperatura, Capnografia, PV, Glicemia, Pressão Intracraniana, Saturação, FC, FR, PAS, PAD) e dados antropométricos (Peso e Altura) como também permite parametrização de outros indicadores a critério da instituição e a configuração dos sinais vitais a serem coletados pelo setor de atendimento;

- Permite o Médico registrar eletronicamente a prescrição de Medicamentos, Solicitações de Exames de Laboratório, Exames de Imagem, Cuidados Médicos, Dietas, Procedimentos, Hemoderivados, Fisioterapia, Cuidados e Orientações em tela única;

- O sistema carrega de forma automática os materiais descartáveis (componentes) ao fazer a prescrição de um item que tenha necessidade dos mesmos para a sua aplicação/infusão;

- O sistema gera alertas ao médico prescrever medicamentos com substâncias aos quais o paciente tenha alergia registrada, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar por outra medicação;

- O sistema gera alertas de interação medicamentosa nas seguintes condições: Droga x Droga, Droga x CID, Droga Alimento, Droga x Resultado de Exame e Droga x Nutriente;

- O sistema gera alertas ao médico quando o mesmo prescrever medicamentos com interação medicamentosa nas condições acima mencionadas, assim como deve gerar de forma automática mensagem de alerta da interação, tendo o profissional que justificar a manutenção da conduta ou alterar a mesma para poder finalizar o processo de prescrição;

- O sistema possibilita a integração do sistema de prescrição médica eletrônica com plataformas de informações e conteúdo farmacêutico para a emissão de alertas de interações medicamentosa e superdosagens;

- Na tela de prescrição o sistema obriga ao médico preencher o formulário de controle de antimicrobianos (ficha de antimicrobiano) ao prescrever um medicamento deste grupo de fármacos;

- Na tela de prescrição o sistema obriga ao médico preencher o formulário de controle de procedimentos de alto custo (laudo de procedimentos de alto custo/ complexidade) ao prescrever um medicamento, exame ou procedimentos de alto custo;

- Na tela de prescrição o sistema obriga ao médico preencher o receituário especial ao prescrever um medicamento de controle especial de acordo com a portaria 344/98;

- O sistema permite o médico prescrever medicamentos do grupo de soroterapia com a velocidade infusão desejada, de acordo com a velocidade, o sistema deve calcular automaticamente a frequência dos medicamentos;

- O sistema gera automaticamente alertas ao médico quando um item for prescrito em duplicidade;

- O sistema gera alerta para a prescrição de medicamentos que estejam com superdosagem, exigindo do mesmo uma justificativa para a manutenção da conduta e a finalização do processo de prescrição;
- O sistema permite ao médico fazer a configuração de seus itens de prescrição favoritos;
- O sistema permite ao médico fazer a pesquisa de itens de prescrição por nome comercial, princípio ativo, laboratório, grupo de tratamento, diagnóstico e sintomas;
- Na tela de prescrição o sistema obriga ao médico preencher o formulário de controle de medicamentos não padronizados ao prescrever um medicamento com esta característica;
- O sistema permite o médico alterar o horário sugerido pelo sistema de acordo com os horários configurados na frequência padronizada pelo sistema;
- O sistema disponibiliza de mecanismo para a prescrição de tratamentos de quimioterapia em ciclos e sessões;
- Ao finalizar a prescrição o sistema gera de maneira automática a solicitação dos medicamentos e materiais descartáveis na farmácia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema gera de maneira automática a solicitação de dieta no serviço de nutrição;
- Ao finalizar a prescrição o sistema gera de maneira automática a solicitação de exames de imagem no serviço/setor de imagem;
- Ao finalizar a prescrição o sistema gera de maneira automática a solicitação de coleta de amostras no serviço de análises clínicas (laboratório);
- Ao finalizar a prescrição o sistema gera de maneira automática a solicitação de hemoderivados no serviço de Hemoterapia;
- Ao finalizar a prescrição o sistema gera de maneira automática a solicitação de fisioterapia no serviço de Fisioterapia;
- O sistema permite ao médico fazer a solicitação eletrônica de parecer médico para um determinado profissional ou uma determinada especialidade (interconsulta);
- Ao fazer a finalização da prescrição o sistema permite que embora a prescrição seja válida para 24 horas o sistema possa gerar as solicitações de materiais e medicamentos de forma automática por turnos de atendimento pela farmácia até o limite de 24 horas;
- O sistema permite realizar a suspensão de um item prescrito ao paciente;
- O sistema permite realizar cópia de prescrição de uma determinada data ou fazendo a mescla de mais de uma data;
- O sistema permite que o próprio médico crie prescrições padronizadas baseadas nas prescrições realizadas e as disponibilize na área de prescrições padronizadas;
- O sistema permite o médico fazer

a emissão de atestados médicos, emissão de receitas, receituário especial e comprovantes de comparecimento;

- O sistema disponibiliza formulário eletrônico específico para o médico fazer o registro da descrição do ato cirúrgico;
- O sistema disponibiliza formulário para o médico anestesista fazer o registro da ficha de anestesia, informando os dados graficamente na ficha;
- O sistema disponibiliza formulário eletrônico para registro do partograma;
- O sistema permite o enfermeiro fazer o registro da anamnese ou entrevista de enfermagem;
- O sistema permite ao enfermeiro ou qualquer membro da equipe multidisciplinar fazer o registro da evolução em formulário eletrônico, carregando o layout do documento de forma automática de acordo com o local de atendimento (setor) e a especialidade do profissional assistente;
- O sistema permite o enfermeiro fazer o registro do balanço hídrico, informando os ganhos e perdas do balanço. O recurso também permite fazer o fechamento total ou parcial do balanço e gerando automaticamente o gráfico com os ganhos, perdas e o saldo do balanço;
- O sistema permite o Enfermeiro registre eletronicamente a prescrição de Cuidados de Enfermagem, Procedimentos e Orientações em tela única;
- O sistema permite o enfermeiro fazer o aprazamento ou reaprazamento dos horários dos itens e das medicações prescritas pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema permite o registro eletrônico da checagem das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar;
- O sistema permite o registro eletrônico da suspensão das medicações e procedimentos prescritos pelos médicos ou outros membros da equipe multidisciplinar que não foram executadas e informando o motivo da suspensão ou cancelamento;
- O sistema aponta em painel de maneira clara e gráfica quais medicações estão em atraso;
- O sistema dispõe de tela para que a enfermagem possa pesquisar as informações clínicas do paciente tais como:
- Dados demográficos do paciente;
- Diagnósticos do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Histórico de todos os atendimentos do paciente na instituição, informando data, hora, tipo de atendimento, diagnóstico do atendimento, serviço e médico assistente;
- Alergias do paciente;
- Sinais vitais (valores e gráfico) do atendimento atual ou de atendimento anterior, permitindo selecionar o período de avaliação;

- Avaliações do paciente do atendimento atual e de atendimentos anteriores;
- Vacinas do paciente;
- Balanço hídrico (valores e gráficos) do atendimento atual ou de atendimentos anteriores, permitindo selecionar o período de avaliação;
- Exames de Laboratório (valores e laudo);
- Exames de Imagem (laudos e imagem);
- Medicamentos em Uso;
- Prescrições Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Evoluções Médicas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;



- Evoluções de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Anotações de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Histórico de cirurgias do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Curva de crescimento (gráfico);
- Documentos de Admissões Médicas e de Enfermagem do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Atestados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Receitas do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Parecer Médico do atendimento atual ou de atendimentos anteriores;
- Documentos Anexados do atendimento atual ou de atendimentos anteriores.
- O sistema possui recurso para que a enfermagem possa construir os planos de cuidados ao paciente, bem como as prescrições de padrões de enfermagem;
- O sistema dispõe de tela para que a enfermagem possa registrar a entrevista da enfermagem (Avaliação Inicial);
- De acordo com as respostas da entrevista de enfermagem o sistema sugere automaticamente quais diagnósticos de enfermagem o paciente se enquadra para a definição do plano de cuidados;

- O sistema dispõe da tabela de diagnósticos de enfermagem NANDA para a definição do diagnóstico de enfermagem;
- De acordo com o diagnóstico selecionado pelo enfermeiro, o sistema sugere os itens de prescrição de maneira automática;
- O sistema possui tela para o profissional registrar as vacinas dos pacientes;
- O sistema tem tela para finalizar o atendimento inserindo informações tais como:
- Diagnóstico;
- Procedimento;
- Data;
- Hora;
- Motivo de alta.
- O sistema permite fazer a emissão do sumário de alta do paciente e carregar automaticamente as principais informações do atendimento tais como medicamentos, resultados de exames de laboratório, imagem e orientações
- O sistema possibilita a integração com conteúdo de bases médicas externas que auxiliem e apoiem o médico na tomada de decisão como exemplo podemos citar UpToDate, Clinical Key ou outro do mesmo gênero;
- O sistema sinaliza de maneira gráfica todas as pendências do médico em relação ao atendimento tais como fechamento de documentos eletrônicos, assinaturas eletrônicas e demais pendências;
- O sistema permite a integração com equipamentos de monitoração;
- O sistema está homologado para suportar certificação digital e assinatura eletrônica dentro dos padrões CFM/SBIS;
- O sistema disponibiliza de opção para registrar o encaminhamento do paciente para outras especialidades;
- O sistema disponibiliza de opção para registrar o Checklist de cirurgia segura.

CCIH – CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possibilitar o registro dos antimicrobianos que estão sendo monitorados e controlados pela CCIH;
- O sistema deve possibilitar a configuração do número de dias autorizados automaticamente pela CCIH para a prescrição dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração da DDD (dose diária definida) dos antimicrobianos controlados pela comissão;
- O sistema deve possibilitar a configuração se o antimicrobiano é de uso restrito, se está ativo e se o mesmo é de vigilância;

- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;

- O sistema deve permitir o registro dos microrganismos com código e descrição;

- O sistema deve permitir o registro dos procedimentos invasivos com código e descrição;

- O sistema deve permitir o registro das topografias com código e descrição;

- O sistema deve permitir o registro dos materiais para cultura com código e descrição;

- O sistema deve realizar automaticamente a busca ativa dos pacientes suspeitos de infecção hospitalar com a possibilidade de o usuário selecionar o tipo de busca (uso de antimicrobiano, culturas positivas, procedimentos invasivos, cirurgias, data de previsão de alta ultrapassada, admitidos com mais de 48 e 72 horas, por setor e por unidade de internação;

- O sistema deve apresentar ao fazer a busca ativa, todas as informações relativas ao atendimento do paciente, informações referentes ao uso de antimicrobianos, a cirurgias realizadas pelo paciente, aos resultados das culturas realizadas, aos procedimentos invasivos registrados na assistência ao paciente e as infecções já registradas;

- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro da infecção do paciente com as seguintes informações: data da infecção, CID, Tipo do Registro, Tipo de Infecção, Tipo de Situação, Sitio Principal, Topografia, Procedimento Invasivo, Localização, Leito, Aviso de Cirurgia quando paciente com infecção no CC e observações;

- O sistema deverá permitir controlar separadamente os pacientes que estão em processo de vigilância e os que já tiveram sua infecção notificada;

- O sistema deverá permitir acessar o resultado dos exames de antibiograma realizados para os pacientes;

- O sistema deve possibilitar o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a sua assistência com a data da realização, o procedimento realizado e o setor onde ocorreu;

- O sistema deve disponibilizar a realização de auditorias nas prescrições médicas que tiverem antimicrobianos prescritos pelos médicos assistentes;

- No processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo bloquear uma nova prescrição do antimicrobiano para o paciente;

- O processo de auditoria o sistema deve permitir o médico infectologias selecionar o paciente, e registrar a auditoria, podendo o mesmo liberar a prescrição de um antimicrobiano para o paciente para um determinado número de dias;

- O sistema deve apresentar automaticamente as mensagens inseridas pelo médico infectologista no processo de auditoria para o médico assistente no momento da prescrição médica;

- O sistema deverá calcular as taxas

de infecção Hospitalar existentes demonstrando graficamente a evolução mensal das mesmas de acordo com parâmetros pré-definidos como unidade de atendimento, especialidades, médicos e topologia;

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

- O sistema permite configurar os locais de coleta;
- O sistema permite configurar as amostras ;
- Sistema permite configurar os tubos e os volume em ml da amostra e tubo;
- O sistema permite configurar os campos do laudo do exame com as seguintes informações: código, descrição, tamanho, alinhamento, tipo do campo, máscara do campo;
- O sistema permite configurar os valores de normalidade, pânico e absurdo dos campos do laudo por sexo e idade;
- O sistema provê de recurso que permita o usuário fazer o desenho/ configuração do laudo;
- O sistema permite que seja criado mais de uma versão do laudo por exame;
- O sistema permite que sejam configurados os perfis de acesso e restrições dos usuários do laboratório;
- O sistema possui recurso para configurar a publicação do laudo na internet;
- O sistema permite a configuração das perguntas e as possíveis respostas;
- O sistema possui opção para cadastrar os locais de coleta;
- O sistema possui recurso para cadastrar os motivos de recoleta de exames;
- O sistema permite o usuário configurar as etiquetas de códigos de barras das amostras com as seguintes informações: código da amostra, código do pedido, código do atendimento, data, nome do paciente;
- Ao iniciar o atendimento do paciente, a recepcionista do laboratório dispõe de opção no sistema para realizar a pesquisa na base de dados de pacientes do hospital para verificar se o mesmo já possui cadastro na instituição;
- A pesquisa tem as seguintes opções:
- Prontuário (matricula);
- Nome;
- Sobrenome;
- Data de Nascimento;
- CPF;
- Nome da Mãe.
- A pesquisa permite preencher um ou mais parâmetros para a busca;
- O sistema dispõe de pesquisa com busca fonetizada;
- O sistema dispõe de pesquisa pela

biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;

- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados, o usuário inicia o preenchimento de um novo cadastro.
- O cadastro de paciente é único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem habilitados e quais campos que devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento.
- O cadastro do paciente tem os seguintes campos:
- Nome;
- Nome social;
- Nome da mãe;
- Nome do pai;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Cor;
- Tipo sanguíneo;
- Nome do cônjuge;
- Identidade;
- Órgão emissor;
- Data de emissão;
- CPF;
- Cartão nacional de saúde;
- Estado Civil;
- Endereço;
- Número e Complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone residencial,
- Telefone comercial;
- Telefone celular;
- E-Mail;
- Local de trabalho;
- Profissão;
- Classe econômica;
- Grau de instrução;
- Religião;
- Etnia;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do paciente;
- Captura da biometria do paciente.
- O sistema está totalmente integrado ao sistema de emissão do Cartão Nacional de Saúde;

- O sistema possibilita e permite integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- O sistema permite ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento externo com as seguintes informações:
- Data;
- Hora;
- Médico;
- Convênio;
- Plano;
- Tipo de Atendimento;
- Procedimento
- CBO
- Serviço;
- Tipo de paciente;
- Local de procedência;
- Destino;
- Especialidade;
- Responsável pelo paciente.
- Existe a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
- Após o registro do atendimento, o sistema permite o usuário registrar o pedido de exames de análises clínicas associado ao atendimento com as seguintes informações: Médico solicitante, local de coleta, data da coleta, setor solicitante, tipo de solicitação e exame;
- O sistema, no momento do pedido, gera automaticamente a data de previsão de entrega do exame de acordo com a quantidade de dias configurada no cadastro do exame;
- O sistema emiti o comprovante de exames;
- O sistema gera automaticamente a solicitação de coleta a partir do registro do pedido de exame;
- O sistema apresenta em tela, a lista de paciente em espera para coleta das amostras;
- O sistema permite que o responsável pela coleta das amostras, faça a emissão das etiquetas para fixar nos tubos de coleta das amostras;
- O sistema permite que a responsável pela coleta confirme a coleta das amostras do paciente efetuando a leitura do código de barras fixado no tubo;
- O sistema permite que a responsável pela coleta das amostras informe no registro de coleta que existem amostras pendentes de entrega;
- O sistema permite ao usuário executar o registro da entrada das amostras coletadas no setor de triagem do laboratório;

- O sistema permite o usuário registrar na entrada da amostra no laboratório, a necessidade de recoleta, justificando/informando o motivo que gerou a necessidade de recoleta;
- O sistema permite o usuário realizar o registro da passagem das amostras para as respectivas bancadas e ao final emitir o mapa de trabalho de bancada;
- O sistema disponibiliza de tela para que o usuário possa efetuar consulta da rastreabilidade de com todas as movimentações da amostra no laboratório;
- O sistema possui recurso para interfaceamento do sistema com equipamentos de análises clínicas;
- O sistema disponibiliza de uma tela que o gestor do serviço possa ter uma visão geral da quantidade de exames com pendencias de coletas, de confirmação de coletas nos setores;
- O sistema dispõe de tela que permita o usuário fazer o registro da triagem das amostras externas;
- O sistema dispõe de recurso que permita o usuário emitir etiquetas para amostras externas;
- O sistema está totalmente integrado ao módulo de prescrição eletrônica, pois de acordo com os itens (exames solicitados) a partir da prescrição e o fechamento da mesma, o sistema gera automaticamente a solicitação/pedido do exame no laboratório e a solicitação de coleta, sem necessidade de que seja feito qualquer cadastro pelo usuário;
- O sistema está totalmente integrado ao módulo de agendamento, pois ao registrar um agendamento, o sistema deve apresentar na tela de recepção de pacientes agendados do laboratório os respectivos pacientes agendados;
- A partir da lista de pacientes agendados no módulo do agendamento, o usuário possui opção para selecionar o paciente, registrar as devidas atualizações das informações cadastrais e na sequência gerar o atendimento externo do paciente;
- O sistema permite registrar o pedido de exames, associado ao atendimento externo criado para o atendimento do paciente agendado;
- O sistema permite o usuário fazer o registro dos resultados dos exames de análises clínicas de forma manual ou automática através do interfaceamento entre o sistema e os equipamentos de análises clínicas;
- O sistema permite ao usuário fazer a revisão dos exames realizados;
- O sistema tem a opção de o usuário registrar eletronicamente a assinatura do laudo exames realizados e revisados;
- O sistema tem a possibilidade de imprimir um ou todos os laudos assinados eletronicamente;
- O sistema disponibiliza a opção do usuário faze a retificação dos laudos;
- O sistema tem a opção do bioquímico no momento de registrar o laudo visualizar os resultados anteriores de maneira analítica e

gráfica;

- O sistema tem a opção do bioquímico no momento de registrar o laudo visualizar as respostas das perguntas associadas ao exame e que foram respondidas no momento da coleta do exame;
- O sistema tem tela que permita filtrar somente os exames que estejam na faixa normal, fora da faixa de normal, exames fora do limite e que estejam com valores pânico;
- O sistema dispõe de tela para que o usuário possa consultar os log's de interfaceamento dos exames que estejam fora da faixa normal de valores;
- O sistema atualiza o status do exame de forma automática;
- O sistema disponibiliza tela para o registro da liberação dos exames para que os mesmos possam ter seus resultados consultados;
- O sistema dispõe de tela para o registro da entrega dos exames para os pacientes ou responsáveis pelo paciente;
- O sistema permite ao usuário registrar a exclusão do pedido de exame registrado;
- O sistema dispõe de tela que permita o gestor ter de maneira clara os exames que passaram do período de entrega, os exames que estão dentro do período crítico de entrega ou que está fora do período crítico de entrega;
- O sistema permite e disponibilizar funcionalidade onde o usuário pode registrar as pendências de coleta de amostra por pedido;
- O sistema disponibiliza registrar os resultados dos exames de cultura e os dados do antibiograma;
- O sistema está totalmente integrado ao módulo de faturamento, pois ao solicitar um exame em um atendimento ambulatorial o sistema lança de forma automática na BPA os respectivos procedimentos;
- O sistema está totalmente integrado ao módulo de faturamento de AIH, pois ao solicitar um exame em um atendimento de paciente internado, o sistema lança de forma automática na AIH os respectivos procedimentos;
- O sistema dispõe de recurso para pesquisar a rastreabilidade da amostra desde o momento da geração da solicitação da coleta até a passagem da amostra para a bancada que irá analisar a amostra;
- O sistema dispõe de recurso para pesquisar informações de data e hora da realização do exame, data e hora da revisão, data e hora da assinatura, data e hora da impressão e data e hora da entrega do exame;
- O sistema possibilita a publicação dos exames dos pacientes através de uma página personalizável na internet, com perfil de acesso para paciente e perfil de acesso para médico;
- O sistema disponibiliza recurso para que o usuário possa consultar em tela, a relação de exames faltosos por setor e por período;

- O sistema disponibiliza recurso para registrar o descarte de amostras;

- O sistema disponibiliza relatório de exames solicitados por médico, solicitados por setor, realizados por laboratório, exames solicitados por cidade, exames não realizados, planilha mensal de exames realizados, média de tempo de realização de exames, pedidos com retificação de laudos e tempo médio de entrega de laudos, quantidade de recoletas e exames solicitados e sem coleta realizada;

- O sistema está totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente.

ANATOMIA PATOLOGICA

- O sistema deve permitir que sejam realizados os cadastros dos layouts do mapa de trabalho, onde o médico efetuará o rascunho das informações do exame do paciente;

- O sistema deve possibilitar o cadastro dos textos abreviados, que permitem a agilidade no momento de digitação dos resultados de exames com frases pré-definidas;

- O sistema deve possibilitar o cadastro das peças a serem identificadas no processo de análise de exames anatomia patológica, identificando por código interno e descrição;

- O sistema deve possibilitar o cadastro dos Diagnósticos de Anatomia, classificados por código e tipo (topologia ou morfologia) que fazem parte do processo de digitação do resultado do exame;

- O sistema deve possibilitar a identificação no relatório de Mapa de trabalho, o histórico das peças que já foram realizadas as biópsias para o paciente em análise;

- O sistema deve possibilitar a identificação no relatório de Laudo de Exame, o histórico das peças que já foram realizadas biópsias para o paciente em análise;

- O sistema deverá permitir no momento de digitação do resultado dos exames de anatomia patologia, a divisão do resultado em Macroscópico, Microscópico e Diagnostico. O fluxo de digitação de resultado se inicia com o usuário informando a peça em análise, em sequência na fase de Macroscópico e Microscópico o usuário digita o resultado parcial devido a análise da peça, caso exista médico residente dentro do processo de análise poderá estar informando. E por último finalizando o resultado com a digitação do diagnóstico da análise do exame;

- Emitir etiquetas com informação da peça, procedimento analisado, paciente e médico;

- O sistema deve possibilitar o controle de exames atrasados, ou seja, viabilização para o usuário de quais exames estão pendentes em cada fase do processo de análise, digitação e aprovação dos exames.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

- O sistema deve permitir fazer o cadastro e a configuração dos exames de diagnóstico por imagem com os seguintes critérios: Código, Nome, Mnemônico, Código SIGTAP,

dias de entrega, efetuando o cálculo automático da data de entrega baseado na configuração dos dias de entrega, deve considerar somente os dias úteis, restrição por sexo, número de solicitações do exame no período, impressão em página única, orientações de preparo, setor de realização, dias da semana que o exame é realizado, perguntas relacionadas aos exames, modalidade do exame, gastos padrão inerentes a realização dos exames e especialidade do exame;

- O sistema deve permitir configurar os exames proibidos de serem realizados no mesmo dia;
- O sistema deve permitir configurar as modalidades dos exames;
- O sistema deve permitir a configuração de textos pré-definidos para serem relacionados aos laudos dos exames de imagem, tal recurso visa carregar de forma automática o texto ao resultado do exame;
- O sistema deve permitir que sejam configurados os perfis de acesso e restrições aos usuários do setor de imagem;
- O sistema deve possuir recurso para configurar a publicação do laudo na internet;
- O sistema deve permitir a configuração das perguntas e as possíveis respostas;
- O sistema deve permitir a configuração do motivo de cancelamento dos exames;
- O sistema deverá ser totalmente integrado ao sistema de central de agendamento de exames, pois os pacientes agendados pela central de marcações devem estar disponíveis na tela de recepção de pacientes do Centro de Diagnóstico;
- O sistema deve estar integrado ao módulo dos painéis de atendimento e chamada do paciente;
- O sistema deve possuir dispositivo que permita a recepcionista selecione a senha em uma lista de atendimento e faça a chamada do paciente de forma eletrônica, para que seja realizado o registro do atendimento do mesmo;
- O sistema deve permitir a recepcionista associar a senha de atendimento emitida pelo paciente com a agenda do Centro de Diagnóstico;
- Ao associar a senha a agenda do paciente, a recepcionista deverá iniciar o registro do atendimento do paciente, executando uma pesquisa na base de dados do hospital para verificar se o paciente já possui cadastro na instituição.
- A pesquisa terá que ser com as seguintes opções:
- Prontuário (matrícula)
- Nome;
- Sobrenome;
- Data de nascimento;
- CPF;
- Nome da Mãe;
- A pesquisa deverá permitir preencher um ou mais parâmetros

para a busca;

- O sistema deve permitir a busca fonetizada do paciente;
- O sistema deverá dispor de pesquisa pela biometria do paciente, podendo configurar qual dedo será utilizado para a realização da busca/pesquisa;
- Caso não seja encontrado nenhum paciente com as mesmas características no banco de dados o usuário criar o cadastro do paciente.

- Nome social;
- Nome da mãe;
- Nome do pai;
- Data de nascimento;
- Sexo;
- Cor;
- Tipo Sanguíneo;
- Nome do Cônjuge;



Ilustrativa | Banco de Img IMED

- O cadastro de paciente deve ser único em todas as origens de atendimento do hospital e também deve possuir configuração de quais campos devem ser habilitados e quais campos devem ter seu preenchimento obrigatório por origem de atendimento
- O cadastro do paciente de ter no mínimo os seguintes campos:
- Nome;
- Identidade;
- Órgão Emissor;
- CPF;
- Cartão Nacional de Saúde;
- Estado Civil;
- Endereço;

- Número e complemento;
- Bairro;
- Cidade;
- CEP;
- Telefone residencial,
- Telefone celular;
- - E-Mail;
- - Local de trabalho;
- - Profissão;
- Classe Econômica;
- Grau de Instrução;
- Religião;
- Naturalidade;
- Nacionalidade;
- Fotografia do Paciente.
- O sistema deve possibilitar e permitir integrar o sistema com a base de cadastro do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Deverá existir a possibilidade de ser configurado/habilitado quais campos terão o preenchimento automático na tela do registro de atendimento, evitando assim que os usuários tenham que preencher alguns campos;
- O sistema deverá permitir ao usuário realizar após o cadastro ou atualização do cadastro do paciente o registro do atendimento com as seguintes informações:
- Data;
- Hora;
- Médico;
- Convênio;
- Plano;
- Tipo de atendimento;
- Serviço;
- Tipo de Paciente;
- Local de Procedência;
- Destino;
- Especialidade;
- Responsável pelo Paciente.
- Caso o atendimento tenha sido agendado os campos devem ser preenchidos automaticamente com as informações fornecidas no agendamento;
- Após o registro do atendimento o sistema deverá permitir ao usuário fazer a emissão dos seguintes documentos:
- Etiqueta de Identificação com Código de Barras;
- Termo de Responsabilidade.
- Após o registro do atendimento o sistema deve permitir o usuário registrar o pedido de exames de

imagem associado ao atendimento com as seguintes informações: Médico solicitante, setor solicitante, tipo de solicitação e exame (rotina, urgência e emergência);

- Para os exames agendados o sistema deve carregar automaticamente na tela do pedido os exames que foram previamente agendados pela central de marcação;
- O sistema deve permitir o registro de atendimentos e do pedido de exames dos pacientes não agendados;
- O sistema deverá no momento de o pedido gerar automaticamente a data de previsão de entrega do exame de acordo com a quantidade de dias configurada no cadastro do exame.
- O sistema deverá emitir o comprovante de exames;
- O sistema deve abrir automaticamente no faturamento a conta do paciente e fazer o lançamento dos procedimentos na fatura BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos correspondentes na conta do paciente no módulo de faturamento de AIH identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve permitir o registro de atendimentos e dos pedidos de exames dos pacientes que não foram agendados;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao prontuário eletrônico do paciente;
- O sistema deve possuir tela para o registro do laudo do exame realizado;
- O sistema deve possuir mecanismo para registrar a revisão do laudo do exame;
- O sistema deve possuir tela para fazer a emissão do laudo;
- O sistema deve mudar automaticamente de status de acordo com as etapas realizadas no processo de realização, revisão, impressão e entrega do laudo;
- O sistema deve dispor de tela para registrar a entrega dos exames aos pacientes ou acompanhantes;
- O sistema deve possuir tela para fazer o registro dos gastos de materiais e medicamento utilizados na execução do exame;
- O sistema deve dispor de opção para registrar a exclusão do pedido de exames;
- O sistema deve dispor de opção para registrar a exclusão do laudo do exame;
- O sistema deve dispor de opção para registrar e apresentar a notificação dos laudos alterados;
- O sistema deve disponibilizar os seguintes relatórios:
- Atendimentos por Periodo;
- Atendimentos por Empresa;

- Atendimentos por Médico;
- Atendimentos por Cidade;
- Atendimentos por Bairro;
- Atendimentos por Especialidade;
- Atendimentos por Serviço;
- Atendimentos por Usuário;
- Consultas Atendidas x Faturadas;

AGÊNCIA TRANSFUSIONAL

- O sistema deve permitir o cadastro dos componentes de sangue e derivados com o código, descrição, código SIGTAP;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de agendamento do centro cirúrgico, pois ao agendar uma cirurgia eletiva que possua reserva de hemoderivados, o sistema deve gerar de forma automática a solicitação eletrônica dos mesmos no sistema de banco de sangue;
- O sistema deve estar totalmente integrado ao módulo de prescrição eletrônica, pois ao prescrever um item de hemoderivados, o sistema deve gerar de forma automática a solicitação eletrônica dos mesmos no sistema de banco de sangue;
- O sistema deve disponibilizar opção para a confirmação dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via agendamento cirúrgico ou prescrição;
- O sistema deve possuir opção que permita fazer o cancelamento dos pedidos de solicitação de derivados de sangue que tenham sido solicitados de forma eletrônica via agendamento cirúrgico ou prescrição;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos na fatura BPA, identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve lançar automaticamente os procedimentos na conta do paciente (AIH), identificando o procedimento, o prestador, data, horário, quantidade e setor executante;
- O sistema deve permitir a geração de arquivo de interligação, contendo todos os atendimentos que possuiram solicitações de hemoderivados ao banco de sangue em um determinado período;
- O sistema deve disponibilizar de tela para a consulta de solicitações de hemoderivados ao banco de sangue;
- O sistema deve disponibilizar de tela para a consulta da agenda de cirurgias do bloco cirúrgico.

ALMOXARIFADO E FARMÁCIA

Cadastros e Configuração

- Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com

as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;

- Cadastro de Estoque com a definição do código, nome, tipo, se utiliza controle por código de barras, se utiliza endereçamento de produtos e setor;
- Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código, Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, subclasse, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ;
- Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispõe de tela para receber a Solicitação de Cadastro do Produto Novo com as informações e especificações do produto;
- Dispõe de tela para a liberação de Cadastro do Produto Novo após a validação do setor competente;
- Cadastro de Unidade de Estocagem de Movimentação de produtos com fator de conversão para a unidade de referência;
- Cadastro de localização dos estoques, endereços das prateleiras;
- Cadastro dos Motivos de Baixa;
- Cadastro de Tipos de Documento
- Cadastro do Motivos de Devoluções;
- Cadastro das Cotas de Reposição de Produtos ao Estoque;
- Configuração das Etiquetas de Código de Barras;
- Cadastro dos motivos de divergência no atendimento do estoque;
- Cadastro de Motivos de Saídas para Fornecedor;
- Cadastro de Kits de Produtos;
- Cadastro de Fórmulas para o processamento de novos produtos a partir da composição de dois ou mais produtos;
- Cadastro de Portarias da Vigilância Sanitária e seus produtos;
- Cadastro das Listagens das Portarias da Vigilância Sanitária;
- Cadastro de Ações Terapêuticas, Substância e seus produtos, Laboratório/Fabricante e seus produtos, cadastro de grupos de tratamentos e seus produtos, cadastro de palavras-chaves e cadastro de produtos e DEF;
- Utiliza a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;

- O sistema classifica automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;

- O sistema calcula automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;

- O sistema calcula automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;

- O sistema calcula automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;

- O sistema calcula automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;

- O sistema permite a configuração de espécie de produto x estoque;

- O sistema permite a configuração de usuários x estoque;

- O sistema permite a configuração de usuários x espécie;

- O sistema permite a configuração de operações que podem ser realizadas por usuário e por estoque;

- O sistema disponibiliza a configuração de etiquetas de códigos de barras.

ENTRADA DE PRODUTOS

- Registro da entrada de produtos através da entrada por nota fiscal, onde o usuário, ao informar a ordem de compras, estando a mesma autorizada, o sistema carrega de forma automática na tela de registro de entrada de produtos todas as informações negociadas como fornecedor tais como: Valor da Compra, Fornecedor, Estoque de Entrada, CFOP, Frete, Produto, Valor Unitário, Quantidade Entrada, Valor Unitário e Valor total. O usuário terá que somente fazer o registro do número da nota fiscal, a data de emissão e os lotes e as respectivas datas de vencimento dos mesmos;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por doação;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por vale;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por empréstimo;

- Registro da entrada de produtos no estoque através da entrada por produção (reprocessamento ou manipulação);

- Registro da entrada de serviços através da entrada por nota fiscal de prestação de serviços;

- Registro da entrada de produtos consignados no estoque sem nota fiscal de consumo;

- O sistema deve permitir registrar a baixa de vales, ou seja, após uma entrada por vale, o fornecedor poderá enviar ao final de um período uma nota fiscal, nesse

momento o usuário irá selecionar o fornecedor o sistema irá executar uma busca de quais vales estão em aberto. Após a busca o usuário relaciona quais vales em aberto estão relacionados a NF de consumo e fazendo nesse momento a baixa dos vales.

SAÍDA DE PRODUTOS

- O sistema disponibiliza opção para criar uma solicitação eletrônica de produtos ao estoque para as seguintes opções: saída para consumo de setor, saída para consumo do paciente, transferência entre estoques, gasto de sala e saída entre empresas;
- As solicitações de produtos são apresentadas em tela para o atendimento e a dispensação, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a dispensação;
- O sistema disponibiliza tela para registrar a saída de produtos para consumo do setor e o lançamento no custo do setor;
- O sistema disponibiliza tela para registrar a saída de produtos para consumo do paciente onde o lançamento no custo será no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema disponibiliza tela para registrar a saída de produtos para consumo do gasto de sala, onde o lançamento do custo será no aviso de cirurgia e no atendimento do paciente e no setor de consumo;
- O sistema disponibiliza tela para registrar a transferência de produtos entre estoques, onde não serão lançados nenhum custo neste momento, somente ocorrerá a transferência dos valores e das quantidades dos produtos, atualizando automaticamente o saldo do produto no estoque de destino;
- O sistema disponibiliza de recurso para registrar a saída de empréstimo;
- O sistema disponibiliza de recurso para registrar a saída de produtos para fornecedor;
- O sistema gera automaticamente a solicitação de produtos para o paciente a partir do fechamento da prescrição eletrônica no prontuário eletrônico do paciente;

DEVOLUÇÃO DE PRODUTOS AO ESTOQUE

- O sistema disponibiliza opção para criar uma solicitação eletrônica de devolução de produtos ao estoque para as seguintes opções: devolução de saída para consumo de setor, devolução de saída de produto para consumo do paciente; Devolução de Saída de Consumo de Gasto de Sala;
- As solicitações de devolução de produtos são apresentadas em tela para o atendimento e a confirmação de devolução, pois a partir desta opção o almoxarifado irá registrar/confirmar a devolução do produto ao estoque;
- O sistema disponibiliza tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do setor com o lançamento do motivo da devolução;

- O sistema disponibiliza tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do paciente com o lançamento do motivo da devolução;

- O sistema disponibiliza tela para registrar a devolução de produtos que saíram para consumo do gasto de sala com o lançamento do motivo da devolução;

- O sistema disponibiliza tela para registrar a devolução de produtos para fornecedor com o lançamento do motivo da devolução.

OUTRAS MOVIMENTAÇÕES

- O sistema permite o registro da baixa de produtos informando o motivo da baixa;

- O sistema permite o registro da transferência de produtos entre estoques;

- O sistema permite o registro da confirmação da transferência de produtos entre estoques;

- O sistema permite o registro da transferência de produtos entre empresas;

- O sistema permite o registro do recebimento da transferência de produtos entre empresas;

- O sistema possui opção para o registro da produção de kits de produtos, materiais e medicamentos;

- O sistema possui opção para o registro da produção de kits de produtos em massa de materiais e medicamentos;

- O sistema permite a emissão dos livros de controle de medicamentos controlados pela portaria 344/98 como também a emissão dos termos de abertura;

- O sistema disponibiliza de tela para registrar a confirmação de consumo dos materiais e medicamentos dispensados ao paciente;

- O sistema disponibiliza de tela para o registro de recebimento das solicitações de produtos ao estoque;

- O sistema possui de opção de liberação e bloqueio pelo farmacêutico da dispensação de materiais e medicamentos para o paciente.

INVENTÁRIO

- O sistema permite o usuário registrar a abertura de inventário, onde o mesmo pode escolher o almoxarifado, o item ou então a localização ou todos dos produtos de uma determinada espécie, espécie e classe ou espécie, classe e subclasse;

- O sistema permite o usuário registrar as quantidades das contagens dos produtos em inventário;

- O sistema tem rotina de geração do inventário;

- O sistema tem a rotina da geração do balanço de inventário.

CÁLCULOS E

FECHAMENTOS

- O sistema permite fazer o fechamento do estoque, não permitindo mais após o fechamento transações e operações dentro do período fechado;
- O sistema permite a realização/ execução dos cálculos da curva ABC;
- O sistema disponibiliza a realização dos cálculos de estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras de acordo com os critérios previamente determinados na configuração;
- O sistema tem opção para fazer o bloqueio de movimentação de itens de estoque de um ou de todos os lotes de um determinado produto.

OUTRAS TRANSAÇÕES E CONSULTAS

- O sistema possui tela para consulta de saldos do estoque do produto;
- O sistema possui tela para a consulta de dados consolidados do produto;
- O sistema possui tela para a consulta de produtos críticos;
- O sistema possui tela para a consulta de consumo de produtos por setor;

PATRIMÔNIO

- Cadastro de classificação dos bens patrimoniais em 2 níveis, com o código, descrição e a taxa (%) de depreciação anual;
- Cadastro de Localizações com código e descrição associada ao setor;
- Cadastro de Motivos de Baixa dos Bens;
- Cadastro de Tipo de Aquisição;
- Permite a configuração da forma de depreciação dos bens patrimoniais (agrupada ou detalhada);
- Permite configurar a forma de cálculo da depreciação (gradativa ou linear);
- Configurar a classificação contábil dos bens, relacionando-os aos ativos e as depreciações;
- Permite realizar o tombamento dos bens a partir da entrada da NF no estoque;
- Cadastro dos bens no momento do tombamento com as seguintes informações: descrição da plaqueta, descrição do bem, número de série, marca, modelo, especificações técnicas, acessórios, tipo de aquisição, espécie, classe, subclasse, classificação, subclassificação, permanente, localização do bem, forma de depreciação, dados da compra, anexar documentos do bem coo manuais e outros e tempo de vida útil a partir da taxa de depreciação;
- O registro do bem patrimonial será pelo setor e a localização física, debitando o custo da depreciação no setor correspondente;
- A partir do tombamento do bem

patrimonial, o sistema irá gerar automaticamente ao setor de manutenção, todas as manutenções preventivas que devem ocorrem dentro do tempo de vida útil do bem tombado;

- Cadastro de apólices de seguros e os bens segurados nas apólices;
- Registro de Baixa dos Bens Patrimoniais e os motivos da baixa;
- Permite agregar um ou mais bens patrimoniais a um bem;
- Reavaliar um bem patrimonial, informando o novo tempo de vida útil e recalculando automaticamente a taxa de depreciação anual;
- O sistema deve permitir a importação dos bens patrimoniais a partir de uma planilha previamente estruturada;
- O sistema deve calcular a projeção de depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/ cadastro;
- O sistema deve realizar a depreciação do bem patrimonial a partir das taxas previamente estabelecidas no seu tombamento/ cadastro;
- Registro da movimentação dos bens patrimoniais entre setores e localidades, armazenando todo o histórico das movimentações;
- Geração e emissão de planilha de conferência dos bens por setor e localidade para realização do inventário físico dos bens patrimoniais;
- Emissão de relatórios do balanço patrimonial, de depreciações realizadas, de inventário de bens por setor, baixas de bens por motivo;

FATURAMENTO

Faturamento SUS – Ambulatorial (BPA E APAC)

- O sistema permite fazer a importação da tabela SIGTAP;
- O sistema permite fazer a importação do arquivo CNES;
- O sistema permite fazer a importação da tabela de CEP disponibilizada pelo Datasus;
- O sistema permite fazer a configuração dos prestadores e os respectivos CBO's
- Permite registrar o caráter de atendimento;
- Permite cadastrar o motivo de descarte;
- Cadastro do Tipo de Financiamento;
- Cadastro do motivo de glosa BPA;
- O sistema faz o lançamento automático na fatura BPA dos procedimentos correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;
- O sistema faz o lançamento automático na fatura APAC dos procedimentos de alta complexidade correspondentes e que foram realizados nos setores de diagnóstico e atendimento;

- O sistema faz todas as críticas referentes as regras Datasus (sexo x procedimento, idade x procedimento, procedimento x diagnóstico, procedimento x CBO, prestador x CBO e CEP);

- O sistema faz a geração dos arquivos de produção ambulatorial (BPA e APAC) no padrão DATASUS para envio da produção mensal para a secretária de saúde;

- O sistema faz todas as críticas relacionadas as regras do DATASUS e imprimir o relatório de inconsistências para que os usuários possam fazer os devidos ajustes;

- O sistema permite fazer o controle de faturamento pelos tetos orçamentários por subgrupo, por procedimento, por setor e por grupo de procedimento;

- O sistema gera a exportação do BPA e APAC

- O sistema gera o arquivo XML para o programa SISMAMA;

- O sistema permite a renovação de APAC;

- O sistema permite a emissão de laudo para emissão de APAC;

- O sistema permite ficha de frequência de APAC;

- O sistema permite a cópia de APAC;

- O sistema permite o lançamento manual dos procedimentos de alta complexidade na fatura APAC;

FATURAMENTO SUS – INTERNAÇÃO (AIH)

- Controlar automaticamente as regras de validação do SUS para cada procedimento, possibilitando uma checagem automática no momento do lançamento e execução dos procedimentos e do fechamento da conta;

- Consultar o demonstrativo de AIH's por complexidade e financiamento, permitindo filtrar por uma ou mais remessas e discriminar por grupo, subgrupo e procedimentos SUS. O relatório exibe informações como: a AIH, o procedimento realizado, o período bem como o total da conta e a complexidade;

- Definir e validar critérios e normas do SUS no momento da entrada dos dados referentes aos procedimentos realizados;

- Emitir a produção e o consequente faturamento de cada profissional, com a opção de periodicidade diária, semanal e mensal;

- Exportar arquivo de remessa no formato/layout padrão do SISAIH01;

- Exportar as informações necessárias para o sistema SIHD2, SISAIH01 segundo o layout definido pelo Ministério da Saúde;

- Importar informações dos sistemas: SIA, SCENES, SIGTAP, SIHD2, SISAIH01, e-SUS, necessárias à emissão de relatórios gerenciais;

- Integrar com o módulo de prontuário eletrônico do cidadão onde todos os exames solicitados e realizados, procedimentos realizados

e prescritos, medicamentos solicitados e dispensados cairão automaticamente na conta do paciente, assim como se realizar o cancelamento estes sairão automaticamente da conta;

- Manter rotina de atualizar o banco de dados utilizado pelo módulo, com as informações disponibilizadas pelo DATASUS/Ministério da Saúde (tabelas e arquivos);
- Manter rotina de importar as Tabelas do SIGTAP, possibilitando as atualizações;
- Realizar a digitação do Laudo AIH e impressão no formato e layout do Ministério de Saúde;
- Registrar o laudo médico para emissão de AIH, que requisita uma autorização de internação hospitalar. Nesse relatório constam informações a respeito do estabelecimento solicitante, dados do paciente, o laudo técnico, justificativa da internação, entre outros dados;
- Registrar os dados necessários para faturamento e verificar critério de críticas conforme normas do SUS.



SISTEMAS DE APOIO

Higienização e Limpeza

- Cadastro do tipo de limpeza;
- Cadastro dos funcionários do setor de limpeza;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação eletrônica de limpeza do leito quando for registrada a alta hospitalar do paciente ou a transferência do paciente entre leitos;
- O sistema deverá permitir o registro manual da solicitação de higienização dos leitos;
- O sistema deve apresentar em tela todas as solicitações de higienização de leitos, e o status de cada uma para facilitar a atividade do gerenciamento de limpeza dos leitos;

- O sistema deve permitir o usuário alterar as fases de higienização dos leitos à medida que as mesmas forem ocorrendo nos setores;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para registrar a confirmação de limpeza do leito, informando o funcionário, data, hora e o tipo de limpeza realizado;
- O sistema deve permitir o registro do cancelamento de uma solicitação de limpeza;
- O sistema deverá permitir a visualização gráfica dos leitos existentes no hospital a o status de ocupação de cada um;
- O sistema deverá permitir controlar e visualizar o mapa de leitos, identificando de maneira gráfica os leitos disponíveis, leitos ocupados, leitos em manutenção, leitos reservados e leitos em higienização e os percentuais dos mesmos em relação aos leitos existentes;
- O sistema deverá permitir o usuário consultar o histórico de ocupação de cada leito, indicando os pacientes e o período da ocupação;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta de solicitação de limpeza dos leitos;
- O sistema deve disponibilizar tela para consulta de ocupação de leitos em dias;
- O sistema deve disponibilizar tela de consulta para visualizar as limpezas realizadas no período.

- Gerenciar as manutenções corretivas e preventivas relativas à estrutura física da instituição (Engenharia Hospitalar) e equipamentos clínicos (Engenharia Clínica);
- Cadastro de serviços com código, descrição, peso, unidade, hora máxima, hora mínima, categoria do serviço e oficina responsável pela realização do serviço;
- Cadastro de especialidade de serviços de manutenção;
- Cadastro de funcionários da manutenção e as especialidades de serviços dos mesmos, as escalas de trabalho e o valor da hora/homem;
- Cadastro das escalas de trabalho dos colaboradores da manutenção;
- Cadastro dos tipos de OS;
- Cadastro dos Motivos de Serviços;
- Cadastro de Oficinas;
- Cadastro de Checklist de manutenção com a programação de todos os serviços a serem executados;
- Permitir registrar as solicitações de manutenção corretiva com informações tais como, nome do solicitante, data que o solicitante deseja que seja realizada a manutenção, escolha do padrão de manutenção (Unidade, equipamento/item, local, problema e grupo profissional;
- Permite programar a data de realização da manutenção

e visualizar a agenda dos profissionais que poderão realizar a mesma;

- Realização das requisições de itens necessários para manutenção no estoque de forma integrada com o módulo de Requisição de Estoque e Almoxarifado;

- Permite fazer uma solicitação para compra de um item que não tem no almoxarifado, sendo que a solicitação está ligada à ordem de serviço que necessitou da compra;

- Realização dos cadastros referentes ao um item/equipamento, tais como: grupo de manutenção que atende este item, unidade e local que pertence, número de patrimônio, grupo de manutenção que atende este item, checklist (EPIs, procedimentos, peças, ferramentas, etc.) necessários para manutenção do item/manutenção, cadastro dos problemas que ocorrem e permitir anexar documentos como, por exemplo, manual;

- Permitir cadastrar o dicionário de avaliação possibilitando a flexibilidade no Checklist para avaliação dos equipamentos/itens;

- Relacionar fornecedores homologados para cada equipamento, sendo realizada para serviços de manutenção terceirizados;

- Permitir o controle do fundo fixo de caixa, através da emissão de vale e permitir também registrar quanto, quando e para quem foi entregue, registrar saídas e entradas e cadastrar notas fiscais;

- Possibilitar a realização de pesquisas das manutenções efetuadas durante determinado período, em que status a manutenção se encontra (solicitada, programada ou concluída) e detalhes da manutenção como grupo, nome solicitante, local, problema etc.;

- Permitir a visualização da relação de patrimônios e a periodicidade da realização da manutenção preventiva de cada um, para que se possa programar as manutenções;

- Possibilidade de consultar a relação de equipamentos por diversas formas de filtro (descrição, garantia, fornecedor, marca, número de patrimônio, etc.);

- Permitir cadastrar as peças pertencentes ao equipamento, fazer transferências para outras unidades, visualizar informações tais como número da Nota Fiscal, valor, garantia, fornecedor, entre outras informações;

- Possibilitar a realização de consulta às manutenções preventivas pendentes, em processo de realização ou realizadas de um equipamento em um determinado período. Além da consulta, é possível programar manutenções já existentes.

SAME

- Módulo que possibilite o controle dos prontuários físicos existentes no Hospital, controlando as saídas dos prontuários do arquivo físico;

- Módulo que permita controlar os diversos setores de arquivos existentes no hospital, identificando os prontuários existentes em cada

arquivo;

- Possibilitar a localização dos prontuários físicos dos pacientes, bem como registrar as movimentações físicas dos mesmos, gerando um efetivo controle sobre os Prontuários ausentes do arquivo médico, possibilitando controlar informações referentes a data de retirada, quem retirou, o motivo, data de retorno, criando um histórico sobre a movimentação de cada Prontuário;

- O sistema deve possuir integração automática e on-line com o setor de internação, avisando o arquivo no momento da internação do paciente para que o mesmo separe o referido prontuário e encaminhe para a unidade de internação do paciente, ou abra um prontuário para um novo paciente;

- O sistema deverá possuir integração on-line com o agendamento de consultas, possibilitando ao arquivo separar e encaminhar os prontuários dos pacientes que tem consulta agendada para o dia seguinte, controlando os processos de envio e retorno deste prontuário para cada setor ambulatória;

- O sistema deve permitir controlar os diversos volumes que compõe um prontuário físico dos pacientes, gerando etiquetas independentes para cada volume;

- O sistema deverá permitir realizar a movimentação dos prontuários via código de barras;

- O sistema deverá permitir gerar movimentação de prontuário físico por empréstimo, controlando para quem foi emprestado, a data de saída e previsão de retorno do prontuário ao arquivo;

- O sistema deverá permitir visualizar e controlar rapidamente todos os prontuários que se encontram fora do arquivo e os locais ou funcionários que estão responsáveis pelos mesmos;

- O sistema deverá permitir indicar a transferência dos prontuários físicos dentro das unidades e setores do hospital;

- O sistema deverá controlar a entrada de documentos diversos nos prontuários dos pacientes;

- O sistema deverá fornecer rapidamente informações sobre a localização dos Pacientes internados, sobre os Pacientes que foram atendidos nas unidades ambulatoriais, SADT e de Pronto Socorro;

- O sistema deverá permitir fornecer rapidamente informações referentes aos pacientes que foram dispensados nas unidades de atendimento, demonstrando as datas de atendimento e dispensa dos mesmos;

- O sistema deverá permitir controlar o processo de visitas aos pacientes internados, emitindo crachás e registrando informações sobre o visitante e indicando horário de entrada e saída do mesmo;

- O sistema deverá controlar o número Máximo de visitas permitido para cada paciente;

- O sistema deverá emitir listagem dos pacientes internados de cada médico, contendo a localização do paciente no Hospital, visando

facilitar o processo de visita médica.

Lavanderia e Rouparia

- Cadastro de peças do enxoval com o código, descrição, tamanho e peso;
- Cadastro de tipos de kits de enxoval com o código, descrição;
- Cadastro de composição dos kits com o código, descrição, peças e quantidade de peças;
- Cadastro dos tipos de entradas do enxoval no estoque da rouparia;
- Cadastro dos motivos de baixa das peças da rouparia;
- Cadastro de cotas de peças e kits para serem enviadas para as unidades de internação;
- Cadastro de cotas de peças e kits para serem enviadas para os setores;
- Registro das saídas de roupas dos setores e unidades de internação para a lavanderia, seja ela externa ou interna, com o registro separado do peso da sujidade leve e da sujidade pesada das roupas que serão enviadas pelo setor;
- Registro das entradas de roupas na rouparia, oriundas da lavanderia, seja externa ou interna, onde o usuário informa as peças, as quantidades e de acordo com as peças e as quantidades o sistema calcula o peso;
- Registro das saídas de roupas da rouparia para os setores e as unidades de internação, nesta operação devem ser informados o setor, a unidade de internação, as peças, os kits e as respectivas quantidades, de acordo com as peças e as quantidades o sistema calcula automaticamente o peso enviado para o setor ou unidade de internação;
- Registro das entradas das peças de roupas na rouparia por compra ou outro tipo de composição;
- Registro das baixas das roupas da rouparia;
- O sistema deve permitir a consulta das saídas para a lavanderia;
- O sistema deve permitir a consulta das pendências da lavanderia;
- O sistema deve permitir a consulta dos saldos de peças da rouparia

Central de Materiais Esterilizados

- Cadastro dos tipos de embalagens com código e descrição;
- Cadastro das máquinas esterilizadoras;
- Cadastro dos tipos de instrumentais com código, descrição, tempo de esterilização e temperatura;
- Cadastro dos tipos de caixas cirúrgicas com código, descrição, tempo médio de esterilização, tempo de volume de produção e quantidade de componentes;
- Cadastro dos tipos de esterilização;
- Cadastro das localidades do arsenal

com código, corredor, prateleira, armário e box;

- Cadastro do Motivo de Cancelamento;
- Cadastro do Composição de Kits com descrição, tipo de embalagem, setor principal, tipo de instrumental, tipo de esterilização, instrumentais e fotos dos instrumentais de composição, localização do arsenal, quantidade de etiquetas para preparo e etiquetas para esterilização;
- Cadastro de Composição de Caixas Cirúrgicas;
- Cadastro dos instrumentais cirúrgicos;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no expurgo;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de desinfecção;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de preparo;
- Registrar a entrada da caixa e os respectivos instrumentais no processo de esterilização;
- Registrar a digitação dos testes físico, químico e biológico;
- Registrar a entrada das caixas e os respectivos instrumentais ou dos instrumentais no arsenal;
- Registrar a transferência das caixas e os respectivos instrumentais ou somente os instrumentais para o centro cirúrgico.

Nutrição e Dietética

- Cadastro do Tipos de Dietas;
- Cadastro do Tipos de Refeições;
- Cadastro de Orientações de Dietas;
- Cadastros dos Pratos;
- Cadastro da Classificação dos Cardápios;
- Cadastro da opção dos cardápios;
- Cadastro dos bicos de mamadeira;
- Cadastro de manipuladores de mamadeiras;
- Cadastro de copas;
- Configuração de leitos por copas;
- Configuração de origens x copas;
- Cadastro da composição dos pratos;
- Registro da ficha nutricional do paciente com dados do atendimento, observações médicas, tipo de dieta, tipo de refeição e observações das refeições;
- Registro de Movimentação de cardápios com as informações do tipo de refeição, dados do atendimento, tipo de dieta, copa, observações da nutrição, opções e a quantidade das opções escolhidas do cardápio;
- Registro de movimentação de

cardápios do lactário;

- Registro de solicitações de dietas avulsas para pacientes, médicos, setores, acompanhantes;
- Registro do Status da Refeição com horário de fechamento;



- Registro de Status do Lactário com horário de fechamento;
- Registro do Status de acompanhante com horário de fechamento;
- Registrar o planejamento do cardápio;
- O sistema deve gerar automaticamente a solicitação de dieta a partir da prescrição médica eletrônica e lançar no mapa com o leito, observações, diagnóstico e orientações da nutrição;
- O sistema deve lançar automaticamente no mapa de produção, todas as dietas prescritas pelos médicos;
- O sistema deve possibilitar a emissão do mapa de produção de dietas por unidade de internação e tipo de refeição;
- O sistema deve possibilitar a emissão de etiquetas das dietas para serem fixadas nas bandejas.

GESTÃO DE USUÁRIOS E CONTROLE DE ACESSO

- Cadastro dos sistemas;
- Cadastro dos módulos que compõem o sistema;
- Cadastro de perfis/papel de usuários com a definição dos módulos, telas e relatórios que os mesmos terão acesso;
- O sistema permite a configuração das diretivas de segurança para a criação e definição de senhas;
- Permite a criação de usuários e a definição dos papeis de acesso dos respectivos usuários;
- Permite a desativação de usuários

do sistema;

- O usuário pode ter um ou mais papéis definidos simultaneamente;
- Permite a mudança de senha;
- Permite a alteração de senha;
- Configura os usuários por empresa;
- Configura os usuários por setor ou unidade de internação;
- Configura os usuários por almoxarifado;
- Configura os usuários por SAME;
- Configura os usuários por setores de diagnóstico;
- Configura tabelas e as colunas que serão auditadas;
- Configura as operações que serão auditadas junto as tabelas;
- O sistema disponibiliza tela para a consulta de auditoria das tabelas que sofreram alterações no conteúdo.

ACOMPANHAMENTO E CONTROLE GERENCIAL

- Cadastro do grupo de documentos;
- Cadastro de documentos;
- Cadastro de documentos por setor;
- Cadastro de documentos por procedimento;
- Cadastro de documentos requisitados;
- Configuração do fluxo de documentos;
- Registrar o protocolo de movimentação de envio de documentos entre as áreas do hospital com as seguintes informações: setor de origem, setor de destino, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Registrar a baixa de documento com os seguintes dados: protocolo, data de envio, observação, código do documento, descrição do documento e os dados do atendimento que originaram os documentos;
- Disponibilizar a tela de consulta de documentos por atendimento;
- Consulta de movimentações de documentos por atendimento.

DIRETORIA CLÍNICA

- O sistema permite realizar o registro dos tipos de prestadores;
- O sistema permite realizar o registro dos conselhos e suas siglas;
- O sistema permite realizar o registro das especialidades médicas e de enfermagem;
- O sistema permite realizar o registro dos horários contratados dos prestadores;
- O sistema permite realizar o registro dos prestadores da instituição no mínimo com as seguintes

informações: Nome, sexo, CPF, Identidade, Data Nascimento, Nome de Guerra, Nr. Do Conselho, Nome do pai, Nome da Mae, Grau de Instrução, Nacionalidade, Naturalidade, Foto, Endereço Comercial, Endereço Pessoal, Tipo de Prestador, Especialidade, Especializações, se o mesmo é Aluno, se é Professor, Tipo do Conselho, Tipo de Vinculo, Tipo de Atividade (Cirurgia, Anestesista, Clinico, Auditor), Dados Bancários, Contatos);

- O sistema disponibiliza opção para registrar as ocorrências médicas;
- O sistema disponibiliza opção para registrar as licenças médicas;

EDITOR DE DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

- Permite criar campos que irão compor um formulário que será disponibilizado no PEP;
- Permite definir o grupo e o subgrupo a qual o campo irá pertencer;
- Permite informar a descrição do campo;
- Permite informar o tipo de campo que será criado, que deverá ser no mínimo os seguintes tipos: texto, checkbox, combo box, imagem, caixa de texto, radio button, botão, data, marcação de imagem e código de barras;
- Permite configurar se o campo é editável;
- Permite configurar se o campo é de preenchimento obrigatório;
- Permite definir o tamanho do campo;
- Permite definir a máscara do campo podendo ser número, texto, data e data e hora;
- Permite definir valores iniciais e finais para um campo, não permitindo o preenchimento de valores absurdos;
- Permite configurar que o campo seja habilitado para preenchimento somente em determinada situação, quando o mesmo só pode ser habilitado para pacientes do sexo masculino ou feminino ou dentro de uma faixa etária que seja compatível;
- Permite configurar ações do campo, como exemplo de ação podemos citar a inserção de uma query para recuperar valores previamente preenchidos em outros campos e telas do sistema, carregando automaticamente os dados no formulário que possuir este campo;
- Permite definir uma lista de valores pré-definida para o campo;
- Permite definir se será permitido o uso de textos padrões para campos configurados com o tipo texto ou caixa de texto;
- Permite criar documentos informando os campos que foram previamente criados e o label dos campos;
- Permite definir o grupo e o subgrupo a qual o documento irá pertencer;
- Permite informar a descrição/nome do documento;

- Permite definir o layout do documento inserindo cabeçalho e rodapé;
- Permite criar documentos inserindo a logo da instituição no cabeçalho dos documentos;
- Permite fazer a criação da versão do layout de impressão do documento;
- Permite fazer a inclusão de campos novos em um documento já criado e dessa forma controlando a versão do mesmo, não carregando em documentos anteriores o campo criado e adicionado ao documento em branco;
- Permite a exportação do documento;
- Permite a importação de documentos que foram criados em outras instituições que fazem o uso da mesma tecnologia;
- Não permite o uso do documento antes do registro da publicação dele;
- Permite excluir um documento criado, portanto essa operação só deve ser permitida se o documento ainda não foi registrado em nenhuma ficha ou facha parte de algum perfil do PEP;
- Permite fazer a cópia de um documento já criado e promover os devidos ajustes e publicá-lo como um documento novo criado a partir de um já existente.

GERADOR DE RELATÓRIOS

- Deve permitir criar relatórios, definindo nome e descrição do relatório;
- Deve permitir inserir imagens nos relatórios;
- Deve permitir definir perfis/grupos de usuários que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve permitir definir variáveis e constantes nos cabeçalhos e rodapés dos relatórios;
- Deve permitir gerar operações matemáticas básicas nas linhas e colunas do relatório;
- Deve utilizar como fonte de dados todas as movimentações e informações de todos os módulos/ferramentas do sistema;
- Deve definir usuários específicos que podem ter acesso a cada relatório ou grupos de relatórios;
- Deve definir filtros nos relatórios utilizando os padrões "de – á", "maior que", "menor que", "diferente de", "radio buttons", "check box", "drop down";
- Deve definir diferentes atributos de fonte para os diversos campos do Relatório.

GERENCIAMENTO DE UNIDADES

- O sistema deve permitir fazer o registro da solicitação de

transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;

- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de leitos entre uma mesma unidade ou para outra unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência do paciente para o centro cirúrgico;
- O sistema deve permitir fazer o registro de transferência de médico assistente do paciente;
- O sistema deve permitir a interdição e liberação de leitos de uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir fazer o registro da programação de alta dos pacientes internados em uma determinada unidade de internação;
- O sistema deve permitir o registro de ocorrências do plantão;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de procedimentos invasivos realizados no paciente durante a internação;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de produtos ao estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a solicitação de devolução de produtos para o estoque;
- O sistema deve permitir o usuário registrar a confirmação do recebimento de solicitações de produtos do estoque;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o registro de solicitação de dietas avulsas ao serviço de nutrição e dietética do hospital;
- O sistema deve permitir o médico fazer o registro do boletim informativo com as condições clínicas do paciente para efeitos de informação;
- O sistema deve permitir o registro de avisos de alergias do paciente a substâncias;
- O sistema deve permitir o usuário registrar o início e fim da monitoração de aparelhos e gases utilizados pelo paciente durante a hospitalização;
- O sistema deve permitir o usuário fazer a emissão do relatório de censo ocupacional da unidade de internação.

COMPRAS

- Cadastro das espécies dos produtos no mínimo em 3 (três) níveis;
- Cadastro de fornecedores com as seguintes informações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Tipo (física ou jurídica), Tipo de Constituição, Insc. INSS, Ramo de Atividade, Contatos, Contrato, Tipo de Atividade, Formas de Comunicação, dados Bancários e Dados de Internet;
- Cadastro de serviços com o código, descrição e unidade;
- Cadastro de Produto com as seguintes informações: Código,

Descrição, Descrição Resumida, Tipo de Produto, Unidade, Sexo, Código SIAF, SIAGEM, SIAFEM, Espécie, Classe, subclasse, Controle de Curva ABC, Controle de Lote, Controle de Validade, Etiqueta de Código de Barras, Procedimento, Bloqueia, Movimenta, Caráter, Padronizado, Lista (portaria 344/98), código DCB, Atividade, Especificação, Substituições, Portaria, Fabricantes, Estoque Mínimo, Ponto de Pedido, Estoque Máximo, Tempo de Reposição e Classificação XYZ;

- Cadastro do ramo de atividade com código e descrição;
- Cadastro da condição de pagamento com código, descrição e percentual de cada parcela;
- Cadastro de motivos de pedidos de compras;
- Cadastro de motivos de cancelamento de compras;
- Cadastro de justificativas da entrada de produtos sem ordem de compra
- Cadastro de compradores com código, nome e usuários associados ao comprador;
- Cadastro de tipos de empenho;
- Cadastro do tipo de atividades;
- Cadastro do tipo de modalidades;
- Configuração de fornecedores x serviços;
- Configuração de fornecedores x produtos;
- Configuração de fornecedores x ramos de atividades;
- Cadastro de perguntas de avaliação do fornecedor;
- Cadastro de respostas as perguntas de avaliação do fornecedor
- Cadastro de fórmula de avaliação do fornecedor;
- Cadastro ranking de avaliação do fornecedor;
- Utilizar a metodologia ABC x XYZ para a definição e cálculo do estoque mínimo, ponto de pedido e sugestão de compras;
- O sistema deve classificar automaticamente o produto na curva ABC, baseando-se nas movimentações da quantidade de consumo e custo;
- O sistema deve calcular automaticamente o ponto de pedido baseado nos critérios ABC x XYX e o tempo de reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque mínimo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para a reposição;
- O sistema deve calcular automaticamente o estoque máximo do produto, baseado na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo e a sugestão de compras;
- O sistema deve calcular automaticamente a sugestão de compras do produto, baseado

na classificação ABC x XYZ e a quantidade de dias configurados para o cálculo de compras;

- Cadastro do nível hierárquico de autorização no mínimo em dois níveis com a definição dos valores máximos para autorização;
- Configurar usuários x privilégio de autorização;
- Configurar fornecedor x condição de pagamento;
- Configurar o critério de escolha do vencedor da cotação de preços nos seguintes critérios: menor preço, prazo de entrega, condição de pagamento, preço e prazo de entrega e preço e condição de pagamento;

Solicitação de Compras

- Registrar o cadastro de solicitação de compras de produtos de maneira eletrônica com as seguintes informações: Data máxima, setor, comprador, motivo do pedido, estoque de referência, produto, unidade e quantidade.
- O sistema também deve ter a opção de gerar automaticamente na solicitação de compras os produtos e as respectivas quantidades para os produtos de acordo com a sugestão de compra e o estoque máximo;
- O sistema deve possuir recurso que libere/entregue a solicitação para o setor de compras de maneira automática;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para os usuários com alçada possam autorizar de maneira eletrônica uma solicitação antes da mesma ser entregue ao setor de compras;
- O sistema deve permitir o usuário fazer o cancelamento da solicitação de compras informando o motivo;
- O sistema deve disponibilizar fazer o agrupamento de duas ou mais solicitação de compras em uma única solicitação;
- O sistema deve disponibilizar de recurso para que o setor de compras faça o registro do recebimento eletrônico da solicitação de compras pelos setores e os almoxarifados.

CONTROLADORIA

Controle Financeiro

Configuração de Tabelas

- O sistema permite registrar o cadastro da empresa com as seguintes informações: Nome Fantasia, Razão Social, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Insc. Junta Comercial, Endereço, Número, Bairro, Cidade, CEP, Telefone, Tipo de Empresa (Matriz, Filial, Holding, Controladora, Controlada, Outras), Nome do Diretor, Nome do Contador, Nome do Tesoureiro e Nome do Gestor;
- O sistema disponibiliza cadastro de bancos com as seguintes informações: Código (Padrão FEBRABAN, Descrição do Banco) e as configurações para a emissão do cheque através de impressoras

e caminho onde serão gerados os arquivos de remessa e retorno de pagamento para o referido banco;

- Cadastro dos Tipos de Contas Correntes;

- O sistema conta com o cadastro das contas correntes com as seguintes informações: Código, Descrição da Conta, Cód. Banco, Código Agencia, Descrição Agência, Número da Conta, Tipo de Conta Corrente, Nome do Gerente, Conta Especial (sim ou não) e Valor do Limite da Conta em caso de conta especial;

- O sistema permite o cadastro dos talões de cheques ativos e a vinculação do mesmo a conta corrente, assim como deve prever o número do talão, número inicial do cheque do talão, número do cheque final do talão;

- O sistema conta com o cadastro de Fornecedores e clientes com as seguintes especificações: Razão Social, Nome Fantasia, CNPJ, Insc. Estadual, Insc. Municipal, Endereço, Bairro, Cidade, CEP, UF, Tipo de Pagamento (Credito em Conta Corrente, Cheque, Dinheiro, Borderô DOC), Tipo (Pessoa Fisica ou Juridica), Tipo (cliente/Fornecedor), Dados Bancários (Banco, Conta Corrente e Agência), Pessoas de Contato, Formas de Comunicação, Ramo de Atividade, Contrato (arquivar documento) Anexo de Documentos do Cliente/Fornecedor e Contas Contábeis;

- O sistema disponibiliza opção para o registro de tipos de Impostos com as seguintes informações: Código, Descrição, Atividade do Imposto, Variação, Dias de Vencimento, Tipo de Vencimento, Tipo de Incidência, Valor Mínimo de Recolhimento, Faixas de Desconto e Percentual de Desconto por Faixa;

- Permite registrar os tipos de descontos e acréscimos com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo, Cód. Conta Contábil e Cód. Conta de Custo;

- O sistema disponibiliza opções para o registro dos Tipos de Lançamentos de Extrato Bancário com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo de Operação (soma ou deduz do saldo) e se permite conciliação bancária;

- Permite registrar os tipos de documentos com as seguintes informações: Código, Descrição, Tipo do Documento (a pagar, a receber ou ambos), Tipo de Entrada (Nota Fiscal, Nota Fiscal de Serviço, Vale, Nota Fiscal de Doação, Nota Fiscal de Empréstimo, Nota Fiscal de Devolução);

Contas a Pagar

- O sistema está totalmente integrado ao módulo de controle de estoques/ almoxarifados e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas á pagar de todas as notas fiscais de produtos que tiverem a sua entrada registrada no almoxarifado/estoque, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;

- O sistema permite fazer o registro de adiantamento de contas a pagar a fornecedores e não fornecedores, gerando automaticamente o registro de contas a pagar e a emissão de recibo de adiantamento;

- O sistema faz o cálculo e a retenção automaticamente dos impostos das notas fiscais de serviços que foram registradas nos devidos setores e oficinas e gerando automaticamente o compromisso a pagar dos impostos nas datas previstas e que foram configuradas as regras no cadastro de impostos;

- O sistema faz o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais importadas do sistema de almoxarifado/estoque de acordo com os produtos adquiridos e que tiveram a sua entrada registrada;

- O sistema permite ao usuário fazer o registro manual de um compromisso à pagar com as seguintes informações: Tipo de Documento, Data da Emissão, Data do Lançamento; Tipo de Vencimento, Fornecedor, Número do Documento, Série, Valor do Documento, Valor de Desconto, Valor de Acréscimo, Conta Contábil, Número de Parcelas, Data do Vencimento, Tipo de Quitação, Valor da Parcela/Documento, Código da Conta Contábil, Valor Compartilhamento da Conta Contábil, Código de Barras do Documento (boleto);

- O sistema permite o usuário fazer o registro das previsões de contas a pagar, para que o mesmo a partir destes dados possa analisar o fluxo de caixa com as previsões que estão programadas para o período de análise;

- O sistema está totalmente integrado ao módulo de compras, pois toda a OC com status autorizado deve ser importada automaticamente para o módulo de contas à pagar com o status "previsto" e a mesma deverá ser automaticamente eliminada/ baixada quando a referida OC autorizada tiver seu recebimento registrado no sistema de almoxarifado/controle de estoque;

- O sistema permite ao usuário fazer o registro de lotes de pagamentos para uma data ou um período de dias. Os lotes de pagamento deverão conter as seguintes informações: Código do Lote, Descrição do Lote, Fornecedor (es), número do documento, valor do documento, valor de desconto ou acréscimo se houver, tipo de desconto ou acréscimo se houver, data do vencimento;

- O sistema possui mecanismo de autorização eletrônica dos lotes de pagamento gerados pela área de contas a pagar, as autorizações devem possuir mais de um nível e cada nível deve possuir o valor de alçada para autorização;

- O sistema permite registrar o pagamento dos compromissos ou dos lotes de pagamentos com as seguintes informações: Tipo de Pagamento, Banco de Pagamento, Conta Corrente (para caso de pagamentos em cheque, débito em conta corrente, Borderô DOC, Borderô Boleto) , Número do Talão e Número do Cheque (para pagamentos em cheque), Código do Caixa (para pagamentos em dinheiro) , Valor Pago, Valor do Desconto (caso receba desconto), Valor do Acréscimo (caso pague em atraso com incidência de juros e multa);

- O sistema gera automaticamente o arquivo eletrônico de pagamento no padrão do Banco ou FEBRABAN para envio para os bancos realizarem os pagamentos;

- O sistema permite fazer o

cancelamento de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo do cancelamento, onde o sistema deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;

- O sistema permite fazer a suspensão de um pagamento ou de todos os pagamentos registrados, informando o motivo da suspensão e deve reabrir automaticamente (cancelar a quitação) os mesmos;



- O sistema permite fazer o registro da baixa de contas ou então deve dispor de mecanismo que faça automaticamente a baixa no registro de pagamento;
- O sistema dispõe de tela para fazer o registro da retirada de cheques que sejam pagos em carteira;
- O sistema permite registrar o estorno de pagamentos realizados como também registrar o motivo do estorno do pagamento;
- O sistema permite registrar a suspensão de um estorno de pagamento que tenha sido registrado, informando o motivo da suspensão;
- O sistema dispõe de tela de consulta e pesquisa de pagamentos realizados por período e fornecedor, informando a data do pagamento, número do cheque, banco, conta corrente;
- O sistema dispõe de tela para fazer a consulta de contas a pagar por período e fornecedor;
- O sistema dispõe de tela para a consulta de impostos retidos por fornecedor por período;
- O sistema dispõe de tela para consulta de previsões de contas a pagar por período e fornecedor;
- O sistema disponibiliza emissão de relatório de contas a pagar com filtro de período e fornecedor;
- O sistema disponibiliza emissão de relatório de Posição de Contas à Pagar;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de contas pagas por

período e fornecedor;

- O sistema deve disponibilizar a emissão de relatório de contas pagas em atraso;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de contas pagas por setor;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de conta corrente do fornecedor;
- O sistema disponibiliza a emissão de recibo de pagamentos realizados;
- O sistema disponibiliza a emissão de Guia de Recolhimento, GPS, DARF e DAM;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de impostos por fornecedor.

Contas a Receber

- O sistema está totalmente integrado ao módulo de faturamento SUS (internação e ambulatorial) e permitir fazer a importação automática para o módulo de contas a receber de todas as remessas que tiverem a seu registro de envio no faturamento, sem a necessidade de que os dados sejam lançados no módulo financeiro novamente;
- O sistema faz o compartilhamento automático nas contas contábeis das notas fiscais emitidas pelo faturamento de acordo com os itens/grupos de faturamento tiveram a seu registro nas contas hospitalares e ambulatoriais;
- O sistema permite ao usuário fazer o registro manual de um compromisso a receber com as seguintes informações: Tipo de Documento, Data da Emissão, Data do Lançamento; Tipo de Vencimento, Cliente, Número do Documento, Série, Valor do Documento, Valor de Desconto, Valor de Acréscimo, Conta Contábil, Número de Parcelas, Data do Vencimento, Tipo de Quitação, Valor da Parcela/Documento, Código da Conta Contábil e Valor Compartilhamento da Conta Contábil;
- O sistema permite o usuário fazer o registro das previsões de contas a receber, para que o mesmo a partir destes dados possa analisar o fluxo de caixa com as previsões de recebimento que estão programadas para o período de análise;
- O sistema disponibiliza tela para realizar o registro do recebimento dos títulos de contas a receber que estejam abertos no sistema com as seguintes informações: Banco do Crédito, Conta Corrente do Crédito, Data do Crédito, Valor do Crédito, Histórico do Recebimento, Tipo de Recebimento, Acréscimos por juros e multa e Descontos Concedidos;
- O sistema disponibiliza a possibilidade de emissão de Recibo Provisório de Serviços e posteriormente a conciliação do mesmo com a Nota Fiscal Eletrônica (e-nf);
- O sistema disponibiliza opção para registar o cancelamento de contas a receber com motivo;
- O sistema disponibiliza opção para estornar contas recebidas;
- O sistema disponibiliza opção para cancelar estorno de contas

recebidas;

- O sistema disponibiliza opção de consulta e pesquisa de contas recebidas por cliente e período, informando a data do recebimento, número do movimento, banco e conta corrente;
- O sistema dispõe de tela para fazer a consulta de contas a receber por período e fornecedor;
- O sistema dispõe de tela para consulta de previsões de contas a receber por período e fornecedor;
- O sistema disponibiliza emissão de relatório de contas a receber com filtro de período e cliente;
- O sistema deve disponibilizar emissão de relatório de Posição de Contas à Receber;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de contas recebidas por período e cliente;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de contas recebidas em atraso;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de contas recebidas por setor;
- O sistema disponibiliza a emissão de relatório de conta corrente do cliente;
- O sistema disponibiliza de relatório de Resumo Geral de Contas à Receber;

SISTEMAS DE ATENÇÃO AO CLIENTE

- Cadastro de níveis de chamado;
- Cadastro dos receptores de chamados;
- Cadastro das situações de chamados;
- Cadastro dos tipos de chamados;
- Cadastro dos motivos de chamados;
- Cadastro de meios de contato;
- Cadastro de origens da solicitação;
- Cadastro de tipos de local;
- Configuração de usuários x setor de



chamado;

- Permitir o registro da abertura de chamados;
- Permitir cadastrar os documentos de chamado;
- Permitir executar o gerenciamento de chamados;
- Registrar a exclusão de chamados;
- Permitir registrar a resposta da solicitação de parecer aos setores;
- Realizar a consulta de chamados abertos;
- Emitir relatórios estatísticos de origens de chamados, meio de abertura, origem de chamado x tipo de chamado, níveis de chamado, motivos de chamado e tipos de chamado.

Além da implementação dos módulos de Gestão Hospitalar MV, serão implementados os Serviços de Armazenamento e Sistema de Diagnóstico Por Imagem (Picture Archiving and Communication System) no SADT integrado ao sistema de gestão para o diagnóstico e elaboração do laudo, assim como a disponibilização do Exame de Imagem ao paciente através do acesso online.



ITEM 1.1.2.5 - PROPOSTA DE REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS.	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

CAPÍTULO I – DOS OBJETIVOS

Artigo 1º. O presente Regimento Interno visa disciplinar a constituição, ações, relações, avaliação e direção dos profissionais da saúde, do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landó para o exercício de suas atividades profissionais. Conforme art. 1º da Resolução CFM No. 1481, de 08 de agosto de 1997.

Artigo 2º. O Corpo Clínico é formado pelo conjunto de médicos que prestam serviços nas diversas especialidades dentro da Unidade do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landó, com autonomia profissional, técnica, científica, política, cultural e religiosa, desde que respeitadas às disposições contidas neste Regimento.

CAPÍTULO II – DAS FINALIDADES

Artigo 3º. O Corpo Clínico do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - Dr Geraldo Landó tem as seguintes finalidades:

I. Assegurar a melhor assistência aos usuários do hospital atentando para o respeito e zelo pela vida humana, cumprimento das normas gerais da Unidade de Saúde, normativas do Sistema Único de Saúde (SUS) e respectivas normatizações do Conselho Federal de Medicina (CFM);

II. Atender de maneira, acolhedora, humanizada e sempre oferecer as melhores técnicas e informações adequadas aos usuários;

III. Colaborar para o aperfeiçoamento profissional dos médicos e do pessoal técnico do Hospital;

CAPÍTULO III - COMPOSIÇÃO

Artigo 4º. O Corpo Clínico é constituído, em todos os níveis aqui estabelecidos, por médicos legalmente habilitados, a quem cabe à execução de todos os atos médicos necessários à preservação da saúde, da vida e dignidade dos pacientes egressos no HESLMB.

Artigo 5º. O Corpo Clínico compõe-se de todos os médicos que utilizam e prestam serviços nas instalações e dependências do HESLMB e que se encontram em pleno direito de exercer a profissão, sendo classificados nas seguintes categorias:

I. Membros Efetivos: Profissionais que, em obediência as normas próprias de frequência mínima, desenvolvem, prioritariamente, suas atividades assistenciais no HESLMB;

II. Membros Eventuais: Profissionais que, esporádica ou excepcionalmente, desenvolvem atividades no HESLMB a fim de assistir a um paciente específico.

Artigo 6º. O Corpo Clínico é composto por:

I. Diretoria Técnica;

II. Diretoria Clínica;

III. Comissão de Ética Médica;

IV. Serviço de Controle de Infecção Hospitalar;

V. Comissões Permanentes e Temporárias;

VI. Médicos das diversas equipes.

CAPÍTULO IV – COMPETÊNCIAS

Artigo 7º. Compete à Diretoria Técnica:

I. Cumprir e fazer cumprir o presente regimento e as determinações da Direção Geral do hospital;

II. Planejar, coordenar, estimular, acompanhar e avaliar as ações desenvolvidas através das seguintes Coordenações e Supervisões: Coordenação da Clínica Médica, Coordenação da Clínica Cirúrgica, Coordenação da Unidade de Terapia Intensiva, Coordenação de Urgência e Emergência, Coordenação do Ambulatório, Coordenação do SADT;

III. Coordenar e supervisionar todas as atividades médicas, zelando pelo prestígio técnico, ético, moral e profissional do corpo clínico;

IV. Coordenar a assistência médico-hospitalar prestada aos pacientes;

LOGO DA UNIDADE	REGIMENTO DO CORPO CLÍNICO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS.	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

V. Estudar e propor medidas que visam a melhoria técnica ou administrativa dos serviços médico-hospitalares nas Unidades, bem como examinar solicitações e sugestões do Corpo Clínico e adotar as providências que julgar necessárias;



VI. Estimular a prática profissional interdisciplinar no hospital;

VII. Colaborar na humanização do atendimento hospitalar;

VIII. Desenvolver o espirito de critica científica através do estímulo ao estudo e a pesquisa clínica;

IX. Zelar pela guarda, controle, manutenção e conservação do equipamento e material utilizado;

X. Fazer reuniões periódicas com toda a sua equipe, registrando em livro ata as atividades técnicas e administrativas de sua área;

XI. Manter contato com a Direção Geral do hospital objetivando a eficiência administrativa dos serviços hospitalares;

XII. Fazer cumprir as normas do Conselho Federal e Regional de Medicina;

XIII. Assegurar o pleno e autônomo

funcionamento da Comissão de Ética Médica, sempre que necessário, participando de todas as reuniões;

XIV. Acionar a Comissão de Ética Médica, sempre que necessário.

Artigo 8º. O Diretor Clínico e seu substituto deverão ser eleitos pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Parágrafo Primeiro: O candidato deve ser membro efetivo do Corpo Clínico, possuir conhecimentos técnicos e científicos que abrangem o atendimento global do paciente, assim como condições científicas para estimular a pesquisa.

Parágrafo Segundo: O Diretor Clínico deve estar presente durante o período de maior atividade do HESLMB e, permanentemente, à disposição do mesmo.

Parágrafo Terceiro: Compete ao Diretor Clínico dirigir e coordenar o Corpo Clínico, de maneira democrática, aberto a críticas e sugestões de melhorias, supervisionando a execução das atividades assistenciais e zelar pelo fiel cumprimento do presente Regimento Interno. Para atingir as metas estabelecidas neste Artigo são atribuições do Diretor Clínico:

I. Dirigir e coordenar o Corpo Clínico do HESLMB estimulando a responsabilidade entre seus membros;

II. Assessorar o Diretor Técnico e órgãos administrativos no planejamento, organização e direção das clínicas, unidades do HESLMB;

III. Desenvolver o espírito crítico, estimulando o estudo e a pesquisa científica entre os membros do Corpo Clínico;

IV. Desenvolver e estimular o relacionamento cordial entre os médicos e outros profissionais, e destes com a administração e usuários do HESLMB;

V. Supervisionar as execuções das atividades de assistência médica na instituição;

VI. Zelar, cumprir e fazer cumprir o presente Regimento Interno;

VII. Exercer a função de mediador, visando humanizar os membros do Corpo Clínico e outros profissionais.

Artigo 9º. A Comissão de Ética Médica deverá ser eleita pelos membros do Corpo Clínico com direito a voto.

Artigo 10º. O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) tem por objetivo constituir, manter ativo e, sempre que necessário, rea-

valiar um Programa de Controle de infecções Hospitalares adequado às caracteristicas e necessidades da Unidade de Saúde, atendendo a legislação vigente, especialmente a Portaria Nº MS 2.616/98.

Artigo 11º. As Comissões Permanentes e Temporárias do HESLMB serão formadas por indicação da Diretoria geral, em comum acordo com a diretoria técnica e clínica. Os profissionais integrantes das Comissões devem ser qualificados e ter disponibilidade para atuação.

CAPÍTULO V - INGRESSO AO CORPO CLÍNICO

Artigo 12º. Para ingressar no Corpo Clínico do HESLMB o médico deverá ser convidado para tal, e atender aos seguintes requisitos:

1- Estar devidamente registrado junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Goiás, devidamente comprovando por meio de documentação;

2- Estar em dia com a anuidade do CRM-GO;

3- Apresentar capacidade técnica na área que pretende atuar.

CAPÍTULO VI - INFRAÇÕES

Artigo 13º. Qualquer membro do Corpo Clinico será considerado infrator e sujeito à penalidade, quando:

I. Desrespeitar o presente Regimento Interno;

II. Desrespeitar as Normas Administrativas internas do HESLMB especialmente o seu Regimento Interno;

III. Revelar-se inábil para o exercício da profissão e/ou função, independentemente da caracterização da transgressão de natureza ética;

IV. Cometer crime nas dependências do HESLMB relacionado ou não ao atendimento ao paciente;

V. Praticar atos de indisciplina, improbidade ou de insubordinação;

VI. Violar o sigilo médico, de modo a denegrir a imagem do HESLMB e/ou causar dano ao paciente;

VII. Abandonar suas funções, sem motivo justo, com ou sem prejuizo aos pacientes sob sua responsabilidade;

VIII. Atuar com desidia no desempenho de suas funções;

IX. Obedecer às normatizações do Código de Ética Médica.

Artigo 14º. A suspeita e/ou denúncia de infração cometida por membros do Corpo Clínico ensejarão sindicância, a ser realizada pela Comissão de Ética Médica, assegurando-se ao(s) médico(s) o exercício do amplo direito de defesa.

Parágrafo Primeiro: A Comissão de Ética Médica deverá, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, emitir parecer conclusivo sobre a existência de indícios, ou não, de transgressão ao Código de Ética Médica.

Parágrafo Segundo: No caso de haver indícios de infração de natureza ética, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao CRM para ciência e abertura de processo disciplinar de ética médica.

Parágrafo Terceiro: Nos casos de infração de caráter administrativo e/ou regimental interno, o resultado da sindicância deverá ser enviado ao Diretor Técnico do HESLMB e juntamente com o Diretor Geral aplicarão as medidas cabíveis.

Artigo 15º. As penalidades aplicáveis aos membros do Corpo Clínico são:

I. Advertência Verbal;

II. Advertência escrita, a ser entregue ao infrator, bem como anexada ao prontuário do médico;

III. Suspensão temporária do Corpo Clínico;

IV. Exclusão do Corpo Clínico.

Parágrafo Único - A terceira advertência ensejará, automaticamente, a penalidade de suspensão; a terceira suspensão ensejará, automaticamente, a penalidade de exclusão; podendo qualquer uma das penalidades ser aplicada de forma direta, em razão da gravidade e repercussão do fato, dentre outros fatores que serão analisados pelo Diretor Geral e Diretor Técnico para aplicação da penalidade;

CAPÍTULO VII - DIREITOS E DEVERES DOS INTEGRANTES DO CORPO CLÍNICO

Artigo 16º. São direitos dos médicos do Corpo Clínico:

I. Frequentar e usar as dependências do HESLMB internando e assistindo, pessoalmente, aos seus pacientes com autonomia profissional, desde que observadas as regras contidas no presente Regimento Interno e nas demais normas da Unidade de Saúde;

II. Utilizar os recursos técnicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento disponíveis na Unidade de Saúde;

III. Auxiliar a administração e os órgãos diretivos do Corpo Clínico, comunicando falhas e propondo modificações e aperfeiçoamentos;

IV. Zelar pelo bom nome do HESLMB e pela reputação profissional do seu Corpo Clínico, respeitando-se o Código de Ética Médica;

V. Participar das reuniões do Corpo Clínico e das atividades científicas dos existentes no HESLMB;

VI. Eleger o Diretor Clínico e seu substituto, bem como a Comissão de Ética Médica, desde que classificado como membro efetivo ou filiado.

Artigo 17º. São Deveres dos médicos do Corpo Clínico:

I. Conhecer e seguir o Código de Ética Médica, bem como manter comportamento cordial, sempre respeitando os colegas, funcionários e pacientes do HESLMB;

II. Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno e demais normas do HESLMB;

III. Assistir aos pacientes sob seus cuidados de forma humanizada, respeitosa, e sempre utilizando a melhor técnica em benefício do mesmo;

IV. Colaborar com seus colegas na assistência aos pacientes, quando solicitado;

V. Participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas;

VI. Elaborar e manter atualizado o Prontuário do paciente, manual de forma legível e/ou eletrônico, com o devido histórico clínico, a evolução, todas as ordens e prescrições assinadas, bem como preencher o resumo de alta quando da efetiva liberação do paciente;

VII. Informar e relatar aos órgãos diretivos, quando solicitado, esclarecimentos de ordem médica e/ou administrativa relativa à atividade assistencial ou aos pacientes;

VIII. Assumir a responsabilidade criminal, civil e ética pelos atos médicos praticados, pela indicação de métodos de diagnóstico, ou pelo tratamento e medicamentos prescritos;

IX. Comunicar aos órgãos diretivos do Corpo Clínico falhas na organização e na execução da assistência médica prestada no HESLMB;

X. Colaborar com as Comissões instituídas no âmbito do HESLMB;

XI. Restringir sua prática à área para a qual foi admitido, exceto em situações de emergência;

XII. Respeitar a política de direito dos pacientes atendidos no HESLMB e de seus familiares;

XIII. Quando da impossibilidade

de manter atendimento a um paciente, por qualquer motivo, comunicar à Diretoria Clínica o fato e as razões pela interrupção do atendimento, assim como certificar-se da completa transferência de informações sobre o paciente para o profissional que assumirá o acompanhamento;

XIV. Acatar as determinações vigentes da Vigilância Sanitária, inclusive no que se refere à segurança e saúde dos profissionais lotados na Unidade de Saúde.



CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 18º. Os atos médicos que impliquem em grande risco de vida ou incapacidade física permanente devem, sempre que possível, ser submetidos pelo médico assistente ao Diretor Clínico e à junta médica indicada e presidida por este, cuja decisão deverá ser registrada em ata.

Parágrafo Primeiro: O Diretor Clínico indicará 2 (dois) profissionais médicos para compor a referida junta médica, sendo certo que, em caso de empate, caberá ao Diretor Clínico o voto de minerva.

Parágrafo Segundo: A referida junta médica também deverá solucionar problemas, inclusive mediante a tomada de decisões que envolvam a realização de procedimen-

tos, bem como discutir condutas adotadas em casos graves ou com implicações sociais, uma vez que o pretendido é a garantia do melhor atendimento ao paciente, sem que isso signifique qualquer limitação à ação do médico.

Parágrafo Terceiro: Em caso de urgência, caso um ou todos os componentes indicados pelo Diretor Clínico não estejam presentes na Unidade de Saúde, referida junta poderá ser composta ou suplementada pelos médicos presentes no plantão.

Artigo 19º. A internação de qualquer paciente só pode ser realizada sob a responsabilidade de um médico, que deverá registrar sua indicação, diagnósticos provisórios e/ou definitivos, bem como recomendações especiais necessários para a internação e cuidados do paciente.

Artigo 20º. Os documentos do prontuário médico são de propriedade do paciente, permanecendo sob a guarda do HESLMB de acordo com as determinações legais, preservando-se as condições de sigilo estabelecidas em lei e no Código de Ética Médica.

Parágrafo Primeiro: É vedado ao médico, mesmo se assistente, apossar-se total ou parcialmente do prontuário médico, podendo consultá-lo após o arquivamento, por solicitação escrita e mediante assinatura de termo de responsabilidade.

Parágrafo Segundo: Somente com autorização do médico assistente outro(s) profissional(is), não relacionados ao caso, poderão ter acesso ao prontuário.

Artigo 21º. A divulgação pública, em qualquer veículo de comunicação ou através de outros meios diretos ou indiretos, de fatos referentes às atividades prestadas no HESLMB e de quaisquer informações sobre pacientes atendidos, somente poderão ser dadas pelos órgãos diretivos da Unidade de Saúde ou mediante autorização destes.

Artigo 22º. Os casos omissos neste regulamento serão resolvidos pelo Diretor Técnico. Caso seja necessário, pela natureza do caso omisso, serão ouvidos o Diretor Clínico e/ou a Comissão de Ética Médica.

Artigo 23º. Este Regimento Interno poderá ser analisado, revisado e, se necessário, reformulado.

Parágrafo Único: Este Regimento Interno para o Corpo Clínico está em concordância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina – CFM Nº 2.147/2016 que estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de Diretores Técnicos, Diretores Clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

Artigo 24º. Revogam-se as disposições em contrário.

CAPÍTULO IX- HISTÓRICO DE REVISÕES



Emissão	Versão	Descrição das principais alterações
XXX	XX	XXXXXXXXXXXX







ITEM 1.1.3 - IMPLANTAÇÃO DE PROCESSOS

ITEM 1.1.3.1 - PROPOSTA DE MANUAL DE PROTOCOLOS ASSISTÊNCIAIS

MANUAL DE NORMAS, ROTINAS E PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE NEBULIZAÇÃO/ INALAÇÃO/MICRONEBULIZAÇÃO

1. OBJETIVO

Promover a umidificação das secreções das vias aéreas visando facilitar a expectoração;

Administrar medicamentos absorvíveis pela mucosa nasal que tenham efeito sistêmico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT- Norma técnica;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica;
- SAE - Sistematização de Assistência de Enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fluxômetro;
- Inalador com medicações prescritas;
- Látex;
- Papel higiênico ou forro;
- Máscaras de inalação;

Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;
- Higienizar as mãos conforme NT da CCIH e reunir o material;
- Levar o material ao quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preparar o paciente para receber o tratamento;
- Ligar o inalador ao ar comprimido, ou oxigênio se necessário;
- Orientar o paciente para inspirar profundamente a medicação;
- Providenciar papel higiênico ou forro, para o paciente expectorar;
- Manter inalação durante o tempo indicado e observar o paciente;
- Recolher material e levar para desinfecção (expurgo);
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material;
- Higienizar caso seja necessário;
- Verificar prescrição médica;
- Usar somente fluidos estéreis para a inalação e manipular o líquido de maneira asséptica;
- Os inaladores são de uso individual e deverão passar por esterilização ou desinfecção de alto nível para serem novamente utilizados em outro paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTROS

Checagem no prontuário. Registro na SAE.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; P ERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja-neiro: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE OXIGÊNIO POR MÁSCARA FACIAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequa-

da às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistênciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT - Norma Técnica;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- -Oxigênio canalizado;
- 01 fluxômetro para oxigênio;
- 01 máscara facial de oxigênio;
- 01 frasco umidificador;
- 01 intermediário de silicone estéril;
- 01 frasco de água destilada estéril de 500 ou 250 ml;
- 01 bandeja de aço inox;
- 01 par de luvas de procedimentos;
- 05 unidades de gaze estéril;
- 01 frasco ampola de Soro Fisiológico 0,9% de 10 mL;
- 02 cotonetes ;
- 01 impresso para anotação de oxigênio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Identificar o paciente no prontuário;
- Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante (se possivel);
- Higienizar as mãos;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- onectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos;
- Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o macronebulizador com água estéril destilada até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar a água do recipiente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do tubo no frasco e a outra na máscara facial;
- Ajustar a faixa elástica ou cadarço até que a máscara se encaixe bem e confortavelmente;

- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Abrir a válvula de fluxômetro até produzir vapor de oxigênio;
- Retirar o acúmulo de água no tubo de extensão ou intermediário de silicone;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário, a data, a hora do início, do termino e fluxo do
- oxigênio administrado;
- Realizar a anotação de enfermagem, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Organizar o material;
- Higienizar caso seja necessário;
- Verificar prescrição médica;
- Fazer limpeza das narinas a cada 8 horas, utilizando luvas de procedimento, 01 cotonete ou gaze e a ampola de SF 0,9%;
- Desprezar a água do umidificador sempre que estiver abaixo do nível inferior a 1/3 de sua capacidade;
- Trocar o sistema acoplado ao fluxômetro quando houver mau funcionamento, sujidade ou a cada sete dias encaminhá-lo para limpeza e desinfecção;
- Em caso de suspensão temporária, guardar o cateter devidamente acondicionado e protegido;
- Se não houver borbulhamento da água no umidificador, checar se o fluxômetro está conectado corretamente, se persistir, trocar o frasco umidificador;
- Observar queixa de dispneia, padrão respiratório, frequência respiratória, sinais de cianose e valor de saturação de oxigênio e comunicar ao médico e ou enfermeiro em caso de intercorrências.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob a supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente. Registrar em SAE.

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER,L.S;SUDDARTH,D.S. Tratado de enfermagem médico - cirúrgica . 12ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.2012 V1,2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.portalcofen. com.br. Acessado em: 31/07/2012.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p

ASPIRAÇÃO DE TUBO ENDOTRAQUEAL

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias;
- Promover a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Sala amarela, sala vermelha, Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Unidade de cuidados intermediários – UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- EPI'S - Equipamento de Proteção Individual;
- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- FIO^2 - (Fração Inspirada de Oxigênio);
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Sonda de aspiração estéril de calibre adequado para idade do paciente;
- Luvas estéreis;
- Compressas estéreis;
- Água estéril;
- Bolsa de ventilação com pressão positiva, reservatório de O^2 e máscara de silicone;
- Fonte de oxigênio a 100%;
- Fonte a vácuo ou aparelho de aspiração portátil;
- SF 0,9% na seringa;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental);
- Oximetro de pulso (Se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Colocar uma compressa estéril

sobre o tórax do paciente;

- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo a no invólucro;
- Teste o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como contaminada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO^2 até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambú e realizar o procedimento de aspiração em seguida;
- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

6. DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI'S;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possível;
- Colocar uma compressa estéril sobre o tórax do paciente;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração mantendo a no invólucro;
- Testar o funcionamento adequado do sistema de aspiração;
- Calçar as luvas de maneira asséptica, designando uma das mãos como estéril e a outra como contaminada, quando não for possível o auxílio do Técnico de Enfermagem;
- Aumentar a FIO^2 até dois dígitos por 3 minutos antes de desconectar o ventilador e realizar o procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Segurar a sonda estéril com a mão limpa;
- Desconectar o ventilador mecânico (se necessário) com a mão não dominante e colocar o circuito sobre a compressa estéril;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente no tubo traqueal ou cânula na fase inspiratória, sem aplicação do vácuo, até que se encontre resistência;
- Retroceder aproximadamente 0,5cm para evitar risco de reflexo vagal;
- Aplicar sucção intermitente, enquanto se retira a sonda através de movimentos rotatórios;
- Limitar o procedimento de 10 a 15 segundos no máximo, idealmente 5 segundos para crianças;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reconectar o ventilador (se necessário) e manter restrita observação do paciente durante todo o procedimento;
- Lavar a sonda de aspiração, tendo o cuidado de não contaminar a mesma;
- Limpar a sonda com gaze estéril, se necessário;
- Instilar solução salina se houver secreção espessa, ventilar os pulmões com ambú e realizar o procedimento de aspiração em

seguida;

- Realizar aspiração nasofaríngea e orofaríngea na seguinte ordem: introduzir a sonda alternadamente em cada narina e na boca até a faringe;
- Remover as secreções do cateter com água estéril;
- Proteger a extremidade do látex com invólucro estéril;
- Fechar o vácuo e desprezar a sonda de aspiração e demais materiais utilizados no procedimento;
- Reavaliar o paciente;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas.

7. PERIODICIDADE

- Sempre que necessário.

8. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

9. RESPONSÁVEL(S)

- Enfermeiro

10. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

11. REFERÊNCIAS

NETTINA, Sandra M. Práticas De Enfermagem. 9ª edição-Rio de janeiro. Editora Guanabara Koogan. 2012.REIS, Marco Antonio Soares. III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol. 2007.

TIMBY, Barbara K. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. 10ª Edição-Porto Alegre: Editora Artmed, 2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009

ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES

1. OBJETIVO

- Manter vias aéreas pérvias, promovendo a ventilação adequada;
- Diminuir a colonização microbiana oral e evitar a broncoaspiração.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- EPI'S - Equipamento de Proteção Individual;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda de aspiração estéril de

calibre adequado para idade do paciente;

- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Frasco de aspiração conectado à rede de vácuo ou ar comprimido;
- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- Aspirador;
- EPI'S (máscara, gorro, Óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Colocar os EPI'S;
- Reunir todo o material;
- Posicionar o paciente em posição supina ou semi-fowler, quando possivel;
- Realizar a avaliação clínica do paciente: frequência respiratória, esforço e mecânica respiratória, entrada de ar, ausculta, expansibilidade torácica, sinais de desconforto respiratório;
- Orientar paciente e acompanhante quanto ao procedimento;
- Adaptar uma das extremidades do látex à fonte de vácuo e a outra à sonda de aspiração;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Abrir a rede de vácuo;
- Iniciar a aspiração pelas narinas;
- Pinçar o látex e introduzir a sonda em uma das narinas;
- Introduzir a sonda de aspiração suavemente, soltar o látex e proceder à aspiração com movimentos semi rotatórios;
- Introduzir a sonda na cavidade oral até provocar reflexo da tosse, soltando o látex;
- Proceder à aspiração com movimentos rotatórios;
- Sempre que houver necessidade entre uma aspiração e outra lavar extensão da sonda e látex, ao término do procedimento lavar novamente toda a extensão;
- Fechar o vácuo, desprezar a sonda, desconectando-se do látex e proteger a ponta do mesmo;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reavaliar o paciente;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Desprezar no expurgo o conteúdo do frasco coletor;
- Trocar frasco de vácuo e intermediário a cada 24 horas;
- Retirar EPI'S;

- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário a data, hora, aspecto e quantidade das secreções, intercorrências se houver;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Prevenir complicações respiratórias;
- Proporcionar uma ventilação eficaz, removendo secreções brônquicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Anotação e checagem em prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

NETTINA, Sandra M. Práticas De Enfermagem.7ª edição-Rio de janeiro editora Guanabara Koogan,2003.

REIS, Marco Antônio Soares. III Consenso Brasileiro De Ventilação Mecânica. J Bras Pneumol.2007.

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p.

INSTALAÇÃO DE OXIMETRIA DE PULSO

1. OBJETIVO

Mensurar os níveis de saturação de oxigênio e a frequência do pulso.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Oximetro de pulso com cabo de energia;
- 01 Sensor em sonda de acordo com o paciente: (se pediátrico 10 cm de fita adesiva hipoalérgica ou esparadrapo);
- 03 Bolas de algodão ou 01 pacote de gaze;
- 01 Almotolia com álcool a 70%;
- 01 Caneta;
- 01 Impresso de sinais vitais ou de anotações de enfermagem.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente;
- Identificar o paciente através do prontuário e identificação no leito;
- Higienizar as mãos;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar os materiais para a unidade do paciente;
- Fazer desinfecção do sensor com algodão umedecido com Álcool a 70%;
- Verificar a voltagem do equipamento e conectá-lo à fonte de energia elétrica;
- Ligar o monitor e determinar os limites do alarme, tanto para saturação de oxigênio alta quanto baixa, bem como, para as frequências de pulso altas e baixas, de acordo com a idade, condição física ou clínica, terapêutica e riscos;
- Confirmar se o sensor está compatível ao monitor;
- Selecionar a área apropriada para aplicar o sensor com base na circulação periférica e temperatura do membro (dedos das mãos, dos pés e lóbulo da orelha);
- Determinar a adequação da circulação periférica, avaliando o enchimento capilar, evitando locais com: edemas, lesões cutâneas, hipotermia ou doença vascular periférica;
- Preparar o sítio selecionado;
- Fixar o sensor no local escolhido, alinhando o receptor e o emissor de luz um em oposição ao outro;
- Em neonatal e pediátrico: Envolver primeiro uma gaze dobrada e depois passar a fita hipoalérgica;
- Orientar Mãe ou responsável;
- Conectar o sensor do oximetro ao aparelho;
- Certificar se a luz ou a forma da onda refletem a força do pulso, comparando a frequência radial ou apical do cliente com a frequência do oximetro. Quando existir diferença reavaliar a colocação do sensor;
- Ler o nível de saturação do oxigênio e a frequência de pulso;
- Mudar o sensor de dedo a cada duas horas se sensor de salto (abre e fecha como pregador de roupa) ou a cada 4 horas se adesivo; deixar o paciente seguro, confortável e a unidade em ordem;
- Higienizar as mãos;
- Registrar no prontuário a data, a hora, o local de escolha para colocação do sensor e os valores das leituras realizadas (saturação e frequência);
- Assinar e carimbar.
- Diante de níveis alterados, avaliar a condição clínica, verificar se o sensor não se soltou e, conferir se o tipo de sensor está adequado ao biótipo e ao local de escolha. Comunicar ao médico, se persistir.

6. PERIODICIDADE

Conforme necessidade e/ou solicitação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Registrar em prontuário e SAE.

10. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lein.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em http://www.portalcofen. com.br.Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2004.

SOBECC. Práticas Recomendadas-SOBEC. Práticas Recomendadas- SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.1592p.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER TIPO ÓCULOS

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- NT CCIH - Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- EPI's - Equipamento de Proteção Individual;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Luvas de procedimentos;
- Gazes;
- Extensão de látex;
- Cateter nasal tipo óculos;
- Rede de Oxigênio canalizada ou em torpedos;

- Frasco contendo água estéril ou soro fisiológico estéril;
- EPI'S (máscara, gorro, óculos, avental).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição do paciente ou a necessidade de oxigênio;
- Checar a identificação do paciente no leito;
- Orientar e explicar o procedimento ao paciente e ao acompanhante;
- Higienizar as mãos;
- Separar e preparar os materiais;
- Levar o material para a unidade do paciente e colocá-lo sobre a mesinha de cabeceira ou carrinho de curativo;
- Colocar os EPI'S;
- Conectar o fluxômetro à saída de oxigênio. Cuidado com vazamento de oxigênio e observar presença ou a possibilidade de faíscas de materiais elétricos. Nunca usar óleo, graxa, hidrocarbonetos ou deixar materiais orgânicos similares em contato com oxigênio, sob risco de explosão;
- Encher o umidificador com água estéril destilada ou SF 0,9% até 2/3 de sua capacidade. Nunca completar o recipiente totalmente;
- Rosquear a tampa do umidificador ao frasco e conectá-lo ao fluxômetro;
- Conectar uma das extremidades do intermediário de silicone no umidificador ao frasco e a outra no cateter nasal;
- Abrir o fluxômetro e deixar um pouco de oxigênio sair para evitar acidentes por saída intempestiva do mesmo e verificar se há borbulhamento da água;
- Colocar o paciente em posição segura e confortável;
- Regular o fluxo de oxigênio conforme prescrição médica ou no máximo a 3l/min. Conforme prescrito;
- Higienizar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição supina ou Semi-Fowler, quando possível;
- Monitorar a saturação de oxigênio e frequência cardíaca durante a aspiração;
- Reunir todo o material, organizar o leito.
- Realizar anotação no prontuário, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

10. REFERÊNCIAS

BRUNNER, L.S; SUDDARTH, D.S. Tratado de Enfermagem Médico - Cirúrgica.9ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara. Koogan. 2012 V.1, 2,3 e 4.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em:http://www.portalcofen. com.br. Acessado em: 31/07/2012.

OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

1. OBJETIVO

Fornecer oxigênio na concentração adequada às necessidades do paciente sem risco para o mesmo e para o meio ambiente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter nasal (tamanho apropriado ao paciente);
- Extensão de látex;
- Esparadrapo ou micropore;
- Fita adesiva
- Umidificador;
- Água destilada estéril ou SF 0,9%;
- Gaze;
- Luvas de procedimento (proteção do servidor).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Reunir o material;
- Levar o material para o quarto do paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Datar o umidificador com fita adesiva;
- Unir o cateter à extensão de látex e ao umidificador, observar o nível de água destilada ou Soro Fisiológico 0,9%;
- Abrir a válvula do fluxômetro e manter fluindo um pouco de oxigênio;

- Calçar luvas;
- Segurar o cateter com a gaze e introduzir por uma das narinas (após mensurar o cateter do lóbulo da orelha a ponta da narina), delicadamente;
- Fixar o cateter com esparadrapo sobre a face, nariz ou testa do paciente;
- Aumentar o número de litros de oxigênio até a quantidade prescrita.
- Pedir para o paciente respirar pelo nariz a fim de aproveitar totalmente o oxigênio;
- Retirar as luvas;
- Guardar o material após o uso;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica ou até melhora do quadro do paciente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Observar o paciente durante o tratamento;
- Trocar o cateter nasal a cada 24 horas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e volume por minuto de oxigênio.

10. REFERÊNCIAS

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 6ª edição. Volume I. 863p.

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO ORO E NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico ou complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada;
- Fornecer nutrientes para a síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;

- NE - Nutrição Enteral;
- NT - Norma de Trabalho;
- OBS - Observação;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco de dieta prescrita;
- 01 Equipo para dieta enteral;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora;
- 01 Conector intermediário para equipo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Identificar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Confirmar paciente;
- Manter o paciente em decúbito dorsal 30º- 40º (essa posição de Fowler reduz o risco de aspiração e promove a deglutição efetiva, facilitando a manipulação da sonda);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Verificar e confirmar o posicionamento correto da sonda;
- Separar e preparar os materiais necessários;
- Conferir no rótulo da dieta enteral o nome do paciente, número de leito, data e hora da manipulação;
- Verificar se a bolsa de Nutrição Enteral encontra-se em temperatura ambiente, antes de administrá-la, para evitar cólica abdominal;
- Verificar aspecto, coloração, validade da dieta enteral e se o frasco continua integro;
- Adaptar o equipo ao frasco da dieta;
- Abrir a válvula reguladora da sonda, deixando-a fluir em toda a sua extensão, para retirar o ar do mesmo;
- Fechar a válvula reguladora;
- Adaptar o equipo a extremidade da sonda;
- Colocar o paciente em posição;
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo, quando em bomba de infusão, programá-la conforme prescrito;

- Abrir válvula reguladora e iniciar a dieta;
- Realizar controle da infusão;
- Após a interrupção da dieta, desconectar o equipo do frasco e conectá-lo ao da água, deixando fluir por toda sua extensão, lavando o equipo antes de instalar a próxima dieta;
- Após desconectar o equipo da sonda, fechar a mesma e proteger a extremidade do equipo com a própria tampa;
- Atenção ao prazo de validade identificado no frasco da dieta, antes, durante e após instalação;
- Deixar o paciente seguro, confortável e a unidade organizada;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Anotar, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

De acordo com prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o paciente em decúbito dorsal entre 30º- 40º durante administração da dieta;
- Em caso de obstrução de sonda, detectar a causa, auscultar e tentar desobstruir, caso contrário repassar nova sonda, ausculta e solicitar ao médico o pedido de um novo Raio X, para confirmar o posicionamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem sob supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Realizar a checagem e fazer as anotações de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data evolume infundido.

10. REFERÊNCIAS

ANVISA - Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral RDC 63/2000. Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponivel em http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 15/08/16.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n.º 453/2014. Aprova a Nota Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional. Acessado em: 16/09/15.

ADMINISTRAÇÃO DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

1. OBJETIVO

- Proporcionar suporte energético e nutricional para manter as funções orgânicas e preservar a estrutura corpórea;
- Suprir as necessidades de nutricionais do paciente de forma segura e eficiente.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;

- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- UCIN;
- Unidade de Tratamento de Queimaduras e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- NPT – Nutrição Parenteral Total;
- NT – Norma de Trabalho;
- OBS – Observação;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja de inox limpa e desinfetada;
- 01 Bomba de infusão;
- 01 Frasco/ Bolsa de dieta prescrita;
- Equipo fotossensível de bomba de infusão;
- 02 Luvas de procedimento;
- 02 Gazes;
- 01 Álcool a 70%
- 01 Fonte de energia para ligar a bomba infusora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Solicitar na farmácia a retirada da bolsa de nutrição parenteral da geladeira e mantê-la em ar ambiente;
- Separar os materiais necessários;
- Aguardar a bolsa de nutrição parenteral atingir a temperatura ambiente antes de administrar no paciente;
- Conferir no rótulo da dieta Parenteral o nome do paciente, número de leito, data, hora da manipulação, composição e volume;
- Verificar integridade da bolsa de dieta parenteral, validade, alterações na coloração ou presença de partículas de precipitação;
- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Fazer a desinfecção dos conectores do acesso venoso;
- Verificar e testar se o acesso está pérveo.
- Adaptar o equipo a bolsa da dieta, deixando-o fluir em toda a

sua extensão, para retirar o ar do mesmo, em seguida fechar a válvula reguladora;

- Instalar a nutrição parenteral conforme prescrição médica usando técnica asséptica;
- Instalar imediatamente o equipo ao dispositivo intravenoso (PICC, cateter umbilical, flebotomia ou acesso venoso central) e mantê-lo exclusivo para dieta parenteral;
- Ajustar o gotejamento ou o fluxo em bomba de infusão, abrir a válvula reguladora e iniciar dieta;
- Sendo infusão continua: verificar a cada 2 horas e anotar o volume infudido no prontuário do paciente ou na ficha de balanço hídrico;
- Após o término da dieta, desconectar o equipo do dispositivo intravenoso e descartar junto com a bolsa da dieta vazia;
- Proteger a extremidade do dispositivo intravenoso com a própria tampa;
- Retirar as luvas e higienizar as mãos;
- Anotar, assinar e carimbar;

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A NPT deverá ser infundida exclusivamente por cateter venoso central em via exclusiva;
- Observar a infusão da NPT constantemente;
- Observar parâmetros vitais durante e/ou após a administração da NPT.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Realizar a checagem, fazer as anotações e evoluções de enfermagem no prontuário do paciente com horário, data e registrar intercorrências. Em pacientes com registro de balanço hídrico, incluir o volume no espaço referente à "Ganhos".

10. REFERÊNCIAS

ANVISA – Regulamento Técnico para Terapia de Nutrição Enteral RDC 63/2000.

Lei N. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponivel em http://www.portalcofen.com.br. Acessado em: 15/08/16.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n.º 453/2014. Aprova a Nota Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional.

BALANÇO HÍDRICO

1. OBJETIVO

Controle da ingestão e eliminações diárias do paciente mantendo o equilíbrio hídrico no organismo.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro e outros.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BH – Balanço Hídrico;
- SNE – Sondas Nasoentérica;
- SOE – Sondas Oroentérica;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Formulário especifico para Balaço Hídrico;
- Caneta;
- Bandeja
- Frasco graduado;
- Comadres e ou Papagaio;
- Luvas de procedimentos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O controle de balanço hídrico é um procedimento muito importante no acompanhamento de um paciente crítico, pois ele é o processo que mede a ingestão e eliminação de líquidos do paciente, sendo um dos fatores de prevenção a outras patologias.

- Confirmar paciente;
- Apresentar-se e orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- O paciente deve ser pesado diariamente, no mesmo horário, com a mesma vestimenta sempre que possível;
- Todos os registros para o BH são feitos em formulário próprio, no qual devem constar as identificações do paciente como: Nome número do leito, data e hora;
- Registrar todos os volumes ofertados e/ou administrados por SNE/SOE, via oral ou parenteral, hemoderivados, em local apropriado com a identificação das infusões e/ou ofertas e registrar todos os volumes eliminados como diurese, vômito, fezes e drenagem de sondas e drenos (todas as perdas devem ser medidas o volume);
- Calçar luvas de procedimentos;
- Pesar fraldas antes de colocar no paciente e depois quando retirar;
- Perdas no leito (urina, fezes, sangramento, vômitos) devem ser debitadas, no adulto com valores de no mínimo 10 ml, quando as

fezes forem normais medir com cruzes: (+) pequena quantidade, (++) média quantidade, (+++) grande quantidade;

- Quando tiver suspenso alguma infusão a ser administrada (dieta, soro, medicação, encaminhamento para cirurgia etc.) a mesma deve ser registrada no formulário;

- Ver saldos das infusões continuas e zerar as bombas de infusão identificando o volume infundido nos frascos de soro;

- Fazer o BH parcial: no final de cada turno de 06 horas. Somando os valores administrados e eliminados no final de cada período 12h;

- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraimos o valor total de entradas pelo valor total saídas.

6. PERIODICIDADE

- BH parcial – realizado a cada 6 horas (18:00h; 24:00 h; 06:00 h e 12:00 h).

- BH total – realizado a cada 24 horas.

- BH positivo (+): quando o total administrado for maior que o total eliminado.

- BH negativo (-): quando o total eliminado for maior que o total administrado.

- realizado a cada 24 horas.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Para o cálculo total de 24 horas devem ser somados os valores do balanço parcial diurno e noturno e para o cálculo final subtraimos o valor total de entradas pelo valor total de saídas;

- O balanço hídrico deve ser fechado pelo técnico de enfermagem e também pelo enfermeiro para que seja realizada a dupla conferencia.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Realizar as anotações de enfermagem a registrar os volumes em Formulário específico para Balaço Hídrico;

- Controlar a diferença entre o ganho e a perda de líquidos durante um intervalo proposto.

10. REFERÊNCIAS

COMISSÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013. NT 01.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponivel em http://www.portalcofen. com.br.Acessado em 07/09/15.

NUTRIÇÃO POR GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Oferecer suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes, em pacientes que não conseguem deglutir ou manter a ingestão adequada.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de cuidados intermediários;
- Unidade de Internação;
- Pronto Socorro;
- Unidades de Internação etc.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BIC - Bomba de Infusão Contínua;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A - Não se aplica

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco com dieta prescrita;
- Equipo de soro ou equipo para bomba de infusão;
- Seringa de 20 ml;
- Frasco com água filtrada;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Realizar higienização das mãos;
- Apresentar-se ao paciente;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre o procedimento;
- Verificar se a bolsa de nutrição enteral encontra-se em temperatura ambiente antes de administrá-la no paciente, caso contrário, aguardar atingir temperatura adequada;
- Verificar integridade da bolsa de dieta, validade, alterações na coloração ou presença de particulas de precipitação;
- Acomodar o paciente mantê-lo em decúbito dorsal cabeceira 45º garantido que o paciente esteja com a cabeceira elevada, medida importante para evitar refluxo gastroesofágico;
- Avaliar o local da gastrostomia quanto a presença de desgaste, irritação ou drenagem e sinais flogisticos.
- Calçar as luvas;
- No caso de administração por bomba infusora, ajuste a bomba e o tempo de infusão, conforme prescrições da nutricionista ou do médico;
- Examine a sonda de gastrostomia, procurando bloqueios que impeçam o fluxo do liquido a ser infundido;

- Feche a pinça e conecte o equipo da bomba ou a seringa a sonda;
- Abra a pinça e inicie a alimentação, no caso de administração de dieta pela seringa, faça o na vazão de 5 ml a cada 30 segundos, repetindo esta operação até o esgotamento do volume da refeição;
- Ao termino da alimentação, desconecte o tubo e infunda 50 ml de água, como no início do procedimento;
- Programar o gotejamento da dieta na BIC, conforme a prescrição da equipe de nutrição e/ ou médica;
- Após a passagem de dieta lavar a sonda;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Deixar a unidade organizada;
- Registrar no prontuário ou no formulário de balanço hídrico o volume de dieta infundido de acordo com a rotina de cada setor (ex: 2/2 h, 6/6h)
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Comprimidos devem ser macerados individualmente, em água filtrada ou mineral e administrados. NUNCA devem ser administrados com a dieta. O CG (Cateter de Gastrostomia) deve ser lavado com 30mL após a administração dos medicamentos, a fim de evitar resíduos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Fazer a checagem e realizar as anotações de enfermagem, registrar os volumes infundidos, se houve ou não alguma intercorrência como diarréias, vômitos etc.

10. REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispões sobre a regu- lamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Disponível em http:// www.portalcofen. com.br.Acessado em 07/09/15.

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem.5ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara Koogan S.A.2009.

SOBECC. Práticas Recomendadas - SOBECC 3ª ed. Revisada e atualizada 2005.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed.Porto Alegre: Artmed,2007.1592p.

HIGIENE DO COURO CABELUDO

1. OBJETIVO

Estimular a circulação do couro cabeludo, proporcionar bem-estar e conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bacia com água morna;
- Balde;
- Sabão neutro ou Xampu;
- Pente;
- Um lençol ou toalha de banho;
- Luvas de procedimento;
- Impermeável ou Saco plástico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Retirar o travesseiro;
- Colocar o lençol ou toalha sob a cabeça do paciente para evitar molhar a região dorsal;
- Sustentar a cabeça do paciente com a ajuda de outro servidor;
- Proteger os ouvidos do paciente com algodão;
- Molhar, ensaboar e enxaguar o couro cabeludo fazendo uma leve massagem com as polpas digitais;
- Secar bem com o lençol ou toalha;
- Retirar o algodão dos ouvidos;
- Retirar as luvas e avental, lavar as mãos;
- Pentear os cabelos do paciente ou incentivá-lo a fazê-lo;
- Reorganizar a unidade e recolher o material;
- Anotar no prontuário e Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Ao realizar o banho.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Não se aplica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar a anotação de enfermagem, observar alterações no couro cabeludo como:

- lesões,
- presença de parasitas, hiperemias,
- lesão por pressão, comunique o enfermeiro.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HIGIENE ÍNTIMA FEMININA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Uma jarra;
- Luvas de procedimento;
- Avental impermeável;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Comadre;
- Gaze;
- Hamper;
- Biombo;
- Lençol ou cueiro (para forro);
- Luva para banho ou compressas limpas.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento ao paciente ou ao acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;

- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Colocar a paciente em posição ginecológica retirando a calcinha ou fralda;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a vulva com água;
- Ensaboar e enxaguar a região vulvar por fora, de cima para baixo;
- Afastar os grandes lábios e lavar no sentido antero-posterior, sem atingir o ânus;
- Lavar o ânus por último;
- Irrigar a vulva com água limpa;
- Retirar a comadre;
- Enxugar a vulva com o forro que está sob a paciente;
- Retirar o forro;
- Colocar o material usado, no hamper;
- Deixar a paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos de sinais de infecção ou lesões na região genital, comunicar o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

HIGIENE ÍNTIMA MASCULINA

1. OBJETIVO

Proporcionar higiene, conforto e bem estar ao paciente, evitando possíveis infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

-N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Jarra;
- Sabão neutro;
- Água morna;
- Saco de lixo;
- Gaze;
- Forro;
- Biombo;
- Hamper ;
- Luvas de procedimentos;
- Avental impermeável;
- Comadre.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Trazer o hamper próximo ao leito e biombo preservando a privacidade do paciente;
- Se apresentar ao paciente;
- Explicar o procedimento ao paciente ou acompanhante;
- Realizar paramentação com avental e calçar as luvas;
- Posicionar o paciente expondo somente a área necessária para a higienização;
- Colocar o forro e a comadre sob a região glútea;
- Irrigar a região genital;
- Afastar o prepúcio para trás;
- Iniciar a higiene ensaboando a glande e em seguida todo o corpo do pênis;
- Irrigar com água, retirando o sabão;
- Ensaboar e lavar a região anal;
- Irrigar com água para retirar o sabão;
- Retirar a comadre e enxugar a região;
- Reposicionar o prepúcio;
- Retirar o forro e deixar o paciente confortável;
- Realizar a limpeza da comadre;
- Retirar as luvas e o avental;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Caso apresente sinais de infecção ou lesões na região genital comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HIGIENE OCULAR

1. OBJETIVO

Manter a higiene dos olhos, evitando o acúmulo de secreção e infecções.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Água;
- Gazes não estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Cuba pequena;
- Toalha de rosto ou compressa.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Apresentar-se;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Calçar as luvas;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal;
- Umedecer a gaze com a solução fisiológica ou agua;
- Proceder à limpeza do ângulo interno do olho ao externo, utilizando o lado da gaze somente uma vez, repetir quantas vezes forem necessárias; remover delicadamente a secreção, partindo da parte interna do olho;
- Secar delicadamente;
- Deixar o paciente confortável;

6. PERIODICIDADE

Diariamente e sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Em casos alteração no globo ocular como: hiperemia, secreção ou prurido, comunique o enfermeiro.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HIGIENE ORAL

1. OBJETIVO

- Reduzir a colonização da orofaringe e, consequentemente, diminuir os riscos de infecção respiratória. Controlar o biofilme na cavidade bucal e hidratar os tecidos intra e peribucal;
- Prevenir a formação de úlceras e lesões da mucosa, evitar ou reduzir a halitose e proporcionar conforto ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- S/N - Se necessário;
- RN - Recém Nascido.
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Solução anti - séptica ou solução bicarbonatada ou água destilada (para RN) / creme dental;
- Lubrificante para os lábios S/N;
- Copo com água e canudo S/N;
- Seringa de 20 ml ou 10 ml (para crianças ou RN);
- Cânula de Guedel S/N;
- Forro ou toalha;
- Aspirador montado;
- Sonda de aspiração;
- Espátulas envoltas com gaze ou escova de dentes;
- Luva de procedimento;

- Óculos de proteção (quando paciente com muita secreção);
- Máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal (45);
- Realizar paramentação com máscara, óculos e luvas;
- Colocar uma toalha protegendo o tórax e pescoço do paciente;
- Proceder à limpeza de toda a boca e língua do paciente, usando espátulas embebidas em solução antisséptica ou água;
- Enxaguar a cavidade oral com a solução, e proceder à aspiração ao mesmo tempo;
- Enxugar os lábios e hidratá-los;
- Manter o paciente confortável;
- Retirar as luvas, a máscara e o óculos;
- Lavar as mãos;
- Reorganizar a unidade e recolher o material
- Realizar a limpeza dos óculos de proteção
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Diária, após as refeições ou de acordo com a prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Em casos de alergia, sangramentos, mobilidade dental, lesões, dor ou inflamação na cavidade oral, suspenda o procedimento e comunique o enfermeiro;
- A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro,Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Realizar as anotações no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de enfermagem. 9ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SONDAGEM NASOENTÉRICA

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente integra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SNE - Sondagem nasoentérica;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Dobb Hoff com fio guia (tamanho compatível com o paciente);
- Gazes;
- Seringa de 10 ou 20 ml;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Lubrificante (Xilocaína gel);
- Água destilada estéril;
- Luvas de procedimento;
- Toalha de rosto

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar para o paciente ou acompanhante o procedimento e a finalidade;
- Examinar a permeabilidade e a condição da pele de cada uma das narinas;
- Revisar na prescrição médica tipo de sonda e o esquema de alimentação enteral;
- Ficar no mesmo lado do leito da narina de inserção e ajudar o paciente a assumir posição de Fowler, a menos que contra-indicado. Colocar um travesseiro atrás da cabeça e dos ombros;
- Calçar as luvas;

- Pergunte ao paciente sobre problemas nas narinas (dificuldade para respirar devido a desvio de septo ou adenóide);
- Pergunte ao paciente sobre preferência (narina D ou E);
- Proteja o tórax com papel toalha;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Injete água na sonda para lubrificá-la (se a sonda não for prélubrificada);
- Reintroduza o fio guia na sonda;
- Lubrifique a sonda com o gel lubrificante anestésico na sonda selecionada com a compressa de gaze;
- Solicite ou auxilie o paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax;
- Introduza a sonda suavemente pela narina escolhida até atingir a epiglote;
- Solicite ao paciente que faça movimento de deglutição para facilitar a passagem da sonda a pela epiglote;
- Retorne a cabeça para a posição ereta;
- Continue introduzindo a sonda com suavidade até a marca;
- Conecte uma seringa de 20 ml, aspire o conteúdo gástrico e injete de 10 a 20 ml de ar pela sonda e ausculte simultaneamente o quadrante abdominal superior esquerdo para se certificar quanto ao posicionamento da.sonda (gástrica);
- Abaixe a cabeceira da cama e posicione o paciente em decúbito lateral direito (se possivel);
- Retire o adesivo da sonda (marca) e introduza mais 10 a 15 cm, considerando o porte físico do paciente;
- Retire o fio guia, tracionando-o firmemente e segurando a sonda para evitar que se desloque;
- Injete 20 ml de ar e observe o retorno menor que 10 ml e com dificuldade;
- Faça a fixação da sonda com adesivo hipoalergênico, e de maneira que a sonda não pressione a asa do nariz.;
- Retire as luvas de procedimento, mascara e óculos de proteção;
- Deixe o paciente confortável;
- Recolha o material, mantendo a unidade organizada.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Durante a introdução não force a

sonda se encontrar resistência ou o paciente começar a tossir, engasgar ou ficar cianótico, interromper a passagem da sonda e puxe- a para trás;

- Deixar o paciente confortável e o ambiente organizado;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Antes da administração da primeira dieta, recomenda-se um RX de abdome para certificar-se do posicionamento da sonda;
- Encaminhe o paciente para controle radiológico com o pedido médico ou aguarde para que seja realizado no leito. Certifique-se que o RX seja avaliado pelo médico, confirmado a localização da sonda e liberado para uso;
- Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem;
- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oro ou nasoenteral repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Despreza-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P. A.&PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 8ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SONDAGEM OROENTERAL

1. OBJETIVO

- Manter o suporte nutricional, restabelecer o equilíbrio hidroeletrolítico, complementar os nutrientes em pacientes que não conseguem manter a ingestão adequada mais possuem a função do trato intestinal parcial ou totalmente integra;
- Administrar medicamentos prescritos por via oral a pacientes com incapacidade de deglutição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SOE - Sondagem Oroenteral;
- CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda enteral (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml (conforme paciente);
- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Posicionar o paciente em posição de Fowler 45º;
- Reservar porção de xilocaína gel sobre gaze simples;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza do local da fixação (lateral da face) com soro fisiológico e gazes;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida à cicatriz umbilical mantendo técnica limpa;
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Lubrificar ponta distal do cateter com xilocaína gel;
- Fletir a cabeça do paciente suavemente em direção ao tórax, segurar o cateter com a extremidade apontada para baixo curvá-lo se necessário e com cuidado, inseri-lo na cavidade oral;
- Pedir para o paciente deglutir;
- Introduzir o cateter até a marcação;
- Testar o posiconamento do cateter;
- Proceder com a fixação do cateter;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;

- Solicitar à equipe médica RX de controle enteral;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Se a sonda estiver alocada no pulmão, para retirá-la deve-se providenciar o carro de emergência próximo ao doente, solicitar a presença do médico e seguir orientações médicas de monitoramento do paciente após a retirada;
- Na retirada da sonda oroenteral deve-se puxá-la lentamente. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável;
- Lavar a sonda com água filtrada após administração de dieta enteral para não obstruir o cateter.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Prontuário Médico.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P. A. & PERRY,A.G.Fundamentos de Enfermagem. 8ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara koo-ganS.A.2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª. ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SONDAGEM NASOGÁSTRICA

1. OBJETIVO

Descomprimir o estômago, drenar líquidos intra-gástricos, realizar lavagem gástrica, alimentação, diagnosticar motilidade intestinal e administrar medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SNG – Sonda Nasogástrica;
- SOG – Sonda Orogástrica;
- AD – Água Destilada;
- CCIH – Comissão De Controle De Infecção Hospitalar;
- N/A – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Sonda Gástrica (compatível com o paciente);
- Seringa de 05, 10 ou 20 ml

(conforme paciente);

- Gazes;
- Lubrificante hidrossolúvel;
- Esparadrapo ou micropore;
- Estetoscópio;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Apresentar-se ao paciente;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o paciente com cabeceira elevada a 45º (DLE evita aspiração do conteúdo gástrico);
- Calçar as luvas de procedimento;
- Realizar a medição do cateter: do lóbulo da orelha a ponta do nariz, em seguida ao apêndice xifoide (+ até 3 cm abaixo do apêndice xifóide no adulto);
- Marcar com esparadrapo a medida encontrada (até onde deve ser introduzido o cateter);
- Lubrificar a sonda;
- Solicitar ao paciente para manter o pescoço em ligeira flexão durante a introdução da sonda e deglutir várias vezes;
- Introduzir a sonda lentamente até a altura delimitada com esparadrapo;
- Observar aparecimento de tosse, cianose, sinais de estimulação vagal, bradicardia e apnéia;
- Injetar ar rapidamente com a seringa e concomitantemente colocar o estetoscópio sobre o estômago procurando ouvir um ruído borbulhante;
- Posicionar a sonda corretamente;
- Deixar a sonda aberta, se prescrito;
- Anotar secreção drenada se houver;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica, não excedendo o período de 5 meses.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Na retirada da SNG repetir os 5 primeiros itens do protocolo acima descrito e retirar a sonda puxando lentamente em movimentos rotatórios. Desprezá-la no lixo branco e proporcionar higiene oral ou nasal ao paciente deixando sempre confortável.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Cheque o procedimento na prescrição médica e proceda às anotações de enfermagem.

10. REFERÊNCIAS

POTTER. P. A. & PERRY,A.G. Fundamentos de Enfermagem.8ª ed.Rio de Janeiro. Guanabara koogan S.A.2013.

NETINA, S. M.; Prática de enfermagem. 9ª, ed. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA

1. OBJETIVO

Direcionar o tratamento médico na escolha de antibióticos específicos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A – não se aplica;
- SAE – sistematização da assistência de enfermagem.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Frasco estéril;
- Sabão neutro;
- Cuba rim esterilizada;
- Etiqueta do paciente;
- Luva esterilizada e de procedimento;
- Seringa, agulha e algodão com álcool (para pacientes sondados).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de COLETA DE MATERIAL PARA UROCULTURA:

- Verificar prescrição médica;
- Reunir o material;
- Higienizar as mãos;
- Orientar o paciente sobre o procedimento e solicitar sua colaboração;
- Avaliar o entendimento do paciente quanto ao propósito do exame e método de coleta;
- Calçar luvas de procedimento (técnica asséptica);
- Proceder à higiene da genitália com água e sabão neutro;

- Calçar luvas estéreis;
- Desprezar o 1º jato de urina e o jato médio coletar;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Rotular o frasco;
- Encaminhar material imediatamente após coleta não ultrapassando o período de 2h após coleta;
- Realizar registro de enfermagem na folha de controle;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

De acordo com solicitação médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando o paciente estiver sondado realizar a coleta de urina para urocultura executando desinfecção com algodão e álcool a 70% no local próprio da sonda para a aspiração, aspirando a quantidade necessária de urina para o exame;
- Em RN ou neonato realizar a coleta através de sondagem vesical.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento anotar em prontuário e SAE.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patrícia Ann, PERRY,Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro, 8ª edição, 2013.

LAVAGEM INTESTINAL

1. OBJETIVO

Promover o esvaziamento intestinal para a realização de exames, procedimentos cirúrgicos ou evitar distensão abdominal.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- OBS – Observação;
- RN – Recém Nascido;
- N/A – Não se Aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Solução prescrita;
- Impermeável, forro e fralda (crianças);
- Lubrificante hidrossolúvel;

- Papel higiênico;
- Comadre;
- Suporte de soro;
- Biombos;
- Sonda retal (tamanho adequado ao paciente);
- Gazes;
- Equipo de soro;
- Luvas de procedimento e máscara, gorro, óculos e avental.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Conferir prescrição médica;
- Reunir o material e coloca-lo sobre a mesa de cabeceira;
- Explicar o procedimento e finalidade ao paciente e/ou acompanhante;
- Preservar a privacidade do paciente utilizando biombos para cercar o leito;
- Lavar as mãos;
- Conectar o equipo no frasco de solução;
- Retirar o ar do equipo;
- Colocar o suporte do soro, junto ao leito;
- Colocar a comadre sobre o leito;
- Colocar um impermeável sob as nádegas do paciente, para proteger a cama ou forro/fralda;
- Colocar o paciente em decúbito lateral esquerdo com o joelho direito flexionado. (Posição de Sims), deixando-o coberto. As crianças devem ser posicionadas em decúbito dorsal;
- Colocar o frasco com a solução, conectado ao equipo no suporte;
- Adaptar a sonda, deixar correr um pouco da solução na comadre, para expeli o ar;
- Colocar a máscara e calçar as luvas;
- Lubrificar a ponta da sonda retal;
- Dobrar o lençol e, com a mão esquerda, afastar a prega interglútea, expor a região anal;
- Introduzir a sonda no reto em direção à cicatriz umbilical. Pedir para o paciente respirar profundamente;
- Adulto- 7,5 a 10 c. Crianças- 5 a 7,5 cm. Lactentes- 2,5 a 3,7 cm;

OBS:

- Introduzir a sonda com cuidado e lentamente para evitar lesões.
- Não deixar entrar ar no intestino, quando a solução estiver acabando;
- Abrir a pinça do equipo e deixar o líquido correr lentamente;
- Fechar a pinça e retirar a sonda;

- Desprezar a sonda em local adequado após envolve-la em papel higiênico;
- Aconselhar o paciente a reter a solução;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal, e levantar a cabeceira do leito;
- Colocar o paciente na comadre ou levar ao banheiro, deixar o papel higiênico à mão;
- Retirar a comadre e levar ao banheiro, desprezar o conteúdo, e encaminhar ao expurgo para a limpeza;
- Retirar as luvas;
- Oferecer o material para lavagem das mãos do paciente e/ou higiene íntima;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário a realização do procedimento e intercorrências quando houver;
- Monitorar sinais vitais;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Conforme prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Diminuir ou interromper o fluxo de líquidos, se o paciente acusar dor;
- Quando o líquido não correr por obstrução da sonda, fazer movimentos delicados com a mesma, ou substitui-la, se estiver obstruído;
- Em caso de RN retirar a fralda, após a eliminação fecal, pesando e desprezando-a. Anotar o peso na anotação de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; Técnico De Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Em prontuário e SAE, após término do procedimento.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia Ann, PERRY,Anne Griffine. Fundamentos de enfermagem. Elsevier, Rio de Janeiro,2005, p. 1390-1440.

CURATIVO CATETER VENOSO PERIFÉRICO DE MÉDIA PERMANÊNCIA

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P - data da punção;
- T - data da troca do curativo, Número do Abocath;
- AB nº XX e NOME Número do Abocath do profissional que realizou o curativo;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja;
- Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- Solução alcoólica a 70%;
- Caneta;
- Kit material para curativo estéril;
- Fita microporosa hipoalergênica;
- Esparadrapo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sitio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia iniciando pelo sítio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Deixar secar espontaneamente;

- Fixar o cateter com fita microporosa hipoalergênica ou esparadrapo, conforme as condições da pele do paciente;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo, Número do Abocath AB nº XX e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição.

6. PERIODICIDADE

Todos os setores.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sitio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem , auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014;

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja- neiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sangui- nea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

CURATIVO DE CATETER VENOSO CENTRAL COM FILME TRANSPARENTE

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P - data da punção;
- T - data da troca do curativo e nome do profissional;
- PICC - Cateter de Inserção Periférica Central;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 01 Caneta;
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Filme transparente;
- Luvas de procedimento;
- 01 Avental de mangas longas;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro

fisiológico 0,9%, inicie pelo sítio de inserção do cateter ampliando o campo;

- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia, inicie pelo sítio de inserção do cateter, ampliando o campo;
- Deixar secar espontaneamente;
- Remover papel protetor, posicionar a parte do curativo composta de película sobre a pele do paciente deixando o sítio de inserção do cateter centralizado;
- Remover o restante dos papéis protetores e molde a película ao redor do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita, após aplicado o filme transparente no sítio de inserção;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem;
- Na presença de sujidades, sangramentos, sinais flogísticos ou quando o filme estiver úmido, solto ou com a integridade comprometida, comunicar o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;
- Em caso de falta do filme transparente e/ou quando o cateter estive posicionado na região de jugular, realizar o curativo simples.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, o procedimento deverá ser registrado em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja- neiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sangui- nea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

CURATIVO CATETER VENOSO CENTRAL SIMPLES

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de corrente sanguínea relacionada ao cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- P - data da punção;
- T - data da troca do curativo e nome do profissional;
- PICC - Cateter de Inserção Periférica Central;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento
- 10 ml Solução alcoólica a 70%;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente;

e/ou acompanhante;

- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Umedecer a gaze estéril com soro fisiológico 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar limpeza com soro fisiológico 0,9% iniciando pelo sitio de inserção do cateter e ampliar o campo;
- Umedecer a gaze estéril com solução alcoólica a 70%;
- Realizar antissepsia iniciando pelo sitio de inserção do cateter e ampliar o campo.
- Deixar secar espontaneamente;
- Dobrar uma gaze ao meio e colocá-la na inserção do cateter;
- Fixar o cateter à pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril;

- Para remoção do filme transparente, solte a parte fenestrada e puxe-o paralelamente à pele com uma das mãos, enquanto a outra segura o cateter;

- Tipos de CATETERES CENTRAIS: Mono lumen, duplo lumen simples e para hemodiálise, PICC- Cateter de Inserção Periférica Central, Cateter de Flebotomia;

8. RESPONSÁVEL(S)

- Enfermeiro;

- Executantes: enfermeiro, técnico em enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

PROTOCOLOS DA COMISSÃO DE CURATIVOS DO HGP/ PROTOCOLOS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014. POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja- neiro: Elsevier, 2013.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

CURATIVO DE INCISÃO CIRÚRGICA LIMPA E SECA

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção;

- Otimizar o processo de cicatrização.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;

- 100 ml Soro Fisiológico (SF) 0,9%;

- 01 Máscara descartável;

- Luvas de procedimento;

- 01 Tesoura;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Fazer chumaço de gaze com auxilio da pinça Kelly;
- Umedecer a gaze com soro fisiológico a 0,9%;
- Calçar luvas de procedimento;
- Proceder a limpeza da área menos contaminada para a mais contaminada, do centro para as bordas;
- Lavar a ferida abundantemente com soro fisiológico a 0.9%.e fricção com gaze em rolamento.
- Repetir a limpeza até as gazes sairem limpas;
- Secar o centro e as bordas da ferida;
- Dobrar as gazes finas e colocá-las em cima da incisão cirúrgica;
- Cobrir as gazes com a fita microporosa hipoalérgica;
- Identificar o curativo com DATA e HORA da troca do curativo e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de

mangas longas;

- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro; técnico de enfermagem; auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento registrar em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

DEALEY, C. Cuidando de Feridas: Um Guia para as Enfermeiras. 3ª. ed., São Paulo: Atheneu, 2008.
GEOVANINI, T; OLIVEIRA JR.A.G. Manual de Curativos. 2ª. ed., São Paulo: Editora Corpus, 2009.
JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Abordagem Multiprofissional do Tratamento de Feridas, 1ª. ed., São

Paulo: Atheneu, 2005.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente san- guinea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE DESVITALIZADO

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- SF - Soro Fisiológico;

- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- SF 0,9 % 100 ML;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 01 Agulha 40x12;
- 01 Caneta;
- Curativo especifico;



- 01 Algoritmo A04;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar máscara descartável e gorro;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com

técnica asséptica sobre a bandeja;

- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de soro fisiológicos e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxilio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;
- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Retirar máscara descartável;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados.

6. PERIODICIDADE

Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar em prontuário.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Al- goritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015

CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE GRANULAÇÃO

1. OBJETIVO

- Realizar o curativo com a técnica asséptica;
- Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A – não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 01 Soro Fisiológico (SF) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- 02 par Luvas de procedimento;
- 01 Curativo especifico;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Algoritmo;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com

técnica asséptica sobre a bandeja;

- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar soro fisiológico na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de SF 0,9% com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxílio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de dentro para fora e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da incisão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida;
- Observar a característica da lesão e exsudato;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando a grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

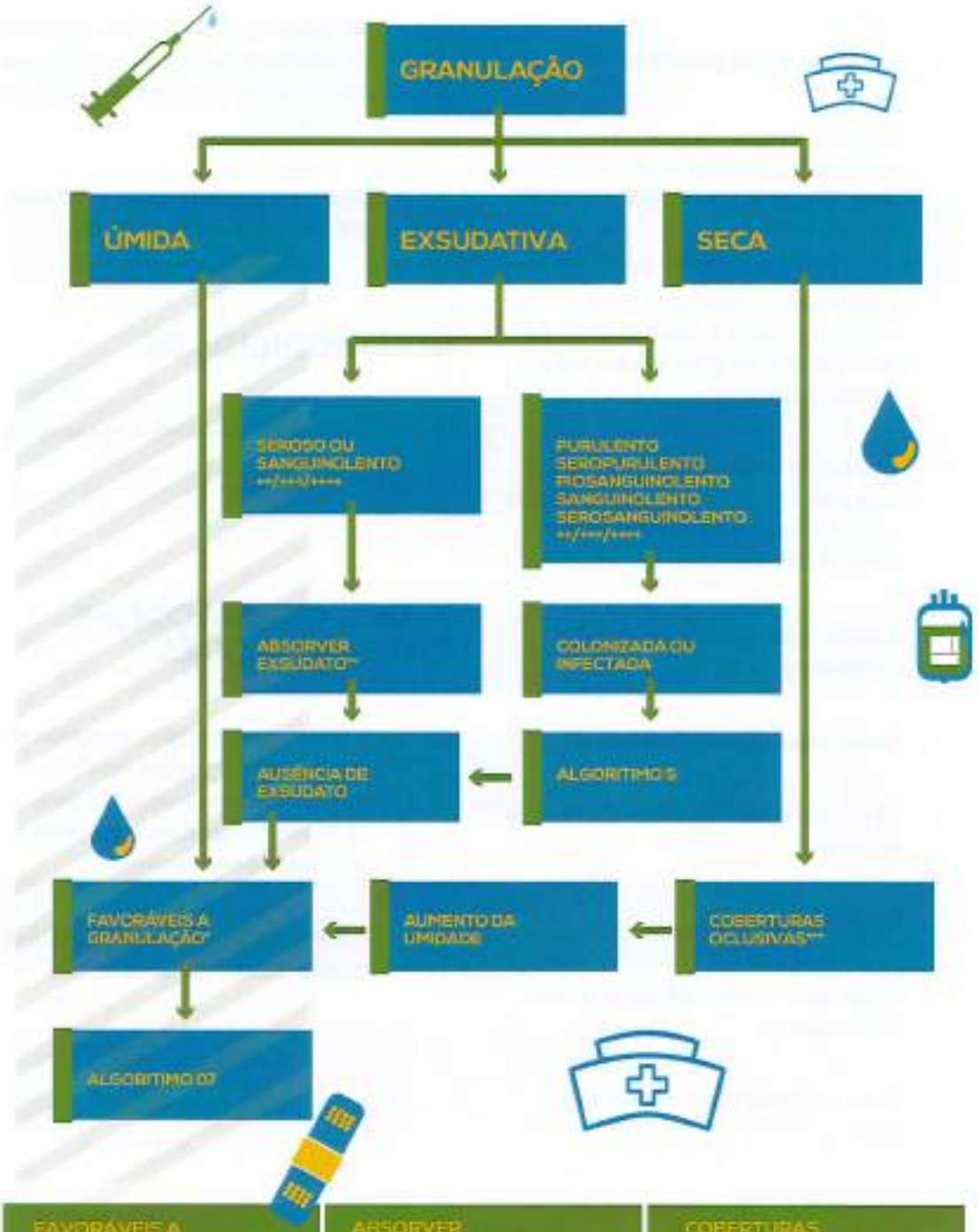
Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PESSOA COM FERIDAS

ALGORITIMO DE PREVENÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO



FAVORÁVEIS A GRANULAÇÃO*

- GAZE NÃO ADERENTE;
- GAZE UMEDECIDA COM SF 0,9%;
- AGE (SATURAÇÃO OU CADA 24H);
- HIDROGEL (CADA 3 DIAS OU MENOS CONFORME SATURAÇÃO);
- HIDROCOLÓIDE (3 DIAS A 7 DIAS OU CONFORME SATURAÇÃO;
- FILMES;
- RINGER SIMPLES.

ABSORVER EXSUDATO**

- ABSORVER EXSUDATO;
- HIDROPOLÍMERO;
- HIDROFIBRA;
- COLÁGENO;
- ALGINATO DE SÓDIO/CÁLCIO;
- CARVÃO ATIVADO;
- FILMES;
- ESPUMAS DE POLIURETANO;
- FIBRA DE CARBOXIMETILCELULOSE;
- TROCAR SE SATURADO OU MÁXIMO 7 DIAS

COBERTURAS OCLUSIVAS***

- GAZE NÃO ADERENTE;
- GAZE UMEDECIDA COM SF 0,9%;
- AGE (SATURAÇÃO OU CADA 24H);
- HIDROGEL (CADA 3 DIAS OU MENOS CONFORME SATURAÇÃO);
- HIDROCOLÓIDE (3 DIAS A 7 DIAS OU CONFORME SATURAÇÃO;
- FILMES;
- RINGER SIMPLES.

8. REGISTRO(S)

Após término do procedimento, registrar ação em prontuário.

9.REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2006.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Al- goritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

CURATIVO EM CATETER DE DUPLO LÚMEM (CDL)

1. OBJETIVO

Evitar tração do cateter, infecção e elevar o período de permanência do mesmo.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina Alcoólica 0,5% (1ª opção) ou PVPI Degermante e Álcool 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os matérias;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;

- Posicionar o paciente em posição fowler ou sentado;
- Lateralizar a cabeça do paciente ao lado contrário do CDL, se este estiver localizado em região cervical. Se o CDL estiver inserido em região femoral, orientar o paciente a manter-se em decúbito dorsal com membros inferiores estendidos e em repouso. Expor a área do cateter;
- Calçar luvas de procedimento e retirar o curativo cuidadosamente, evitando tracionar o CDL;
- Retirar as luvas de procedimento e preparar o material, abrindo o pacote de curativo estéril;
- Calçar as luvas estéreis;
- Observar o sítio de inserção, identificando a presença de sinais de infecção e exsudato;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em FALTA, escolher O PVPI DEGERMANTE (2ª opção). Realizar fricção no óstio de inserção do cateter com as gazes úmidas com PVPI degermante até criar espuma, em torno de um minuto a dois minutos;
- Posteriormente, limpar a região com Soro Fisiológico 0,9%, retirando todo o PVPI degermante presente;
- Utilizar gazes umedecidas com ALCOOL 70% no óstio de inserção do cateter e na pele ar redor, em movimentos circulares;
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de fazer a desinfecção da bifurcação do dispositivo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com Clorexidina 0,5% Alcoólica e na FALTA desta, USAR o Álcool 70%;
- Ocluir a bifurcação do cateter com uma bolsa adequada (copinho);
- Posicionar o cateter de forma que não o dobre;
- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Sempre desprezar o material contaminado em saco plástico;
- Organizar o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte do perfuro-cortante em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção

do CDL e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;

- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- Trocar a cada 48 Horas (Dia Sim e Dia Não);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado);
- Quando o óstio estiver com drenagem de exsudato e sinais flogísticos, realizar o curativo diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE DUPLO LÚMEN - SUSPEITA DE INFECÇÃO:

- Presença de secreção purulenta no óstio do CDL ou celulite;
- Presença de eritema, edema e dor que se extende por mais de 2cm no trajeto do túnel a partir do óstio do CDL;
- Presença de hipertermia sem outro foco.

CUIDADOS COM O CATETER DE DÚPLO LÚMEM:

- Manipular o cateter com técnicas assépticas, luva e material estéril;
- Proteger a inserção do cateter com curativo estéril (curativo estéril, fechando primeiramente o óstio e posteriormente desinfectando as vias com álcool);
- Realizar tricotomia em FACE nos pacientes do sexo Masculino (para facilitar a fixação e limpeza do cateter);
- Realizar curativo sempre que o mesmo apresentar-se solto, sujo ou úmido;
- Sempre anotar as caracteristicas do óstio de inserção após as trocas de curativo;
- Manter o cateter bem fixado e posicionado de forma a evitar dobras em seu curso natural;
- Manter o paciente com cateter femoral em repouso no leito, evitando a flexão do membro em que o cateter está inserido, para evitar traumatismos e manter a permeabilidade das vias e evitar infecção;
- Evitar a reinserção de um cateter que se exteriorizou do local de saida, prevenindo a bacteremia;
- Observar também os pontos de fixação do cateter. Se não estiverem presentes, comunicar ao médico responsável e ter cuidados extremos durante a troca de curativo;
- Comunicar ao médico responsável casos de hiperemia e secreção drenada pelo óstio de inserção do dreno, pois são sinais de infecção, além dos episódios de hipertermia e calafrios;
- Colher cultura de ponta de cateter, seguindo normas da CCIH, quando retirar os cateteres indicados.

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DE CATÉTER DUPLO LÚMEN:

- Lavar as mãos antes de iniciar o curativo e após o término do mesmo;
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. O médico deve ser imediatamente comunicado;
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

ANVISA. Infecção de Corrente Sanguínea:Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010.

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel. 2014.

CURATIVO EM DRENO DE TORAX

1. OBJETIVO

Evitar infecções no óstio de inserção, complicações e tração do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Clorexidina alcoólica 0,5%(1ª opção) ou álcool a 70% (2ª opção);
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;

- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de secreção serosanguinolenta é normal);
- Palpar a área adjacente à procura de enfisema subcutâneo e crepitações;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar ow material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro para fora;
- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o ALCOOL 70%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima do dreno, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento do dreno e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão do tubo, pois favorece o deslocamento do mesmo durante as trocas do curativo.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM MEMBRO COM ERISIPELA BOLHOSA

1. OBJETIVO

Promover a limpeza, o conforto, a redução da algia e edema, favorecer a cicatrização e a avaliação da evolução da ferida.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- AGE: Ácido Graxo Essencial;
- EPI: Equipamentos de proteção individual;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Bacia estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- AGE (Ácidos Graxos Essenciais);
- Gazes estéreis;
- Atadura estéril;
- Esparadrapo;
- Saco de lixo;

- Identificação do curativo: data, hora e assinatura do profissional que realizou o procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Opção 01:

Diluir 1 comprimidos de Permanganato de Potássio em 4 litros de Soro Fisiológico 0,9% em uma bacia estéril.

Opção 02:

Diluir meio comprimido de Permanganato de Potássio em 2 litros de Soro Fisiologico 0,9% em uma bacia estéril.

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os matérias;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Retirar as luvas de procedimento e calcar as luvas estéreis;
- Lavar o membro acometido na bacia com a solução já preparada;
- Retirar o excesso da solução de permanganato de sódio, presente no membro, com água destilada;
- Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;
- Ocluir o membro com gazes umedecidas com AGE;
- Enfaixar o membro no sentido tornozelo à coxa e fixar com esparadrapo;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- Realizar o procedimento duas (02) vezes ao dia, diariamente;
- Em caso de necrose no tecido, comunicar o médico responsável e solicitar parecer para a Comissão de Curativos, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A bacia deve ser estéril para evitar contaminação cruzada. O membro acometido pela erisipela deve ser limpo com a solução descrita acima;
- Se houver ferida aberta, presença de necrose, não precisa usar esta solução.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

PINTO, Et Al . Manual de Procedimentos Operacionais Padrão. Universidade Federal Fluminense. Hospital Universitário São Pedro- RJ, 2011.

CURATIVO EM FERIDA CIRÚRGICA, SEM DRENO

1. OBJETIVO

Realizar limpeza de uma ferida cirúrgica, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- FC - Ferida Cirúrgica;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: Touca, máscara;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;

- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente
- Avaliar a ferida operatória observando a união das bordas, hiperemia ou drenagem de exsudato;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com prontosan em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Deixar gazes umedecidas com prontosan sobre a ferida por no mínimo 5 minutos e no máximo 15;
- Secar se necessário;
- Retirar as gazes umedecidas após decorrido o tempo de ação, não havendo necessidade de lavar novamente;
- Ocluir a ferida operatória com gazes estéreis secas e fita microporosa;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- Realizar o curativo em FC nas 24 horas após a cirurgia;
- Realizar o curativo diariamente, somente em caso de drenagem de exsudato.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O primeiro curativo e a primeira avaliação devem ser realizados cuidadosamente nas 24 horas após a cirurgia;
- Ao retirar o curativo, se FC estiver limpa e seca, deixá-la descoberta.;
- O curativo oclusivo pode ser necessário quando houver a drenagem de exsudato pela ferida;
- As características do exsudato devem ser registradas (odor, coloração, espessura, quantidade).

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção). Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

SILVESTRE, et Al.Protocolo para Prevenção e Tratamento de Feridas Agudas e Crônicas.Secretaria

de Estado da Saúde. Florianópolis, 2011.

LIMPEZA DE FERIDAS NEOPLÁSICAS

1. OBJETIVO

Limpar as feridas neoplásicas, reduzindo o odor fétido, promovendo melhor bem estar ao paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DE FINIÇÕES.

- AGE - Ácidos Graxos Essenciais;
- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Seringa de 20 ml estéril;
- Lamina estéril;
- Gazes estéreis;
- Acochoados (se necessários);
- Ataduras (se necessário);
- Saco de lixo branco;
- Esparadrapo ou micropore;
- Se a ferida estiver com odor forte: 2 Comprimidos de Metronidazol diluidos em 1 frasco de 250 ml de SF 0,9%;
- Cobertura adequada;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento, se o mesmo estiver consciente;
- Lavar as mãos;
- Preparar a solução, macerando os comprimidos de Metronidazol, diluindo-os no frasco de Soro Fisiológico (que deve ser cortado com lamina estéril anteriormente). Com o auxilio de uma seringa de 20 ml, a ferida será irrigada com esta

solução;

- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Retirar as luvas de procedimento e calcar as luvas estéreis;
- Umedecer a ferida com o soro fisiológico 0,9% e retirar as gazes aderidas ao leito da ferida com luva estéril ou pinças estéreis;
- Realizar limpeza da ferida com Soro Fisiológico a jato abundantemente;
- Observar o ODOR da ferida e a CARACTERISTICA do exsudato da ferida;
- Se a lesão estiver com ODOR, preparar os comprimidos de metronidazol no SF macerar os comprimidos, abrir o frasco do SF com lâmina e colocar os comprimidos dentro. Utilizar a seringa de 20 ml para limpar a ferida;
- Aplicar a cobertura escolhida, adequada à lesão. Geralmente usa-se óleo mineral para oclusão;
- Ocluir adequadamente e identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

Geralmente deverá ocorrer a troca duas (02) vezes ao dia, porém, se a ferida estiver úmida, trocar mais vezes, se necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Não utilizar nas feridas neoplásicas: AGE e coberturas desbridantes (papaina, colagenase, derivados do iodo).
- Não é indicado o uso de metronidazol em solução endovenosa. A solução de soro com os comprimidos deve ser preparado no momento da realização do curativo, especificamente para feridas neoplásicas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro responsável pelo plantão.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção), e tipo de cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

SILVA, K.R.M.; BONTEMPO, P.S.M.; REIS, P.E.D.; VASQUES, C.I.; GOMES, I.R.; SIMINO, G.P.R. Intervenções terapêuticas em feridas tumorais: Relato de casos. Rev. Brasileira de Cancerologia 2015; 61 (4): 373-379.

CURATIVO EM CATETER POR DISSECÇÃO VENOSA (FLEBOTOMIA)

1. OBJETIVO

Evitar infecção na ferida operatória e complicações, além da tração do cateter.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1ª opção) ou ÁLCOOL 70% (2ª opção);
- Fita microporosa ou esparadrapo ou atadura;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Lavar as mãos;
- Explicar o procedimento e a sua finalidade ao paciente e ao acompanhante se o paciente estiver consciente;
- Posicionar o paciente em posição que facilite a exposição do membro com o cateter;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo que estava anteriormente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar a ferida operatória quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato purulento;
- Observar se há presença de exsudato nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (pequena quantidade de exsudato serossanguinolento é normal);
- Retirar luvas de procedimento;

- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti - sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1ª opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, escolher o usar o álcool 70% (2ª opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar, se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore ANTES de realizar a desinfecção da bifurcação do dispositivo até a conexão do equipo;
- Fazer a desinfecção da bifurcação com CLOREXIDINA 0,5% ALCOÓLICA e, na falta desta, usar o álcool 70%;
- Ao ocluir cuidar para não dobrar e nem tracionar o cateter;
- Identificar o curativocom data, horário e o nome do profissional que realizou;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;
- Retirar luvas;
- Encaminhar o lixo ao expurgo;
- organizar os materiais e limpar bandeja;
- Lavar as mãos;
- Realizar anotação de enfermagem descrevendo a caracteristica da ferida, a permeabilidade do cateter, citando se existe ou não a presença de sinais flogisticos.

6. PERIODICIDADE

- Troca: A cada 24 horas (ou seja, 01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Ao observar drenagem de exsudato do óstio ou outros sinais, como: hiperemia, dor, edema, no local, deve-se registrar no prontuário e comunicar o fato ao médico responsável pelo paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

ANVISA.Infecção de Corrente Sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Cor- rente Sanguínea. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010.

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO DE PENROUSE

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar atração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os matérias;
- Orientar o paciente sobre o

procedimento;

- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;
- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno de penrouse com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- DRENO COM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza da pele peridreno (ao redor do dreno) com SF, instalar a bolsa coletora, evitando manusear ou dobrar o dreno;
- DRENO SEM ANOTAÇÃO DO DÉBITO: Após a limpeza, instalar gazes estéreis entre o dreno e a pele e em cima do óstio, fixando e ocluindo com fita microporosa. Identificar o curativo;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o lixo em saco contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário: anotando quantidade de exsudato, características do líquido, odor, coloração e espessura.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;
- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção). Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

Manual prática de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis. 2013.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM FERIDA OPERATÓRIA LIMPA COM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar limpeza, prevenir infecção e identificar precocemente indícios de complicações, além de evitar atração acidental do dreno.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's;
- Luva de procedimento;
- Saco de lixo;
- Gazes estéreis;
- Luva estéril;
- Fita microporosa;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Saco coletor (se necessário);
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente;

- Calçar luvas estéreis, limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Se o dreno estiver longe da ferida operatória, deve-se ocluir a FO com gazes secas e realizar a limpeza do óstio do dreno tubular com SF;
- Secar com gazes estéreis secas (se necessário);
- Terminar de ocluir a FO e, posteriormente, instalar a bolsa coletora para anotação do débito, verificando adequadamente a aderência da bolsa á pele;
- Retirar as luvas estéreis;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar o curativo em caso de sujidades ou quando o mesmo molhar.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A limpeza do óstio do dreno deve ser feita APÓS a limpeza da FO;
- Realizar o primeiro curativo 24 horas após a cirurgia;
- Observar a integridade da pele peridreno durante a limpeza;
- Utilizar técnica estéril para a manipulação dos drenos até que ele seja removido.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10.REFERÊNCIAS

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas. 2011.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

CURATIVO EM GASTROSTOMIA

1. OBJETIVO

Evitar infecção no óstio de inserção, complicações e tração da sonda.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não de aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Gorro, máscara, óculos;
- Luva de procedimento;
- Luva estéril;
- Gazes estéreis;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Fita Microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Posicionar o paciente em posição Fowler ou semi-Fowler;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Retirar o curativo oclusivo do paciente, colocando os resíduos no saco de lixo;
- Observar o óstio de inserção quanto à presença de sinais flogísticos e exsudato;
- Observar se existe a presença de secreção nas gazes que foram retiradas para posterior anotação (presença de secreção verde, pode indicar a drenagem de suco gástrico);
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material asséptico e calçar luvas estéreis;
- Realizar a limpeza do óstio de inserção do dreno em movimentos semicirculares, de dentro parafora;

- Limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com soro fisiológico e com movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido; secar se necessário;
- Colocar uma fina camada de gazes embaixo e em cima da sonda, ocluindo adequadamente o óstio, fixando com fita microporosa;
- Fixar a sonda com um pedaço de fita microporosa, principalmente se a sonda for a Folley;
- Identificar o curativo;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário;
- Realizar anotação de enfermagem: aspecto do óstio, funcionamento da sonda e as queixas do paciente.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Deve-se trocar quando molhar ou estiver sujo.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Atualmente NÃO é recomendada a instalação de esparadrapo na extensão da sonda, pois favorece o des- locamento do mesmo durante as trocas do curativo.

CUIDADOS COM A PELE AO REDOR DA SONDA:

- Antes de manipular a sonda, lavar bem as mãos;
- Evitar tracionar a sonda ou empurrá-la para dentro da barriga;
- Observar a pele ao redor da sonda diariamente. Registrar no prontuário e avisar ao medico responsável em caso de pele vermelha ou saída de secreção pela abertura na pele;
- Solicitar a Comissão de curativos em caso de complicações, se necessário.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saú-

de/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

SANTOS. V. L. C. G.; Assistência em Estomaterapia - Cuidando do Ostomizado. Editora Atheneu. 2000.

CESARETTI, I. U. R.; PAULA, M. A. B. Estomaterapia: temas básicos em estomas. Cabral Editora e Livraria Universitária. 2006.

CURATIVO EM LESÃO POR PRESSÃO ESTÁGIO 1

1. OBJETIVO

Prevenir a progressão da lesão para o estágio seguinte.

Lesão por Pressão (LPP):

A Lesão por pressão é um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato.

A lesão pode se apresentar em pele integra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. A lesão ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pelo microclima, nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição.

LPP ESTÁGIO 1:

Pele intacta com hiperemia que não embranquece quando realizado digito pressão. Tal fato ocorre sobre proeminência óssea.

As LPP's estágio 1 podem ser difíceis de detectar em pessoas de pele escura.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- AGE: Ácidos Graxos Essenciais;
- EPI: Equipamentos de proteção individual;
- LPP: Lesão por Pressão;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's – Máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Hidrocolóide placa, se disponível na instituição;
- AGE;
- Saco de lixo;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional, data da próxima troca.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Preparar a bandeja com os matérias;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Avaliar o corpo inteiro do paciente, especialmente as proeminências ósseas;
- Nas áreas com Lesão por Pressão estágio 1, instalar uma placa de hidrocolóide em tamanho adequado;
- Se não houver placa de hidrocolóide, hidratar a pele com Ácido Graxo Essencial (AGE) a fim de manter a pele macia e elástica. Prescrever hidratação pelo menos duas vezes ao dia.

6. PERIODICIDADE

- Quando a proteção da pele acontecer com o hidrocolóide, orientamos uma média de 03 dias para a troca;
- Quando a hidratação da pele for realizada com AGE, a hidratação deve ser feita, pelo menos, duas vezes ao dia.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Seguir o protocolo de prevenção para as LPP's;
- Aproveitar o momento do banho para avaliar toda a pele corpórea do paciente a fim de identificar outras regiões anatômicas comprometidas;
- Recortar o hidrocolóide em um tamanho maior que a lesão, cerca de 05 cm a mais nas bordas, para que a placa tenha uma aderência total na pele adjacente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo, as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras. 3ª ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2008.

Ministério da Saúde/Anvisa / FioCruz. Protocolo para Prevenção de Úlcera por Pressão. 2013.

Publicação oficial da Associação Brasileira de Estomaterapia - SOBEST e da Associação Brasileira de En- fermagem em Dermatologia – SOBENDE. Adaptação cultural realizada pela professora Drª Maria Helena Larcher Caliri, Profª Drª Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos, Drª Maria Helena Santana Mandel- baum, MSN Idevania Geraldina Costa. Nova Classificação das Lesões por Pressão, 2016.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011. Acesso em 17/04/2015.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A REALIZAÇÃO DE CURATIVOS

1. OBJETIVO

Realizar trocas de curativos de forma segura e organizada, prevenindo contaminação cruzada e mantendo a privacidade do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas de procedimento;
- Luvas estéreis;
- Gazes estéreis;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Fita microporosa;
- Cobertura indicada;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data e horário do procedimento e assinatura do profissional.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo (não retirar as gazes em contato e/ou aderidas ao leito da ferida);
- Retirar as luvas de procedimento;
- Calçar a luva estéril;
- Retirar as gazes em contato com o leito da ferida com luva estéril ou com auxílio de pinças estéreis;
- Com a mesma luva estéril, que retirou as gazes em contato com o leito da ferida, realizar a limpeza da mesma;

- Iniciar a limpeza da ferida: Começar limpando o leito, posteriormente as bordas e depois a área próxima as bordas (área Peri-ferida);
- Além do uso do SF 0,9% a jato, deve-se limpar a ferida com gazes estéreis umedecidas com SF 0,9% em movimentos únicos e uniformes, no mesmo sentido;
- Em ferida operatória, deve-se iniciar a limpeza na incisão cirúrgica, em um mesmo sentido (unidirecional) e posteriormente, da área adjacente, no mesmo sentido;
- Após a limpeza, secar a área adjacente e bordas, se necessário;
- Avaliar os tecidos presentes na ferida para escolher a cobertura adequada;
- Aplicar a cobertura indicada e escolhida na lesão, sempre usando técnica asséptica;
- Ocluir a lesão e realizar as trocas conforme a cobertura ou conduta da Comissão de Curativos ou do médico responsável pelo caso;
- Identificar o curativo;
- Organizar o material;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, citando as características da ferida e a cobertura escolhida.

6. PERIODICIDADE

O curativo deve ser trocado considerando a cobertura utilizada.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização das luvas não substitui a lavagem das mãos;
- Todo curativo realizado em ambiente hospitalar deve ser realizado com técnica estéril;
- Somente a camada externa do curativo pode ser retirada com luvas de procedimento;
- Não retirar curativos com luvas já utilizadas em outros procedimentos;
- As gazes em contato com o leito da ferida devem ser retiradas com luvas estéreis e com esta mesma luva estéril, já calçada, pode-se realizar a limpeza do leito da ferida;
- Ter bom senso: Cuidado na abertura de grandes quantidades de pacotes de gazes, pois sobrando material, não se deve reaproveitar as mesmas em outras feridas (para evitar contaminação cruzada);
- Quando o paciente tiver mais de uma ferida, não abrir o curativo com as luvas que realizou o último curativo. Deve-se trocar as luvas e realizar a lavagem das mãos ou desinfecção com álcool gel entre uma ferida e outra;
- Os carrinhos de curativos devem ser higienizados entre cada paciente

atendido, para diminuir os risco de infecção cruzada, principalmente em locais com microorganismos multiresistente;

- Manter na parte superior dos carrinhos somente os materiais neessários para cada curativo/ paciente;
- Material acondicionado no carrinho deve ser manipulado sem luva;
- Não posicionar bandeja ou materiais de curativo no leito do paciente;
- Obrigatoria a desinfecção da mesa de mayo/carrinho entre um paciente e outro;
- Evitar expor o paciente, mantendo a privacidade individual;
- O saco de lixo branco deve ser individual para cada paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as caracteristicas da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

LEVIN, A.S.S; et al. Guia de Utilização de Anti-infecciosos e Recomendações para a Prevenção de Infecções Hospitalares. 5ª Ed. São Paulo: Hospital das Clínicas, 2011.

CURATIVO EM CATETER VENOSO CENTRAL

1. OBJETIVO

Evitar infecções no local de inserção do cateter e as complicações da disseminação de micro-organismos para a corrente sanguínea.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI – Equipamentos de proteção individual;
- N/A – Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's - máscara, gorro, óculos;
- Luvas de Procedimento;
- Luva Estéril;
- Soro Fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 mm estéril;
- Gaze Estéril;
- CLOREXIDINA ALCOÓLICA 0,5% (1º opção) ou ÁLCOOL 70% (2º Opção);
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco;
- Identificação do curativo: data, hora, nome do profissional que realizou o curativo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar o curativo anterior cuidadosamente para não tracionar o cateter;
- Observar o sitio de inserção, identificando sinais de infecção e presença de exsudato;
- Avaliar também a área Peri-inserção, procurando dermatites, irritações e traumas na pele;
- Retirar luvas de procedimento;
- Preparar o material e calçar luva estéril;
- Iniciar limpeza com gazes umidificadas em soro fisiológico 0,9%, iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional, para fora;
- Repetir este processo quantas vezes for necessário, trocando a gaze a cada vez;
- Posteriormente realizar anti-sepsia com gazes umedecidas com CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% (1º opção). Se a clorexidina alcoólica estiver em falta, usar o ÁLCOOL70%(2º opção), iniciando a limpeza na inserção do cateter e ir abrindo em movimento circular, unidirecional (de dentro para fora);
- Secar se necessário;
- Ocluir o óstio (local de inserção do cateter) com gaze estéril e microcopore;
- Posteriormente, realizar a desinfecção da bifurcação (polifix e restante do cateter) com a solução escolhida;
- Por fim, coloque a identificação: Data, horário do procedimento e assinatura;

- Deixar o paciente seguro e confortável;
- Recolher o material, descartando materiais sujos no saco plástico e este no expurgo, atentando para o descarte dos perfuro cortantes em lixo específico;
- Identificar o curativo com data, horário e assinatura do profissional;
- Retirar as luvas, máscara e higienizar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário, registrando as características do óstio de inserção do intra-cath, as condições do óstio de inserção e área periférica, a solução e o tipo de cobertura utilizada;
- Assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

- Troca: A cada 24 horas (01 vez ao dia);
- Trocar o curativo sempre que houver necessidade (solto, sujo, molhado).

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

CUIDADOS NA MANUTENÇÃO DO ACESSO VENOSO PROFUNDO:

- Diariamente, durante a troca de curativo, a inserção do cateter deve ser avaliada;
- Não molhar, nem submergir os dispositivos intravasculares. Para o banho de aspersão do paciente, protegê-lo com cobertura impermeável (Plástico);
- Caso aconteça a saída de parte do cateter, este não deverá ser reposicionado. Comunicar ao médico;
- Não utilizar cremes de antibióticos no sítio de inserção;
- Fazer desinfecção das conexões com álcool a 70% antes de qualquer manipulação.

OBSERVAÇÕES:

- Observar e registrar no prontuário, diariamente, o sítio de inserção a procura de sinais flogísticos;
- Em crianças, nas quais há maior perda de cateteres, a tomada de decisão deverá ser baseada nos riscos e benefícios da troca.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

ANVISA. Infecção de corrente sanguínea: Orientações para Prevenção de Infecção Primária de Corrente Sanguínea.Gerência Geral de Tecnologia em Serviços. Agosto de 2010. Acesso em 16/04/2015.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul. SP. Ed. Yendis, 2013.

SCIH. Manual de Recomendações para Prevenção de Infecções Hospitalares do Hospital Geral de Palmas - 2011-2013. Palmas- TO.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Instruções de Trabalho de Enfermagem Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon , 2011.

RETIRADA DE PONTOS

1. OBJETIVO

Realizar a padronização para a retirada de pontos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pacote estéril de curativo com pinças;
- Luvas de Procedimento;
- Soro Fisiológico 0,9% 100 ml;
- Gazes e ataduras estéreis, se necessário;
- Lâmina estéril ou tesoura estéril;
- Saco de lixo Branco.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja ou o carrinho de curativo com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Retirar a parte externa do curativo;
- Realize a limpeza da incisão cirúrgica unidirecional, com SF 0,9% e com o auxilio de pinças;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio, próximo ao nó, integro. Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito

aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;

- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte-os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique ao médico plantonista e anote no prontuário;
- Após o procedimento, realize um curativo oclusivo, somente se necessário.
- Recolher o material e organizar a sala;
- Registrar todo o procedimento no prontuário do paciente.

6. PERIODICIDADE

Quando prescrito pelo médico.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Antes de retirar os pontos, observar a presença ou não dos sinais de infecção;
- Após a retirada de pontos, se a pele estiver bem íntegra, sem drenagem de exsudato, não será necessário curativo oclusivo. Caso contrário, realize a oclusão com gazes e atadura.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014.

Manual prático de procedimentos: Assistência segura para o paciente e para o profissional de saúde/ Grupo de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universi- dade de São Paulo – São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis, 2013.

CURATIVO EM TRAQUEOSTOMIA

1. OBJETIVO

Promover a higiene e a integridade da traqueostomia, evitando também a infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- EPI - Equipamentos de proteção individual;
- SF - Soro Fisiológico;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: máscara, gorro, óculos;
- Luvas estéreis;
- Luvas de procedimento;
- Soro fisiológico 0,9%;
- Agulha 40 x 12 estéril;
- Gazes estéreis;
- Fita microporosa;
- Saco de lixo branco

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Realizar desinfecção da bandeja;
- Preparar a bandeja com os materiais;
- Orientar o paciente sobre o procedimento;
- Lavar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento e retirar gazes em torno da TQT (traqueostomia);
- Retirar as luvas de procedimento. Avaliar a traqueostomia e pele adjacente, verificando a presença ou não de sinais flogísticos, secreções, etc;
- Organizar o material estéril;
- Calçar luvas estéreis;
- Limpar a região ao redor da TQT com gazes umedecidas com soro fisiológico 0,9%;
- Observar, novamente, o aspecto da TQT, da pele adjacente e a presença e características da secreção;
- Colocar gazes secas entre a cânula de TQT e a pele;
- Trocar o cadarço se estiver sujo;
- Retirar as luvas;
- Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem;
- Desprezar o saco em lixo contaminado;
- Lavar as mãos;
- Registrar o procedimento no prontuário.

6. PERIODICIDADE

- O curativo deve ser trocado uma vez ao dia, diariamente;
- Trocar quando estiver molhado ou com sujidades.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e/ou Técnico em Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

- Todo o procedimento deve ser anotado no prontuário do paciente. Registrando o horário de realização da troca do curativo e as características da lesão (etiologia, profundidade, presença dos tecidos em leito, sinais de infecção);
- Deve-se anotar também, a cobertura utilizada.

10. REFERÊNCIAS

Universidade Federal de Minas Gerais. Hospital das Clínicas. Instruções de trabalho de enfermagem: Hospital das Clínicas da UFMG. Belo Horizonte: Editora Nescon, 2011.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO DA INSERÇÃO DA TRAQUEOSTOMIA

1. OBJETIVO

Prevenir infecção do estoma.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- Luvas de procedimento;
- 01 Cadarço para fixação;
- 01 Kit material de curativo Estéril;
- 20 ml de Soro fisiológico (S.F.) 0,9%;
- 01 pacote de Compressa não estéril;
- 01 Óculos de proteção;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;
- 01 Máscara descartável;
- 01 Avental de mangas longas.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;

- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Iniciar o curativo pelo sítio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo e secá-lo com gazes;
- Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;
- Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;
- Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Deixar secar espontaneamente;
- Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;

- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA. D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO DE PELE NÃO ÍNTEGRA COM TECIDO DE INFECTADO

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica. /Promover segurança ao paciente e cicatrização da lesão.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

N/A: Não e aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 1 Bandeja
- 100 ml Água destilada;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 20 ml Clorexidine degermante 4%;
- 01 Caneta;
- 01 Seringa de 20 ml;
- 01 Agulha 30x08;

- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica;
- 01 Curativo especifico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto - próximo ao paciente.;
- Idenficar - se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Aspirar água destilada na seringa de 20 ml;
- Calçar luvas de procedimento;
- Iniciar a limpeza da ferida com jatos de água destilada com a seringa de 20 ml e uma distância em torno de 10cm do leito da ferida;
- Proceder a limpeza com clorexidine degermante 4%, lavando abundantemente com água destilada;
- Continuar a limpeza de todo o restante da lesão, com o auxilio de uma pinça com gaze, utilizando a técnica asséptica;
- Realizar a limpeza de fora para dentro e de cima para baixo, utilizando as duas faces da gaze sem voltar ao início da lesão;
- Repetir a técnica o quanto necessário;
- Secar as bordas da ferida com gazes;
- Observar a lesão quanto ao tipo e quantidade de exsudato, ao esfacelo ou se está com necrose seca;
- Seguir o algoritmo;
- Desprezar o material utilizado em local próprio;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar luvas de procedimento;

- Identificar o curativo com DATA, HORA e NOME do profissional que realizou o curativo;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente quando o grau da lesão, observações realizadas e produtos utilizados;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na ausência de clorexidina degermante, utilize PVPI degermante a 10%;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

LOUREIRO, M. D. R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem à pessoa com feridas: Algoritmo de prevenção, avaliação e tratamento. Campo Grande: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, 2015.

REALIZAÇÃO DE CURATIVO EM DRENO TUBULAR

1. OBJETIVO

Realizar o curativo com a técnica asséptica para prevenir a ocorrência de infecção de sítio cirúrgico.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Bandeja;
- 20 ml Soro fisiológico(S.F.) 0,9%;
- 01 Máscara descartável;
- Luvas de procedimento;
- 10 ml Solução alcoólica;
- 01 Caneta;
- 01 Kit material para curativo estéril;
- 01 Fita microporosa hipoalergênica.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Higienizar as mãos;
- Reunir o material e levar ao quarto próximo ao paciente;
- Idenficar-se para o paciente e/ou acompanhante;
- Conferir o nome do paciente pela pulseira de identificação;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Colocar o avental descartável de mangas longas;
- Colocar máscara descartável;
- Calçar luvas de procedimento;
- Posicionar o paciente no leito de forma a expor a área a ser limpa;
- Manter o dreno desclampeado durante o procedimento;
- Remover o curativo anterior tracionando a pele do paciente;
- Retirar luvas de procedimento;
- Realizar fricção das mãos com preparação alcoólica;
- Calçar luvas de procedimento;
- Abrir kit de curativo estéril, com técnica asséptica sobre a bandeja;
- Abrir o material estéril sobre o campo de curativo;
- Iniciar o curativo pelo sitio de inserção do dreno, com gaze estéril e S.F. 0,9% ampliando o campo e secá-lo com gazes;
- Colocar 4 gazes abertas na parte inferior da incisão do dreno e 4 gazes abertas na parte superior da mesma;
- Fixar as gazes com fita microporosa hipoalergênica;
- Realizar assepsia da borracha do dreno até a conexão da extensão do frasco com gazes embebidas em solução alcoólica a 70%;
- Deixar secar espontaneamente;
- Proteger a pele do paciente com fita microporosa hipoalergênica e fixar, neste local, o dreno com esparadrapo;
- Desprezar o material utilizado em

local próprio;

- Retirar luvas de procedimento;
- Identificar fixação da punção da seguinte forma: P = data da punção T = data da troca do curativo e nome do profissional que realizou o curativo;
- Deixar o paciente confortável no leito;
- Retirar máscara descartável;
- Retirar avental descartável de mangas longas;
- Higienizar as mãos;
- Manter o ambiente em ordem;
- Realizar as anotações no prontuário do paciente;
- Repetir o procedimento conforme prescrição de enfermagem.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- No caso de sujidades, sangramento e/ou sinais flogísticos (eritema, edema, calor, secreção) no sítio da inserção, remova o curativo e comunique o enfermeiro;
- Na falta do kit de material de curativo estéril, usar luva e gaze estéril.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SÃO PAULO. APECIH - Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Um Compêndio de Estratégias para a Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde em Hospitais de Cuidados Agudos. APECIH. São Paulo, ed. Office, 2008.

MARRA, A.; MANGINE, C.; CARRARA, D. et al. Medidas de prevenção de infecção da corrente sanguínea. In: AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasil: Brasília, 2013.

ELETROCARDIOGRAMA

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para realização de ECG.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ECG - Eletrocardiograma;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Pedido de ECG;
- Eletrocardiógrafo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Solicitar o pedido de ECG e o cadastro junto à recepção, conferir os dados do paciente;
- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente o que irá ser feito;
- Verificar se a área de colocação dos eletrodos está limpa e sem pelos;
- Realizar a tricotomia nos locais de colocação dos eletrodos se necessário;
- Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado;
- Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos;
- Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc.;
- Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto;
- Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos;
- Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos);
- Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante);
- Iniciar o registro no eletrocardiógrafo;
- Deve-se tomar um cuidado especial para evitar a troca na posição dos eletrodos, o que dificulta a interpretação do exame;
- Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico;
- Retirar eletrodos;
- Limpar o gel com papel toalha;
- Finalizar o procedimento, deixando o paciente confortável.

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- V1 no 4º espaço intercostal, à direita do esterno;
- V2 no 4º espaço intercostal, à esquerda do esterno;
- V3 no 5º espaço intercostal, entre v2

e v4;

- V4 no 5º espaço intercostal, na linha médio - clavicular;
- V5 no 6º espaço intercostal, na linha axilar anterior;
- V6 na linha axilar média, no 5º espaço intercosta.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para pre- venção das infecções hospitalares 2011/2013. Pág 04.

INSERÇÃO DE CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)

1. OBJETIVO

Auxiliar na inserção de Cateter Venoso Central (CVC).

2. APLICABILIDADE

- UTI's;
- Pronto Socorro;
- Centro Cirúrgico;
- UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES.

- CVC - Cateter Venoso Central;
- Quando - Após avaliação médica;
- Indicações - Utilizar somente quando o cateter periférico não for possível ou insuficiente, inserir o cateter com o menor número de lumens, contemplando as necessidades do paciente;
- Frequência - Sempre que necessário;
- NT CCIH (Nota Técnica da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar);
- EPI'S (Equipamentos de Proteção Individuais);
- N/A - não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

EPI's (gorro óculos de proteção, máscara, luva e avental de manga longa estéril).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Confirme o paciente e o procedimento a ser realizado;

- Reúna o material na bandeja e leve-o ao quarto do paciente;
- Oriente o paciente quanto ao procedimento;
- Posicionar biombo de forma que proteja o paciente;
- Posicionar foco de Luz em posição que favoreça o procedimento;
- Posicionar o paciente em decúbito dorsal em posição de conforto com a extremidade que vai ser utilizada para punção repousando sobre uma superfície firme (coxim);
- Higienizar as mãos;
- Calçar as luvas de procedimento, máscara e gorro;
- Fazer a degermação da pele do paciente com clorexidina a 2% ou PVPI degermante em uma área ampliada e remover o excesso com gaze para retirar oleosidade e/ou sujidade;
- Lavar as mãos com solução degermante (clorexidina ou PVPI), secar com compressa estéril;
- Usar paramentação completa;
- Fazer a seguir antissepsia da pele em uma área ampla e com movimentos circulares e unidirecionados, utilizando solução alcoólica de clorexidina ou PVPI;
- Preparar a caixa de instrumental (pequena cirurgia) sobre a mesa de Mayo e aberta para o uso do médico;
- Posicionar campos estéreis de forma a cobrir toda a área a ser puncionada (barreira máxima – profissional médico);
- Realizar a punção e fixar o cateter de acordo com a técnica recomendada (profissional médico);
- Após a conexão do equipo ao cateter pelo médico, posicione o frasco da solução abaixo do nível do paciente, certificando-se do refluxo sanguíneo, assim que o médico abrir o sistema, e em seguida erga o frasco, regulando a velocidade do fluxo;
- Limpar o local com SF 0,9% removendo o sangue, secar com gaze estéril, em seguida fazer antissepsia com clorexidina a 0,5%;
- Manter curativo oclusivo com gaze seca estéril e fita microporosa nas primeiras 24h. Após este período, utilizar preferencialmente cobertura com filme transparente estéril;
- Observe sinais de desconforto respiratório do paciente;
- Observe presença de alterações (hematoma, edema ou sangramento) na região da inserção do cateter;
- Higienizar as mãos;
- Realizar o pedido de RX de tórax para avaliar o local de inserção do cateter (profissional médico);
- Manter monitorização de ECG, devido a risco de produção de arritmias;
- Proceder as anotações e evoluções na ficha do paciente e conforme rotina da unidade.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A escolha do local de inserção do CVC deverá seguir a seguinte ordem:

- Subclávia;
- Jugular;
- Femoral;
- Umbilical (para recém-nascidos);
- Flebotomia como última ação e preferir MMSS. Evitando instalar cateter próximo a lesões de pele e/ou traqueostomia.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

Guia De Utilização De Anti-Infecciosos E Recomendações Para A Prevenção De Infecções Hospitalares. COORDENADORES: Anna Sara S. Levin... [et al.] – ed 5ª. – São Paulo: Hospital das Clínicas, 2012-2014.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Medeiros EAS, Wey SB, Guerra CM. Diretrizes para a prevenção e o controle de infecções relacionadas à saúde 2006 - 2007. Comissão de Epidemiologia Hospitalar, Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2006. 132p

INSTALAÇÃO DE BALÃO INTRA-AÓRTICO

1. OBJETIVO

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- BIA – Balão Intra – aórtico;
- SCIH – Serviço de Controle de infecção Hospitalar;
- ECG – Eletrocardiograma;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Kit de sutura:

- 1 Kit de Pressão Invasiva;
- 1 cabo de pressão invasiva com transdutor da pressão (compatíveis com o console), Eletrodos (5 unid.);
- 1 bolsa pressurizadora, Heparina 5000 UI/ml – 0,25 ml, soro fisiológico – 0,9% 250 ml, cabo para Monitorização Cardíaca;
- Cateter do balão intra-aórtico, console do balão intra-aórtico, 1 gorro, máscara.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Orientar o paciente e família sobre o procedimento, sempre que possível;
- Realizar higienização das mãos;
- Organizar o material;
- Selecionar o cabo de pressão e transdutor compatíveis com o console do BIA que será utilizado;
- Preparar a solução para preenchimento do Kit de Pressão Invasiva: 250 ml de Soro Fisiológico 0,9% com 0,25 ml de heparina (frasco de 5000 UI/ml), e colocar em bolsa pressurizadora com pressão de 300 mmHg;
- Alinhar o ponto "zero" do sistema à linha axilar média;
- Colocar os eletrodos no paciente e monitorizá-lo, obrigatoriamente, no console do BIA;
- Realizar curativo oclusivo no local da inserção, após passagem do cateter;
- Conectar a extensão de saída do hélio à do cateter, inserido no paciente;
- Conectar a extensão da Pressão Arterial invasiva ao transdutor de pressão;
- Conferir com o médico o método ciclagem do BIA: ECG, curva de Pressão ou outros;
- Equalizar pressão do "zero", abrindo a válvula para o ambiente e pressionando o botão correspondente, e verificando o aparecimento dos valores "zero" nas pressões e adequação da curva;
- Verificar adequação da curva de pressão com a ciclagem acionada, a frequência da contra pulsação em relação ao número de diástoles, os valores pressóricos (sistólico e diastólico com o balão insuflado);
- Verificar o pulso poplíteo, pedioso ou tibial posterior do membro no qual o cateter do BIA está inserido, comparando com o contralateral, e registrar na anotação de enfermagem: amplitude dos pulsos, perfusão periférica e aquecimento;
- Imobilizar o membro do paciente com atadura, para evitar flexão, se necessário;
- Verificar presença de sangramento ou hematoma no local de inserção, registrando na anotação e/ou evolução de enfermagem;
- Encaminhar pedido de RX de tórax;

- Deixar a unidade organizada;
- Realizar a higienização das mãos;
- Realizar registros frequentes de enfermagem pelo menos 1 vez a cada 6 horas: frequência da ciclagem e perfusão do membro, além de qualquer alteração na programação do console.

6. PERIODICIDADE

De acordo com prescrição médica.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Caso haja redução na perfusão do membro, providenciar aquecimento com algodão ortopédico e atadura (evitando faixamento compressivo);
- Ligar para o setor de gases medicinais e solicitar reposição do hélio sempre que o console acusar nível de hélio baixo (low);
- Avisar o médico em caso de interrupção no funcionamento do BIA;
- O transporte do paciente pode ser feito com o sistema desativado, desde que o BIA não fique inativo por tempo superior a 30 minutos;
- A retirada do cateter deve ser realizada pelo médico.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

Descrever o resultado no prontuário do paciente.

10. REFERÊNCIAS

Silva, CNF. Assistência Circulatória com balão intra-aórtico. Cuidados em pacientes críticos. Pág. 50, 1996.

Thilian, LA, Dari, JK; Urden, LD; Cuidados em pacientes com monitorização invasiva; Enfermagem em cuidados intensivos. 1998.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja- neiro: Elsevier, 2009. SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013, Pág 04

RETIRADA DE PONTOS COM CURATIVO

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para sala de procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A: não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Pacote de curativo (2 pinças

dente de rato e 1 kocher);

- 01 Cuba rim;
- 01 Frasco com soro fisiológico;
- 01 Frasco com povidine tópico;
- Atadura de crepe se necessário;
- Pomada se prescrito;
- Luvas;
- 01 Esparadrapo ou micropore;
- Gazes.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Realize a limpeza da incisão cirúrgica, obedecendo a técnica do curativo (do menos contaminado para o mais contaminado), descartando as gazes utilizadas, em lixo contaminado;
- Umedeça os pontos com soro fisiológico e os seque;
- Com a pinça anatômica, segure a extremidade do fio, com a tesoura ou lâmina de bisturi, com a parte inferior do nó em apenas um lado do fio, mantendo o outro lado do fio próximo ao nó íntegro; Se necessário, ao puxar a extremidade do fio, se este apresentar-se muito aderido à pele, tracione-o para um lado de depois para o outro, com delicadeza, para que seja possível visualizar com clareza o local de posicionamento da tesoura ou lâmina;
- Coloque uma gaze próxima a incisão, para depositar os pontos retirados;
- Após retirar todos os pontos, conte os e verifique se todos estão íntegros (deverão apresentar 3 pontas cada, com um nó no centro). Caso algum apresente apenas duas pontas é certo que houve falha na extração do ponto e um pedaço do fio de sutura permanece na incisão. Caso esteja visível tente retirá-lo, do contrário comunique á enfermeira e anote no prontuário;
- Após o procedimento, faça a limpeza local com técnica asséptica;
- Recolher o material e organizar a sala;

6. PERIODICIDADE

De acordo com a necessidade e após avaliação do médico ou enfermeiro.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

Enfermeiro e Téc. de Enfermagem.

10. REFERÊNCIAS

BLANES, L.; FERREIRA, L. M. Prevenção e tratamento de úlcera por pressão. Ed. Atheneu, 2014;

GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: en-

foque multiprofissional. Ed. Rideel, 2014POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

SERVIÇO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR/HGP. Manual de recomendações para pre- venção das infecções hospitalares 2011/2013. Pág 04.

DESINFECÇÃO QUÍMICA DE ARTIGOS SEMICRÍTICOS

1. OBJETIVO

Promover desinfecção de alto nível, eliminando microrganismos na forma vegetativa presentes nos artigos semicriticos (artigos de assistência respiratória) mediante a aplicação de agentes químicos (acido peracético), evitando desta forma a propagação de focos de infecção entre pacientes, e mantendo a vida útil do artigo.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CME - Central de Material e Esterilização;
- EPI - Equipamento de Proteção Individual;
- CC - Centro Cirúrgico;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Recebimentode material sujo

- Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis e antiderrapantes gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular e livro de registro de entrega de material sujo dos setores externos.

Limpeza/ Descontaminação do material sujo

- Solução enzimática, torneiras com água quente, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico com tampa, escovas (cerdas macias), escovas tubulares para limpeza.

Enxague

- Torneiras com jato de água quente, torneiras com bico de pressão.
- Secagem
- Compressa cirúrgica, ar comprimido, campos duplos.
- Inspeção de limpeza
- Lupa.

Desinfecção

- Luva cano longo, avental impermeável de manga longa, calçados fechados impermeáveis antiderrapantes, gorro, máscara, óculos de proteção, protetor auricular, cálice graduado (dosador), recipientes de plástico

com tampa, seringas, torneiras com bico de pressão, compressas e campos limpos e secos, ar comprimido, fita teste e livro de controle do ácido peracético, ficha de controle de desinfecção pelo ácido peracético.

Acondicionamento e armazenagem

- Gorro, máscara, luvas, sapato fechado, caderno de registro de preparo de materiais, grau cirúrgica e seladora.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Recebimento de material sujo

- Paramentar-se com EPI's;
- Ao receber os materiais sujos provenientes dos setores externos realizar conferência se estão completos e registrar em livro próprio do expurgo especificando o setor a que pertence o material, nome do material, data e hora da entrega e funcionário responsável pela entrega. Caso haja algum artigo incompleto descrever essa condição no livro;
- Ao receber material sujo do CC conferir e encaminhar a limpeza.

Limpeza/ Descontaminação do material sujo

- Paramentar-se com EPI's;
- Preparar a solução enzimática conforme orientação do fabricante em quantidade suficiente para que o artigo seja completamente imerso;
- Desmontar artigo e imergi-lo na solução preparada;
- Deixar durante o tempo recomendado pelo fabricante;
- Lavar o material com auxílio de escovas, esponja e seringa (artigos tubulares).

Enxague

- Paramentar-se com EPI's;
- Enxaguar com água abundantemente.

Secagem

- Paramentar-se com EPI's;
- Dispor os artigos em balcão forrado com campos duplos limpos e secos;
- Secar os componentes cuidadosamente antes de proceder à desinfecção com compressa cirúrgica limpa e seca;
- Utilizar ar comprimido para secagem dos artigos tubulares.
- Inseção de limepeza
- Paramentar-se com EPI's;
- Realizar a inspeção visual para observar a existência de resíduos de sujidade;
- Se o artigo apresentar sujidade visível deverá retornar ao processo de limpeza inicial;

- Encaminhar para processo de desinfecção de alto nível.

Desinfecção

- Paramentar-se com EPI's;
- Diluir a solução desinfetante (ácido peracético) conforme as orientações do fabricante;
- Imergir totalmente os artigos secos na solução de desinfetante lembrando-se de preencher os lumens com a solução;
- Deixar a solução de desinfetante agir pelo tempo recomendado pelo fabricante, registrar em ficha própria a hora da imersão;
- Retirar os artigos da solução de desinfetante e enxaguar abundantemente com água filtrada;
- Registrar em ficha a hora da retirada do artigo da solução;
- Secar os artigos utilizando ar comprimido e compressas cirúrgicas limpas;
- Encaminhar para preparo em bandeja forrada com campos limpos e secos;
- Monitorar a solução desinfetante por meio de indicadores químicos próprios (semanalmente) e registrar em documento próprio;
- Observar a validade do ácido peracético de 30 dias.

Acondicionamento e armazenagem

- Paramentar-se com EPI's;
- Inspecionar limpeza e secagem do artigo;
- Embalar material em grau cirúrgico, identificar com data de desinfecção, nome de quem preparou e setor ao qual pertence o artigo;
- Material de setores externos: encaminhar a cesto próprio na distribuição;
- Material do CC: encaminhar à sala de apoio.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico do CME responsável pelo expurgo e enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

Norma reguladora – NR nº 32 ANVISA: segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde.

Portaria ANVISA nº 122, de 29 de novembro de 1993, que inclui o princípio ativo ácido paracético, para

uso em formulações de desinfetantes e esterilizantes.

Portaria ANVISA nº 15, de 23 de agosto de 1988, determina que o registro de produtos saneantes sanitários com finalidade antimicrobiana seja procedido de acordo com as normas regulamentares.

Potter, Patricia A; Perry, Anne Griffin.Fundamentos de Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Serviço de Controle de Infecção Hospitalar/HGP. Manual de recomendações para prevenção das infecções hospitalares 2011/2013.

LAVAGEM, SECAGEM E PREPARO DE ARTIGOS CRÍTICOS E SEMI-CRÍTICOS, CONVENCIONAIS E CANULADOS

1. OBJETIVO

Receber o material contaminado e submetê-lo a todas as etapas do processo de esterilização de forma padronizada e eficiente a fim de minimizar a possibilidade de erros no processo.

2. APLICABILIDADE

Centro de Material e Esterilização e Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CME - Centro de Material e Esterilização;
- RDC - Resolução da Diretoria Colegiada;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Ficha de controle de desinfecção do expurgo, livro de registro de entrada de materiais das autoclaves, ficha de registro dos testes.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Classificar o material em crítico e semi-crítico

- Se semicrítico proceder à limpeza manual e colocá-lo no detergente enzimático pelo tempo recomendado;
- Ao retirar o material lavar com água corrente e colocar para secar no varal a fim de retirar o excesso de água;
- Colocar no ácido peracético por dez minutos, certificar-se de que o material está devidamente submerso e que não existem bolhas no interior dos mesmos;
- Registrar na ficha de controle de

desinfecção;

- Retirar do ácido peracético, enxaguar secar o material;
- Encaminhar ao preparo;
- Se o material for critico proceder limpeza manual, enzimático, enxágüe, secagem e encaminhar ao preparo.

Preparo do material

- Conferir o estado de limpeza do material, quantidade de peças (se alguma peça ainda estiver suja devolver ao expurgo);
- Montar a caixa, envolver com invólucro apropriado, identificando conforme RDC 15;
- Se o artigo for semi-critico conferir o estado de limpeza e colocar em embalagem apropriada;

Esterilização do material

- Receber o material, devidamente preparado, registrar no livro da autoclave no qual ele vai ser processado;
- Colocar na autoclave (não esquecer o teste químico classe 5), programar a autoclave para o ciclo adequado ao tipo de material;
- Iniciar o ciclo.
- Retitada do material da autoclave
- Passar o teste químico classe 5 para ser lido pelo enfermeiro;
- Após liberação da carga pelo enfermeiro, o material ter sido esterilizado e estar frio, armazenar na distribuição na prateleira específica para cada tipo de materiais;
- Caso a carga não tenha sido liberada deverá ser reesterelizada.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem da CME e expurgo, enfermeiro da CME.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Resolução ANVISA - RDC nº 15, de 15 de março de 2012, dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

MONITORIZAÇÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

A monitorização cardíaca deve ser realizada rotineiramente em todo paciente internado na UTI Adulto, UTI Pediátrica, UCI Adulto.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Pediátrica;
- Unidade de Cuidados Intermediários Adulto.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Monitor cardíaco completo ou oximetro de pulso (RN ou crianças);
- Eletrodos;
- Pasta condutora;
- Aparelho de tricotomia se necessário;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover a pasta da pele do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material
- Lavar as mãos;
- Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento a ser realizado e a sua finalidade;
- Ligar o cabo de força do monitor ou oximetro à rede elétrica de acesso com a tensão da rede local;
- Realizar tricotomia do local de adesão dos eletrodos, se necessário;
- Se o cabo possuir três eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
- 1º disco (fio vermelho): IV espaço intercostal direito ao lado do osso esterno
- 2º disco (fio preto): IV espaço intercostal esquerdo ao lado do osso esterno
- 3º disco (fio amarelo): IV espaço intercostal na linha hemiclavicular
- Se o cabo possuir 05 (cinco) eletrodos, colocar no paciente na seguinte ordem:
- 1º disco (fio vermelho) no lado direito do paciente, abaixo da clavicula e medial aos músculos peitorais.
- 2º disco (fio preto) no lado direito do paciente, ao nivel da última costela palpável.
- 3º disco (fio amarelo) no lado esquerdo do paciente, abaixo da clavicula e medial aos músculos peitorais.

- 4º disco (fio verde) no lado esquerdo do paciente ao nível da última costela palpável
- 5º disco (fio marrom) na parte inferior da caixa torácica (próximo ao apêndice)
- Conectar os do cabo do monitor nos discos conforme a cor especificada acima ou no caso do sensor do oximetro colocá-lo no dedo da mão ou do pé;
- Ligar o aparelho acionando a chave ON/OFF;
- Programar a derivação desejada, posicionar a chave de derivações;
- Programar os alarmes de frequência máxima e frequência mínima, conforme o paciente;
- Manter o paciente em ordem e confortável;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LE MONE, P. Fundamentos de Enfermagem: A arte e a Ciência do cuidado de enfermagem. 7ª ed.Porto Alegre: Artmed,2007.1592p. (somente para compra).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Protocolo de monitorização cardíaca, disponível em: http://www.portaldaenfermagem.com.br/protoco- los_read.asp?id=326

PRESSÃO ARTERIAL INVASIVA

1. OBJETIVO

A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida. A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura; é obtida pressão sistólica, diastólica e média.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;

- Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PAI - Pressão Arterial Invasiva;
- AVC - Acidente Vascular Cerebral;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- Monitor com Módulo de pressão invasiva;
- Equipo próprio para pressão invasiva;
- Pressurizador;
- Régua de Nivel "Zero";
- Solução a ser utilizada deve ser SF 0,9% preferencialmente com heparina unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- Formulário Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A pressão por este método é medida por um cateter introduzido na artéria, o qual é conectado em uma coluna líquida;
- A medida da pressão é obtida por um transdutor de pressão que faz a leitura: é obtida pressão sistólica, diastólica e média;
- Transdutor de pressão em suporte próprio;
- A solução a ser utilizada deve ser o soro fisiológico a 0,9%, preferencialmente com heparina 01 unidade/ml, mantendo a bolsa pressurizada em 300 mmHg;
- A posição do paciente e do transdutor de pressão influencia na alteração dos valores de pressão arterial;
- Devemos realizar o "zerar" a linha de pressão arterial, na linha média axilar;
- A cateterização da artéria para mensurar a pressão arterial invasiva está indicada para:
- Cirurgia cardiopulmonar.
- Grandes cirurgias vasculares, torácicas, abdominais ou neurológicas.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Uso de drogas vasoativas.
- Uso de monitorização da pressão intracraniana.
- Emergência hipertensiva associada à dissecção de aorta ou AVC.
- Necessidade de gasometria arterial mais que três vezes ao dia.
- Controle rigoroso da pressão arterial para conduta clínica.
- Uma pressão arterial invasiva está contra indicada relativamente para:

- Doença vascular periférica;
- Doenças hemorrágicas;
- Uso de anticoagulantes ou trombolíticos;
- Punção em áreas infectadas.
- Local de inserção
- Preferencialmente, artéria radial, dorsal do pé ou pediosa e femural, obtida pelo método da punção percutânea com jelco no18 ou 20. Sem dúvida, a mais freqüentemente utilizada é a artéria radial sempre que possível do lado corporal não dominante e após a realização do teste de Allen (o tempo de enchimento capilar da mão pela artéria ulnar deve ser inferior a 5 segundos);
- A linha arterial pode ser obtida por punção ou dissecção arterial. A punção é o procedimento mais indicado, por permitir menor lesão da artéria; deixando a dissecção somente para casos mais graves, após várias tentativas de punção sem sucesso;
- Os valores normais da pressão arterial invasiva são os mesmos da pressão arterial não invasiva.
- Sistólica 90-130 mmHg e diastólica 60 – 90 mmHg.
- Após a montagem de todo o sistema de conexão da linha arterial ao transdutor de pressão, o monitor eletrônico deve ser programado para o registro das curvas. Posiciona-se o transdutor ao nível da linha zero de referência e zera-se o aparelho. Zerado o aparelho e posicionado a linha zero de referência, o sistema é fechado para a atmosfera e aberto para a linha arterial, iniciando-se os registros de pressões. Daí a importância de uma análise cautelosa da conformação das ondas de pressão registradas no monitor, para se detectarem problemas técnicos que possam estar interferindo de modo significativo nos valores reais da pressão arterial.
- Após a punção arterial podem ocorrer algumas interferências técnicas, que são: hematoma pós-punção (amortece a curva da pressão); fluxo retrógado do sistema (ocorre por falta da pressurização adequada, podendo coagular o sistema); hemorragia (por desconexão do sistema); embolia proximal ou distal (coágulos na luz do cateter).
- Um procedimento de pressão arterial invasivo pode apresentar algumas complicações: Embolização arterial e sistêmica; Insuficiência vascular; Necrose isquêmica; Infecção; Hemorragia; Injeção acidental de drogas intra-arterial; Trombose; Espasmo arterial; Hematoma local; Dor local; Fistula arteriovenosa.

Desvantangens

- Método invasivo. Maior risco de complicações. Permie erros de interpretação da pressão caso haja altera- ção no equipamento e/ou conexões.

Cuidados de enfermagem

Primeiro dia: realizar curativo oclusivo após

punção arterial e observar sangramento.

Segundo dia: se não houver sangramento, realizar o curativo com filme transparente (Tegaderm®), retirando-o se apresentar sangramento e manter o curativo com gaze e Micropore®. Fixação do punho com tala ou restrição do membro, atenção para sinais de garroteamento. Zerar o PAM ao nível da linha axilar média com o paciente em decúbito dorsal horizontal. Se o paciente não tolerar o decúbito dorsal horizontal, realizar as medidas a 20º retirar as bolhas de ar do sistema. Uso de técnica asséptica para manipulação do sistema. Verificar tempo de permanência do cateter: máximo de 96 horas. Monitorização constante da circulação do membro cateterizado através da avaliação da cor, enchimento capilar e presença de pulso e gradiente térmico, deixando exposto os dedos do membro para controle da perfusão local. Trocar a cada 72 horas e se necessário, o kit de transdutor de pressão invasiva e datar. Manter infusão de SF 0,9% 500ml + heparina 1 ml, na bolsa pressurizadora e trocar a cada 24 horas. Retirar o cateter se apresentar hematoma, edema, dor local ou diminuição da perfusão.Quando retirar o cateter, realizar compressão no local e após, efetuar curativo compressivo, devendo ser retirado após 30 minutos e observar se não há presença de sangramento. Se o cateter apresentar obstrução, aspirar através da seringa o conteúdo e nunca injetar. Manter o cateter permeável até sua retirada, evitando qualquer tipo de obstrução. O registro dos valores da PAM deve ser realizado de hora em hora nos pacientes instáveis e a cada duas horas em pacientes estáveis.

Manter permeabilidade do cateter através do fluxo contínuo de solução heparinizada, mantendo a bolsa pressurizadora com 300mmHg de pressão.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

LUCAS, R. M. Canulação arterial percutânea como competência do enfermeiro. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva. Dissertação de Mestrado em Terapia Intensiva. São Paulo, 2014. 25 p.

Procedimento Operacional Padrão - POP: Punção Percutânea em Artéria para Aferição Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica - Universidade Federal do Triângulo Mineiro, UFTM, revisado em 2016. disponível em http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/0/POP+-+Pun%C3%A7%C3%A3o+percu- t%-C3%A2nea+em+art%C3%A9ria+para+a-feri%C3%A7%C3%A3o+invasiva+da+pres-s%C3%A3o+arte- rial+sist%C3%AAmica.pdf/35a115ee-6908-4d1d-ad56-92722bd72cd8

Procedimento Operacional Padrão - POP: Punção arterial para verificação de PAM. EBSERH, Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, disponível em: http://www.hu.ufsc.br/pops/pop-externo/ download?id=294

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Ja-

neiro: Elsevier, 2009. http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=345 http://users.matrix.com.br/grace/hemodin1.html www.ebah.com.br/content/ABAAABbqsAA/monitorizacao-hemod-03

PRESSÃO INTRA-ABDOMINAL

1. OBJETIVO

Avaliar efeitos adversos da pressão intra-abdominal nos seguintes casos: trauma abdominal; distensão abdominal, dificuldade respiratória, hipercapnia, oligúria, redução do débito cardíaco e hipóxia.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI, Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PIA – pressão intra-abdominal;
- SCA – síndrome compartimental abdominal;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 equipo para PVC com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 500 ml de soro fisiológico 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- 01 par de luvas de procedimento;
- 01 régua de graduada em centímetros;
- Agulha 40X12;
- Identificação;
- Formulário de Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- O método direto é realizado pelo médico através da introdução de um cateter ou agulha na cavidade peritoneal, conectado a um equipo e um manômetro de pressão. Já o método indireto é mais utilizado e é realizado através da pressão intravesical, com o paciente em uso de sonda vesical de demora.
- Manter o paciente em decúbito dorsal, horizontal e com de sonda vesical de folley de duas ou três vias;
- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou

acompanhantes quanto ao procedimento;

- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher equipo;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" nivelando com sínfise púbica ou linha axilar média, considerando decúbito dorsal horizontal com a cama 30 graus;
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua de papel, e a base na porção inferior;
- Pinçar a bolsa coletora de urina;
- Para sonda vesical Foley de duas vias conectar a extremidade distal do equipo na agulha (40X12)após antissepsia do local e introduzir na parte de silicone do tubo (local de coleta de amostra de urina) que deverá estar conectado o equipo e logo injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Para Sonda Vesical Foley 3 vias conectar a extremidade distal do equipo na 3 Via que deverá permanecer conectado o equipo, injetar 50 ml de soro fisiológico 0,9% diretamente na bexiga;
- Aguardar a expiração do paciente;
- Abrir o equipo, observar o nível de soro no equipo, e anotar o valor em que o nível da solução parou considerando o zero como referência;
- Para Sonda Foley 2 Vias desconectar a agulha e proteger a região distal do equipo evitando contaminação;
- Para Sonda Foley 3 Vias, fechar o equipo;
- Abrir a Sonda Vesical e verificar se drenou o volume infundido;
- Deixar ambiente em ordem;
- Lavar as mãos;
- Guardar o material utilizado em local adequado;
- Realizar as anotações necessárias e notificar alterações de resultados;
- Supervisionar e avaliar, continuamente, o procedimento realizado;
- Trocar o equipo a cada 72 horas;
- Trocar a solução Fisiológica 0,9% a cada 24 horas.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Milanesi R, Caregnato RC. Pressão Intra-Abdominal: Revisão Integrativa. Einstein (São Paulo) 2016;14(3):423-30.

Zeni M, G Junior RL, Silva AB. Síndrome Compartimental Abdominal: Rotinas Do Serviço De Cirurgia Geral Do Hospital Governador Celso Ramos. Acm Arq catarin med. 2010:39.

Pereira BMT, Fraga GP. Síndrome Compartimental Abdominal. Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Programa de Atualização em Cirurgia (PROACI). Porto Alegre: Artmed/Panamerica; 2013. p.53-73.

PRADO, Luiz Flávio Andrade et al. Pressão intra-abdominal em pacientes com trauma abdominal.

Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro , v. 32, n. 2, p. 83-89, Apr. 2005.

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PRESSÃO VENOSA CENTRAL – PVC

1. OBJETIVO

- Subsidiar a avaliação do estado volêmico do beneficiário;
- Estimar a pressão diastólica (ou pressão de enchimento do ventrículo direito) juntamente como outros parâmetros clínicos e hemodinâmicos.

2. APLICABILIDADE

- UTI Adulto;
- UTI Cardiológica;
- UTI Pediátrica;
- UCI;
- Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PVC – Pressão Venosa Central;
- PEEP – Pressão Expiratória Positiva Final;
- VM – Ventilação Mecânica;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Equipo para PVC, com régua niveladora de pressão venosa central (PVC);
- 01 frasco de 250ml de SF 0,9%;
- Fita crepe;
- 01 suporte de soro;
- Luvas de procedimento;
- Uma régua graduada em centímetros;
- Protetor de conexão 2 vias;
- Identificação;

- Formulário Balanço Hídrico.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Observar prescrição médica;
- Preparar o material;
- Lavar as mãos;
- Identificar-se;
- Checar o nome e o leito do cliente;
- Orientar o cliente e/ou acompanhante quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas;
- Conectar o soro ao equipo, colocando-o no suporte;
- Preencher o equipo com a solução;
- Fixar a régua de papel no suporte de soro, de forma que o "zero" fique na altura do tórax do cliente próxima à régua, considerando decúbito dorsal horizontal como cama no nível mais baixo (quando elétrica) e a cabeceira 30 graus.
- Nivelar o ponto estabelecido entre a linha axilar média e ao nível do quarto espaço intercostal do paciente, com o auxílio da régua de nível.
- Fixar o equipo de PVC no suporte de soro, fixando a extremidade dupla na porção superior da régua
- de papel, e a base na porção inferior;
- Conectar a extremidade distal do equipo no cateter central após anti-sepsia do local;
- Manter o cliente em decúbito dorsal horizontal;
- Abrir a via do cateter onde está conectado o equipo de PVC, fechando outras infusões que estejam conectadas;
- Fechar a pinça abaixo do soro e abrir a pinça distal;
- Lavar a extensão do cateter;
- Observar a infusão do soro pelo cateter até que pare;
- O número atingido na régua quando ela permanece a nível será considerado o "zero";
- Utilizar os sinais + e – para parâmetros acima e abaixo de zero, respectivamente;
- Os valores normais da PVC são de 19 - 23 mmHgsem VM e 23 - 27 mmHg com VM (uso de trans- dutor de pressão) ou 14 - 17 cmH2O sem VM e 17 - 20 cmH2O com VM (uso da régua com solução salina).
- Valores abaixo do normal podem sugerir hipovolemia e valores mais altos podem sugerir sobrecarga volumétrica ou falência ventricular, mas devem ser avaliados com outros parâmetros.
- Deixar o ambiente em ordem;
- Estar atento a desconexão do sistema;
- Estar atento a sangramento na

inserção do cateter, e infecção do sítio de punção.

- Cuidados enfermagem
- A obtenção da linha venosa para posicionamento do catéter é feita por punção percutânea ou dissecção venosa (a ponta do catéter deve estar posicionada em veia central (veia cava superior), devendo-se evitar seu posicionamento dentro do átrio direito para evitar arritmias ou perfuração);
- As veias de escolha são jugular interna, subclávia ou braquial. A veia femural não deve ser usada para aferição de PVC;
- Checar radiologicamente a posição do catéter antes de instalar a PVC;
- O catéter e as conexões rígidas não devem ultrapassar o comprimento de 120cm;
- Preencher o sistema com solução salina fisiológica estéril;
- Retirar qualquer bolha de ar do sistema de mensuração;
- Medir a PVC através da coluna d'água graduada em cm ou medir por meio de transdutor e monitor calibrados em mmHg;
- Contaminação: trocar todo o Sistema de conexões e equipo da PVC;
- Mensuração incorreta: refazer o procedimento observando a técnica descrita;
- Mobilização cateter: comunicar ao médico responsável e/ou plantonista, observar a infusão de líquidos, refazer a fixação do cateter.

Fatores que interferem no vaor real da PVC:

Em relação ao paciente:

Mudança de posição no leito; movimentação excessiva; movimentos respiratórios amplos e laboriosos (inspiratórios ou expiratórios); pacientes conectados a respiradores mecânicos com pressão inspiratória ou PEEP, pois haverá diminuição do retorno venoso e conseqüentemente níveis alterados de PVC.

Em relação ao catéter e os sistemas de conexão:

Mau posicionamento da ponta do catéter; coágulo no catéter; catéteres excessivamente finos ou de alta complascência; presença de bolhas de ar no sistema; catéteres dobrados ou com pontos de estrangulamento; catéteres e conexões com vazamentos.

Em relação ao sistema de mensuração:

Zero de referência inadequadamente posicionado, zero elétrico inadequado; alteração na membrana do transdutor; transdutor e amplificador inadequadamente calibrados; pequena faixa de resposta da coluna d'água, em relação aos parâmetros hemodinâmicos.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

www.ebah.com.br/content/ABAAABbqsAA/monitorizacao-hemod-03 http://www.portaldaenfermagem.com.br/protocolos_read.asp?id=345 http://users.matrix.com.br/grace/hemodin1.html

POTTER. Patricia A; PERRY, Anne Griffin.Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

REANIMAÇÃO CARDÍACA

1. OBJETIVO

- Diagnosticar Parada Cardiorrespiratória;
- Organizar etapa básica e avançada do atendimento;
- Capacidade de realizar ressuscitação cardiopulmonar (RCP) com maior probabilidade de sobrevida.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Cuidados Intermediários.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PCR - Parada Cardiorrespiratória;
- RCP - Ressuscitação Cardiopulmonar;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cardioversor/desfibrilador;
- Gel;
- Gazes;
- Papel higiênico ou lenço de papel para remover o gel da pele;
- Álcool a 70%;
- Ambú com máscara e reservatório;
- Frasco de aspiração com látex;
- Sonda para aspiração.
- Umidificador com látex;
- Carro de PCR contendo:
- Tubo orotraqueal;Fio guia;
- Laringoscópio e lâminas 3 e 4 curva e reta;
- Seringa de 10 ml para insuflar cuff;
- Seringas para medicações;

- Fixador de TOT;
- Medicações;
- Prancha.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A frequência das compressões torácicas é de no mínimo 100 por minuto;
- A frequência das compressões torácicas e ventilação são de 30:2 (VAS), após cada ciclo de 2 minutos, trocar o massagista e verificar o pulos (10 segundos) respiração, se não respira e não tem pulso, continuar o novo ciclo de massagem e ventilação;
- No caso de Vias aéreas avançadas, as compressões não são alternadas com a ventilação, a ventilação é continua, com frequência de 6 ou 8 segundos (cerca de 8 a 10 ventilações por minuto);
- Manter o ambú com máscara e oxigênio a 100% com cerca de 12 litros/min;
- Ajustar adequadamente a máscara na face do paciente;
- O pulso deve ser verificado sempre na artéria carótida (adulto) ou femoral, do mesmo lado em que o reanimador se encontra;
- O local das compressões se faz nos dois terços inferiores do esterno. Para colocar as mãos, achar gradeado costal e siga-o;
- A mão (destra) fica por baixo da outra entrelaçando os dedos, mas nunca devem tocar o gradeado costal;
- Manter os braços estendido e o ombros perpendiculares do tórax do paciente, comprimir de 4 a 5 cm, de maneira rítmica sendo metade compressão e metade descompressão. As mãos não devem ser retiradas do tórax para não se perder a posição correta;
- A avaliação do ritmo cardíaco deve ser frequente e para um ritmo desfibrilável. (FA ou TV) a desfibrilação dever ser tentada de imediato entre 120 J e 200 J;
- Após o choque, retoma-se a RCP por 2 minutos, ou seja, 5 ciclos de 30:2;
- Se o ritmo não for desfibrilável o choque não é indicado, mas a continuação da massagem cardíaca e ventilação deverão ser continuadas;
- Administrar medicações conforme a solicitação do médico;
- DOSE EV/IO de Epinefrina: 01mg a cada 3 a 5 minutos (após administração injetar 10 ml de água destilada na mesma via EV);
- DOSE EV/IO de Amiodarona: Primeira dose – 300mg 100 ML 30 min.;
- Segunda dose – 900mg em 24h diluição e vazão (ml/h) ACM;
- Após preparo das medicações, deve ser guardados frascos e/ou ampolas para que após o procedimento forem prescritos pelo médico no prontuário do paciente;
- O tempo de PCR e RCP devem ser

marcados rigorosamente;

- No caso de RCP com sucesso e necessidade de intubação orotraqueal, o material para intubação (TOT com cuff testado e fio guia) deverá estar preparado e ser entregue montado e testado para o médico que irá intubar assim que solicitado;
- A monitorização cardíaca deverá ser avaliada constantemente;
- Aspirar secreções se necessário e abrir sonda nasogástrica especialmente se houver conteúdo gástrico;
- Auxiliar o médico no procedimento de intubação, conforme rotina de auxílio, testar o posicionamento do tubo endotraqueal através da insuflação manual (ambú) dos pulmões, observando a expansão torácica enquanto o outro elemento segura o tubo endotraqueal;
- Insuflar o cuff da cânula endotraqueal com auxilio de uma seringa;
- Fixar a cânula endotraqueal com cadarço de acordo com a técnica correta;
- Observar respiração, coloração das mucosas e extremidades;
- Observar periodicamente as pupilas;
- Instalar o respirador mecânico se necessário, após término da intubação;
- Colher gasometria para avaliação dos parâmetros respiratórios, de preferência, antes de instalar o respirador;
- Manter paciente aquecido e deixa-lo em ordem e confortável;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário do paciente, horário da parada, tempo de reanimação e intercorrências ;
- Recolher o material e deixar o carro de urgência em ordem e checar para pronto uso;
- Providenciar para que seja passada uma sonda vesical de demora em uma SNG, caso o paciente necessite e ainda não tenha;
- Manter o controle SSVV de modo rigoroso e contínuo ate que ocorra estabilização do quadro clínico;
- Preparar a Administrar medicações conforme prescrição médica pós – PCR;
- Manter avaliação cardiorrespiratória e neurológica continua;
- Anotar no prontuário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

- 01 Coordenador (Médico);
- 01 Fisioterapeuta (Vm E Massagem);
- 01 Enfermeiro (Coordenar Equipe De Enfermagem E Massagem);
- 01 Técnico De Enfermagem (Preparo De Drogas E Suporte);
- 01 Técnico De Enfermagem (Administrar Medicação E Marcar Tempo).

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Diretrizes de 2010 da American Heart Association (AHA) para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e Atendimento Cardiovascular de Emergência (ACE).

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

TRIAGEM DE PACIENTE AMBULATORIAL

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para Triagem dos pacientes no Ambulatório de Especialidades.

2. APLICABILIDADE

Ambulatório de Especialidades.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- PA - Pressão Arterial;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Lista de agendamento;
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio;
- Relógio.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Identificar os pacientes conforme a especialidade
- Pegar na recepção a relação de pacientes agendados, em seguida verificar os presentes através de chamada verbal e encaminhá-los para triagem.

Verificar a PA

- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Colocar o individuo em local calmo com o braço apoiado ao nível do coração, deixando-o confortável, permitindo 5 minutos de repouso. Usar sempre o mesmo braço para a medida;

- Posicionar o esfigmomanômetro de modo a visualizar claramente os valores da medida;
- Selecionar o tamanho da braçadeira para adultos ou crianças. A largura do manguito deve corresponder a 40% da circunferência braquial e seu comprimento a 80%;
- Localizar a artéria braquial ao longo da face interna superior do braço palpando-a;
- Envolver a braçadeira suave e confortavelmente em torno do braço, centralizando o manguito sobre a artéria braquial. Manter a margem inferior da braçadeira 2,5 cm acima da dobra do cotovelo;
- Encontrar o centro do manguito dobrando-o ao meio;
- Determinar o nível máximo de insuflação palpando o pulso radial até seu desaparecimento, registrando o valor (pressão sistólica palpada) e aumentando mais 30 mmHg;
- Desinsuflar rapidamente o manguito e esperar de 15 a 30 segundos antes de insuflá-lo de novo;
- Posicionar o estetoscópio sobre a artéria braquial palpada abaixo do manguito na fossa antecubital. Deve ser aplicado com leve pressão assegurando o contato com a pele em todos os pontos. As olivas devem estar voltadas para frente;
- Fechar a válvula da pera e insuflar o manguito rapidamente até 30 mmHg acima da pressão sistólica registrada
- Desinsuflar o manguito de modo que a pressão caia de 2 a 3 mmHg por segundo;
- Identificar a Pressão Sistólica (máxima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao primeiro batimento regular audível (sons de Korotkoff);
- Identificar a Pressão Diastólica (mínima) em mmHg, observando no manômetro o ponto correspondente ao último batimento regular audível;
- Desinsuflar totalmente o aparelho com atenção voltada ao completo desaparecimento dos batimentos;
- Esperar de 1 a 2 minutos para permitir a liberação do sangue. Repetir a medida no mesmo braço anotando os valores observados;
- Registrar a posição do paciente, o tamanho do manguito, o braço usado para a medida e os menores valores de pressão arterial Sistólica e Diastólica encontrados em mmHg. Retirar o aparelho do braço e guardá-lo cuidadosamente a fim de evitar danos;

Verificar o pulso

- Lavar as mãos conforme protocolo de lavagem das mãos;
- Explicar ao paciente o procedimento a ser feito;
- Manter o paciente confortável (deitado ou sentado). O braço apoiado na cama, mesa ou colo e com a palma voltada para baixo;
- Colocar os dedos indicador, médio

e anular sobre a artéria radial, carótida, temporal, femoral, poplítea, pediosa (POTTER, 1998), fazendo leve pressão, suficiente para sentir a pulsação;

- Procurar sentir bem o pulso antes de iniciar a contagem;
- Contar os batimentos durante 1 minuto o número de pulsações normais no adulto é de aproximada- mente 60 a 80 batimentos por minuto (POTTER, 1998);
- Se necessário, repetir a contagem;
- Anotar no prontuário;
- Lavar as mãos;

Verificar a respiração

- Deitar o paciente ou sentar confortavelmente;
- Observar os movimentos de abaixamento e elevação do tórax. Os 2 movimentos (inspiração e expiração) somam um movimento respiratório;
- Colocar a mão no pulso do paciente a fim de disfarçar a observação;
- Contar durante 1 minuto;
- Anotar no papel;
- Observação: não permitir que o paciente fale, não contar a respiração logo após esforços do paciente.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Técnico de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS E MATERIAIS PARA USO HOSPITALAR

1. OBJETIVO

Oferecer segurança na esterilização dos instrumentais e materiais hospitalares.

2. APLICABILIDADE

CME - Central de material e esterilização.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- B&D - TESTE BOWIE & DICK;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Impressos de registro de teste;
- Livro de registro de material/ instrumentais da autoclave;
- Uso de EPI's: Luva;
- Registro de material/instrumentais retirados da autoclave.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Colocar testes químicos/biológicos na autoclave
- Colocar teste B&D na primeira carga do dia, em seguida colocar um teste desafio (contendo ampola teste biológico e indicador químico).
- Recebimento de materiais/ instrumentais da área do preparo
- Receber o material ou instrumental proveniente do preparo;
- Anotar os materiais que serão colocados na autoclave.
- Preparo das autoclaves
- Não apertar muito os pacotes para ajudar na penetração do vapor;
- Dispor os pacotes de modo vertical para facilitar a entrada e a circulação de vapor, bem como a eliminação do ar;
- Manter um espaçamento mínimo entre os pacotes e entre os pacotes e as paredes da câmara;
- Utilizar apenas 80% da capacidade da câmara do equipamento;
- Colocar os testes (químico, biológico) de acordo com a carga e protocolo;
- Seguir as normas de funcionamento do equipamento;
- As caixas de instrumental cirúrgico devem ser de material compatível com o processo de esterilização e possuir perfurações em todos os lados (exceto contêineres);
- Artigos em aço inoxidável como jarros, bacias, que apresentam concavidade, devem ser colocados com a abertura para baixo;
- Recomenda-se colocar os pequenos pacotes em cestos aramados para evitar quedas;
- Separar as cargas de materiais têxteis e caixas de instrumentais (ciclos diferentes);
- Utilizar toalhas absorventes dentro das caixas/bandejas de instrumentais para auxiliar na absorção da umidade, (facilita a secagem no final do ciclo).
- Observar os materiais/instrumentos após abertura da autoclave

- Os pacotes, após ciclo completo, devem ser resfriados naturalmente antes do manuseio para reduzir o risco de obtenção de pacote molhado.

- Não deve colocar os pacotes sobre superfícies frias após a esterilização para que não haja condensação.

- Limpar a câmara interna do equipamento no mínimo semanalmente, conforme recomendação do fabricante.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem; Supervisão do Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO E LIBERAÇÃO DE IMPLANTÁVEIS

1. OBJETIVO

Promover um processo de esterilização eficiente utilizando métodos de monitoramento capazes de garantir a qualidade de todo processo e proporcionando maior segurança a nossa clientela, minimizando risco de infecção hospitalar, otimizando recursos físicos e financeiros.

2. APLICABILIDADE

Central de material e esterilização – CME.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- CME – Centro de Material e Esterelização;

- EPI's – Equipamento de proteção individual;

- IQ - Indicador químico classe 5;

- IB - Indicador biológico;

- PCD - Pacote teste desafio;

- SMS - Spunbonded/Meltblown/ Spunbonded (NÃO TECIDO, KC);

- CCIH – Comissão de controle de infecção hospitalar;

- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- EPI's: luvas e mascara;
- Integrador químico classe 5;
- Invólucro para envolver;
- Fita adesiva;
- Fita adesiva para autoclave;
- Livro de protocolo para entrada de material na autoclave;
- Cestos para colocação de material;
- Cavalos para autoclave;
- PCD contendo IB e IQ;
- EPI's: luvas grossa de tecido, mascara e protetor auricular;
- Caderno saida de material da autoclave;
- Formulário de controle de cargas subseqüentes;
- Formulário padronizado para liberação prematura de implantáveis;

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Preparo da caixa consignada de implantável da ortopedia

- Colocar EPI's
- Com a caixa limpa e seca repor material necessário;
- Dispor um integrador químico classe 5 no centro da caixa, nas grandes colocar um integrador em cada extremidade e se tiver mais de um andar colocar IQ em cada um deles;
- Envolver caixa com invólucro SMS condizente com o peso da caixa. Se utilizar tecido envolver com dois campos. Lacrar com fita adesiva;
- Identificar na fita adesiva para autoclave nome da caixa, data de preparo, data de vencimento, assinar.

Colocação do material na autoclave

- Registrar em caderno de entrada de material em autoclave especificando nome da caixa, data e hora e quem colocou a caixa;
- Carregar a autoclave nunca excedendo 80% da sua capacidade;
- Dispor o pacote teste desafio contendo indicador biológico e integrador quimico classe 5 na prate- leira inferior acima do dreno em posição horizontal.

Esterilização/reesterelização do material

- Fechar porta da autoclave;
- Programar autoclave com ciclo apropriado ao material;
- Aguardar fim de ciclo.

Obs:

manipular autoclave utilizando luvas apropriadas resistentes ao calor.

Retirada do material da autoclave

- Ao final do ciclo abrir porta da autoclave do lado limpo;
- Aguardar de 15 a 30min para carga esfriar e descarregar autoclave;
- Encaminhar PCD para enfermeiro de o plantão ativar IB e registrar IQ;
- Aguardar resultado IB para utilizar ou armazenar material;
- Caso IB ou IQ não apresentem resultados aceitos encaminhar todo material para reesterilização (pois caso os resultados dos testes não sejam satisfatório o material voltará para o inicio do processo).

Liberação de material sem resultado IB concluído

- Em casos de urgência/emergência o material poderá ser liberado desde que o resultado do IQ seja satisfatório/aceito, nesses casos será preenchido um formulário em três vias descrevendo a situação constando assinatura da enfª CME, cirurgião e CCIH.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico Instrumentador Sintese, Enfermeiro CME.REGISTRO(S)

9. REFERÊNCIAS

RESOLUÇÃO - RDC Nº 15, DE 15 DE MARÇO DE 2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências NORMA REGULADORA Nº 32. Tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implemen- tação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULAR

1. OBJETIVO

Definir que a administração via intramuscular (IM) permite que você injete o medicamento diretamente no músculo em graus de profundidade variados. É usada para administrar suspensões aquosas e soluções oleosas, garantindo sua absorção em longo prazo. Toda medicação por via intramuscular deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Todos os setores.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- IM - Intramuscular;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 3 mL ou 5 mL;
- 01 Agulha 40/12 para aspiração;
- 01 agulha 25/8 ou 30/8 para administração;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:
- 01 par de luvas de procedimento;
- Seringa de 3 ou 5 mL;
- Agulha para aspiração da medicação 40/12;
- Agulha para administração 25/8 ou 30/8;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70%.
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Deixar o paciente/cliente em posição confortável, escolher o local para aplicação, se possível permitir que o paciente/cliente faça a escolha com você, deixe a área de aplicação relaxa;
- Fazer a antissepsia do local com álcool a 70%;
- Com a sua mão dominante, segure firmemente o músculo para aplicação da injeção;
- Realizar aplicação no músculo sempre com o bisel lateralizado, introduzir a agulha em um ângulo de 90º;
- Realizar aspiração, sendo recomendado após a introdução da agulha, certificando-se que não houve punção do vaso sanguíneo. Caso tenha ocorrido, deve ser interrompida a aplicação, desprezando o medicamento, e novamente preparando e aplicando;

- Realizar a aplicação do medicamento após a aspiração local;
- Introduzir lentamente o medicamento, observando possíveis reações locais e gerais do paciente;
- Pegar o algodão embebido em álcool e colocá-lo na pele acima da agulha;
- Retirar a agulha segurando pelo canhão com um movimento rápido e único;
- Fazer ligeira compressão no local com algodão;
- Retire as luvas de procedimento;
- Descarte o material, seguindo as precauções padrão;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Proceda à anotação de enfermagem, descrevendo o local da aplicação, para se fazer rodízio na próxima aplicação, constando a assinatura e identificação profissional.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O profissional deverá realizar uma avaliação da área a ser administrada, estando atento quanto a quantidade a ser administrada em cada músculo (Deltóide volume máximo de 2 mL, região glútea e o vasto lateral da coxa até 5 mL) esse volume dependerá da massa muscular do cliente;
- A via de 1ª escolha é o vasto lateral, depois glúteo e por fim deltóide, exceto em vacinas;
- Realizar plano de rodízio do local de administração IM.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10.REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06- 2018.

Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem / Organizadores: Gilberto Tadeu Reis da Silva e Sandra Regina I. do P. Tadelli da Silva / São Paulo: Martinari, 2014.

BARE. B.G.; SUDARTH. D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DALMONI, I.S., et al. Injeções intramusculares ventro-glúteas e a utilização pelos profissionais de

enfermagem. In: Revista Enfermagem UFSM, mai/ago, 3 (2): 259- 265. 2013.

HORTA,W.A.TEIXEIRA, M. de S. Injeções Parenterais. In: Revista da Escola de Enfermagem USP.

7(1): 46-79.1973.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Prefeitura Municipal de

Campinas/SP. 2009.

POTTER P.A.; PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP n° 40/2013. Dupla

checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 20/2009. Aplicação de injeção intramuscular em pacientes com silicone em glúteo. 2009.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via endovenosa deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica. A administração endovenosa ou intravenosa é efetuada introduzindo-se o medicamento diretamente por uma veia, na corrente sanguínea. São indicados para punções periféricas. Podem permanecer na veia por até 72 horas.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VE - Via Endovenosa;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Seringa de acordo com o volume;
- Agulhas;
- Algodão com álcool 70%;
- Fita crepe;
- Bandeja;
- Garrote;
- Luvas de procedimento;
- Esparadrapo o micropore (para nova punção venosa s/n);
- Agulha descartável 1,20x25 (18G) - para aspiração/preparo do medicamento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;
- Lavar as mãos;
- Realizar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação;ação da droga; forma, resposta;
- Preparar a medicação conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anotar nome, horário, leito, e dosagem, em uma fita adesiva e colar na seringa;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Colocar a bandeja na mesa do

paciente;

- Garrote;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e a ação do medicamento, quando for a primeira vez que o paciente faz uso;
- Calçar as luvas
- Observar se o acesso venoso não está obstruído, ou com sinais de infecção;
- Administrar lentamente a medicação;
- Observar as reações do paciente e reação do local da aplicação;
- Salinizar o acesso venoso;
- Fechar o sistema;
- Deixar o paciente em ordem;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Após a administração de a medicação fechar o sistema com o adaptador estéril ou utilizar o mesmo se este não estiver contaminado.
- A troca do extensor e torneirinha ocorrerá a cada 72 horas.
- Após o banho a fixação do acesso venoso deverá ser trocada realizando-se a antissepsia do local com algodão e álcool a 70%. Esta medida é extremamente necessária para evitar que a cola da fixação juntamente com a umidade não propiciem um meio favorável ao desenvolvimento de microrganismos patógenos e a consequente infecção local.
- Nesta oportunidade deve-se observar o acesso venoso e possíveis sinais flogísticos (dor, calor, rubor).
- Toda a medicação ao ser administrada via endovenosa, deverá ser diluída conforme tabela de diluições de medicamentos.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso em 21-06-2018.

NÉRI, E.D.R., et al. Protocolos de preparo e administração de medicamentos: Pulsoterapia e Hospital Dia. Universidade Federal do Ceará. Hospital Walter Cantídio. Fortaleza/CE, 2008.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP nº 40/2013. Dupla checagem. 2013.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas. Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA

1. OBJETIVO

- Administrar testes cutâneo de alergia ou prova tuberculinica;
- A administração de medicação por intradérmica (ID) de medicações é empregada, sobretudo para fins diagnósticos, quando se testam alergias ou reação para tuberculose;
- Essa via resulta em pouca absorção sistêmica produz efeito principalmente local.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ID – Intradérmica;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- 01 Seringa de 1ml;
- 02 Agulhas 1,20x25 (18G), 10x5 ou 13x4,5 uma para aspirar e outra para administrar;
- 01 par de luvas de procedimento;
- Algodão;
- Álcool;
- Medicação a ser aspirada.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Verificar a prescrição médica;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Preparar o medicamento;
- Orientar o paciente/cliente quanto ao procedimento;
- Higienizar o local com água e sabão neutro;

- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher local de fácil visualização, como a região anterior do antebraço, livre de vasos sanguíneos. Para testes de alergia pode ser utilizada a região dorsal;
- Realizar aplicação no ângulo de 10 a 15º, introduza em torno de 3 mm da agulha, não realize aspiração, aplique o medicamento de forma lenta e suave, observando a formação da pápula;
- Caso seja um teste, faça uma demarcação da área para futura avaliação;
- Descarte o material, seguindo a precaução padrão;
- Higienizar as mãos antes do procedimento;
- Proceder à anotação de enfermagem constando assinatura e identificação profissional.
- Cabe ao enfermeiro responsável pelo posto supervisionar a preparação e a administração da medicação.
-

Disponibilizar uma bandeja contendo os seguintes itens:

- 01 par de luvas de procedimento;
- Seringa de 1ml = 100UI;
- Agulha para aspiração da medicação 13/4,5 ou 13/4,0;
- Bolas de algodão;
- Álcool a 70% - para fazer a assepsia da bandeja;

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A antissepsia com álcool a 70% foi abolida neste procedimento para evitar possíveis reações alérgicas entre o antisséptico e o produto injetado, assim como o mascaramento da reação esperada nos testes de sensibilidade;
- Não se faz também a aspiração, pois, na derme, não há risco de se atingir algum vaso sanguíneo;
- Observar o paciente por alguns minutos após a aplicação quando o teste for de sensibilidade;
- Ao realizar a técnica de aplicação, deve-se certificar de não injetar o medicamento profundo, evitando iatrogenia na administração ID. O máximo de volume indicado para essa via é de 0,1 até 0,5 mL.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

Manual de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) de Enfermagem/ Cláudia Zimaro C. Caiola -Laboratório Municipal de Campinas - POP 31 (Revisão do POP Fluxo de Coleta de Exames Laboratoriais).

Vinicius Parreira - Auxiliar Administrativo Distrito de Saúde Noroeste - POP 62 (Fluxo de Transferência de Prontuário). Jesilaine O.S. Coelho - Enfermeira CS Rossin - Distrito de Saúde Noroeste - POP Admi- nistração Medicamento ID. POP Administração Medicamentos IM. POP transferência de prontuário. SMS Campinas, 2016, versão nº 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Capacitação de pessoal em sala de vacinação - manual do treinando. Org. Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2ª ed. – Brasília (DF). Fundação Nacional de Saúde, 2001.

GIOVANI, A. M. M. Enfermagem cálculo e administração de medicamentos. São Paulo, SP: Scrinium; 2006.

PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Roti- nas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Roti-nas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP n° 40/2013. Dupla checagem. 2013. SÃO PAULO.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer 14/2010. Uso de luvas de procedimento para a administração de medicamentos. 2010.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA NASAL

1. OBJETIVO

- Padronizar condutas relacionadas a toda medicação por via nasal deve ser administrada instilando a solução na mucosa nasal mediante e de acordo com prescrição médica;
- Melhorar a segurança do paciente minimizando eventos adversos na administração de medicamentos.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VN - Via Nasal;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco conta-gotas);
- Gazes;
- Bandeja;
- Luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa, via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Abrir o frasco de medicação e aspirar o conteúdo necessário;
- Segurar o conta-gotas pelo bulbo, evitando que a solução entre neste;
- Colocar o paciente em decúbito dorsal ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Instilar diretamente no fundo da cavidade nasal;
- Limpar o excesso de medicamento com gaze;
- Solicitar ao paciente que permaneça alguns minutos em decúbito dorsal;
- Durante o preparo de soluções inalatórias, principalmente de Brometo de Ipratrópio (Atrovent) e Bromidrato de Fenoterol (Berotec) deve-se solicitar ao paciente ou seu responsável para conferir juntamente com o profissional a dose prescrita e administrada;
- Recolocar o conta-gotas no frasco;
- Retirar as luvas e lavar as mãos;
- Comunicar ao enfermeiro;
- Aspectos relacionados à recusa, reações do paciente, dor, presença de secreção, sangramento etc.;
- Realizar a dupla checagem, sendo, uma na prescrição médica e a outra registrando a anotação;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

WILLIAMS, L. & WILLIAMS. Enfermagem Médica e Hospitalar (título original: Nurse's pocjet compa- nion). Tradução Renato Lamounier Barbieri, Tânia Regina Micele – 1 ed. São Paulo: Editora Rideel, 2006.

PREFEITURA MUNICPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Rotinas de Procedimentos para Enfermagem. Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secre-

taria Municipal de Saúde. Manual de Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem – Atenção Básica. 2ª edição. São Paulo/SP, 2012. SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP n° 40/2013. Dupla checagem. 2013;

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06- 2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA OCULAR

1. OBJETIVO

Toda medicação por via ocular deve ser administrada no saco conjuntival mediante e de acordo com prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- Via Ocular;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita (frasco com conta- gotas), tubos com cremes ou pomadas;
- Gazes;
- Algodão para higiene;
- Luvas de procedimento;
- Soro Fisiológico s/n (para limpeza prévia).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Checar os 9 certos para administração de medicamentos (medicação certa, paciente certo, dose certa,via certa, horário certo, registro certo, ação certa, forma farmacêutica certa, monitoramento certo);
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente ou ao acompanhante;
- Oferecer a gaze ao paciente;
- Colocar o paciente deitado ou sentado com a cabeça inclinada para trás;
- Realizar higiene ocular, com algodão embebido em soro, das pálpebras e dos cílios s/n, utilizando luva de procedimento;
- Exponha a conjuntiva inferior, abaixando a pálpebra e exercendo força para baixo com gazes;
- Solicitar ao paciente que olhe para cima;

- Instilar o medicamento no centro do saco conjuntivo;
- Solicitar ao paciente que feche as pálpebras e mova os olhos, permitindo a dispersão do medicamento pelas superfícies conjuntivas;
- Enxugar o excesso do medicamento com gazes, de dentro para fora;
- Fechar o frasco de medicamento;
- Observar as reações do paciente;
- Deixar o paciente confortável;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar os procedimentos.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- As luvas de procedimento deverão ser usadas para proteção do servidor avaliando-se a necessidade frente à presença de secreção ocular ou processo infeccioso;
- No caso de aplicação de pomadas ou cremes depositá-los ao longo da extensão do saco conjuntiva;
- Lembre-se sempre de evitar o risco de contaminação do conta-gotas ou bico do tubo da pomada na mucosa ocular.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Dis- ponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso:21-06-2018.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ORAL

1. OBJETIVO

Toda medicação por via oral deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição médica e consentimento do paciente.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VO - Via Oral;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copinho ou seringa (criança);
- Bandeja;
- Fita crepe;
- Luva de procedimento (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Verificar pela prescrição médica a data, horário, nome, leito e dosagem da medicação;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Observar as condições de deglutição do medicamento e colocar o paciente em posição favorável;
- Drágeas ou cápsulas: orientar o paciente a não mastigar o medicamento e evitar consumir outros líquidos durante a absorção. Medicamento sublingual: pedir ao paciente que mantenha o medicamento sob a língua, não mastigando ou engolindo. Medicamento bucal (de absorção em mucosa da bochecha): orientar o paciente a alternar as bochechas para evitar a irritação da mucosa;
- Administrar a medicação sem tocá-la diretamente comas mãos, oferecendo água, em casos de criança e medicação em solução administrar com seringa empurrando o êmbolo vagarosamente;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja deglutida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e realizar anotação de enfermagem;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Paciente em uso de SNG, a mesma deverá

ser testada antes da administração do medicamento.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

BARE, B.G.; SUDARTH, D.S. BRUNNER. Tratado Enfermagem Médico Cirúrgico. 12º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

KOCH, R.M. et. AL. Técnicas básicas de enfermagem. 22ª edição. Curitiba. Século XX, Livros, 2004.
POTTER P.A.PERRY A.G. Fundamentos de enfermagem. 7ª edição, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Normas e Ro- tinas de Procedimentos para Enfermagem: Assistência de Enfermagem. Campinas/SP, 2009.

SÃO PAULO. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Parecer Coren/SP n° 40/2013. Dupla checagem. 2013.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA

1. OBJETIVO

Toda medicação por via subcutânea deve ser administrada mediante e de acordo com prescrição Médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VS - Via Subcutânea;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Agulha 13 x 4.5 e 40x 12;
- Seringa;
- Algodão embebido em álcool 70%;
- Medicação prescrita;
- Bandeja;
- Fita crepe e luva de procedimento.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;

- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Preparar o medicamento conforme técnica asséptica, trocar as agulhas;
- Anote em uma fita adesiva o nome do paciente, número do leito, dosagem, e horário, na seringa de medicamento;
- Levar a medicação até o quarto do paciente dentro de uma bandeja;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento ao paciente e/ou ao seu acompanhante
- Escolher o local de aplicação e colocar o paciente em posição adequada
- Colocar a luva de procedimento;
- Fazer a antissepsia da pele;
- Com o polegar e indicador, fazer uma prega cutânea e introduzir rapidamente a agulha em um ângulo de 90º em relação à pele;
- Aspirar para verificar se não atingiu nenhum vaso sanguíneo;
- Injetar o líquido;
- Retirar a agulha num movimento único e pressionar o local com algodão;
- Deixar o paciente e o quarto em ordem;
- Desprezar a agulha e a seringa no coletor de material perfurocortante;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Acesso: 21-06-2018

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA SUBLINGUAL

1. OBJETIVO

Toda a medicação por via sublingual deve ser administrada sob a língua mediante e de acordo com a prescrição médica.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- VS - Via Sublingual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Medicação prescrita;
- Copo pequeno descartável;
- Fita adesiva;
- Bandeja;
- Agulha 40x12 s/n;
- Luvas de procedimento s/n.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Lavar as mãos;
- Checar os 9 certos: Paciente certos; droga certa; via certa; dose certa; horário certa; documentação; ação da droga; forma, resposta;
- Anotar em uma fita adesiva, o nome, leito, dosagem e horário da medicação;
- Colocar a medicação em um copinho descartável e identificar com a fita adesiva;
- Identificar o paciente pelo nome e leito;
- Explicar o procedimento para o paciente ou acompanhante;
- Colocar a medicação debaixo da língua do paciente;
- Orientar o paciente para que não engula a medicação;
- Observar as reações da medicação;
- Permanecer ao lado do paciente até que a medicação seja dissolvida;
- Lavar as mãos;
- Checar na prescrição médica e anotando qualquer intercorrência;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

A luva de procedimento deverá ser usada como proteção para o servidor, uma vez este entrará em contato com a mucosa e secreção nasal do paciente.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

COREN-BA. Parecer nº 021/2013. Dosagem de medicamentos como responsabilidade do Enfermeiro. Disponível em: http://ba.corens.portalcofen.gov.br/parecer-coren-ba-0212013_8112.html. Aces- so:21-06-2018.

COLETA DE AMOSTRA SANGUÍNEA PARA HEMOTRANSFUSÃO

1. OBJETIVO

Normatizar o processo de coleta de amostra sanguínea para os testes pré- transfusionais dentro da instituição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RT – Requisição Transfusional;
- AT – Agência transfusional;
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- RT, prontuário do paciente;
- EPI;
- Tubo vacutainer, etiqueta;
- Frasqueira termorresistente;
- Prontuário do paciente;
- Caderno de protocolo;
- RT/Tubo com amostra sanguínea.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- A Requisição transfusional deverá conter informações suficientes para a correta identificação do receptor, escrita legível, sem rasuras e abreviações;
- Verificar se o sangue está prescrito no prontuário do paciente antes de iniciar a coleta da amostra sanguínea (rotina e urgência) caso não esteja prescrito repassar caso para enfermeiro do setor para

providenciar correção;

- Identificar o paciente corretamente;
- Realizar orientações sobre o procedimento;
- Fazer uso de luvas, gorro, máscara, óculos de proteção, e jaleco de manga longa para coletar a amostra por se tratar de manuseio com material infecto-contaminante, conforme as normas de biossegurança;
- Utilizar os tubos Vacutainer Tampa Roxa disponível em todos os setores para este fim, apenas uma amostra é suficiente para pedidos comuns. Pedido de fenotipagem coletar 2 amostras;
- Identificar o paciente de maneira correta, confrontar os dados informados pelo paciente com os dados da RT e prontuário afim de evitar erros de troca de paciente;
- Identificar o tubo da amostra sanguínea no momento da coleta, de preferência ao lado do leito do paciente, utilizar a etiqueta específica; anotar na etiqueta nome completo do paciente, data de nascimento, data da coleta e nome do responsável pela coleta;
- Coletar de 03 a 04 ml de sangue e introduzir no tubo;
- Acondicionar os tubos e transportar dentro de frasqueira termorresistentes;
- Encaminhar a amostra devidamente identificada à Agência Transfusional junto com Requisição Transfusional (RT);
- Todo o procedimento deve ser registrado no prontuário do paciente, conforme determinação do código de ética de enfermagem;
- Protocolar a entrega da amostra juntamente com a RT à Agência transfusional para controle do serviço responsável;
- O horário de recebimento da amostra dependerá do tipo de atendimento: Urgência e Emergência - a qualquer momento; Rotina e Reserva.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico Transfusional, Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Portaria MS nº 2.712, de 12 de novembro de 2013;

RDC. ANVISA Nº 57 de Dezembro de 2013

NOTIFICAÇÃO DE REAÇÃO TRANSFUSIONAL

1. OBJETIVO

Padronizar o processo de notificação de reações transfusionais.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- NOTIVISA - Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária;
- NSP - Núcleo de Segurança do Paciente;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Fichas de Notificação (Hemocentro);
- Amostra sanguínea e bolsa de hemocomponente;
- Fichas de Notificação (Gerencia de Risco);

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Sempre que houver reação adversa a transfusão de sangue, deverá ser preenchido o formulário de notificação do Hemocentro, detalhando a reação ocorrida com paciente;
- A partir da ocorrência do evento preencher a ficha de notificação com a maior quantidade de informação sobre o evento;
- Deverá ser encaminhada para a A.T a Ficha de Notificação preenchida, com nova amostra sanguínea do paciente e quando possível a bolsa de hemocomponente + equipo para análise;
- Agência Transfusional encaminha a cópia da Notificação à Terapia Transfusional após a analise microbiológica;
- A Terapia Transfusional preenche e encaminha ao núcleo de segurança do paciente o formulário de Notificação de Reação Transfusional próprio desse setor;
- Levantar dados complementares junto ao setor de ocorrência do evento adverso (prontuário) a fim de identificar dados necessários para notificação no Notivisa;
- Mensalmente consolidar os dados através dos formulários de notificação e realizar o cálculo da freqüência de eventos adversos.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico Transfusional, Médico, Agência transfusional, Terapia transfusional, Núcleo de Segu- rança do Paciente.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Portaria MS nº 158, de 4 de fevereiro de 2016;

RDC. ANVISA Nº 57 de Dezembro de 2013

PUNÇÃO VENOSA

1. OBJETIVO

A introdução de um cateter intravenoso em um vaso periférico, por meio de punção percutânea. Deverá sertrocada a cada 72h ou na presença de sinais flogísticos e/ ou infecção.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- AVP - ACESSO VENOSO PERIFÉRICO;
- AC - ACESSO CENTRAL;
- SF 0,9% - SOLUÇÃO FISIOLGICA 0,9%;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Cateter venoso (nº de acordo com o paciente): escalpe (Butterfly) ou cateter radiopaco(Abocath /Jelco);
- Algodão embebido em álcool a 70%;
- Dispositivo para mais de uma conexão de equipo (Polifix);
- Equipo ;
- Garrote;
- Seringa com SF 0,9% ou solução prescrita;
- Esparadrapo ou micropore;
- Bandeja;
- Luva de procedimento;
- Tala ou atadura para imobilização (se necessário).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Reunir o material;

- Lavar as mãos;
- Explicar ao paciente e/ou ao acompanhante o procedimento e finalidade;
- Em caso de soroterapia:
- Preencher o rótulo com o nome do paciente, nº do leito, volume da solução, tempo de gotejamento ou nº de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo, com caneta de cor adequada ao turno de trabalho; Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar;
- Aproximar o suporte de soro ao lado da cama do paciente, preferencialmente do lado a ser puncionado;
- Reunir a solução e o restante do material em uma bandeja e levar próximo ao leito;
- Calçar as luvas de procedimento;
- Escolher a veia através da palpação e inspeção do trajeto da mesma (dê preferência a dos MMSS, evitando as dobras cutâneas);
- Fixar o garrote acima da região escolhida;
- Solicitar que o paciente feche a mão;
- Fazer antisepsia do local com algodão embebido em álcool 70%.;
- Puncionar a veia aproximadamente 1 cm abaixo do local onde a mesma deverá ser alcançada e com um ângulo de 15º entre a seringa e o local;
- Retirar o garrote e observar o retorno de sangue;
- Solicitar que o paciente abra a mão;
- Colocar o dispositivo para conexão de mais de um equipo de soro;
- Injetar SF 0,9% ou instalar solução prescrita;
- Fixar com esparadrapo ou micropore o cateter intravenoso, datar e assinar ou retira-lo caso seja uma aplicação única;
- Retirar as luvas;
- Lavar as mãos;
- Anotar no prontuário;
- Supervisionar o procedimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- A utilização do Polifix deverá se restringir apenas aos pacientes que possuirem prescrição médica de medicamentos a serem administrados por via endovenosa;
- Na punção venosa em RN, lactentes e crianças utilizar talas protegidas para imobilização do membro puncionado;
- Não infundir soluções causadoras de flebite, em acesso periféricos (concentrações altas de potássio.

glicose hipertônica a 50% em grandes quantidades, etc.);

- Todo soro veiculado por equipo ou bureta (microfix) deverá ser identificado e a troca do sistema deverá ocorrer a cada 72 horas;
- Todo soro instalado deverá ser identificado com o nome do paciente, volume do soro e seus componentes, data de instalação, hora de início, nome de quem preparou, número do leito e velocidade de gotejamento;
- Só administrar infusões límpidas, sem turvações;
- Equipo para Hemoderivados deverá ser especial (filtro) e desprezado após o uso;
- Contra indicações para punção venosa relacionadas ao local de mastectomia, fístula arterio-venosa, linfoedema, déficit motor e sensitivo, locais com leses cutâneas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS

1. OBJETIVO

Estabelecer a padronização da transfusão de hemocomponentes e hemoderivados dentro da instituição.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- Hemocomponente - São produtos obtidos a partir do sangue total por meio de processos físicos (Centrifugação). (Plasma, plaquetas, concentrado de hemácias, crio precipitado);
- Hemoderivados - São produtos obtidos a partir do plasma por meio de processo físicoquímicos, geralmente, produzidos em escala industrial (Fatores de coagulação, albumina, gamaglobulina);
- RT - Requisição Transfusional;
- EPI - Equipamentos de Proteção Individual;
- OS - Pronto Socorro;
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário/ SAE;
- Requisição transfusional (RT);
- Jelco, álcool, esparadrapo, algodão, EPI's;
- Bolsa de sangue;
- Requisição transfusional (RT);
- Prontuário e ficha de reações;
- Prontuário;
- Prontuário/ bolsa de sangue.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Antes do início da hemotransfusão;
- A cada 10 minutos na primeira meia hora;
- 10 minutos após o término da hemotransfusão;
- Registrar em prontuário/SAE o horário de início, local da punção, calibre do jelco, número da bolsa, tipo sanguíneo e término da hemotransfusão;
- Conferir a RT, o tipo de solicitação, se for urgência ou rotina conferir se o hemocomponete está prescrito em prontuário. Reserva de sangue para a cirurgia seguir POP de reserva de hemocomponentes para cirurgia;
- Realizar punção venosa com jelco calibroso para transfusão. O Acesso deverá ser exclusivo, nenhum medicamento pode ser adicionado à bolsa do hemocomponente, e nem infundido em paralelo (na mesma linha venosa) durante a hemotransfusão;
- Ao finalizar o preparo da bolsa de sangue a A.T comunica ao setor solicitante que o hemocomponete esta pronto;
- O Técnico Transfusional encaminha o hemocomponente à Unidade, faz a entrega conferindo os dados da bolsa e do paciente junto ao Enfermeiro do setor;
- Utilizar equipo próprio para transfusão de sangue e hemoderivados;
- Concentrado de hemácias e plasma- 01 equipo para cada bolsa;
- Plaquetas comuns poderá ser infundido até 07 plaquetas em um único equipo;
- Plaquetas aférese - 01 equipo para cada bolsa;
- Hemoderivados: Realizar a infusão de acordo com a instrução do fabricante: Após iniciar a transfusão permanecer por 10 minutos ao lado do leito do paciente conforme preconiza a legislação, período em que normalmente ocorrem as reações transfusionais imediatas;
- Instalar a bolsa de sangue no paciente assim que chegar da A.T;
- Para concentrado de hemácias iniciar a infusão com 10 gotas nos primeiros 10 minutos, depois aumentar o gotejamento para 40 gts/m. O tempo mínimo de infusão é de 02 h e Máximo 04 h, exceto em

casos de emergência que poderá correr aberto;

- Plasma e plaquetas a infusão é rápida sendo o prazo mínimo de 30m e Máximo 60minutos;
- Checar a prescrição médica;
- Anotar o horário de início da transfusão nº da bolsa, tipo sanguíneo, volume da bolsa, data de validade e aspecto, e os sinais vitais iniciais;
- Anotar a ocorrência ou não de reações adversas, assinar e carimbar;
- Caso o paciente apresente reação transfusional, interromper imediatamente a transfusão;
- Comunicar a ocorrência ao médico responsável e a agência transfusional.
- Conferir os dados de identificação do paciente novamente para certificar se o paciente certo está recebendo o hemocomponente certo;
- Verificar e anotar os sinais vitais;
- Monitorar o paciente até que estabilize o quadro;
- Coletar nova amostra sanguínea do paciente, encaminhar para a A.T juntamente com a bolsa+ equipo, imediatamente após a reação;
- Notificar o caso, encaminhar notificação juntamente com a bolsa para análise microbiológica;
- Anotar no prontuário todas as informações sobre o caso: horário de início da reação, sinais e sintomas apresentados e condutas adotadas, assinar e carimbar.

6. PERIODICIDADE

Sempre que prescrito.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico em Enfermagem e Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, Patrícia A; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos De Enfermagem. 8ª edição Rio de Janeiro: Elsevier, 2013

COLOCAÇÃO DE LUVAS ESTÉREIS

1. OBJETIVO

Padronizar as ações para procedimentos de enfermagem.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Luvas estéreis.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Após realizar a lavagem correta das mãos, abra o pacote de luva;
- Segure nas abas e abra os dois lados que revestem as luvas;
- Com sua mão não dominante, segure a luva pela face interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, procurando ajustar os dedos internamente;
- Após esta etapa, introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando a pelaface interna da luva;
- Introduza os dedos da mão dominante, calmamente, procurando ajustar os dedos internamente;
- Introduza até que sua mão entre completamente na luva, sempre segurando-a pela face interna da luva;
- Lembre-se, que agora estamos com uma luva estéril na mão dominante, e não podemos tocar em lugares que não sejam estéreis, seja eles a nossa pele, superfícies ou objetos ao nosso redor;
- Com a mão dominante (enluvada), segure a outra luva pela face externa;
- Sempre segurando pela dobra do punho da luva, introduza calmamente sua mão esquerda (não dominante), na luva, semelhante ao realizado na primeira luva, mas agora, com a cautela de não tocar com a luva na pela da mão esquerda ou em locais não estéreis;
- Siga esta etapa, até introduzir toda a mão esquerda na luva;
- Antes da retirada de luvas, eleja a mão mais contaminada para ser retirado primeiro, a fim de diminuir o risco de contaminação durante o procedimento com os dedos da mão mais contaminada;
- Cuidado para não tocar a pele e respingar o conteúdo da luva com movimentos bruscos;
- Após retirar a luva da mão mais contaminada, deixe-a dentro da outra mão, e com a mão sem luva, retirar a outra luva com um só movimento.

6. PERIODICIDADE

Sempre que necessário.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiros e técnicos de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8ª edição.

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

1. OBJETIVO

Remover ou reduzir os microrganismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propicia à permanência e à proliferação de microrganismos evitando sua disseminação.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os serviços e setores assistenciais e administrativos

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Água corrente;
- Sabão líquido neutro;
- Papel toalha;
- Cesto de lixo.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Inspecionar as mãos quanto a sujidade visível;
- Retirar joias e bijuterias;
- Abrir a torneira (com cotovelo), evitando encostar-se a pia;
- Molhar as mãos;
- Aplicar na palma da mão quantidade suficiente de sabão líquido para cobrir toda a superfície das mãos;
- Ensaboar as palmas das mãos, friccionando-as entre si vigorosamente por 15 segundos;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos, e vice-versa;
- Unir as palmas das mãos entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai-e-vem, e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito com o auxílio da palma da mão esquerda, realizando movimento circular, e vice-versa;

- Friccionar as polpas digitais e as unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular, e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, realizando movimento circular, e vice-versa;
- Manter as mãos em forma de concha e na posição vertical e enxaguá-las, retirando os resíduos de sabonete. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel toalha descartáveis, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. No caso de torneiras com contato manual para fechamento, sempre utilizar papel toalha para fechá-la.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Quando estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com matéria orgânica;
- Após contato com artigos ou em proximidade com o paciente, contaminados com matéria orgânica.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, Técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

POTTER,P.A.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 8ª edição.

TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE PACIENTES

1. OBJETIVO

Transportar pacientes internamente com segurança.

2. APLICABILIDADE

Pronto Socorro, Internação, Hemodinâmica, Centro Cirúrgico, Ambulatório, UTI's.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- MV: Murmúrio vesicular.
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Materiais conforme o estado do paciente: Monitor multiparâmetros, Esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio, etc;
- De acordo com as necessidades

do paciente, tais como: oximetro; monitor multiparâmetros ambú, bala de oxigênio, dentre outros;

- Maca ou cadeira de rodas, compressa e álcool 70%;
- Equipamentos, álcool 70%.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Avaliar paciente a ser transportado: Avaliar estado geral do paciente a ser transportado e suas necessidades durante o transporte conforme resolução COFEN 376/2011;
- Definir equipe de transporte do paciente: De acordo com o nível de complexidade da assistência requerida pelo paciente para o transporte, definir a equipe ideal para transporte do mesmo de acordo com a Resolução COFEN n 376/2011;
- Solicitar auxilio da equipe multiprofissional: Solicitar, caso seja necessário, o acompanhamento de algum membro da equipe multiprofissional, como médico, fisioterapeuta e outros;
- Providenciar equipamentos necessários para o transporte: Providenciar, de acordo com as necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente, o material necessário de suporte e/ou monitorização do paciente durante o transporte;
- Definir Meio de transporte do paciente: Definir, de acordo com as necessidades do paciente e suas condições clinica e fisica, o melhor meio de transporte, maca ou cadeira de rodas.
- Providenciar o meio de transporte do paciente: De acordo com as condições do paciente (Clinica e Fisica) e suas necessidades observadas pelo enfermeiro que avaliou o paciente.
- Providenciar prontuário: Providenciar o prontuário do paciente para acompanhá-lo durante o transporte, caso seja necessário, conforme o enfermeiro que avaliou o paciente.
- Comunicar com enfermeiro do setor de destino: Comunicar ao enfermeiro do setor de destino a partida do paciente, estado geral e necessidades na chegada para que sejam providenciadas;
- Empurrar a Maca ou cadeira de Rodas: Empurrar a Maca ou cadeira de rodas até o setor para onde o paciente será levado, desviando de obstáculos e cuidando para que não ocorram batidas da maca ou cadeira de rodas nos mesmos.
- Acompanhar o transporte do paciente: Acompanhar o transporte do paciente, lado a lado, observando-o durante o transporte, avaliando suas condições e/ou alterações durante o transporte, prestando os cuidados necessários e solicitando auxílio se necessário.
- Anotar no prontuário: Anotar no prontuário do paciente o transporte realizado, condições em que foi feito, estado do paciente, alterações observadas e condutas. Identificar nas anotações equipe de transporte.
- Trazer Meio de Transporte e equipamentos pesados de volta ao setor de origem: Trazer a maca ou

cadeira de rodas de volta ao setor de origem limpá-la com álcool e guardá-la. Trazer bala de O2 e demais equipamentos pesados ao setor de origem e guardá-los.

- Trazer demais equipamentos leves de volta ao setor de origem: Trazer monitores e demais equipamentos utilizados somente no transporte de volta ao setor de origem, realizar desinfecção com álcool 70% e guardá-los em seus lugares.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Maqueiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). PORTARIA N.529 DE 1 ABRIL DE 2013 INSTITUI O PROGRA- MA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE (PNSP) [ONLINE]. BRASÍLIA (DF): MS; 2013 [ACESSO 2013 JUN 1]. DISPONÍVEL EM: HTTP-// BVSMS. SAUDE.GOV.BR/BVS/SAUDELEGIS/ GM/2013/ PRT0529_01_04_2013.HTML.

PEREIRA JÚNIOR GA, NUNES TL, BASILE-FILHO A. TRANSPORTE INTRAHOSPITALAR DO PACIENTE CRÍTICO. MEDICINA. 2007 OU-DEZ; 40(4):500-8.

ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobretudo pelo contato.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RN - Recém nascido;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Bandeja,
- Garrote,
- Algodão umedecido com álcool a 70%,
- Cateter intravenoso periférico (jelco ou scalp),
- Esparadrapo ou micropore,
- Extensor a ser conectado ao cateter,
- EPI (Luvas de procedimento).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados de higiene:

- Considerar cada recém nascido e o espaço a sua volta como UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE;
- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com o berço ou a incubadora e com objetos e equipamentos próximos;
- Realizar higienização das mãos e antebraços com degermante antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente;
- À manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar anti-sepsia com álcool a 70%; Acomodar as "tampinhas" em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;
- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, pele não integra, mucosas ou artigos contaminados;
- Usar avental (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de líquidos orgânicos, (ou RN fora da incubadora - colo);
- Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Protocolos de Intervenção para o SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed. 2016.

CUIDADOS NA TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro:

Seleção do cateter e sítio de inserção

- Confirmar o tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Selecionar o cateter periférico com base no objetivo pretendido, na duração da terapia, na viscosidade do fluido, nos componentes do fluido e nas condições de acesso venoso;
- Cateteres com menor calibre causam menos flebite mecânica, química e menor obstrução do fluxo sanguíneo dentro do vaso;
- Em adultos, as veias de escolha para canulação periférica são as das superfícies dorsais e ventrais dos antebraços;
- Para pacientes pediátricos, selecione o vaso com maior probabilidade de duração de toda a terapia prescrita, considerando as veias da mão, do antebraço e braço (região abaixo da axila). Evite a área anticubital;
- Considerar a preferência do paciente para a seleção do membro para inserção do cateter, incluindo a recomendação de utilizar sítios no membro não dominante.

Enfermeiro/Técnico de enfermagem:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sítio de inserção após a anti-sepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples.

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sítio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspecionar diariamente o sitio de inserção e REGISTRAR a observação: paciente pediátrico no mínimo duas vezes por turno e pacientes na unidade de internação uma vez por turno.

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável.

Trocar dispositivos

- Trocar o sistema de infusão (cateter periférico, equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) – 96 horas;
- Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- O cateter periférico instalado em situação de emergência com comprometimento da técnica asséptica deve ser trocado tão logo seja possível;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde- Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017.

CURATIVO E TROCA DE DISPOSITIVOS DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

1. OBJETIVO

Reduzir os índices de flebite, perda de acesso e infecção associada à assistência a saúde.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- N/A : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão para SAE da Unidade.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro

Definição do tipo e local de acesso:

- Confirmar diagnóstico e tipo de tratamento medicamentoso que o paciente irá receber;
- Definir tipo de acesso venoso será o mais apropriado, conforme as condições do paciente. Selecionar o cateter, priorizar o cateter de poliuretano, teflon ou silicone por ser menos trombogênico, diminuindo o risco de aderência bacteriana.

Enfermeiro/Téc. DE enfermagem

Troca de cateter e curativo em Punção Periférica:

Realizar anti-sepsia:

- Utilizar álcool a 70%, exceto em neonatos, nos quais se recomenda o uso de clorexidina degermante a 2% ou alcoólica a 0,5%;
- Não palpar o sitio de inserção após a antisepsia da pele;
- Utilizar luvas de procedimento nas punções periféricas simples.

Trocar cateter:

- Em caso de obstrução;
- Quando houver sinais de flebite no sitio de inserção;
- Quando houver sinais flogisticos no sitio de inserção;
- Retirar o cateter tão logo não seja mais necessário;
- Inspecionar diariamente o sitio de inserção e REGISTRAR a observação.

Trocar o curativo:

- Trocar o curativo sempre que apresentar sujo, molhado, solto, com má aparência ou quando necessária a visualização;
- Usar curativo de gaze ou curativo transparente semipermeável;
- IDENTIFICAR o curativo: data, horário, nome do profissional responsável.

Trocar dispositivos:

- Trocar o sistema de infusão (equipo macrogotas, microgotas e adaptadores) – 72 horas;
- Trocar equipo para hemoderivados em 4 horas do início da transfusão, e sempre a cada unidade transfundida.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Sem recomendações para troca periódica ou casos de quebra de assepsia;
- Lavar as mãos antes e após o contato com o curativo ou dispositivo intravascular;
- Conforme a complexidade do procedimento solicitar auxílio de outro membro da equipe de enfermagem.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária – 2017. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde.

ENCAMINHAMENTOS APÓS ÓBITO

1. OBJETIVO

Assistir ao paciente em óbito e acolher familiares de forma integral, humanizada e respeitosa, visando prepará-los para os procedimentos funerários.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- DO - Declaração de Óbito;
- EIC - Etiqueta Identificadora de Cadáver;
- UP - Unidade do Paciente;
- N/A : Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do paciente;
- Formulário padrão SAE do setor em que ocorreu óbito;
- Censo Diário;
- Livro de Registro de Óbito;
- EIC - Etiqueta identificadora de cadáver;
- Formulários para DO;
- DO - Declaração de óbito.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnico de Enfermagem:

Registro do óbito:

- Conferir a constatação do óbito pelo médico;
- Realizar anotação deEnfermagem no prontuário - SAE, com data, hora e procedimentos realizados;
- Anotar o óbito no Censo;
- Registrar o óbito no Livro de Registro de Óbito;
- Preencher EIC (duas, uma interna junto ao corpo, e outra externa): setor de origem, nome do paciente, data e horário do óbito;
- Informar e providenciar a devolução das medicações à farmácia; informar BLH e Agencia Transfusional.

Escriturária:

Encaminhamentos para DO:

- Entregar o Formulário para DO ao médico, quando solicitado pelo mesmo.

Enfermeiro:

Encaminhamentos à Equipe Multiprofissional:

- Supervisionar todos os procedimentos descritos;
- Somete finalizar o processo encaminhando o paciente ao necrotério, após todos os documentos estarem OK;
- Comunicar o óbito ao Setor de Psicologia;
- Comunicar o óbito ao Serviço Social;
- Comunicar o óbito ao serviço de Nutrição;
- Enviar a Declaração de Óbito (Atestado de Óbito) ao Serviço Social;
- Assegurar, juntamente com o Serviço de Psicologia e Serviço Social, o ACOLHIMENTO à família de forma humanizada;
- Proporcionar aos familiares a opção de participar do processo de preparo do corpo, principalmente em se tratando de RN, antes de encaminhá-lo ao necrotério.

Técnico de Enfermagem

Preparo do corpo:

- Preparar e Identificar o corpo;
- Retirar sondas e cateteres do paciente;
- Identificar e entregar os pertences do paciente à família;
- Finalizar o enrolamento do corpo.
- Encaminhar ao necrotério e entregar a DO ao serviço social;
- Entrarem contato com a Recepção – setor de internações, para dar destino do corpo ao necrotério, até a chegada da Funerária.
- Em caso de problemas com DO, o Serviço Social deverá solicitar correções: 1º) médico que assistiu ao óbito, 2º) coordenador médico da Unidade, 3º) Diretor Técnico e 4º) Diretor Geral.

Enfermeiro

Limpeza Terminal da UP:

- Providenciar desinfecção terminal do leito, conforme rotina do setor e IT para Limpeza Terminal da UP.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Médico responsável pela DO é aquele que assistiu o óbito;
- Todos os campos da DO devem ser preenchidos por médico;
- Óbitos sem causa definida, conforme protocolo devem ser encaminhados ao SVO;
- Identificar o corpo com duas etiquetas, uma interna e outra externa;

8. RESPONSÁVEL(S)

N/A.

9. REGISTRO(S)

N/A

10. REFERÊNCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins. DO, Livro de registro de pacientes, Etiqueta de óbito, Censo diário e Informe de Alta.

LIMPEZA DO RESERVATÓRIO DA INCUBADORA AQUECIDA

1. OBJETIVO

Manter as incubadoras limpas para evitar a transmissão de microorganismos e conseqüente controle de infecção.

2. APLICABILIDADE

- UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal;
- UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Convencional;
- CC - Centro Cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- IAS – Incubadoras Aquecidas;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Diário
- Compressas para limpeza;
- Água e Sabão neutro;
- Frasco Spray com solução de Letamax.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnico de Enfermagem

Preparar material:

Prever e organizar a quantidade de material, conforme número de IAS a serem limpas.

Técnico de Enfermagem

Limpeza do reservatório de umidade da incubadora aquecida:

- Abrir a tampa de acesso ao reservatório de umidade, rotacionando o botão de fixação, e puxando o conjunto;
- Drenar completamente o reservatório através de sua mangueira para drenagem;
- Recolocar a mangueira de drenagem em seu niple de espera, e desconectar o reservatório do sistema, deslocando-o em direção à tampa de acesso;
- Retirar o reservatório puxando-o para cima;
- Colocar o reservatório em sua posição original, acoplando-o junto à entrada do sistema;
- Verificar se a mangueira para drenagem encontra-se perfeitamente instalada, e posteriormente adicionar água destilada e esterilizada através de sua tampa superior;
- Proceder à retirada do reservatório certificando que o sistema de umidificação e seu reservatório encontram-se sem água, a fim de evitar derramamentos indesejáveis;
- Realizar a limpeza do reservatório de água sempre que for realizar a limpeza das incubadoras aquecidas.

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem

Controle do procedimento:

- Observar nivel de reservatório diariamente e anotar no diário.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro, técnico de enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Manual do usuário incubador para recém-nascidos vision®2186.

PRECAUÇÃO DE CONTATO - BÁSICA

1. OBJETIVO

Controlar a disseminação das bactérias multirresistentes e outros agentes infecciosos transmitidos, sobre tudo pelo contato. Aplicado na Realização de Procedimentos de Rotina: punções, administração de medicamentos, cuidados em geral.

2. APLICABILIDADE

Este procedimento aplica-se a todos os setores de internação

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- MS - Ministério da Saúde;
- IA - Incubadora Aquecida;
- RN - Recém Nascido;
- N/A- Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

Prontuário do paciente.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Considerar cada recém nascido e o espaço a sua volta como UNIDADE INDIVIDUALIZADA - UNIDADE DO PACIENTE;
- Evitar o contato desnecessário com o paciente, com o berço ou a incubadora e com objetos e equipamentos próximos;
- Realizar higienização simples das mãos e antebraços com água e sabão antes e após examinar ou prestar cuidados a cada paciente - em IA higienizar os antebraços antes e após procedimentos;
- Realizar a manutenção dos dispositivos invasivos (polifix, jelco salinizado, torneirinhas e equipo em geral) devemos realizar anti-

sepsia com álcool a 70%; Acomodar as "tampinhas" em capa protetora, no caso a capa da seringa, evitando o contato com as superfícies da unidade do paciente;

- Usar luvas de procedimento quando houver possibilidade de contato com sangue, secreções, excreções, pele não integra, mucosas ou artigos contaminados;
- Usar aventaI (capote de mangas compridas), durante procedimentos que possam sujar o uniforme ou o antebraço, por meio do contato ou respingo de liquidos orgânicos, (ou RN fora da incubadora - colo);
- Usar artigos exclusivos especialmente nos casos de Recém Nascidos - estetoscópio, termômetro, fita métrica, em caso de adultos, desinfetá-los após cada uso com álcool a 70%;
- Atentar para anti-sepsia do manguito do esfigmomanômetro com álcool a 70%.;
- Quando não houver condições de quarto privativo manter leitos com distancia de 1 metro entre eles;
- Importante a identificação da precaução como abaixo.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

Todo procedimento deve ser relatado em prontuário;

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistêmcia a Saúde - Agência Nacional de Vigilancia Sanitária - 2017

Procedimentos de enfermagem : guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani ... [et. al.]. -- 2. ed. -- Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2017.

Cartazes de precauções da Agência Nacional da Vigilancia Sanitária.

PRECAUÇÕES RESPIRATÓRIAS PARA AEROSSÓIS

1. OBJETIVO

Apresentar a instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por aerossóis (particulas de tamanho menor ou igual a 5 micra), que permanecem suspensas no ar e podem ser dispersas a longas distâncias. Aos profissionais de saúde durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por aerossóis e que necessitam de isolamento respiratório, como varicela, sarampo e tuberculose.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- A transmissão por aerossóis é diferente da transmissão por gotículas. Algumas partículas eliminadas durante a respiração, fala ou tosse se ressecam e ficam suspensas no ar, podendo permanecer durante horas e atingir ambientes diferentes, inclusive quartos adjacentes (são carreados por corrente de ar).Destinam-se às situações de suspeita ou confirmação de tuberculose pulmonar ou laríngea, sarampo, varicela e herpes zoster disseminado ou em imunossuprimido.

- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;

- Máscara tipo N95 ou PFF2 (proteção facial filtro 2).

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por aerossóis;

- Observe a identificação de "Precauções para aerossóis" na porta do quarto;

- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;

- Coloque máscara N95 ou PFF2 antes de entrar no quarto;

- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;

- Ajuste a haste metálica da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;

- Higienize as mãos antes de sair do quarto;

- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Mantenha o paciente em quarto privativo superior a 30 dias, desde que se mantenham íntegras, secas e limpas. Utilize a PFF2 durante aassistência a pacientes entubados, pois, pela válvula expiratória, continua ocorrendo eliminação de microrganismos no ambiente;

- O transporte do paciente deve ser limitado e, quando necessário, ele deve sair do quarto usando

máscara cirúrgica;

- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para goticulas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora;
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para aerossóis.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada À Assistência a Saúde - Agência Nacional de Vigilancia Sanitária - 2017

Procedimentos de enfermagem: guia prático / Maria Isabel Sampaio Carmagnani... [et. al.]. -- 2. ed.-- Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2017.

PRECAUÇÕES DE GOTICULAS PARA ISOLAMENTO

1. OBJETIVO

Apresentar aos profissionais de saúde as instruções para Prevenir a transmissão de microrganismos por goticulas, durante a assistência a pacientes com infecção, suspeita ou confirmada, por microrganismos transmitidos por goticulas.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Internação adulto e infantil, Emergência, Centro Cirúrgico/Obstétrico

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- Goticulas , também chamadas Goticulas de Pflugge são partículas liquidas expelidas para o ar que podem ser gerados por tosse, espirro, conversação de um paciente contaminado por microorganismo.
- N/A: Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do Paciente;
- Máscara cirúrgica

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

- Leia atentamente a prescrição

médica e o prontuário do paciente e verifique se há confirmação ou suspeita de infecção por microrganismos disseminados por gotículas;

- Observe a identificação de "Precauções para gotículas" na porta do quarto;
- Higienize as mãos antes de entrar no quarto;
- Coloque máscara cirúrgica antes de entrar no quarto;
- Posicione corretamente os elásticos, um na região superior e outro na região inferior da cabeça, para que a máscara fique bem firme;
- Ajuste a haste da máscara à parte superior do nariz (osso nasal), de modo a evitar o escape de ar;
- Higienize as mãos antes de sair do quarto;
- Após sair do quarto, retire a máscara e mantenha-a em local seco e limpo até a próxima utilização, lembrando que o uso da máscara é individual.

6. PERIODICIDADE

N/A

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

- Higienize as mãos antes e após o contato com o paciente: use óculos, máscara cirúrgica e avental quando houver risco de contato com sangue ou secreções e descarte adequadamente os pérfurocortantes.
- Quando não houver disponibilidade de quarto privativo, o paciente pode ser internado com outro infectados pelo mesmo microoganismo. A distância mínima entre dois leitos deve ser de um metro;
- O transporte do paciente deve ser evitado, mas, quando necessário, ele deverá usar máscara cirúrgica durante toda sua permanência fora do quarto.
- As visitas devem ser restritas e orientadas pelo enfermeiro quanto às precauções para gotículas;
- O familiar ou acompanhante que entrar no quarto também deverá utilizar máscara cirúrgica;
- Os EPI devem ser utilizados de acordo com a indicação determinada para cada paciente, conforme as diretrizes preconizadas pelo SCIH e em conformidade com a Norma Regulamentadora;
- A porta do quarto deve estar identificada corretamente com o tipo e os meios de precaução para gotículas.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Téc. e Auxiliar de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigi-

lância em Saúde. Coordenação – Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde : Volume único(recurso eletrônico)/ Ministé- rio da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiolo- gia em Serviços – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017

TRANSFERÊNCIA E ALTA DE RNS

1. OBJETIVO

Garantir que a transferência e a alta de recém nascidos ocorra de forma segura.

2. APLICABILIDADE

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal - UTIN, Unidade de Cuidados Intensivos - UCIN, ALCON Patoló- gico e Unidade Canguru - Etapa II.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- RN – recém nascido;
- SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;
- MV – Movimentação de Pacientes;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Prontuário do RN
- Protocolo – SAE;
- Prontuário do RN;
- Formulário padrão da SAE;
- Livro de Registro dos Enfermeiros da Unidade;
- Livro de Registro de altas, transferências e óbitos da Unidade;
- Formulário de Censo Diário.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Enfermeiro

Transferência Interna; Transferência Externa; Alta hospitalar:

- Confirmar com o médico da unidade se foi confirmado vaga para a transferência do Paciente;
- Checar se o prontuário está preenchido corretamente, antes de se efetuar qualquer tipo de transferência;
- Entrar em contato com o setor ou Unidade Hospitalar, confirmando a transferência do paciente;
- Proceder aos familiares, as orientações relativas aos cuidados pessoais, horário de medicações (quando necessário), encaminhamentos e retornos (quando indicados).

Enfermeiro/Técnico de enfermagem

Observar dispositivos:

- Observar e cuidar de sondas, drenos, curativos, venóclise, preparando paciente para manutenção dos mesmos durante a transferência.

Enfermeiro

Avaliação física e registro em prontuário do RN, para transferência do RN

- Realizar exame físico do RN ;
- Proceder as anotações importantes do estado da criança, a fim de que a equipe possa dar continuidade ao tratamento e cuidados prescritos na próxima unidade de tratamento.

Técnico de enfermagem

Anotar procedimento de alta e transferência:

- Anotar no prontuário a hora da saída de alta e transferência, registrando também no livro da unidade;
- Registrar em prontuário dados sobre a alta do RN, solicitando que a Mãe o assine.

Enfermeiro

Preenchimento e encaminhamento da MV:

- Enviar formulário de MV à Recepção - Setor de Internações;
- Informar por telefone à Recepção – Setor de Internações.
- Checar preenchimento de alta responsável;
- Integrar ao documento entregue ao Serviço Social.

Atualização do Censo Diário:

- Anotar nome completo do RN;
- Marcar o tipo de transferência.

Técnico de enfermagem

Providenciar Limpeza (Incubadora/Berço Aquecido e espaço físico):

- Encaminhar Incubadora/Berço aquecido ao expurgo e efetuar lavagem da mesma;
- Solicitar a equipe de higienização limpeza do espaço físico onde a Incubadora /berço aquecido estavam.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Enfermeiro/Técnico de Enfermagem.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Manual de Normas e Rotinas assistenciais dos Serviços de Enfermagem dos Hospitais Públicos do Tocantins.

TROCA DO FILTRO DE AR DA INCUBADORA AQUECIDA

1. OBJETIVO

Evitar que o ar sujo afete a concentração de O^2 e/ou cause acúmulo de dióxido de carbono no interior da Incubadora aquecida.

2. APLICABILIDADE

UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal/UCINCo - Unidade de Cuidado Intermediário Convencional e CC - Centro cirúrgico.

3. SIGLAS, TERMOS E DEFINIÇÕES

- I.A - Incubadora Aquecida;
- N/A - Não se aplica.

4. MATERIAL UTILIZADO

- Filtro para reposição;
- Luvas de procedimento;
- Compressas para limpeza;
- Água e Sabão neutro;
- Frasco Spray com solução própria para limpeza de IA.

5. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Técnico de enfermagem

Troca do filtro de ar:

- Retirar a tampa do filtro rotacionando em 90° os botões de fixação;
- Retirar o filtro de ar usado;
- Limpar e secar todas as superfícies de acomodação do filtro;
- Identificar corretamente com a data inicial da utilização e nome do servidor que colocou, no próprio filtro;
- Trocar o filtro da incubadora aquecida sempre que mudar de paciente; óbito, doenças infecto contagiosas e/ou se houver necessidade (quando estiver completamente sujo, que permanecer por muito tempo internado, período igual ou maior que três meses);
- Instalar o novo elemento filtrante, e reinstalar o painel traseiro.

Enfermeiro

Controles da periodicidade do procedimento:

- Preencher Data da troca, Nº da IA, Nome do funcionário responsável pela troca;

- Analisar e tomar providências para nova troca de filtro, quando a situação se encaixar em um dos motivos supracitados.

6. PERIODICIDADE

N/A.

7. RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES

N/A.

8. RESPONSÁVEL(S)

Técnico de enfermagem/ Enfermeiro.

9. REGISTRO(S)

N/A.

10. REFERÊNCIAS

Manual do usuário Incubadora para Recém Nascidos Vision 2186.



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA E CONTÍNUA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

1. OBJETIVO

- Padronizar os meios de identificação do paciente em atendimento hospitalar e ambulatorial;
- Definir os fluxos para identificação do cliente;
- Sensibilizar de forma positiva os profissionais, acompanhantes e pacientes sobre a importância e a relevância da correta identificação;
- Definir responsabilidades;
- Verificar rotineiramente a integralidade das informações nos locais de identificação do paciente (ex.: pulseira, placas do leito).

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe responsável pela Admissão Hospitalar e Ambulatorial;
- Equipe de enfermagem responsável pelo Acolhimento e Atendimento;
- Equipe Multiprofissional de Saúde;
- Colaboradores do Serviço de Vigilância/Portaria.

3. DEFINIÇÕES

Identificação correta e continua do paciente em atendimento assistencial, torna-se essencial à prevenção de erros durante o cuidado à saúde, sob qualquer condição de assistência, uma vez que a identificação incorreta ou a falta dela poderá gerar danos irreversíveis e, em alguns casos, fatais.

O protocolo de identificação do paciente deverá ser observado e executado por todos os profissionais envolvidos neste processo e em todos os ambientes de prestação do cuidado de saúde em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnóstico, visando à minimização da ocorrência de efeitos adversos.

O paciente tem papel fundamental neste processo, pois irá colaborar com sua própria segurança permanecendo com as pulseiras ou solicitando-as para a equipe de saúde. A participação do paciente pa ra minimizar o risco de dados errôneos e a preocupação com o uso do dispositivo em algumas circunstâncias clínicas especiais, como transfusão de sangue e administração de medicamentos é facilitada na sua ação como agente proativo no processo.

4. TERMINOLOGIAS

- RN - Recém-nascido

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA E CONTÍNUA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Identificadores a serem utilizados na pulseira:

- Nome completo do paciente, SEM ABREVIATURAS;
- Data de nascimento do paciente;
- CPF.

Nos casos em que a identidade do paciente não está disponível na admissão e quando não houver a informação do nome completo, poderão ser utilizadas as características físicas mais relevantes do paciente, incluindo sexo e raça.

Os registros dos identificadores do paciente podem ser impressos de forma digital ou manuscritos, obrigatoriamente, com letra de forma, com tinta azul.

A identificação do recém-nascido requer cuidados adicionais. Os dados de identificação dos RNs (logo após o parto) nas pulseiras serão: identificador "RN", nome da mãe, data de nascimento, horário de nascimento e sexo.

RN de : _____ (Nome da mãe sem abreviatura)
DN: _____
Horário de nascimento: _____
Sexo: _____

A confirmação da identificação do paciente SEMPRE deve ocorrer antes de:

- A administração de medicamentos;
- A administração do sangue;
- A administração de hemoderivados e hemocomponentes;
- A coleta de material para exame;
- A entrega da dieta;
- A realização de procedimentos invasivos.

O profissional responsável pelo cuidado deverá perguntar o nome ao paciente/familiar/acompanhante e conferir as informações contidas na pulseira do paciente com o cuidado prescrito, ou com a rotulagem do material que será utilizado.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA E CONTÍNUA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Mesmo que o profissional de saúde conheça o paciente, deverá verificar os detalhes de sua identificação para garantir que o paciente correto receba o cuidado correto.

A verificação da identidade do paciente não deve ocorrer apenas no início de um episódio de cuidado, mas deve continuar a cada intervenção realizada no paciente ao longo de sua permanência no hospital, a fim de manter a sua segurança.

- **PEÇA** ao paciente que declare (e, quando possível, soletre) seu nome completo e data de nascimento;
- **SEMPRE** verifique essas informações na pulseira de identificação do paciente, que deve dizer exatamente o mesmo. Checar se a impressão ou registro encontra-se legível. Lembrar que deve constar o nome completo do paciente, sem abreviaturas;
- **NUNCA** pergunte a o paciente "você é o Sr. Silva?" porque o paciente pode não compreender e concordar por engano;
- **NUNCA** suponha que o paciente está no leito correto ou que a etiqueta com o nome acima do leito está correta.

A confirmação da informação contida na pulseira do recém-nascido e na pulseira da mãe deve ocorrer em todo o momento que o recém-nascido for entregue à mãe ou responsável legal (em caso de impossibilidade da mãe).

Caso a mãe não esteja internada, deverá ser solicitado documento que comprove o nome da mãe e deverá ser realizada a confirmação com os dados existentes na pulseira do recém-nascido.

5.2. Local da Pulseira de Identificação

A pulseira de identificação deve ser colocada, preferencialmente, no punho direito. Caso não seja possível a instalação nesse membro, será obedecida a seguinte ordem:

- Punho esquerdo;
- Tornozelo direito;
- Tornozelo esquerdo.

De acordo com o Ministério da Saúde, deverá ser promovido um rodízio dos membros do corpo do paciente, de acordo com as necessidades dos pacientes, levando em consideração situações, tais como:

- Edemas.

- Amputações;
- Presença de dispositivos vasculares, entre outros.

5.3. Troca ou Remoção da pulseira

Caso a pulseira caia ou fique ilegível durante o período de internação a Unidade de Regulação Assistencial deverá ser comunicada imediatamente para confeccionar outra pulseira e realizar a troca.

A substituição da pulseira deverá ser feita sempre na presença de outro profissional e, em casos de RNs, sempre na presença de um familiar. A justificativa de troca/substituição e o novo local de posicionamento, se for o caso, deverão ser registrados no prontuário.

A pulseira de identificação só deverá ser removida, pela equipe de enfermagem, após a alta ou transferência do paciente para outra unidade de atendimento à saúde.

5.4. Etiquetas de Identificação

A etiqueta de identificação deverá ser utilizada nos acompanhantes e visitantes, fixada sobre a roupa, na região do tórax, logo abaixo a região clavicular.

5.5. Placas de Identificação a Beira Leito

A identificação a beira leito do cliente hospitalizado será realizada por meio de placas de papel impressas, conforme modelos padronizados e preenchidas por meio digital ou manual. Os dados da placa de identificação a beira leito serão: nome completo do cliente, data de nascimento, CPF, clínica, data de admissão, classificação de risco (queda e lesão por pressão - LPP) e alergia. No Centro Cirúrgico (CC), os dados serão os mesmos acrescidos de cirurgia proposta e tipo de anestesia.

A investigação para alergia deverá ser feita por meio de fontes primárias (perguntando para o próprio cliente e familiares) e secundárias (prontuário e outros documentos).

5.6. Clientes admitidos sem identificação

Os clientes admitidos sem documentação, em caráter de urgência/emergência, serão identificados com um número de RG provisório e com o identificador "Sem Nome" na pulseira e na placa a beira leito, até a apresentação dos documentos de identificação com foto.

A equipe de saúde deverá contactar o Serviço Social para auxílio na obtenção das in-

formações necessárias para identificar corretamente do paciente.

5.7. Identificação dos pacientes da Unidade de Urgência e Emergência

Os pacientes deverão obedecer às cores padronizadas pelo Protocolo de Manchester que classifica os doentes por cores, após uma classificação de riscos baseada em sintomas, de forma a representar a gravidade do quadro e o tempo de espera para cada paciente.

Após atendimento, caso paciente for ocupar um leito, automaticamente receberá uma pulseira.

Os pacientes oriundos de outras unidades externas (ex.: banco de sangue) que forem fazer qualquer procedimento temporário no Pronto Socorro receberão etiqueta de cor branca.

Os pacientes que permanecerem na unidade de Urgência e Emergência até 24 horas usarão etiquetas conforme as cores padronizadas acima, após 24 horas serão identificados com a pulseira contendo os seguintes indicadores.

5.8. Definições Institucionais

As pulseiras deverão ser de cor branca e de fácil leitura (fonte comum e tamanho de letra 12 ou 14) e possuírem comprimento adequado para serem utilizadas em clientes obesos e/ou com linfedema e serem confortáveis e seguras em RNs e crianças: bordas/cantos arredondados; material durável, liso, impermeável, lavável, confortável e não alergênico e fixadores que não pressionem a pele.

Pulseiras coloridas de alerta ou etiquetas não devem ser utilizadas como identificadoras do paciente, devido ao aumento dos riscos de erros de identificação.

As pulseiras de uso do RN (logo após o nascimento) poderão ser identificadas à caneta ou similares, até a aquisição da pulseira padrão.

As pulseiras deverão ser impressas pelos serviços e unidades assistenciais responsáveis pela admissão do cliente, após atualização cadastral e certificação da documentação com foto. A documentação com foto não será obrigatória para crianças e clientes admitidos em situações de emergências.

No caso de identificadores manuscritos, deve ser utilizada letra de forma e tamanho adequado para a leitura e tinta cor azul.

Se o comprimento adicional da pulseira de identificação tiver que ser cortado, a equipe deve fazer o uso de tesoura, NUNCA DEVE SER UTILIZADO LÂMINA DE BISTURI devido ao risco de incidentes. As extremidades do corte das tesouras não devem ser afiadas.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE IDENTIFICAÇÃO CORRETA E CONTÍNUA DO PACIENTE	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.9. Monitoramento

INDICADORES DE RESULTADOS - NÚMERO DE INCIDENTES DEVIDO ÀS FALHAS NA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE /MÊS - NÚMERO DE PACIENTES COM PULSEIRAS PADRONIZADAS / MÊS.

AUDITORIA - OBSERVAÇÃO DA ABORDAGEM DO PROFISSIONAL QUANTO AO USO DA DUPLA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE - PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM RELAÇÃO ÀS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS DA EQUIPE QUANTO À IMPORTÂNCIA E FINALIDADE DO USO DAS PULSEIRAS.

6. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde - série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014.

Documento de Referência do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA/ ANVISA. Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática. Série: Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde, 2013, 168p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo 2 - Protocolo de identificação do paciente. Anvisa, Fiocruz, 2013. 10p.

Portaria nº 529, de 1 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente.

Portaria nº 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.

Resolução – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do cliente em serviços de saúde e dá outras providências.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

EMISSÃO	VERSÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES
xxx	xxxx	xxxxxx

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

1. OBJETIVO

- Estabelecer uma comunicação efetiva entre a equipe de profissionais e/ou pacientes;
- Prevenir eventos adversos decorrentes de falhas nos processos de comunicação.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe multidisciplinar: Receber e transmitir as informações de forma clara, precisa, objetiva, de forma completa evitando distorção e ambiguidade de informações, ao final de cada informação recebida deverá confirmar com o locutor (read back - leia de volta).

3. DEFINIÇÕES

Na saúde, a comunicação é essencial para que a assistência seja qualificada e segura, gerando impacto direto sobre seus resultados. Falhas no processo de comunicação eletrônica, verbal e escrita são reconhecidas como contribuintes para a ocorrência de eventos adversos, inclusive de óbitos. Melhorar a comunicação entre profissionais é meta do Programa Nacional de Segurança do Paciente e elemento essencial para a qualificação do cuidado. Nesse sentido, a comunicação oportuna, precisa ser completa, clara e compreendida pelo receptor, deve ser adotada por todos os profissionais da equipe de saúde como caminho para a excelência das práticas assistenciais.

A informação é considerada ativo estratégico e deve chegar até cada público-alvo de forma clara e objetiva, sustentando condutas padronizadas e a apropriação, por parte do público-alvo, de conteúdo atualizado e de boa qualidade. A disseminação de uma informação cujo foco é a segurança do paciente, deve ser planejada para atingir o público-alvo pretendido e ser convertida em ação segura.

4. TERMINOLOGIAS

- Read back – Leia de volta;
- Feedback - Informação que o emissor obtém da reação do receptor à sua mensagem, e que serve para avaliar os resultados da transmissão.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

5.1. Meios de Comunicação:

- Comunicação verbal presencial;
- Quadros e/ou painéis de informação;
- Prontuários e livros de registros;
- Telefones;
- E-mail.

5.2. Etapas do Procedimento:

Características essenciais da comunicação para ser efetiva entre os profissionais.

- Clareza;
- Precisão;
- Objetividade;
- Informações completas;
- Informações sem ambiguidade.

Ao receber uma informação, a mesma deverá ser repetida para seu locutor a fim de validar o que foi escutado/entendido, com a finalidade de validar a informação recebida evitando erros de interpretação, falta de informação e ambiguidade.

5.3. Competências para comunicação efetiva entre equipe multiprofissional de saúde:

COMPETÊNCIA	EXECUÇÃO
APLICAR A ÉTICA NO PROCESSO DE COMUNICAÇÃO	Demonstrar respeito pelas diferenças culturais, étnicas, espirituais, emocionais e as relacionadas com a idade do paciente; Demonstrar respeito pelos valores, crenças e preocupações do paciente.
ESTABELECER VÍCNULOS EMPÁTICOS COM O PACIENTE E FAMÍLIA	Compreender a doença a partir da perspectiva do paciente e família; Saber se colocar no lugar do outro.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

COMPREENDER A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE NA COMUNICAÇÃO	Entender como o silêncio, a ausência de interrupções e a privacidade influenciam a comunicação com o paciente e familiares; Entender a influência do ambiente na comunicação em equipe.
SABER MEDIAR CONFLITOS E REALIZAR NEGOCIAÇÕES	Como mediar conflitos e contribuir para um clima organizacional positivo e seguro para o paciente.
SABER ESCUTAR	Sem interferir ou julgar; Valorizar as preocupações dos pacientes e familiares; Demonstrar interesse pelo paciente e por suas preocupações.
OBTER INFORMAÇÕES	Usar perguntas abertas (para conhecer).
ESCLARECER DÚVIDAS	Adequar a linguagem do paciente.
RESUMIR INFORMAÇÕES COLETADAS	Para obeter confirmação do paciente.
FORNECER INFORMAÇÕES	Em linguagem adequada, clara, simples e acessível para o paciente (idade e capacidade de compreensão); Completa para as necessidade do paciente naquele momento.
AVALIAR O GRAU DE COMPREENSÃO DO PACIENTE PARA A INFORMAÇÃO TRANSMITIDA	Realizar perguntas abertas que permitam avaliar se o paciente entendeu o que foi informado e uso de perguntas fechadas (para confirmar ou refutar informações).
ACONSELHAR E EDUCAR O PACIENTE	De acordo com os valores do paciente, promovendo comportamentos saudáveis; Entender que o paciente tem o direito de conhecer sua condição de saúde para fazer suas escolhas.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

TOMAR DECISÕES COM BASE NAS INFORMAÇÕES RECEBIDAS	Utilizar a imparcialidade; Empoderar o paciente para fazer escolhas sobre sua saúde e tratamento.
APLICAR ESTRATÉGIAS PARA COMUNICAR INFORMAÇÕES IMPORTANTES	Uso de cores, desenhos, linguagem de sinais e outros métodos, adequados para a comunicação, como resposta a demandas e necessidades específicas dos pacientes; Utilizar protocolo de comunicação de más notícias.
USAR LINGUAGEM NÃO VERBAL	Compreender a importância dessa forma de comunicação e seu impacto na comunicação; Identificar o que o paciente comunica com a linguagem não verbal; Demonstrar interesse pelas ideias, valores e preocupações do paciente, por meio da linguagem não verbal (contato visual, tom de voz, expressão facial e toque físico, tal como segurar a mão).
USAR LINGUAGEM ELETRÔNICA	De forma clara, completa e ética; Respeitando os limites éticos do uso de ferramentas eletrônicas para comunicação em saúde.
USAR LINGUAGEM VERBAL	Importância da linguagem verbal (conteúdo e tom de voz) no trabalho em equipe e no cuidado aos pacientes; Conhecer os limites seguros para a adoção da comunicação verbal na prática assistencial.

5.4. Comunicação de Resultados Críticos

Entende-se por resultado crítico o valor de exame muito acima ou muito abaixo da normalidade de um organismo, que gera uma resposta e conduta imediata do médico assistente para com seu paciente, evitando algum "dano" ao mesmo.

Após a realização do exame laboratorial, é realizado a conferência e a liberação dos laudos com o resultado pelo laboratório. Caso seja identificado uma alteração significativa, o profissional habilitado deverá comunicar imediatamente (por meio de telefone) o médico responsável pelo paciente para que sejam tomadas as medidas necessárias para com o paciente.

Em casos de não se encontrar o médico, assistente do paciente, os resultados são informados ao residente que acompanha o médico assistente, ou ao enfermeiro, responsável pela Enfermagem da Unidade, ou ao Responsável Técnico da Unidade de Internação, que devem fazer a anotação em prontuário e posteriormente repassar ao médico assis-

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

tente assim que possível.

Os profissionais deverão realizar a técnica de comunicação "Read Back", ou seja, sempre confirmar as informações recebidas, principalmente verbalmente, para conferir se ela foi compreendida corretamente.

A seguir, lista de exames com resultados críticos por categoria:

BIOQUÍMICA	
Ácido úrico > 13 mg/dL Amilase > 200 U/L Aminotransferases > 1.000 U/L Bilirrubinas > 15 mg/dL Cálcio total > 14 mg/dL Cloro < 75 mmol/L - 125mmol/L Creatinina > 7,4 mg/dL CK-MB > 30 U/L	Glicose < 45 mg/dL - > 450 mg/dL Lactato > 15 mg/dL DHL > 1.000 U/L Potássio < 2,8 mEq/L - > 6.2 mEq/L Sódio < 120 mEq/L - > 160 mEq/L Tiroxina livre (T4) > 3,5 ng/dL Ureia > 214 mg/dL
HEMATOLOGIA	
Leucócitos < 2.000/µL - > 50.000/µL Plaquetas < 20.000/uL - >1.000.000/uL Hematócrito < 18 vol % - > 60 vol % Hemoglobina < 6,6 g/dL - > 19,9 g/dL	
COAGULAÇÃO	
Fibrinogênio < 0,8 g/L TAP > 40 segundos TTPA > 90 segundos	
SANGUE DE RECÉM-NASCIDOS	
Bilirrubinas > 14 mg/dL Potássio < 2,6 mmol/L - > 7,7 mmol/L Glicose < 30 mg/dL Leucócitos < 5.000/µL - > 25.000/µL Plaquetas < 100.000/µL Hematócrito < 33 vol % - > 71 vol % Hemoglobina < 8,5 g/dL - > 23 g/dL	
EXAMES MICROBIOLÓGICOS	

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Hemocultura positiva Detecção de microrganismos por GRAM ou cultura Detecção de BAAR Detecção de antigenos de agentes infecciosos (Cryptococus)
LÍQUIDO CEFALORRAQUIDIANO
Aumento na contagem celular; Leucócitos > 10/mm3 – presença de células malignas Glicose abaixo em relação á do soro Lactato > 20 mg/dL Detecção de microrganismos por GRAM Proteina Total > 45 mg/dL
URINÁLISE
Reação fortemente positiva para glicose e acetona; Presença de cilindros eritrocitários; Hemoglobinúria sem eritrócitos no exame microscópico; Detecção de drogas.

5.5. Comunicação de alterações do quadro clínico e intercorrências com a Ferramenta SBAR:

Trata-se de uma técnica utilizada para a comunicação de informação critica permitindo compartilhar informações do paciente de forma concisa. É um modelo estruturado e particularmente útil para a comunicação entre os membros da equipe de saúde sobre alterações e condição de um paciente e/ou a deterioração dos sinais clínicos do paciente com linguagem crítica e conscientização.

É uma ferramenta de comunicação, dando início a uma estratégia de segurança do paciente com o intuito de melhorar a comunicação da equipe. Visa evitar falhas na comunicação verbal e escrita, criando um modelo mental compartilhado em torno de todo o quadro clínico do paciente e situações que requerem avaliação rápida ou troca de informação critica (WACHTER 2010; CHASSIN e BECHER, 2002).

S – SITUAÇÃO: O QUE ESTÁ ACONTECENDO COM O PACIENTE? IDENTIFIQUE-SE / IDENTIFIQUE A UNIDADE DO PACIENTE / EXPLIQUE RESUMIDAMENTE O PROBLEMA / QUAL É, QUANDO ACONTECEU OU INICIOU E QUAL A SUA GRAVIDADE / DETERMINE A CAUSA DA

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

SUA PREOCUPAÇÃO

B – BACKGROUND/ HISTÓRIA PRÉVIA: QUAL É O CONTEXTO E HISTÓRICO CLÍNICO? FORNEÇA INFORMAÇÕES PERTINENTES DOS ANTECEDENTES RELACIONADOS COM A SITUAÇÃO QUE PODEM INCLUIR: DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO, DATA DE ADMISSÃO, LISTA DAS MEDICAÇÕES EM USO, ALERGIAS, SINAIS VITAIS MAIS RECENTES, DATA E HORA EM QUE FOI REALIZADO QUALQUER EXAME LABORATORIAL E OS RESULTADOS DOS EXAMES ANTERIORES PARA COMPARAÇÃO E RESUMO DO TRATAMENTO ATÉ O MOMENTO.

A – AVALIAÇÃO: O QUE MUDOU? DIGA O QUE VOCÊ CONSIDERA QUE SEJA O PROBLEMA: MUDANÇAS QUE OCORREM EM RELAÇÃO À AVALIAÇÃO ANTERIOR, A CONDIÇÃO DO PACIENTE INSTÁVEL OU SE AGRAVANDO.

R – RECOMENDAÇÃO: O QUE EU FARIA PARA CORRIGI-LO? DIGA QUAL A SUA RECOMENDAÇÃO OU SOLICITAÇÃO: TRATAMENTOS ESPECÍFICOS, EXAMES NECESSÁRIOS, O PACIENTE PRECISA SER AVALIADO AGORA?

5.6. Comunicação na Transição do Cuidado:

O termo transição do cuidado refere-se a um conjunto de ações destinadas a assegurar a coordenação e continuidade do cuidado em saúde quando pacientes são transferidos entre diferentes cenários, diferentes setores ou níveis de cuidado em uma mesma instituição de saúde, ou entre diferentes profissionais (COLEMAN, 2003 e WHO, 2016).

Na transição do cuidado do paciente as informações sobre o estado do paciente, procedimentos realizados e pendências devem ser repassadas de forma clara e objetiva entre os profissionais, devendo ser certificado pelo transmissor, que o receptor compreendeu as informações transmitidas. Para esta certificação, sugere-se o uso de perguntas abertas, que induzam o receptor a repetir as informações críticas recebidas, de forma a poder ter sua acurácia conferida. São exemplos de estrutura de perguntas abertas: Você pode repetir as pendências na assistência para paciente M.J.A?

Existem três formas de transição do cuidado do paciente:

- Na transferência intra-hospitalar;
- Na passagem de plantão.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

A transferência intra-hospitalar pode ser temporárias ou definitivas. A transição do cuidado intra-hospitalar é a transferência entre unidades da mesma instituição. É considerada temporária quando o paciente é transferido para a realização de um procedimento e retorna para a unidade de origem, e definitiva quando não retorna.

5.6.1. Orientações para a transição de cuidado na transferência intra-hospitalar e ou intra-hospitalar temporária

Comunicar a transferência para o setor de destino: o médico e enfermeiro devem ligar para o setor que receberá o paciente confirmando horários de procedimentos e preparos necessários

Informar ao paciente e ao acompanhante/familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá, bem como a hora prevista de ocorrer. O prontuário deve seguir com o paciente para a realização de registros e consultas necessárias nos procedimentos/exames realizados em outras unidades e instituições.

A equipe responsável pelo transporte varia em virtude do quadro clínico do paciente, conforme protocolo de transporte seguro da instituição.

Planejar a transferência temporária separando os medicamentos prescritos nas doses previstas para o período em que o paciente estará em trânsito para a realização do exame/procedimento e materiais necessários. Conferir os dados da pulseira de identificação com a guia do procedimento, perguntando o nome completo e data de nascimento (quando possível).

O profissional que acompanhar o paciente para exames deverá permanecer com ele até o término do procedimento e consequente retorno a unidade de origem, realizando o recebimento e passagem das informações sobre o paciente nos momentos da transição do cuidado

5.6.2. Orientações para a transição de cuidado na transferência intra-hospitalar e ou intra-hospitalar definitiva

- Comunicar a transferência para o setor de destino: comunicar para o setor receptor confirmando a transferência e o leito/sala que está disponível para a transferência;
- Informar verbalmente ao profissional de saúde do setor receptor: o médico e a equipe de enfermagem deverão comunicar o estado clínico do paciente, procedimentos realizados e pendências, utilizando como guia o prontuário;

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Informar ao paciente e ao acompanhante/ familiar o motivo da transferência, para onde o paciente irá, bem como a hora prevista de ocorrer;

- Conferir os dados da pulseira de identificação, perguntando o nome completo e data de nascimento ao paciente ou acompanhante/ familiar. Explicar de forma serena a finalidade e a importância da pulseira de identificação e de mantê-la durante a internação;



- O prontuário deve seguir com o paciente para a realização de registros e consultas necessárias nos procedimentos/exames realizados em outras unidades e instituições;

- A conciliação medicamentosa deve ser realizada em todas as etapas de transição do cuidado, mas deve ser priorizada no momento da admissão do paciente, na alta, nos períodos pré e pós-cirúrgico e quando o paciente utilizar múltiplos medicamentos e/ou medicamentos potencialmente perigosos;

- A equipe responsável pelo transporte varia em virtude do quadro clínico do paciente, conforme protocolo de transporte seguro da instituição.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

5.6.3. Orientações para a transição de cuidado na passagem de plantão entre profissionais

Comunicar ao profissional do próximo turno de trabalho, de modo objetivo, claro e conciso: todas as categorias profissionais devem comunicar acontecimentos que envolvam a assistência direta e indireta ao paciente, bem como assuntos de interesse institucional, que aconteceram durante o período trabalhado.

Os acontecimentos a serem considerados são:

- Estado clínico do paciente e evolução;
- Medicamentos de alta vigilância e reações adversas;
- Aspectos nutricionais;
- Condutas adotada e cuidados específicos (precauções, dispositivos);
- Exame laboratoriais alterado e condutas efetuadas;
- Exames e procedimentos agendados e/ou pendentes e os seus preparos;
- Cirurgias agendadas e o seu preparo;
- Presença de acompanhantes;
- Intercorrências e ou pendências clínicas.

Notas: A passagem de plantão deverá ser realizada prioritariamente entre os membros da mesma categoria, ou seja, médico para médico, enfermeiro para enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem para técnico/auxiliar de enfermagem, farmacêutico para farmacêutico, fisioterapeuta para fisioterapeuta e assim sucessivamente. A passagem de plantão deverá ocorrer na entrega ou na troca de turno de trabalho (Manhã/Tarde, Tarde/ Noite e Noite/ Manhã).

A Técnica SBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation) é um modo padronizado e simples de comunicar informações importantes, de forma clara e concisa. Na técnica SBAR, situação (situation) corresponde ao enunciado conciso do problema; background, à informação pertinente e breve acerca da situação; avaliação (assessment), à análise e opções de resolução/encaminhamento e recomendação (recommendation) à ação necessária/recomendada (REBRAENSP, 2013).

Informações sobre alergias deverão ser registradas em prontuário, registradas na prescrição e repassadas a cada troca de plantão

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO EFETIVA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

para evitar eventos adversos. As suspeitas de reações adversas deveram ser notificadas

As passagens de plantão devem ser realizadas presencialmente, em um ambiente calmo, silencioso e com reduzida interrupção, permitindo espaço para perguntas e esclarecimento de dúvidas. Para um adequado processo de passagem de plantão, recomenda-se que:

- O profissional que receberá o plantão seja pontual (se possivel chegar 10 min de antecedência);
- Utilizar nomenclatura adequada, com linguagem clara, direta e objetiva;
- Concentrar-se para receber as informações fornecidas;
- Ser cauteloso ao expor situações particulares do cliente que exigem sigilo profissional.

5.7. Monitoramento

Indicadores de resultados

- Proporção de prescrições verbais e telefônica;
- Proporção de registro de comunicação de resultados críticos de exames diagnóstico;
- Proporção de registro de transição do cuidado.

Auditoria

- Realizada em prontuário por amostragem.

6. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde – série Segurança do Cliente e Qualidade em Serviços de Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Brasília: ANVISA, 2014

Valores críticos de exames laboratoriais (Sociedade Brasileira de Análises Clínicas – SBAC): https://www.pncq.org.br/uploads/pdfs/2015/Valorescriticosnolaboratórioclínico.pdf

Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) nº 302/2005

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponivel em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

EMISSÃO	VERSÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIAIS ALTERAÇÕES
XXX	XXXX	XXXXXX

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

1. OBJETIVO

Implementar medidas para a prevenção de erros em toda a cadeia de medicamentos desde o recebimento, armazenamento, prescrição, distribuição, preparo, administração e monitoramento.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais.
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

Medicamentos de alta vigilância são aqueles com potencial de causar danos graves aos pacientes. Definir quais são esses medicamentos padronizados é uma medida de prevenção minimizando os riscos.

Dentre estes medicamentos, estão os eletrólitos concentrados, os hipoglicemiantes, os anticoagulantes, os quimioterápicos, alguns anestésicos e analgésicos e psicotrópicos, que são medicamentos de uso controlado com ação no SNC- Sistema Nervoso Central.

Algumas classes de medicamentos com potencial maior de riscos, como aqueles com embalagens, nomes, e sons parecidos, que geram confusão e podem levar a um erro de medicação e os medicamentos de alto custos, associado aos riscos financeiros.

4. TERMINOLOGIAS

- SNC – Sistema Nervoso Central

Eletrólitos – São minerais que carregam uma carga elétrica quando estão dissolvidos em um líquido com o sangue. Os eletrólitos do sangue, sódio, potássio, cloreto e bicarbonato, ajudam a regular as funções dos nervos e músculos e manter um equilíbrio ácido-base e um equilíbrio hídrico.

Hipoglicemiantes: São medicamentos usados para diminuir a quantidade de glicose (açúcar) no sangue (glicemia).

Anticoagulantes: São medicamentos que impedem a formação de coágulos no sangue, bloqueiam a ação de substância que promovem a coagulação. Os coágulos são fundamentais para cicatrizar a circulação do sangue.

Quimioterápico: São medicamentos usados no tratamento do câncer.

Anestésico: Fármacos usados para abolir temporariamente, com ou sem perda da consciência, as sensações dolorosas, a fim de que se realizem procedimentos cirúrgicos ou outros indutores de dor, desconforto ou desprazer. Dividem-se em anestésicos gerais ou locais.

Psicotrópicos: Grupo de medicamentos que têm como principal indicação o tratamento da ansiedade e/ou manutenção do sono. Atribuída à ligação e subsequente ruptura da membrana citoplasmática, resultando em precipitação ou coagulação de proteínas e ácidos nucleicos.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Recomendações

As recomendações para indicações do controle de medicamentos de alta vigilância contemplam:

- Melhor gerenciamento do uso do medicamento em toda a cadeia terapêutica;
- Barreiras preventivas com a segregação destes medicamentos;
- Etiquetagem e identificação em cor diferenciada (etiqueta vermelha); Implementar a dupla checagem;
- Prescrição médica em caixa alta para medicamentos com nomes e sons parecidos, sinalizações nas prescrições, uso da tecnologia da informação.

5.2. Indicação

- No processo de identificação dos medicamentos, etiquetação, unitarização dos medicamentos;
- Processo de dispensação de medicação;
- No ato da prescrição médica;
- Acondicionamento da medicação no posto de enfermagem.
- Conferência no ato do preparo da medicação de alto vigilância;

5.3. Materiais Necessários

- Etiquetas vermelhas;
- Caseiros (Gaveteiros) especiais para a guardo dos medicamentos de alta vigilância;
- Sistema de informação (Prescrição eletrônica);

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

5.4. Duração do Procedimento

- Não se aplica

5.5. Recebimento de Medicamentos de Alta Vigilância

- Acondicionar os medicamentos de alta vigilância em paletes identificados por cor vermelha;
- Acondicionar os medicamentos de alta vigilância em prateleiras identificadas, com sinalizações (vermelhas);
- Identificação de medicamentos de alta vigilância com etiquetas vermelhas;
- Dispensação de medicamentos de alta vigilância em embalagens (sacos vermelhos);



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

5.6. Medicação de Alta vigilância

Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais
BROMOPRIDA 4 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL EM FRASCO GOTEJADOR 20 ML
BROMOPRIDA 10 MG, COMPRIMIDO
Antidiarréicos, agentes anti-inflamatórios e anti-infecciosos intestinais
SULFASSALAZINA 500 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO
Medicamentos utilizados em diabetes
GLIBENCLAMIDA 5 MG, COMPRIMIDO
INSULINA REGULAR 100 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
INSULINA NPH 100 UI/ML, SUSPENSÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
METFORMINA 500 MG, COMPRIMIDO
METFORMINA 850 MG, COMPRIMIDO
Vitaminas
CALCITRIOL (VIT D3) 0,25 MCG, CÁPSULA GELATINOSA MOLE
CALCITRIOL (VIT D3) 1 MCG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
Agentes antitrombóticos
ALTEPLASE (R), 50 MG, PÓ PARA SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 50 ML + DILUENTE
DIPIRIDAMOL 10 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA DE 2 ML
ENOXAPARINA 40 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL SC EM SERINGA 0,4 ML
ENOXAPARINA 60 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL SC EM SERINGA 0,6 ML

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ENOXAPARINA 80 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL SC EM SERINGA 0,8 ML
ESTREPTOQUINASE (R) 1.500.000 UI, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
HEPARINA 5.000 UI, SOLUÇÃO INJETÁVEL SC EM AMPOLA 0,25 ML
HEPARINA 5.000 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EV EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
RIVAROXABANA (R), 15 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO
TIROFIBANA (R), 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 50 ML
VARFARINA 5 MG, COMPRIMIDO
Substitutos do sangue e soluções para perfusão
ÁGUA PARA INJEÇÃO, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM BOLSA 250 ML
ÁGUA PARA INJEÇÃO, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM BOLSA 500 ML
AMINOÁCIDOS + TAURINA 10%, SOLUÇÃO INJETÁVEL PARA NEONATOS EM FRASCO-AMPOLA 250 ML
AMINOÁCIDOS 10%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 500 ML
AMINOÁCIDOS 8% SOLUÇÃO INJETÁVEL PARA HEPATOPATAS EM FRASCO-AMPOLA 500 ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 250 ML
CLORETO DE POTÁSSIO 19,1%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
CLORETO DE SÓDIO 20%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
FOSFATO DE POTÁSSIO 2 MEQ/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
GLICOSE 50%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
GLICOSE 50%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 500 ML

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

GLUCONATO DE CÁLCIO 10%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
NPT 3:1 (AMINOÁCIDOS + GLICOSE + LIPÍDEOS + ELETRÓLITOS + ZINCO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CENTRAL, EM BOLSA COM APROXIMADAMENTE 2000 ML
NPT 3:1 (AMINOÁCIDOS + GLICOSE + LIPÍDEOS + ELETRÓLITOS + ZINCO), SOLUÇÃO INJETÁVEL CENTRAL EM BOLSA COM APROXIMADAMENTE 2000 ML
NPT 3:1 (AMINOÁCIDOS + GLICOSE + LIPÍDEOS + ELETRÓLITOS), SOLUÇÃO INJETÁVEL PERIFÉRICO EM BOLSA COM APROXIMADAMENTE 1300 ML
NPT 3:1 (AMINOÁCIDOS + GLICOSE + LIPÍDEOS + ELETRÓLITOS + ZINCO), SOLUÇÃO HIPERPROTÉICA INJETÁVEL CENTRAL EM BOLSA COM APROXIMADAMENTE 2000 ML
NPT 2:1 (AMINOÁCIDOS + GLICOSE + ELETRÓLITOS), SOLUÇÃO INJETÁVEL EM BOLSA COM APROXIMADAMENTE 1000 ML
SOLUÇÃO DE COLLINS, SOLUÇÃO PARA PERFUSÃO E PRESERVAÇÃO DE ÓRGÃOS EM FRASCO 1.000 ML + AMPOLA DE ELETRÓLITOS COM 20ML
SULFATO DE MAGNÉSIO 50%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
Medicamentos que atuam no sistema cardiovascular terapia cardíaca
AMIODARONA 200 MG, COMPRIMIDO
AMIODARONA 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 3 ML
DOBUTAMINA 12,5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 20 ML
DOPAMINA 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
EFEDRINA 50 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
EPINEFRINA 1 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
ETILEFRINA 10 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
NITROGLICERINA 50 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA DE 10 ML
NOREPINEFRINA 2 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 4 ML
Anti-hipertensivos
CLONIDINA 100 MCG, COMPRIMIDO

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CLONIDINA 150 MCG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
HIDRALAZINA 25 MG, COMPRIMIDO
HIDRALAZINA 50 MG, COMPRIMIDO
HIDRALAZINA 20 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
NITROPRUSSIATO DE SÓDIO 50 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Diuréticos
HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO
Agentes betabloqueadores
CARVEDILOL 3,125 MG, COMPRIMIDO
CARVEDILOL 6,25 MG, COMPRIMIDO
CARVEDILOL 12,5 MG, COMPRIMIDO
METOPROLOL 50 MG, COMPRIMIDO
METOPROLOL 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 5 ML
PROPRANOLOL 40 MG, COMPRIMIDO
Bloqueadores de canais de cálcio
NIFEDIPINA 20 MG, COMPRIMIDO DE AÇÃO RETARDADA
Antibióticos e agentes quimioterápicos para uso tópico
SULFADIAZINA DE PRATA 1%, CREME TÓPICO EM POTE 500 G
Corticosteroide de uso tópico
DEXAMETASONA 0,1%, CREME TÓPICO EM BISNAGA 10 G

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Outros ginecológicos
MISOPROSTOL (R) 200 MCG, COMPRIMIDO VAGINAL
MISOPROSTOL (R) 25 MCG, COMPRIMIDO VAGINAL
OCITOCINA 5 UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
Hormônios sistêmicos, exceto hormônios sexuais e insulina
DESMOPRESSINA 0,1 MG/ML, SOLUÇÃO NASAL EM FRASCO 2,5 ML
DESMOPRESSINA 4 MCG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
VASOPRESSINA 20 UI, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
Hormônios corticosteroides para uso sistêmico
DEXAMETASONA 4MG, COMPRIMIDO
DEXAMETASONA 4 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 2,5 ML
PREDNISOLONA 3 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL EM FRASCO 60 ML
PREDNISONA 5 MG, COMPRIMIDO
PREDNISONA 20 MG, COMPRIMIDO
Terapia tireoidiana
LEVOTIROXINA 25 MCG, COMPRIMIDO
LEVOTIROXINA 50 MCG, COMPRIMIDO
LEVOTIROXINA 100 MCG, COMPRIMIDO
Penicilinas sensíveis à betalactamase
BENZILPENICILINA BENZATINA 1.200.000 UI, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

BENZILPENICILINA G CRISTALINA POTÁSSICA 1.000.000 UI, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
BENZILPENICILINA G CRISTALINA POTÁSSICA 5.000.000 UI, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Cefalosporinas de 1ª geração
CEFALOTINA 1 G, PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
CEFAZOLINA 1 G, PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Cefalosporinas de 3ª geração
CEFTRIAXONA (R) 1 G, PÓ PARA SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Macrolideos
AZITROMICINA 500 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO
AZITROMICINA 500 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
AZITROMICINA 200 MG/5 ML, PÓ PARA SUSPENSÃO ORAL FRASCO + DILUENTE
Outros aminoglicosideos
GENTAMICINA 10 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
GENTAMICINA 80 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 2 ML
Fluoroquinolonas
MOXIFLOXACINA (R) 400 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM BOLSA 250 ML
MOXIFLOXACINA (R) 400 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO
Lipopeptideo
DAPTOMICINA (R) 500 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Antivirais de uso sistêmico

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

GANCICLOVIR (R) 250 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM BOLSA 250 ML
Agentes antineoplásicos alquilantes
CARMUSTINA 100 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
CICLOFOSFAMIDA 1 G, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
CICLOFOSFAMIDA 200 MG PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
DACARBAZINA 100 MG PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
DACARBAZINA 200 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
DACARBAZINA 600 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
IFOSFAMIDA 1 G, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
IFOSFAMIDA 2 G, PO SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Antimetabólitos
AZACITIDINA (R) 100 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
CLADRIBINA 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 8 ML
CITARABINA 20 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
CITARABINA 100 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
FLUDARABINA 50 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
FLUOROURACIL 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
FLUOROURACIL 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML
FLUOROURACIL 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 50 ML
GENCITABINA 200 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

GENCITABINA 1 G, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
METOTREXATO 25 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 2 ML
METOTREXATO 100 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
PEMETREXEDE 100 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
PEMETREXEDE 100 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Alcaloides de plantas e outros produtos naturais
DOCETAXEL 40 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 0,5 ML
DOCETAXEL 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 2 ML
ETOPOSÍDEO 20 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
PACLITAXEL 6 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
PACLITAXEL 6 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 16,7ML
VIMBLASTINA 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 1 ML
VIMBLASTINA 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 1 ML
VINORELBINA 30 MG, CÁPSULA
VINORELBINA 10 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 1 ML
VINORELBINA 10 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
Antibióticos citotóxicos e substâncias relacionadas
BLEOMICINA 15 UI, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
DACTINOMICINA 0,5 MG PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
DOXORRUBICINA (R) 20 MG, LIPOSSOMAS PEGUILADA INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DOXORRUBICINA (R) 50 MG SOLUÇÃO OU PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
EPIRRUBICINA 2 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 25 ML
EPIRRUBICINA 2 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
IDARRUBICINA 10 MG, PÓ SOLUVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
IDARRUBICINA 5 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Compostos de platina
CARBOPLATINA 10 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 15 ML
CARBOPLATINA 10 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 45 ML
CISPLATINA 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
CISPLATINA 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 50 ML
CISPLATINA 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 100 ML
OXALIPLATINA 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
OXALIPLATINA 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML
Outros agentes antineoplásicos
ASPARAGINASE 10.000UI, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
IRINOTECANO 20 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
MITOMICINA 5 MG, PÓ SOLÚVEL INJETAVEL EM FRASCO-AMPOLA
TOPOTECANO 4 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Imunossupressores
AZATIOPRINA 50 MG, COMPRIMIDO

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

BASILIXIMABE (R) 20 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
CICLOSPORINA 25 MG, MICROEMULSÃO EM CÁPSULA GELATINOSA MOLE
CICLOSPORINA 50 MG, MICROEMULSÃO EM CÁPSULA GELATINOSA MOLE
CICLOSPORINA 100 MG, MICROEMULSÃO EM CÁPSULA GELATINOSA MOLE
Sistema músculo esquelético anti-inflamatórios e antirreumáticos
SULFASSALAZINA 500 MG, COMPRIMIDO REVESTIDO
Relaxantes musculares
CISATRACÚRIO 2 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
CISATRACÚRIO 2 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
ROCURÔNIO 50 MG, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 5 ML
SUXAMETÔNIO 100 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
SUXAMETÔNIO 500 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
Antigotosos
ALOPURINOL 300 MG, COMPRIMIDO
Medicamentos que atuam no sistema nervoso
Anestésicos locais
BUPIVACAÍNA 0,5% + GLICOSE 8%, SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERBÁRICA EM AMPOLA 4 ML
BUPIVACAÍNA 0,5%, SOLUÇÃO INJETÁVEL ISOBÁRICA EM AMPOLA 4 ML
BUPIVACAÍNA 0,5%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML
BUPIVACAÍNA 0,5% + ADRENALINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

BUPIVACAÍNA 0,75% + ADRENALINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML
LIDOCAÍNA 5% + GLICOSE 7,5%, SOLUÇÃO INJETÁVEL HIPERBÁRICA EM AMPOLA 2 ML
LIDOCAÍNA 2% + ADRENALINA, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML
LIDOCAÍNA 2%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 5 ML
LIDOCAÍNA 2%, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 20 ML
Anestésicos gerais
ALFENTANILA (A1) 0,5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 5 ML
DEXTROCETAMINA (C1) 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 2 ML
DEXTROCETAMINA (C1) 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
FENTANILA (A1) 0,05 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 10 ML
FENTANILA (A1) 0,05 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 2 ML
PROPOFOL (C1) 10 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 20 ML
PROPOFOL (C1) 10 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 50 ML
PROPOFOL (C1) 10 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL EM SERINGA 50 ML
PROPOFOL (C1) 20 MG/ML, EMULSÃO INJETÁVEL EM SERINGA 50 ML
REMIFENTANILA (A1) 2 MG, PÓ SOLÚVEL INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA
SEVOFLURANO (C1) 1MG/ML, SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO POR VAPORIZAÇÃO EM FRASCO 250 ML
SUFENTANILAA1 50 MCG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EV E ESPINAL EM AMPOLA 1 ML
SUFENTANILAA1 5 MCG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL ESPINAL EM AMPOLA 2 ML
Analgésicos

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DIPIRONA 500 MG, COMPRIMIDO
DIPIRONA 500 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 2 ML
DIPIRONA 500 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL EM FRASCO 10 ML
MORFINA (A1) 1 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
MORFINA (A1) 0,2 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
MORFINA (A1) 10 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
Anticonvulsivantes
CARBAMAZEPINA (C1) 200 MG, COMPRIMIDO
CARBAMAZEPINA (C1) 20 MG/ML, SUSPENSÃO ORAL EM FRASCO 100 ML
OXCARBAZEPINA (C1) 300 MG, COMPRIMIDO
Antipsicóticos
CLORPROMAZINA (C1) 25 MG, COMPRIMIDO
CLORPROMAZINA (C1) 100 MG, COMPRIMIDO
CLORPROMAZINA (C1) 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 5 ML
CLOZAPINA (C1) 25 MG, COMPRIMIDO
CLOZAPINA (C1) 100 MG, COMPRIMIDO
HALOPERIDOL (C1) 5 MG, COMPRIMIDO
HALOPERIDOL (C1) 5 MG/M, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1ML
HALOPERIDOL DECANOATO (C1) 70,5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
LEVOMEPROMAZINA (C1) 4%, SOLUÇÃO ORAL EM FRASCO 20 ML

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

LEVOMEPROMAZINA (C1) 100 MG, COMPRIMIDO
OLANZAPINA (C1) 10 MG, COMPRIMIDO
OLANZAPINA (C1) 5 MG, COMPRIMIDO
QUETIAPINA (C1) 100 MG, COMPRIMIDO
Ansiolíticos
DIAZEPAM (B1) 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 2 ML
Hipnóticos e sedativos
DEXMEDETOMIDINA 100 MCG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 2 ML
FENOBARBITAL (C1) 100 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL IM/EV EM AMPOLA 2 ML
MIDAZOLAM (B1) 2 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL EM FRASCO 10 ML MIDAZOLAM (B1) 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 3 ML
MIDAZOLAM (B1) 5 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML
Antidepressivos
AMITRIPTILINA (C1) 75 MG, COMPRIMIDO
AMITRIPTILINA (C1) 25 MG, COMPRIMIDO
CLOMIPRAMINA (C1) 25 MG, COMPRIMIDO
CLOMIPRAMINA (C1) 75 MG, COMPRIMIDO
ESCITALOPRAM (B1) 10 MG, COMPRIMIDO
FLUOXETINA (C1) 20 MG, CÁPSULA
Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas
AMINOFILINA 24 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 10 ML

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

BETAMESONA, ACETATO 3 MG + BETAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO 3 MG/ML, SUSPENSÃO INJETÁVEL EM AMPOLA 1 ML
IPRATRÓPIO 0,25 MG/ML, SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO EM FRASCO 20 ML
TIOTRÓPIO (R) 2,5 MCG/DOSE, SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO EM FRASCO COM 60 DOSES
Meios de contrastes
LOVERSOL 320 MG IODO/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM FRASCO-AMPOLA 100 ML
LOVERSOL 350 MG IODO/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL EM SERINGA 75 ML
SULFATO DE BÁRIO 1 MG/ML, SUSPENSÃO ORAL EM COPO 150 ML

5.7. Identificação/ Sinalização



Armazenamento realizado na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) em prateleira exclusiva para os MAVs.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX





LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX



Unitarização de medicamentos e registro de dupla checagem realizada pelo auxiliar de farmácia e farmacêutico.



Armazenamento dos medicamentos na farmácia central após fracionamento e identificação.



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Local de armazenamento dos MAVs (nota-se etiqueta de identificação do paciente com nome completo, leito, data de nascimento e data da prescrição) no posto de enfermagem, onde ficam até o horário prescrito para administração. Gaveteiro somente para guarda de MAVs com leitos identificados em cada nicho.

5.8. Definições Institucionais

Ponto de Assistência

Considera-se ponto de assistência, o local onde estejam presentes: "o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento, envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente)". Os pontos de assistência com insumos serão descritos nos documentos institucionais conforme a estrutura de cada unidade de saúde.

Monitoramento

Indicadores de resultados

- Notificações de eventos adversos relacionados aos medicamentos de alta vigilância;
- Taxa de erros de dispensação de medicamentos de alta vigilância;
- Porcentagem de pacientes em tratamento quimioterápico conforme preconizado no protocolo institucional.

Auditoria

- A auditoria de resultados será realizada através do levantamento mensal dos dados sob os quais serão aplicadas fórmulas matemáticas para obtenção de taxas que representem a realidade institucional através de números, sob os quais serão realizadas ações e capacitações para que haja a melhoria constante nos processos que envolvam medicamentos de alta vigilância e a segurança do paciente;
- A divulgação dos resultados de cada indicador estará disponível nos setores estratégicos através da Gestão a Vista.

6. REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PREVENÇÃO DE ERROS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

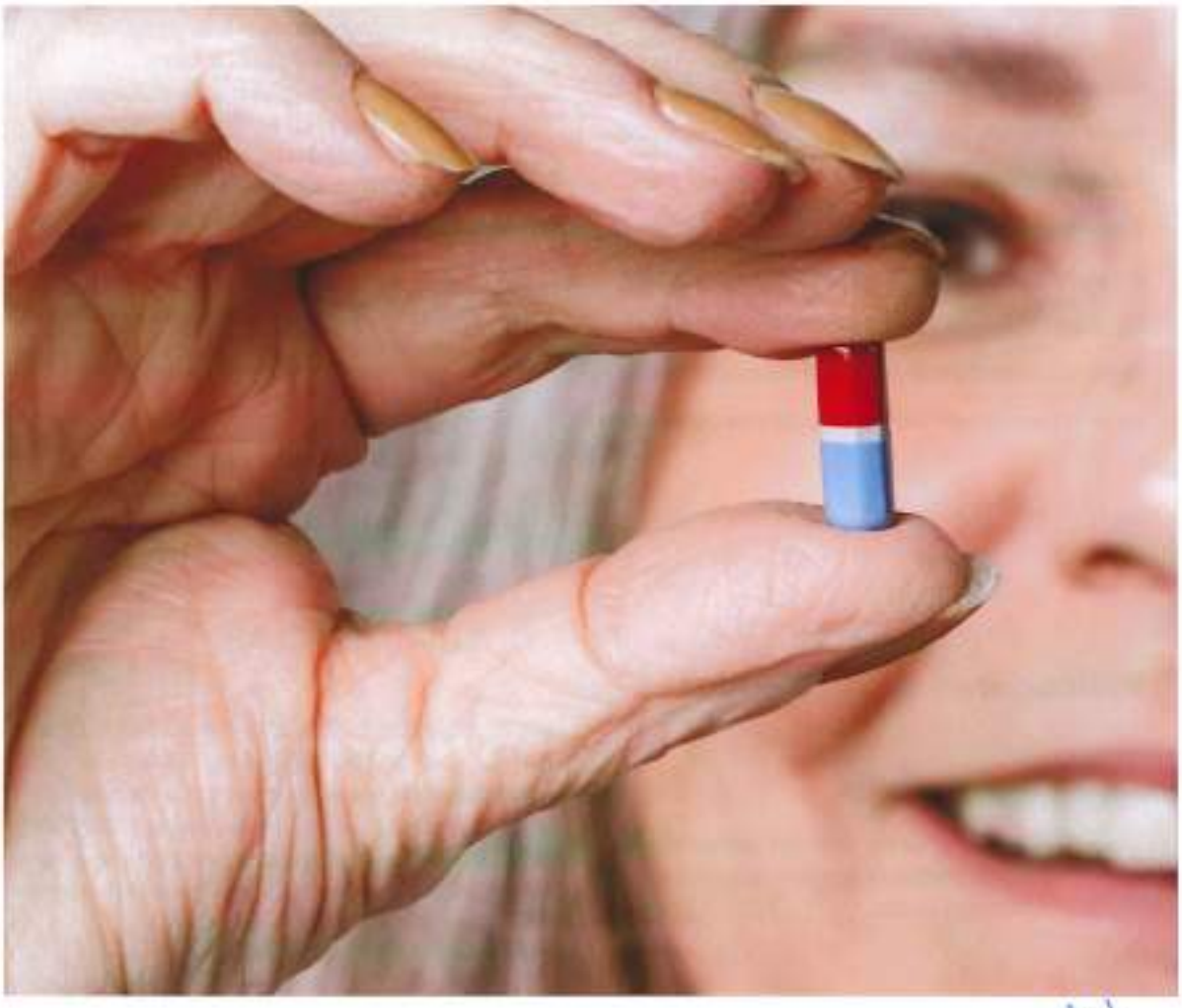
BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. SEGURANÇA DO PACIENTE - Higienização das mãos. Brasília, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. FIOCRUZ. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

EMISSÃO	VERSÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIAIS ALTERAÇÕES
xxx	xxxx	xxxxxx



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

1. OBJETIVO

- Padronizar a lista de verificação de cirurgia segura para reduzir complicações cirúrgicas;
- Reduzir a incidência de complicações relacionadas aos procedimentos cirúrgicos;
- Prevenção de Cirurgia e Procedimentos Invasivos em local de intervenção errado, procedimento errado ou paciente errado;
- Atender às metas de segurança do paciente:
- Uso do antibiótico profilático.
- Tricotomia Segura
- Controle Glicêmico
- Garantir a manutenção da normotermia em pós-operatório imediato
- Profilaxia de Tromboembolismo Venoso – TEV
- Prevenção de Pneumonia Associado à Ventilação Mecânica
- Padronizar a lista de verificação de cirurgia segura para reduzir complicações cirúrgicas.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde, unidades hospitalares e unidades ambulatoriais, em que sejam realizados procedimentos, quer terapêutico, quer diagnósticos, que impliquem em incisão no corpo humano ou em introdução de equipamentos endoscópios, dentro ou fora de Centro Cirúrgico, por qualquer profissional de saúde.
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

O Protocolo de Cirurgia Segura se constitui em um conjunto de regras estabelecidas em um consenso internacional comandado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de tornar as intervenções cirúrgicas mais seguras para pacientes. Inclui a aplicação da Lista de Verificação de Cirurgia Segura que deve ser realizada em três fases:

- Antes da indução anestésica;
- Antes da incisão cirúrgica (pausa cirúrgica);
- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Este protocolo tem sua estrutura estabelecida para a assistência transoperatória segura em hospitais e ambulatórios, e envolve uma rotina na sequência de eventos: avaliação pré-operatória dos pacientes, intervenção cirúrgica e preparação para os cuidados pós-operatórios apropriados.

4. TERMINOLOGIAS

- OMS - Organização Mundial da Saúde

Lista de Verificação: lista formal utilizada para identificar, comparar e verificar um grupo de itens/procedimentos.

Demarcação de Lateralidade: Demarcação de local ou locais a serem operados. Esta demarcação é particularmente importante em casos de lateralidade (distinção entre direita e esquerda), estruturas múltiplas (ex. dedos das mãos e dos pés, costelas) e níveis múltiplos (ex. coluna vertebral).

Condutor da lista de verificação: profissional de saúde (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem), que esteja participando da cirurgia e seja o responsável por conduzir a aplicação da lista de verificação, de acordo com diretrizes da instituição de saúde.

Incisão: intervenção cirúrgica em um tecido efetuada com instrumento cortante (bisturi ou bisturi elétrico).

Equipamentos Endoscópios: "endo", significa diagnóstico e "cópio", significa imagem. Equipamento para diagnóstico de imagem.

Indução Anestésica: é a fase que o paciente vai receber os primeiros medicamentos para o início da cirurgia.

Equipe cirúrgica: equipe composta por cirurgiões, anestesiologistas, enfermeiros, técnicos e todos os profissionais envolvidos na cirurgia.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Agendamento Cirúrgico

Cirurgião / Anestesista

A solicitação de reserva de sala deve contemplar nome do procedimento que será realizado, a marcação da lateralidade pela equipe médica no nome do procedimento, sinalização com o preenchimento de presença de alergia e necessidade de isolamento para os pacientes internados.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Lista de Verificação

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica está dividida em 2 (duas) etapas (Pré-operatório e Trans-Operatório), totalizando 4 (quatro) fases, sendo:

I- Preparo Pré-Operatório;

II- Antes da indução anestésica;

III- Antes da incisão cirúrgica;

IV- Antes do paciente sair da sala de cirurgia.

Cada uma dessas fases corresponde a um momento do fluxo normal de um procedimento cirúrgico. Em cada fase, o condutor da Lista de Verificação deverá confirmar se a equipe completou suas tarefas antes de prosseguir para a próxima etapa. Se o paciente for encaminhado ao Centro Cirúrgico sem o preenchimento do Check List Pré-Operatório, a enfermeira do Centro Cirúrgico deverá recusá-lo e devolvê-lo ao setor de origem, uma vez que o não preenchimento do instrumento induz ao pensamento de que os cuidados foram negligenciados, colocando em risco o preparo cirúrgico e o procedimento em si. Caberá ao enfermeiro responsável pelo setor de origem do paciente solucionar as pendências encontradas e reencaminhá-lo ao Centro Cirúrgico.

Não sendo encontradas pendências no Check List Pré-Operatório, o paciente será recebido no Centro Cirúrgico para continuidade da assistência, o responsável pela condução da LVSC dará início ao Check List Trans-Operatório, caso algum item checado não esteja em conformidade a verificação deverá ser interrompida e o paciente mantido na sala cirúrgica até a sua solução.

5.2. Unidade de Internação

I FASE PRÉ OPERATÓRIO

Cirurgião / Anestesista

- A equipe médica deverá avaliar o paciente e preencher os seguintes impressos: Anamnese e Exame Físico, Consentimentos Cirúrgicos e Anestésicos, Avaliação Pré-Anestésica, Demarcar Sítio Cirúrgico quando aplicável;
- Avaliação do Risco de Tromboembolismo Venoso e quando necessário solicita a reserva de prevenção mecânica com o uso de Botas Pneumáticas;
- A identificação do local de intervenção é uma atividade de

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

inteira responsabilidade do médico executor do procedimento cirúrgico ou do procedimento terapêutico invasivo;

- Todo paciente submetido a procedimento cirúrgico e procedimento terapêutico invasivo que impliquem em lateralidade, estruturas múltiplas ou níveis múltiplos deverá ter o local de intervenção demarcado pelo cirurgião, médico executor do procedimento ou profissional médico por ele indicado;
- A identificação do local de intervenção deve ser feita na unidade de internação e sinalização recomendada (alvo) no paciente;
- Nos casos de emergência, onde a marcação não é obrigatória, o médico responsável deverá registrar o local e lateralidade de intervenção em prontuário;
- O paciente não será posicionado na sala de cirurgia sem a marcação, exceto em casos de emergência.

Exceções - Os casos em que a marcação não é necessária ou recomendada incluem:

- Cirurgias e procedimentos em órgãos únicos;
- Cirurgias e procedimentos de emergência;
- Cirurgias e procedimentos em que o local da intervenção não é previamente definido, incluindo: cateterização cardíaca, inserção de cateter venoso central, inserção de cateter arterial, laparotomia exploradora.
- Suturas e cuidados com ferimentos no PA ou centro cirúrgico;
- Agulhamento mamário;
- Presença de trações cutâneas, aparelho gessado ou imobilizadores em membros a serem operados que serão retirados pelo cirurgião, na sala operatória, após o procedimento de TIME OUT.
- Dente e face - indicar nome e local no consentimento informado. Evitar abreviaturas.
- Recusa do paciente - registrar em prontuário a recusa e certificar-se que o lado correto consta do consentimento informado e demais documentos necessários para cirurgia ou procedimento aplicável.
- No caso de recusa do paciente que não se enquadra nas exceções, documentar em prontuário.

Enfermagem

- O enfermeiro deverá avaliar o paciente, realizar anamnese, exame

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

fisico e preencher o impresso de Ficha Pré-operatório;

- A equipe de enfermagem deverá realizar avaliação inicial com verificação e registro dos sinais vitais e controle de glicemia capilar;
- Orientar e retirar órteses, próteses e adornos do paciente;
- Encaminhar com o paciente os exames complementares relevantes para a realização do procedimento cirúrgico;
- Verificar o preenchimento correto e completo dos seguintes documentos: Avaliação pré-anestésica, Consentimento cirúrgico, Consentimento anestésico.

5.3. Centro Cirúrgico

Enfermagem

- O Enfermeiro recepciona o paciente e confere a pulseira de identificação, se todos os impressos estão no prontuário, termos assinados, exames de imagem, confirma com o paciente o procedimento, lateralidade e médico, verifica se o sitio cirúrgico (quando aplicável) está demarcado de forma correta e se não há divergência com os impressos do prontuário;
- Verifica a realização da tricotomia ou a necessidade de realizar a em S.O com o tricotomizador;
- Caso seja encontrada alguma não conformidade o paciente não poderá ser encaminhado à sala de cirurgia, devendo permanecer na recuperação anestésica até que as não conformidades sejam regularizadas;
- Realiza conferência diária dos equipamentos fixos em sala e testa os equipamentos necessários para cada procedimento.

II- ANTES DA INDUÇÃO ANESTESIA

O condutor da Lista de Verificação deverá junto com a equipe cirúrgica (anestesista e cirurgião) em voz alta:

- Revisar verbalmente com o próprio paciente, sempre que possível, que sua identificação esteja correta e tenha sido confirmada.
- Confirmar se os termos de consentimentos estão assinados.
- Confirmar se a temperatura

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ambiente da sala operatória está entre 18ºC e 22ºC, conforme recomendação da ANVISA.

- Confirmar com a equipe cirúrgica se há necessidade de solicitar ao Laboratório de Patologia corte e congelação.
- Confirmar com o médico cirurgião responsável se o sitio cirúrgico está demarcado e a lateralidade do procedimento.
- Sinalizar no Check List, no item das figuras anatômicas, o local correto da cirurgia.
- Verificar o histórico de alergia, e em caso positivo registrar e especificar no Check List o tipo de alergia.
- Comunicar a equipe cirúrgica o tipo de alergia informado.
- Verificar e revisar os equipamentos e medicações junto com o médico anestesista.
- Confirmar a conexão de um monitor multiparâmetro ao paciente e seu funcionamento.
- Confirmar a administração do antibiótico profilático entre 5 até 50 minutos antes da incisão cirúrgica.
- Revisar o risco de perda sanguínea do paciente e se foi solicitada reserva de sangue junto a agência transfusional.
- Confirmar e registrar se foi solicitada reserva de leito na UTI.
- O médico anestesiologista realiza o funcionamento do aparelho de anestesia antes do paciente entrar em sala;
- Avaliar e registrar se o paciente possui via aérea difícil ou risco de aspiração.
- Confirmar o risco de via área e o risco de aspiração, confirmar o funcionamento do equipamento ventilatório;
- Avaliar se o acesso venoso está adequado e pérvio.
- Registrar o tipo de acesso venoso que será utilizado.
- Avaliar a necessidade do uso de manta térmica;
- Avaliar risco de perda sanguínea, e necessidade de acesso venoso apropriado e fluidos de reposição disponíveis;
- Certificar a programação para fluidos junto a equipe cirúrgica.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

III- ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Neste momento, a equipe cirúrgica fará uma pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica para realizar os seguintes passos:

- Apresentar cada membro da equipe pelo nome e função (chamada oral);
- Confirmar a realização da cirurgia correta, paciente correto, sitio cirúrgico correto e lateralidade correta;
- Revisar verbalmente, uns com os outros dos elementos criticos de seus planos para a cirurgia;
- Confirmar a administração de antimicrobianos profiláticos nos últimos 50 minutos antes da incisão cirúrgica;
- Confirmar a disponibilidade dos exames de imagens necessários;
- Confirmar a esterilização dos materiais verificando os indicadores;
- Colocar da placa de eletrocautério na posição correta, se aplicável;
- Confirmar se os equipamentos e instrumentais estão corretos e aprovados para uso.

IV – Antes do paciente sair da sala de cirurgia

A equipe cirúrgica deverá revisar em conjunto a cirurgia realizada por meio dos seguintes passos:

- Confirmar o procedimento realizado;
- Registrar o quantitativo de compressas, instrumentais e agulhas abertos para o procedimento e antes da síntese;
- Identificar (nome completo do paciente, prontuário, data e tipo da amostra) e acondicionar qualquer amostra cirúrgica obtida e o número de peças obtidas;
- Revisar o plano de cuidado e as providências quanto à abordagem pós-operatória e da recuperação pós-anestésica antes da remoção do paciente da sala cirúrgica;
- Identificar corretamente as soluções e medicações endovenosas em infusão.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Em caso de funcionamento inadequado de equipamentos proceder com a revisão e solicitação do reparo imediato. O paciente será encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica onde ficará aos cuidados da equipe de enfermagem e posteriormente direcionado ao setor de origem.

A recomendação que na condução da Lista de Verificação seja respeitada a verdadeira pausa por todo profissionais dentro da sala cirúrgica, para que a atenção deles esteja voltada as informações de segurança.



Antes da indução anestésica

ENTRADA
PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO
SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO
O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA? NÃO SIM
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? NÃO SIM, E EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEIS
RÍSCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500ML (7ML/KG EM CRIANÇA)? NÃO SIM, E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PLANEJAMENTO PARA FLUÍDOS

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Antes da incisão

PAUSA CIRÚRGICA
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO
CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO
EVENTOS CIRÚRGICOS PREVISTOS REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INESPERADAS, DURAÇÃO DA OPERAÇÃO, PERDA SANGÚINEA PREVISTA?
REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUAISQUER PREOCUPAÇÕES?
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SIM NÃO SE APLICA
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS? SIM NÃO SE APLICA

Antes de o paciente sair da sala de operações

SAÍDA
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:
O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
ASSINATURA

Quadro 1 – Lista de Verificação de Cirurgia Segura

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.4. Recuperação pós-anestésica

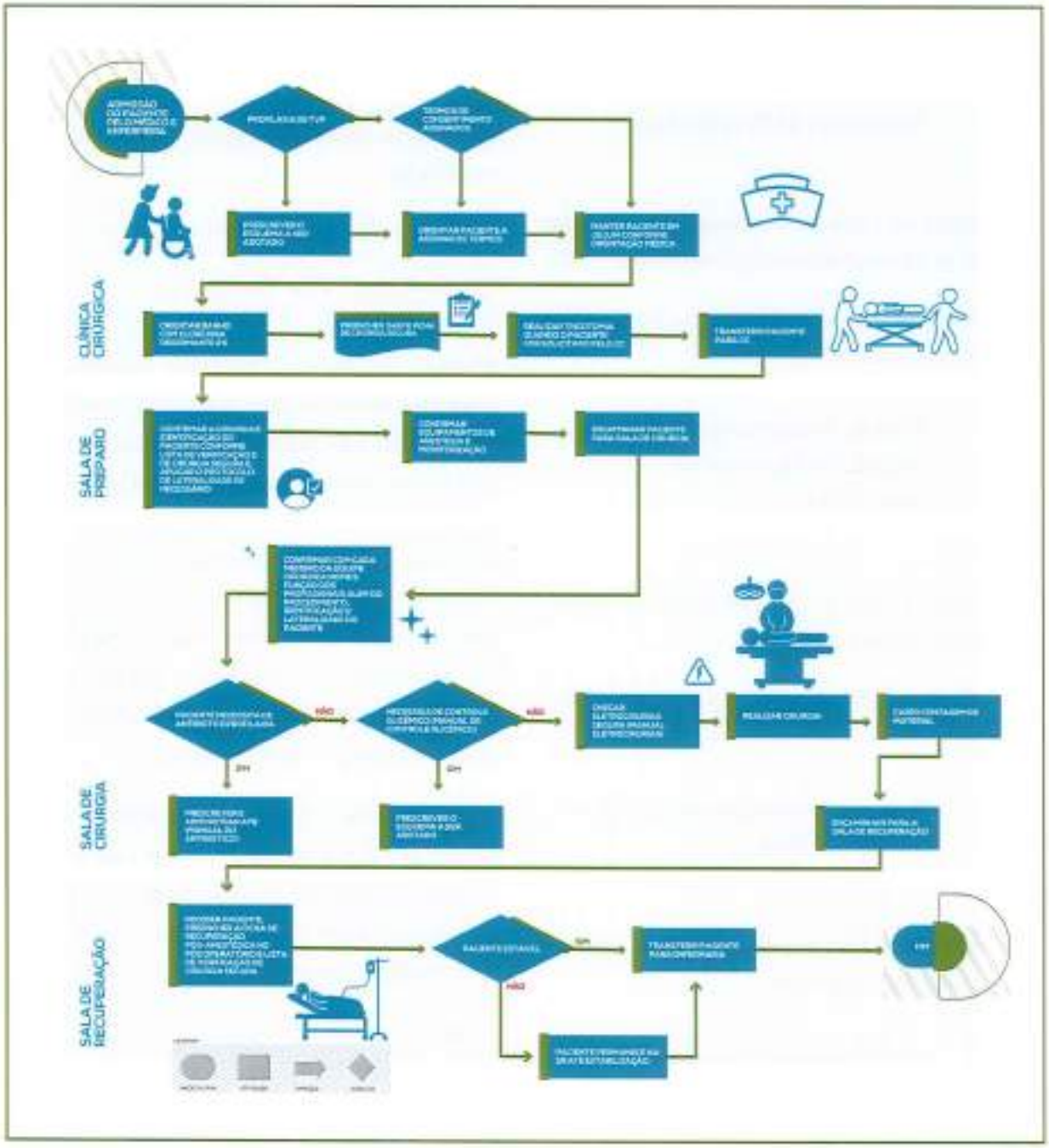
Enfermagem

- Realizar e anotar o controle da normotermia e necessidade do uso da manta térmica;
- Realizar o controle dos sinais vitais e comunica alterações;
- Aplicação da escala de Dor e Aldret;
- Realizar o plano de cuidados individualizado, pertinente a cada cirurgia;
- Realizar passagem de plantão para o enfermeiro da unidade de origem após alta do anestesista, comunicando se houve alterações e/ou intercorrências no transoperatório.



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

5.5. Fluxograma para cirurgia segura



LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.6. Monitoramento

Indicadores de resultados

- Taxa de Adesão a Lista de Verificação de Cirurgia Segura

Número de Lista de Verificação de Cirurgia Segura preenchidos adequadamente x 100

Número de Lista de Verificação de Cirurgia Segura avaliados

- Taxa de Antibiótico profilático realizado no paciente no padronizado

Número de Antibiótico profilático realizado adequadamente x 100

Número de procedimentos cirúrgicos realizados

- Número de cirurgias realizadas no paciente errado

Número absoluto de procedimentos realizados no paciente errado

- Número de procedimentos errados

Número absoluto de procedimentos errados

- Taxa de mortalidade cirúrgica intra-hospitalar ajustada ao risco *

Número de óbitos cirúrgicos observados na instituição x 100

Número de óbitos cirúrgicos esperados na instituição

Definições de Termos

Número de óbitos cirúrgicos esperados: soma das probabilidades de óbito cirúrgico no hospital. São utilizados coeficientes derivados de modelos de regressão logística para calcular a probabilidade de morte no hospital. Para cada um dos grupos diagnósticos incluídos, é desenvolvido um modelo de regressão logística com as seguintes variáveis independentes: idade, sexo, duração da internação, tipo de admissão, comorbidades e transferências.

Racionalidade: A taxa de mortalidade hospitalar ajustada ao risco (ou taxa de mortalidade hospitalar padronizada - Hospital Standardised Mortality Rate - HSMR) é uma "medida resumo".

Auditoria: A auditoria desses processos relativos à adesão ao protocolo de Cirurgia Segura deverá ser realizada mensalmente através de formulário observacional.

LOGO DA UNIDADE	CONSTITUIÇÃO DA COMISSÃO DE PADRONIZAÇÃO DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA SEGURA	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

6. REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

ANVISA. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Manual - cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) / Organização Mundial da Saúde; tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán – Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. FIOCRUZ. Protocolo para Cirurgia Segura. Em 09 de julho de 2013.

Cowell HR. Wrong-site surgery. J Bone Joint Surg Am. 1998;80(4):463. 12. World Health Organization. Conceptual Framework for the International Classification of Patient SafetyFinal Technical Report 2009. WHO: Swizterland, 2009

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

EMISSÃO	VERSÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIAIS ALTERAÇÕES
xxx	xxxx	xxxxxx



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

1. OBJETIVO

- Padronizar as ações para higienização de mãos;
- Promover a proteção e segurança do paciente;
- Prevenir e controlar as infecções relacionadas com a assistência à saúde.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais.
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

A Higiene das mãos é um termo geral, que se refere a qualquer ação de higienizar as mãos para prevenir a transmissão de micro-organismos e consequentemente evitar que pacientes e profissionais de saúde adquiram Infecções Relacionadas à Assistência. De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, o termo engloba a higiene simples, a higiene antisséptica e a fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica, definidas a seguir, e a antissepsia cirúrgica das mãos.

A higiene de mãos é a medida individual mais simples e menos dispendiosa para prevenir a propagação das infecções relacionadas à assistência à saúde (ANVISA, 2009). Quando as mãos não são higienizadas adequadamente podem tornar-se um veículo de contaminação e de infecção cruzada. Apesar das diversas evidências científicas e as disposições legais existentes, nota-se que grande parte dos profissionais de saúde ainda não realiza essa prática em seu cotidiano de trabalho.

Portanto, faz-se necessária a implementação do protocolo de higienização das mãos para a promoção da segurança e proteção, tanto do profissional de saúde quanto do paciente, durante a assistência prestada.

4. TERMINOLOGIAS

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

HM – HIGIENE DE MÃOS

ANTISSÉPTICO: PRODUTO QUE

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ASSOCIA DETERGENTES COM ANTISSÉPTICO E SE DESTINA À HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS E À DEGERMAÇÃO DA PELE DAS MÃOS E CAMPO OPERATÓRIO.

HIGIENIZAÇÃO DE MÃOS: TERMO GERAL, USADO PARA QUALQUER AÇÃO DE HIGIENIZAR AS MÃOS PARA PREVENIR A TRANSMISSÃO DE MICRO-ORGANISMOS E, CONSEQUENTEMENTE, EVITAR QUE PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE ADQUIRAM INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE (IRAS) (BRASIL, 2013).

HIGIENIZAÇÃO SIMPLES DAS MÃOS: AÇÃO DE HIGIENIZAR AS MÃOS COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO DE REDUZIR A MICROBIOTA TRANSITÓRIA.

HIGIENIZAÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS: AÇÃO DE HIGIENIZAR AS MÃOS USANDO PREPARAÇÃO ALCOÓLICA COM A FINALIDADE DE REDUZIR A MICROBIOTA TRANSITÓRIA.

FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA: AÇÃO DE HIGIENIZAR AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA REDUZIR A CARGA MICROBIANA DAS MÃOS E SUBSTITUIR A HIGIENIZAÇÃO COM ÁGUA E SABONETE LÍQUIDO QUANDO AS MÃOS NÃO ESTIVEREM VISIVELMENTE SUJAS.

ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS OU PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DAS MÃOS: AÇÃO DE HIGIENIZAR AS MÃOS USANDO PREPARAÇÃO ANTISSÉPTICA COM A FINALIDADE DE ELIMINAR A MICROBIOTA TRANSITÓRIA E REDUZIR A MICROBIOTA RESIDENTE, ALÉM DE PROPORCIONAR EFEITO RESIDUAL NA PELE DO PROFISSIONAL CONFORME SOLUÇÃO ANTISSÉPTICA UTILIZADA (4-6H).

PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS: PRODUTOS À BASE DE ÁLCOOL USADOS PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE ESTÃO DISPONÍVEIS NAS FORMAS SOLUÇÃO (LÍQUIDA), GEL E ESPUMA.

SOLUÇÃO ANTISSÉPTICA À BASE DE CLOREXIDINA: ANTISSÉPTICO COM FORMULAÇÃO DE GLUCONATO DE CLOREXIDINA (BIGUANIDA CATIÔNICA) COM ATIVIDADE ANTIMICROBIANA ATRIBUÍDA À LIGAÇÃO E SUBSEQUENTE RUPTURA DA MEMBRANA CITOPLASMÁTICA, RESULTANDO EM PRECIPITAÇÃO OU COAGULAÇÃO DE PROTEÍNAS E ÁCIDOS NUCLEICOS.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

SOLUÇÃO ANTISSÉPTICA À BASE DE PVPI: ANTISSÉPTICO COM FORMULAÇÃO COM IODÓFOROS (MOLÉCULAS COMPLEXAS COMPOSTAS DE IODO E DE UM POLÍMERO CARREADOR CHAMADO POLIVINILPIRROLIDONA, COMBINAÇÃO AUMENTA A SOLUBILIDADE DO IODO E PROVÊ O SEU RESERVATÓRIO, LIBERANDO-O AO SER UTILIZADO E REDUZINDO O RESSECAMENTO DA PELE). POSSUI ATIVIDADE ANTIMICROBIANA DEVIDO À PENETRAÇÃO DO IODO NA PAREDE CELULAR, OCORRENDO A INATIVAÇÃO DAS CÉLULAS PELA FORMAÇÃO DE COMPLEXOS COM AMINOÁCIDOS E ÁCIDOS GRAXOS INSATURADOS, PREJUDICANDO A SÍNTESE PROTEICA E ALTERANDO AS MEMBRANAS CELULARES.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

5.1. Recomendações

As recomendações para indicações de higiene das mãos contemplam:

A. HIGIENIZAR AS MÃOS COM SABONETE LÍQUIDO E ÁGUA:

- Quando estiverem visivelmente sujas ou manchadas de sangue ou outros fluidos corporais ou após uso do banheiro;
- Quando a exposição a potenciais patógenos formadores de esporos for fortemente suspeita ou comprovada, inclusive surtos de C. difficile;
- Em todas as outras situações, nas quais houver impossibilidade de obter preparação alcoólica.

B. HIGIENIZAR AS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA:

- Quando as mãos não estiverem visivelmente sujas e antes e depois de tocar o paciente e após remover luvas;
- Antes do manuseio de medicação ou preparação de alimentos.

Obs. Sabonete líquido e preparação alcoólica para a higiene das mãos não devem ser utilizados concomitantemente

5.2. Higienização simples das mãos com sabonete líquido e água.

Tem por finalidade remover os micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como suor, a oleosidade

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO-XX PÁGINAS: X DE XX

e as células mortas, retirando a sujidade propícia à permanência e à proliferação.

Indicação

- Quando as mãos estiverem visivelmente sujas ou contaminadas com sangue e outros fluidos corporais;
- Ao iniciar o turno de trabalho;
- Após ir ao banheiro;
- Antes e depois das refeições;
- Antes de preparo de alimentos;
- Antes de preparo e manipulação de medicamentos.

Materiais Necessários

- Água;
- Sabonete líquido;
- Papel-toalha;
- Pia.

Duração do Procedimento

- Deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Procedimento Técnico

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na superfície e bordas da pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade necessária de sabão líquido para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos;
- Desprezar o papel-toalha na lixeira destinada resíduos comuns;
- Em caso de a torneira ser de fechamento manual utilizar o papel-toalha para fechá-la.



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DURAÇÃO DE TODO DO PROCEDIMENTO: 40 A 60 SEG



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA/FIOCRUZ, 2013

Demonstração da Técnica de Higienização das Mãos com Água e Sabão

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.3. Higienização antisséptica: Antisséptico degermante e água

Tem por finalidade promover a remoção de sujidades e da microbiota transitória, reduzindo a microbiota residente das mãos, com auxílio de um antisséptico.

Duração do Procedimento

A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.

Procedimento Técnico

A técnica de higienização antisséptica é igual àquela utilizada para a higienização simples das mãos, substituindo-se o sabonete líquido comum por um associado a antisséptico, como antisséptico degermante.

5.4. Fricção antisséptica das mãos com preparação alcoólica

A utilização de preparação alcoólica para higiene das mãos sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% e 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.



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA XX/XX/XXXX REVISÃO XX PÁGINAS: X DE XX

Indicação

- Antes de contato com o paciente;
- Após contato com o paciente;
- Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos;
- Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico;
- Após risco de exposição a fluidos corporais;
- Ao mudar de um sitio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao paciente;
- Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao paciente;
- Antes e após remoção de luvas;
- Outros procedimentos (Ex.: manipulação de invólucros de material estéril).

Materiais Necessários

Preparação alcoólica sob as formas gel, espuma e outras (na concentração final mínima de 70%) ou sob a forma líquida (na concentração final entre 60% e 80%).

Duração do Procedimento

Deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos.

Procedimento Técnico

- Aplicar uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Friccionar a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Friccionar a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados;
- Friccionar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai-e-vem e vice-versa;
- Friccionar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa;
- Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

DURAÇÃO DE TODO DO PROCEDIMENTO: 20 A 30 SEG



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA/FIOCRUZ, 2013

Demonstração da Técnica de Fricção Antisséptica das mãos com preparação alcoólica

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.5. Higienização antisséptica das mãos: com solução degermante à base de PVPI ou Clorexidina.

Tem por finalidade promover a remoção de sujidades e de micro-organismos que colonizam as camadas superficiais da pele, assim como o suor, a oleosidade e as células mortas, retirando a sujidade propicia à permanência e à proliferação.

Indicação

- Antes da assistência ao paciente em precauções de contato;
- Após a assistência ao paciente em precauções de contato;
- Antes da realização de procedimentos asséptico invasivos.

Duração do Procedimento

- Deve ter duração de no mínimo 40 a 60 segundos.

Procedimento Técnico

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na superfície e bordas da pia;
- Aplicar na palma da mão quantidade necessária de solução antisséptica para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Friccionar as palmas das mãos entre si;
- Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda entrelaçando os dedos e vice-versa;
- Entrelaçar os dedos e friccionar os espaços interdigitais;
- Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento de vai e vem e vice-versa;
- Esfregar o polegar direito, com o auxílio da palma da mão esquerda, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Friccionar as polpas digitais e unhas da mão esquerda contra a palma da mão direita, fechada em concha, fazendo movimento circular e vice-versa;
- Esfregar o punho esquerdo, com o auxílio da palma da mão direita, utilizando movimento circular e vice-versa;
- Enxaguar as mãos, retirando os resíduos de sabão, no sentido dos dedos para os punhos. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Secar as mãos com papel-toalha descartável, iniciando pelas mãos e seguindo pelos punhos. Desprezar o papel-toalha na lixeira destinada resíduos comuns;
- Em caso de a torneira ser de fechamento manual utilizar o papel-toalha para fechá-la.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

DURAÇÃO DE TODO DO PROCEDIMENTO: 40 A 60 SEG



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/ANVISA/FIOCRUZ, 2013

Demonstração da Técnica de Higienização Antisséptica das mãos: com solução degermante à base de PVPI ou Clorexidina

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.6. Antissepsia cirúrgica das mãos ou preparo pré-operatório das mãos com solução degermante à base de PVPI ou Clorexidina.

Tem por finalidade eliminar a microbiota transitória da pele e reduzir a microbiota residente, além de proporcionar efeito residual na pele do profissional.

Indicação

- Antes dos procedimentos cirúrgicos.

Materiais Necessários

- Lavabo cirúrgico;
- Água;
- Dispensador com sabonete líquido;
- Dispensador com solução degermante (PVPI ou Clorexidina);
- Compressas/toalhas esterilizadas em pacote individual;
- Escovas para degermação cirúrgica das mãos.

Duração do Procedimento

- Deve ter duração de no mínimo 3 a 5 minutos.

Procedimento Técnico

- Abrir a torneira e molhar as mãos, evitando encostar-se na superfície e bordas do lavabo;
- Aplicar na palma da mão quantidade necessária de solução antisséptica para cobrir todas as superfícies das mãos;
- Realizar a higienização simples das mãos;
- Reaplicar na palma da mão quantidade necessária de solução degermante para cobrir todas as superfícies das mãos, antebraços, no caso de escova impregnada com antisséptico, pressione a parte da esponja contra a pele e espalhe por todas as áreas das mãos e antebraços;
- Friccionar sob as unhas com as cerdas da escova;
- Friccionar as mãos, observando os espaços interdigitais e antebraços.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 - HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO-XX PÁGINAS: X DE XX

por no mínimo de 3 a 5 minutos, mantendo as mãos acima do cotovelo, utilizando a esponja da escova da degermação ou com a fricção das mãos sobre todas as áreas que o procedimento compreende (unhas, dedos, dorso e palma das mãos e antebraços);

- Enxaguar as mãos em água corrente, no sentido das mãos para os cotovelos, retirando todo resíduo do produto. Evitar contato direto das mãos ensaboadas com a torneira;
- Fechar a torneira com o cotovelo;
- Secar as mãos com toalhas ou compressas estéreis, com movimentos compressivos, iniciando pelas mãos e seguindo pelo antebraço e cotovelo, atentando para utilizar as diferentes dobras da toalha/compressa para regiões distintas;
- Descartar a toalha/compressa nos cestos específicos.



5.7. Os Cincos Momento para Higienização das Mãos

MOMENTO	QUANDO E POR QUÊ
1 ANTES DE CONTATO COM O PACIENTE	**QUANDO?** Higienize as mãos antes de entrar em contato com o paciente. **POR QUÊ?** Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos presentes nas mãos do profissional e que podem causar infecções.
2 ANTES DA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO ASSÉPTICO	**QUANDO?** Higienize as mãos imediatamente antes da realização de qualquer procedimento asséptico. **POR QUE?** Para a proteção do paciente, evitando a transmissão de microorganismos das mãos do profissional para o paciente, incluindo os microorganismos do próprio paciente.
3 APÓS RISCO DE EXPOSIÇÃO A FLUIDOS CORPORAIS	QUANDO? Higienize as mãos imediatamente após risco de exposição a fluidos corporais (a após a remoção de luvas). POR QUE? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência imediatamente próximo ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente e outros profissionais ou pacientes.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

4 APÓS CONTATO COM O PACIENTE	QUANTO? Higienize as mãos após contato com o paciente, com as superfícies e objetos próximos a ele e ao sair do ambiente de assistência ao paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do próprio paciente.
5 APÓS CONTATO COM AS ÁREAS PRÓXIMAS AO PACIENTE	QUANDO? Higienize as mãos após tocar qualquer objeto, mobília e outras superfícies nas proximidades do paciente – mesmo sem ter tido contato com o paciente. POR QUÊ? Para a proteção do profissional e do ambiente de assistência à saúde, incluindo as superfícies e os objetos imediatamente próximos ao paciente, evitando a transmissão de microorganismos do paciente a outros profissionais ou pacientes.

5.8. Uso de luvas em Serviços de Saúde

As luvas são Equipamentos de Proteção Individuais utilizados nos serviços de saúde com intuito de proteger os profissionais e os pacientes do risco de infecções cruzadas. A ANVISA, alinhada às políticas de Segurança do Paciente da OMS e do Center for Disease Control and Prevention (CDC), reitera ainda as seguintes recomendações:

- Luvas devem ser usadas somente quando indicado;
- Devem ser utilizadas para a proteção individual, nos casos de contato com sangue e líquidos corporais e contato com mucosas e pele não íntegra de todos os pacientes;
- Devem ser utilizadas para reduzir a possibilidade de os microrganismos das mãos do profissional contaminar o campo operatório (luvas cirúrgicas);
- Devem ser utilizadas para reduzir a possibilidade de transmissão de microrganismos de um paciente para outro nas situações de precaução de contato;
- As luvas devem ser trocadas sempre que o profissional entrar em contato com outro paciente;
- As luvas devem ser trocadas durante o contato com um mesmo paciente ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando estas estiverem danificadas;
- O profissional, quando com luvas, não deve tocar desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas);
- O mesmo par de luvas não deve ser usado novamente ou lavado;
- A higienização das mãos NÃO PODE ser substituída pelo uso de luvas.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 5 – HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

5.9. Definições Institucionais

Ponto de Assistência

Considera-se ponto de assistência, o local onde estejam presentes: "o paciente, o profissional de saúde e a assistência ou tratamento, envolvendo o contato com o paciente ou suas imediações (ambiente do paciente)". Os pontos de assistência com insumos serão descritos nos documentos institucionais conforme a estrutura de cada unidade de saúde.

Monitoramento

Indicadores de resultados

- Consumo de preparação alcoólica para as mãos: monitoramento do volume de preparação alcoólica para as mãos utilizado para cada 1.000 pacientes-dia;
- Consumo de sabonete monitoramento do volume de sabonete líquido associado ou não a antisséptico utilizado para cada 1.000 pacientes-dia.

Auditoria

- A auditoria desses processos relativos à adesão à higienização das mãos deverá ser realizada mensalmente através de formulário observacional.

6. REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. SEGURANÇA DO PACIENTE - Higienização das mãos. Brasília, 2018.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. FIOCRUZ. Anexo 01: Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2013.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

EMISSÃO	VERSÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIAIS ALTERAÇÕES
xxx	xxxx	xxxxxx

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

1. OBJETIVOS

- Identificar e classificar os clientes com risco para Lesão por Pressão (LPP);
- Implementar ações preventivas nos clientes com risco para LPP;
- Identificar precocemente LPP em estágios iniciais;
- Avaliar, tratar e evoluir as LPP instaladas;
- Otimizar a indicação e uso racional dos insumos.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde: unidades hospitalares e unidades ambulatoriais;
- Equipe multidisciplinar: Toda a equipe de saúde.

3. DEFINIÇÕES

Lesão Por Pressão é um dano localizado na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea ou pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. Pode apresentar-se como pele intacta ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. Os riscos aumentam quando somado aos fatores predisponentes intrínsecos da pessoa (NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016).

Lesões por pressão (LPP) causam danos consideráveis aos pacientes, dificultando o processo de recuperação funcional, frequentemente causando dor e levando ao desenvolvimento de infecções graves, também têm sido associadas a internações prolongadas, sepse e mortalidade.

Literaturas recentes destacam que a prevenção da LPP requer a realização de atividades por todos os indivíduos que formam a equipe, numa abordagem interdisciplinar, para desenvolver e implementar o plano de cuidados. Para operacionalização dessa visão, tornam-se necessários: uma cultura organizacional que valorize a prevenção, estratégias que promovam o trabalho em equipe e a comunicação e indivíduos com "expertise" sobre a temática. As LPPs podem se desenvolver em 24 horas ou levar até cinco dias para se manifestar, desta forma, os profissionais devem conhecer os principais fatores de risco para a formação de Lesão

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

por Pressão e promover estratégias assistenciais para manutenção da integridade da pele, prevenir a ocorrência de LPP e outras lesões na pele. Torna-se necessário então um envolvimento maior de todos os profissionais de saúde comprometidos com o processo do cuidar, pois a LPP é um evento frequente e limitante, sendo considerado um marcador de fragilidade, declínio na saúde ou até causador de morte.

4. TERMINOLOGIAS

- LPP – Lesão por pressão;
- NPUAP - National Pressure Ulcer Advisory Panel;
- OMS - Organização Mundial de Saúde;
- SF – Soro Fisiológico;
- DAI – Dermatite Associada à Incontinência.

5. DESCRIÇÃO DO PROCESSO

Grupo de Risco

- Clientes com mobilidade física prejudicada (acamados/ cadeirantes);
- Clientes com a percepção sensorial comprometida;
- Clientes submetidos à procedimentos cirúrgicos (tempo de cirurgia, posições cirúrgicas e tipo de anestesia).
- Clientes com dispositivos médicos e outros artefatos (colar cervical; órteses; contensores mecânicos; cateteres; drenos; pronga nasal e outros).

Fatores predisponente a LPP

- Extrínsecos: umidade; calor; pressão, força de cisalhamento e fricção;
- Intrínsecos: índice de massa corporal (IMC) > 30 Kg/m2 ou < 18,5 Kg/m2, anemia, deficiência nutricional proteica; extremos de idade, hipotensão arterial sistêmica, incontinência urinária/ fecal, edema, hipertermia, tabagismo, desidratação, infecções sistêmicas ou locais, comorbidades crônicas (diabetes mellitus, imunossupressão, doenças renal, cardiovascular, neuromuscular, gastrointestinal e outras), uso de alguns tipos de medicamentos (corticoides, sedativos, anestésicos, vasoativas).

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

DIRETRIZES ASSISTENCIAIS DE PREVENÇÃO DE LESÃO POR PRESSÃO



Identificação e Classificação dos Clientes com Risco para Lesão por Pressão

A identificação e classificação dos clientes quanto ao risco para LPP será obtida conforme o perfil do cliente, deverão ser aplicadas a todos os clientes hospitalizados, no momento da admissão hospitalar e diariamente.

Pacientes Adultos

A avaliação de risco será pela aplicação da escala de Braden que caracteriza conforme score: sem risco, baixo risco, moderado risco, alto risco ou risco muito alto. A classificação do risco se dá inversamente proporcional à pontuação, ou seja, quanto maior o número de pontos, menor é a classificação de risco para a ocorrência dessa lesão.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

FATORES DE RISCO	PONTUAÇÃO			
	1	2	3	4
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Capacidade de reação significativao ao desconforto)	TOTALMENTE LIMITADO: Não reage a estímulos dolorosos, devido à nível reduzido de consciência ou à sedação. Tem capacidade limitada de sentir dor na maior parte do seu corpo.	MUITO LIMITADO: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemido ou inquietação.Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	LEVEMENTE LIMITADO: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em uma ou duas extremidades.	NENHUMA LIMITAÇÃO: Obedece às instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
UMIDADE (Nivel de exposição da pele à humidade)	CONSTANTEMENTE ÚMIDA: A pele mantém-se úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	MUITO ÚMIDA: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	OCASIONALMENTE ÚMIDA: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençol aproximadamente uma vez por dia.	RARAMENTE ÚMIDA: A pele está geralmente seca, os lençóis só tem de ser mudados em intervalos habituais.
MOBILIDADE (Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo)	TOTALMENTE IMOBILIZADO: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	MUITO LIMITADO: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	LEVEMENTE LIMITADO: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	NÃO APRESENTA LIMITAÇÕES: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

NUTRIÇÃO (Alimentação)	MUITO POBRE: Nunca come uma refeição completa (raramente come 1/3 da comida que lhe é oferecida). Ingere pouco liquido, não toma suplemento, ou está em jejum e/ou dieta liquida, ou soroterapia durante mais de cinco dias.	PROVAVALMENTE INADEQUADA: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas metade da comida que lhe é oferecida. Ocasionalmente toma um suplemento ou recebe menos do que a quantidade ideal de liquidos ou alimentos por sonda.	ADEQUADA: Come mais da metade da maior parte da refeições, geralmente toma suplemento caso lhe seja oferecido, ou é alimentado por sonda ou em nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	EXCELENTE: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições. Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplemento.
FRICÇÃO E CISALHAMENTO	PROBLEMA: Requer ajuda moderada ou máxima para se movimentar. É impossível levantar o paciente completamente sem desliza-lo contra os lençóis. É necessário realizar reposicionamento frequentemente, uma vez em que desce frequentemente da cama ou da cadeira.	PROBLEMA POTÊNCIAL: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provavel que durante uma movimentação, o pele deslize de alguma forma contra os lençóis.A maior parte do tempo mantém uma posição na cama ou cadeira.	NENHUM PROBLEMA: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	
TOTAL:		Risco Baixa 15 a 16 ( )	Risco Moderado 12 a 14 ( )	Risco Alto – Abaixo de 11 ( )

Quadro 1 – Escala de Braden – Adultos

Pacientes Pediátricos

A avaliação de risco para pacientes pediátricos deverá ser pela aplicação da Escala de Braden Q (crianças de 29 dias a 13 anos de ida de), mediante os escores:

- Escore ≤ 16 em risco
- Escore > 16 sem risco

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ESCALA DE BRADEN Q PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO EM CRIANÇAS				
MOBILIDADE Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imóvel: não faz mudanças, nem mesmo pequenas, na posição do corpo ou das extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: faz mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades, mas é incapaz de fazer mudanças completamente sozinho.	3. Levemente limitado: faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo ou das extremidades, sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz mudanças importantes e frequentes na posição do corpo sem ajuda.
ATIVIDADE Grau de atividade física.	1. Acamado: permanece no leito o tempo todo.	2. Restrito à cadeira: A capacidade de deambular está gravemente limitada ou inexistente. Não consegue sustentar o próprio peso e/ou precisa de ajuda para sentar-se em uma cadeira de rodas.	3. Deambulação ocasional: deambula ocasionalmente durante o dia, porém por distâncias bem curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte do turno no leito ou na cadeira.	4. Crianças jovens demais para deambular ou deambulam frequentemente: deambula fora do quarto pelo menos duas vezes por dia e dentro do quarto pelo menos a cada duas horas durante as horas está acordado.
PERCEPÇÃO SENSORIAL Capacidade de responder de maneira apropriada ao desconforto relacionado à pressão.	1. Completamente limitada: não responde ao estímulo doloroso (não geme, não se encolhe ou se agarra), devido à diminuição do nível de consciência, ou sedação ou limitação da capacidade de sentir dor na maior parte da superfície corporal.	2. Muito limitada: responde apenas ao estímulo doloroso. Não consegue comunicar desconforto, exceto por gemido ou inquietação; ou apresenta alguma disfunção sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3. Levemente limitada: responde aos comandos verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, ou apresenta alguma disfunção sensorial em uma ou duas extremidades que limita a capacidade de sentir dor.	4. Nenhuma alteração: responde aos comandos verbais. Não apresenta déficit sensorial que limite a capacidade de sentir ou comunicador dor ou desconforto.
UMIDADE Grau de exposição da pele à umidade.	1. Constantemente úmida: a pele fica constantemente úmida por suor, urina, etc. A umidade é percebida cada vez que o paciente é movimentado ou mudado de posição.	2. Frequentemente úmida: a pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. A roupa de cama precisa ser trocada pelo menos a cada oito horas.	3. Ocasionalmente úmida: a pele está ocasionamente úmida, necessitando de troca de roupa de cama a cada 12 horas.	4. Raramente úmida: a pele geralmente está seca, as trocas de fralda são feitas de rotina e as roupas de cama necessitam ser trocadas apenas a cada 24 horas.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

FRICÇÃO E CISALHAMENTO **Fricção:** a pele se move contra as estruturas de suporte. Cisalhamento: a pele e a superfície óssea adjacente deslizam uma sobre a outra.	1. Problema importante: a espasticidade, a contratura, o prurido ou a agitação levam a criança debater-se no leito e há fricção quase constante.	2. Problema: necessita de ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível se levantar completamente sem deslizar sobre os lençóis do leito ou cadeira, necessitando de reposicionamento frequente com o máximo de assistência.	3. Problema Potencial: movimenta-se com dificuldade ou necessita de mínima assistência. Durante o movimento, provavelmente ocorre atrito entre a pele e os lençóis, cadeira, coxins ou outros dispositivos. A maior parte do tempo mantém uma posição relativamente boa na cadeira e no leito, mas ocasionalmente escorrega.	4. Nenhum problema aparente: Capaz de levantar-se completamente durante uma mudança de posição. Movimenta-se sozinho na cadeira e no leito, e tem força muscular suficiente para levantar-se completamente durante o movimento. Mantém uma posição adequada no leito e na cadeira o tempo todo.
NUTRIÇÃO Padrão habitual de consumo alimentar.	1. Muito pobre: em jejum e/ou mantido com ingesta hídrica ou hidratação IV por mais de 5 dias ou albumina < 2,5 mg/dl ou nunca come uma refeição completa. Raramente come mais da metade de algum alimento oferecido. O consumo de proteínas inclui apenas duas porções de carne ou derivados de leite por dia. Ingere pouco líquido. Não ingere suplemento dietético líquido.	2. Inadequada: dieta líquida por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais insuficientes para a idade ou albumina < 3 mg/dl ou raramente come uma refeição completa. Geralmente come apenas a metade de algum alimento oferecido. O consumo e proteínas inclui apenas três porções de carne ou derivados de leite por dia. Ocasionalmente ingere suplemento dietético.	3. Adequada: dieta por sonda ou NPP que fornece calorias e minerais suficientes para a idade ou come mais da metade da maioria das refeições. Consome um total de quatro porções de proteínas (carne, derivados de leite) por dia. Ocasionalmente recusa uma refeição, mas geralmente toma suplemento dietético, se oferecido.	4. Excelente: dieta geral que fornece calorias suficientes para a idade. Por exemplo, come/bebe a maior parte de cada refeição/alimentação. Nunca recusa uma refeição. Geralmente come um total de quatro ou mais porções de carne e derivados de leite. Ocasionalmente, come entre as refeições. Não necessita de suplementação.
PERFUSÃO TECIDUAL E OXIGENAÇÃO	1. Extremamente comprometida: hipotenso (PAM <50 mmHg; <40 mmHg em recém-nascido) ou o paciente não tolera as mudanças de posição.	2. Comprometida: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar >2 segundos. O pH sérico <7,40.	3. Adequada: normotenso, apresenta saturação de oxigênio <95% ou a hemoglobina <10 mg/dl ou o tempo de enchimento capilar, >2 segundos. O pH sérico é normal.	4. Excelente: normotenso. Apresenta saturação de oxigênio >95%, a hemoglobina normal e o tempo de enchimento capilar <2 segundos.

Quadro 2 – Escala de Braden Q – Pediatria

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

A classificação do escore de risco, obtido pelas escalas Braden e Braden Q, deverá ser registrada na planilha "Classificação de Risco para LPP", no instrumento de coleta de dados do processo de enfermagem "Investigação 24 horas" e na placa de identificação a beira leito.

Os domínios das escalas Braden e Braden Q estão direcionadas para a identificação e avaliação das alterações no estado clínico do cliente quanto a:

- Percepção sensorial;
- Umidade;
- Atividade;
- Física;
- Mobilidade;
- Nutrição;
- Fricção e cisalhamento;

A partir de uma adaptação da Escala de Braden desenvolveram a Escala de Braden Q para avaliar o risco na população pediátrica, o que inclui os seis fatores acima e acrescenta a avaliação da:

- Perfusão tissular e oxigenação.

Pacientes Recém-nascidos

Em pacientes recém-nascidos, a avaliação de risco para o desenvolvimento de lesão por pressão será executada através do ESCORE DE RISCO PARA LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDO, Adaptado de SRAMT.



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO-XX PÁGINAS: X DE XX

CATEGORIA	1	2	3	4
IDADE GESTACIONAL ATUAL	≥ 39 sem	34 a 38 sem	29 a 33 sem	≤ 28 sem
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Alerta, consegue se acalmar sozinho	Se irrita com facilidade, mas se acalma ao ser acalentado ou mesmo sozinho	Se irrita com qualquer barulho, luzes ou toque. Difícil de se acalmar	Sedado ou com o nível de consciência reduzido (quase não se movimenta) ou hipotônico
ATIVIDADE E MOBILIDADE	Muda bem a posição do corpinho no leito, movimenta braços e pernas e gira a cabeça para o lado	Não muda muito a posição do corpinho, mas movimenta os braços e pernas e gira cabeça	Muda muito pouco a posição do corpinho ou dos braços, pernas ou cabeça	Não muda em nada a posição do corpo, nem movimenta os braços, pernas ou cabeça (totalmente dependente)
UMIDADE DA PELE	Pele geralmente sequinha, com trocas frequentes das fraldas e diária do lençol	Pele encontrada úmida ocasional, precisando trocar lençol a cada 12 horas por estar úmido	Pele liberando bastante umidade, precisando trocar lençol a cada 8 horas por estar úmido	Pele sempre úmida mesmo que localmente, seja por urina, ferida ou ao redor de uma estomia (GTT, TQT)
SUPORTE RESPIRATÓRIO	Nenhum	Cânula nasal (baixo ou alto fluxo)	CPAP 5 a 7 cmH2O	Ventilação ou CPAP > 8 cmH2O
INTEGRIDADE DA PELE	Intacta	Irritação ou vermelhidão leve	Pequenas lesões na pele localizadas causadas por fitas adesivas, massagem, equipamentos, etc. OU edemas/inchaços/roxos (ex.: local de punção)	Perda de pele mais profunda ou extensa, seja por lesão por pressão ou equipamento
PUNÇÕES E COLETAS	Coleta semanal de sangue ou mais	4 ou mais picadas no calcanhar (glicemia) por dia	Punção venosa prévia com uma área arroxeada e edemaciada (inchada)	Muitas marcas de tentativas de acesso venoso (geralmente nos dois braços)
NUTRIÇÃO	Alimentação oral ou por SOG	Em uso de NPT, mas tolerante e progredindo bem a dieta enteral	Em uso de NPT ou soro - e apenas com dieta trófica (Ex.: 1-2ml de 6/6hs)	Em uso de NPT exclusiva e não tolera a dieta
PONTUAÇÃO FINAL				

Quadro 3 – ESCORE DE RISCO PARA LESÕES DE PELE EM RECÉM-NASCIDO. Adaptado de SRAMT

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

O risco do recém-nascido será mediante os escores:

- Escore ≤ 8 risco baixo;
- Escore 9 – 16 risco moderado;
- Escore 17 – 24 risco alto.

Paciente durante o procedimento cirúrgico

Em centro cirúrgico, o enfermeiro deve ter o conhecimento dos riscos em lesão de pele e propor intervenções para a prevenção de complicações decorrentes da permanência prolongada do paciente em cada tipo de posição cirúrgica, que acaba implicando em risco de lesão. Para a avaliação do paciente durante o período intraoperatório, iremos utilizar a ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE (ELPO).



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ITENS	SCORE				
	1	2	3	4	5
TIPO DE POSIÇÃO CIRÚRGICA	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina
TEMPO DE CIRURGIA	Acima de 6h	Acima de 4h até 6h	Acima de 2h até 4h	Acima de 1h até 2h	Até 1h
TEMPO DE ANESTESIA	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
SUPERFÍCIE DE SUPORTE	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos e campos de algodão	Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão de mesa cirúrgica de viscoelástico + coxins de viscoelástica
POSIÇÃO DOS MEMBROS	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores 90° ou abertura dos membros superiores >90°	Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores >90°	Elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos membros superiores <90°	Alinhamento corporal
COMORBIDADES	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes Mellitus	Doença vascular	Sem comorbidade
IDADE DO PACIENTE	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos

Quadro 4 – ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DE LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO DO PACIENTE (ELPO).

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO-XX PÁGINAS: X DE XX

O risco do paciente cirúrgico será mediante os escores:

- Escore ≤ 19 risco baixo;
- Escore ≥ 20 risco alto.

Sinalização de Registro

Enfermeiro

- Colocar a pulseira de identificação de risco na cor amarela;
- Registrar as condições da pele no prontuário na admissão;
- Orientar o paciente e o acompanhante quanto ao risco de LPP e medidas preveníveis;
- Implementar colchão de ar, placa de hidrocoloide e/ou outros hidratantes teciduais de acordo com o risco e padronização;
- Prescrever no prontuário os cuidados de enfermagem de acordo com o risco para LPP;

Monitorar eventos adversos

- Informar ao serviço de EMTN (Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional) todo paciente em risco nutricional e em risco de LPP;
- Atentar se para tolerância tecidual, dor, condição clínica global, nível de atividade e mobilidade para decidir a frequência da mudança de decúbito.

Medidas de prevenção de LPP conforme avaliação de risco realizada

As intervenções deverão ser selecionadas/ aplicadas de acordo com a classificação de risco e as individualidades do cliente.



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Paciente Adulto e Pediátrico

PONTUAÇÃO NO ESCORE	QUAL O RISCO DE LESÃO?	COMO DEVO PROCEDER NO MANEJO?
15 A 16	RISCO BAIXO	1) Enfermeira deverá avaliar áreas de pressão a cada 24 horas (atenção para a área de calcâneo, sacro e nádegas), procedendo com o registro em prontuário do paciente; 2) No caso de previsão de imobilização por mais de 6 horas, colocar protetor de calcâneo e sacro; 3) Orientar aos familiares a mudança de decúbito espontânea a cada 2 horas, com mudança de posição da cama ou do paciente (não é necessário uso de coxins); 4) Garantir que a mudança de decúbito esteja sendo realizada, com entrevista a cada turno; 5) Hidratação adequada da pele, utilizando o produto de escolha do paciente; 6) Orientar aos familiares que não permitam leito ou fralda úmida, solicitando ajuda sempre que necessário. A limpeza deve ser realizada com água morna e sabão neutro ou próximo ao Ph da pele; 7) Reavaliar o risco diariamente.
12 A 14	RISCO MODERADO	1) Enfermeira deverá avaliar áreas de pressão a cada 12 horas (atenção para a área de calcâneo, sacro e nádegas), procedendo com o registro em prontuário do paciente; 2) Manter cabeceira a 30 graus; 3) Utilizar dispositivo de descarga do calcanhar, para que o calcâneo não tenha apoio na leito; 4) No caso de previsão de imobilização por mais de 6 horas, colocar curativo de espuma com poliuretano na região de calcâneo e sacro; 5) Orientar aos familiares a mudança de decúbito e coxins a cada 2 horas; 6) Garantir que a mudança de decúbito esteja sendo realizada a cada 2 horas; 7) Hidratação adequada da pele, utilizando o produto de escolha do paciente; 8) Orientar aos familiares que não permitam leito ou fralda úmida, solicitando ajuda sempre que necessário. A limpeza deve ser realizada com água morna e sabão neutro ou próximo ao Ph da pele; 9) Reavaliar o risco do turno da manhã e da noite.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ABAIXO DE 11	RISCO ALTO	1) Enfermeira deverá avaliar áreas de pressão a cada 12 horas (atenção para a área de calcâneo, sacro e nádegas), procedendo com o registro em prontuário do paciente; 2) Manter cabeceira a 30 graus; 3) Utilizar dispositivo de descarga do calcanhar, para que o calcâneo não tenha apoio no leito; 4) No caso de previsão de imobilização por mais de 6 horas, colocar curativo de espuma com poliuretano na região de calcâneo e sacro; 5) Orientar aos familiares a mudança de decúbito e coxins a cada 2 horas; 6) Garantir que a mudança de decúbito esteja sendo realizada a cada 2 horas, não ultrapassando esse prazo, o reposicionamento deve ser registrado em prontuário; 7) Hidratação adequada da pele, utilizando o produto de escolha do paciente; 8) Orientar aos familiares que não permitam leito ou fralda úmida, solicitando ajuda sempre que necessário. A limpeza deve ser realizada com água morna e sabão neutro ou próximo ao Ph da pele; 9) Utilizar creme barreira para a proteção da pele; 10) Solicitar avaliação do nutricionista, para elaboração de um plano de cuidados nutricionais, com indicação de suplemento nutricional, caso a ingesta não seja suficiente; 11) Indicar a colocação do colchão pneumático; 12) Reavaliar o risco a cada turno; 13) Avaliar a dor do paciente; 14) Solicitar a avaliação da equipe de Comissão de Pele.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Pacientes Recém-nascidos

PONTUAÇÃO NO ESCORE	QUAL O RISCO DE LESÃO?	COMO DEVO PROCEDER NO MANEJO?
≤8	RISCO BAIXO	1) Avaliar o risco diariamente e documentar a integridade da pele (no mínimo descrever narinas, região occipital e sacral e onde há dispositivos: acesso, CPAP, oximetro, TQT e GTT); 2) Não há necessidade de reposicionamento; 3) Se estiver com oximetro, trocar o local uma vez ao dia; 4) Se em uso de CPAP, conferir ajuste e protetor e conferir a temperatura do gás na chegada do RN diariamente;
9-16	RISCO MODERADO	1) Avaliar o risco no plantão da manhã e da noite e documentar a integridade da pele (no mínimo descrever narinas, região occipital e sacral e onde há dispositivos: acesso, CPAP, oximetro, TQT e GTT); 2) Reposicionar o neonato a cada 8 horas (8 hs: decúbito lateral direito, 16 hs: decúbito lateral esquerdo e 00 hs: decúbito dorsal); 3) Se em uso de CPAP, conferir ajuste e protetor e conferir a temperatura do gás na chegada do RN diariamente; 4) Se estiver com oximetro, trocar o local uma vez ao dia;
25-32	RISCO MUITO ALTO	1) Avaliar o risco a cada turno (manhã, tarde e noite) e documentar a integridade da pele (no mínimo descrever narinas, região occipital e sacral e onde há dispositivos: acesso, CPAP, oximetro, TQT e GTT); 2) Reposicionar o neonato a cada 4 horas (8 hs: decúbito lateral direito, 12 hs: decúbito ventral (se não for possível, voltar para dorsal), 16 hs (decúbito lateral esquerdo), 20 hs: decúbito dorsal, 00 hs: decúbito lateral direito, 04 hs: decúbito lateral esquerdo); 3) Se em uso de CPAP, conferir ajuste e protetor e conferir a temperatura do gás na chegada do RN a cada turno; 4) Se estiver com oximetro, trocar o local a cada turno;

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Pacientes Cirúrgico

PONTUAÇÃO NO ESCORE	QUAL O RISCO DE LESÃO?	COMO DEVO PROCEDER NO MANEJO?
≥ 20	RISCO ALTO	1) Enfermeira deverá avaliar e registrar as áreas de pressão antes e após o procedimento (pelo menos calcâneo, sacro e nádegas); 2) Retirar todos os objetos de metal, atentando para o arame presente na máscara cirúrgica, em contato com paciente pelo risco de lesão por bisturi elétrico; 3) No caso de previsão de cirurgia acima de 2 horas, fazer ajuste de coxins a cada 2 (ou 1 hora) horas; 4) Colocar protetor de calcâneo para toda cirurgia acima de 4 horas; 5) Na SRPA: manter todos os cuidados de mudança de decúbito e com coxins a cada 2 horas, registrando no prontuário do paciente a ação realizada.
≤ 19	RISCO BAIXO	1) Retirar todos os objetos de metal, atentando para o arame presente na máscara cirúrgica, em contato com paciente pelo risco de lesão por bisturi elétrico; 2) Na SRPA: manter todos os cuidados de mudança de decúbito e com coxins a cada 2 horas, registrando no prontuário do paciente a ação realizada.



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Classificação da lesão por pressão

Lesão por Pressão Estágio 1: Pele integra com área localizada de eritema que não embranquece e que pode parecer diferente em pele de cor escura. Presença de eritema que embranquece ou mudanças na sensibilidade, temperatura ou consistência (endurecimento) podem preceder as mudanças visuais. Mudanças na cor não incluem descoloração púrpura ou castanha, essas podem indicar dano tissular profundo.





Lesão por Pressão Estágio 2: Perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme. O leito da ferida é viável, de coloração rosa ou vermelha, úmido e pode também apresentar-se como uma bolha intacta (preenchida com exsudato seroso) ou rompida. O tecido adiposo e tecidos profundos não são visíveis. Tecido de granulação, esfacelo e escara não estão presentes. Essas lesões geralmente resultam de microclima inadequado e cisalhamento da pele na região da pélvis e no calcâneo. Esse estágio não deve ser usado para descrever as lesões de pele associadas à umidade, incluindo a dermatite associada à incontinência (DAI), a dermatite intertriginosa, a lesão de pele associada a adesivos médicos ou as feridas traumáticas (lesões por fricção, queimaduras, abrasões).





LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Lesão por Pressão Estágio 3: Perda da pele em sua espessura total na qual a gordura é visível e, frequentemente, tecido de granulação e epíbole (lesão com bordas enroladas) estão presentes. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. A profundidade do dano tissular varia conforme a localização anatômica, áreas com adiposidade significativa podem desenvolver lesões profundas. Podem ocorrer descolamento e túneis. Não há exposição de fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem e/ou osso. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.





Lesão por pressão Estágio 4: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular com exposição ou palpação direta da fáscia, músculo, tendão, ligamento, cartilagem ou osso. Esfacelo e /ou escara pode estar visível. Epíbole (lesão com bordas enroladas), descolamento e/ou túneis ocorrem frequentemente. A profundidade varia conforme a localização anatômica. Quando o esfacelo ou escara prejudica a identificação da extensão da perda tissular, deve-se classificá-la como Lesão por Pressão Não Classificável.





LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Lesão por Pressão Não Classificável: Perda da pele em sua espessura total e perda tissular na qual a extensão do dano não pode ser confirmada porque está encoberta pelo esfacelo ou escara. Ao ser removido (esfacelo ou escara) Lesão por Pressão em Estágio 3 ou Estágio 4 ficará aparente. Escara estável (isto é, seca, aderente, sem eritema ou flutuação) em membro isquêmico ou no calcâneo não deve ser removida.





Lesão por Pressão Tissular Profunda: Pele intacta ou não, com área localizada e persistente de descoloração vermelha escura, marrom ou púrpura que não embranquece ou separação epidérmica que mostra lesão com leito escurecido ou bolha com exsudato sanguinolento. Dor e mudança na temperatura frequentemente precedem as alterações de coloração da pele. A descoloração pode apresentar-se diferente em pessoas com pele de tonalidade mais escura. Essa lesão resulta de pressão intensa e/ou prolongada e de cisalhamento na interface osso-músculo. A ferida pode evoluir rapidamente e revelar a extensão atual da lesão tissular ou resolver sem perda tissular. Quando tecido necrótico, tecido subcutâneo, tecido de granulação, fáscia, músculo ou outras estruturas subjacentes estão visíveis, isso indica lesão por pressão com perda total de tecido (Lesão por Pressão Não Classificável ou Estágio 3 ou Estágio 4). Não se deve utilizar a categoria Lesão por Pressão Tissular Profunda (LPTP) para descrever condições vasculares, traumáticas, neuropáticas ou dermatológicas.





LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico: Essa terminologia descreve a etiologia da lesão. A Lesão por Pressão relacionada a dispositivo médico resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e terapêuticos. A lesão por pressão resultante geralmente apresenta o padrão ou forma do dispositivo. Essa lesão deve ser categorizada usando o sistema de classificação de lesões por pressão.

Lesão por Pressão em Membranas Mucosas: A lesão por pressão em membranas mucosas é encontrada quando há histórico de uso de dispositivos médicos no local do dano. Devido à anatomia do tecido, essas lesões não podem ser categorizadas.

Diretrizes assistenciais de tratamento de lesão por pressão:

- Orientações para registro da lesão nos prontuários dos pacientes;
- O registro da LPP no prontuário do paciente é de fundamental importância para o seguimento do cuidado prestado em suas diversas etapas, o planejamento assistencial da equipe multiprofissional e a segurança do paciente;
- Devem ter uma linguagem objetiva e mensurável, sendo que as informações devem permitir acompanhar a evolução da ferida;
- O registro da lesão deverá ser realizado diariamente no prontuário do paciente, ou todas às vezes que se fizerem necessárias, pela equipe de enfermagem;
- Registrar a cada troca de curativo, bem como as características da LPP;
- Descrever os procedimentos realizados durante o curativo;
- Técnica de limpeza do curativo;
- Coberturas utilizadas para leito da ferida;
- Como a lesão foi ocluída.

Avaliação da LPP

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- A avaliação da LPP deverá ocorrer às trocas de curativo registradas no prontuário do paciente, conforme orientação acima.
- As LPP deverão ser avaliadas quanto as características da lesão (estadiamento, tipo de tecido, exsudato, espaço morto, bordas) e da pele adjacente, conforme abaixo, e registradas no prontuário.

Estadiamento	
Estágio 1	Pele íntegra com eritema não branqueável, após a remoção de pressão, ou com alterações na sensação, temperatura ou consistência. No paciente de pele escura pode ser observado a descoloração da pele.
Estágio 2	Perda parcial da espessura da pele com exposição da derme. Leito da lesão é viável, rosa ou vermelho, úmida e pode se apresentar como uma flictena com exsudato seroso íntacto ou rompido.
Estágio 3	Perda da espessura total da pele com exposição de tecido adiposo. O tecido de granulação e a borda despregada estão frequentemente presentes. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis.
Estágio 4	Perda da espessura total da pele e perda tissular. Possível comprometimento de fáscia, músculos, ossos, tendões e/ou nervos. Esfacelo e/ou escara podem ser visíveis. Bordas despregadas, descolamentos e/ou tunelização ocorrem frequentemente.
LPP não estadiável	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, devido a cobertura densa de esfacelo ou escara.
LPP tissular profunda	Pele íntacta ou não íntacta com área vermelho-escura persistente não branqueável, descoloração marrom ou roxa ou separação da epiderme revelando um leito da lesão escuro ou com flictena de sangue. Presente dor e alteração de temperatura do local.
LPP relacionada a dispositivo médico	De hiperemia a lesões abrasivas mais profundas.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Tipo de Tecido	
Viável	Tecido epitelial – novo tecido de coloração róseo ou brilhante, que se desenvolve a partir das bordas ou como "ilhas" na superfície da lesão. Tecido de granulação – vermelho vivo ou róseo, brilhante, úmida e granular ou vermelho pálido e opaco (em riscos). Obs.: Hipergranulação (excesso de tecido de granulação; friável; vermelho pálido) é considerado como condição desfavorável.
Inviável	"Esfacelo" (consistência delgada, mucoide e macia; firme ou frouxamente aderida ao leito ou bordas da lesão; coloração amarelada, branca ou acinzentada). Necrose (consistência dura e seca "escara" ou mais amolecida "necrose úmida" de coloração cinza, preta ou marrom aderida firmemente ao leito ou às bordas da lesão).

Tipo de exsudato	
Seroso	Consistência fina; aquosa e clara.
Serossanguinolento	Consistência fina, aquosa e de coloração avermelhada a cor de rosa.
Sanguinolento	Consistência espessa/fina e de coloração vermelha.
Sero purulento	Consistência semi-espessa; turva e de coloração amarelada ou acastanhada.
Purulento	Consistência espessa e de coloração esverdeada, acastanhada ou amarelada.

Quantidade de exsudato	
Nenhum/Seco	Curativo primário não tem fluido, é seco; pode estar aderido na lesão.
Pequeno/Úmido	Curativo primário apresenta pequena quandidade de fluido/secreção.
Moderada/Molhado	O curativo primário apresenta-se extensivamente molhado, mas não ocorre extravasamento; a frequência de troca é normal para o tipo de curativo.
Grande/Saturado	O curativo apresenta-se extensivamente molhado e o extravasamento poderá estar ocorrendo; a pele perilesional poderá estar macerada; a troca de curativo é necessário com mais frequência para o tipo de curativo utilizado.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Odor	
Ausente	Ausência de odor forte
Presente	Odor forte e fétido

Escore de avaliação de intensidade de dor (escala de faces; visual analógica ou numérica)		
Sem dor	0	Frequência: Nunca
Dor leve	1 a 2	
Dor moderada	3 a 7	
Dor forte	8 a 10	Somente durante a realização do curativo Frequente Sempre

Espaço Morto	
Presente	Laja (espaço morto abaixo da pele integra); túnel (canal que se aprofunda no leito da ferida) e fistula externa (canal entre uma víscera e a pele) Descrever e localização e a profundidade em centímetros.
Bordas	
Preservada	Íntegra; aderida a lesão; coloração clara; contorno definido, regular ou indefinido;
Prejudicada	Hiperqueratose; não aderida a lesão; descolada; fibrótica; macerada; necrosada; sangrante; friável; edemaciada; enrolada (epíbole).
Pele adjacente	
Preservada	Íntegra
Prejudicada	Alteração de sensibilidade (dor; anestesiada; formigamento; prurido), da consistência (edema; endurecida), de temperatura (quente ou fria), de coloração (pálida ou avermelhada), de textura (descamada; ressecada; macerada) e de integridade

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Tratamento da LPP:

O tratamento da LPP instalada deverá ser implementado em conjunto com as medidas preventivas

- Os tratamentos tópico e sistêmico da LPP considerarão:
- Procedimentos de limpeza e de desbridamento;
- Aplicação de terapia tópica (coberturas primárias, secundárias e de fixação);
- Intervenção sistêmica.

Tratamento Tópico

Procedimentos de limpeza e de desbridamento:

A técnica de limpeza da lesão e da pele adjacente visa remover secreções, tecidos desvitalizados soltos, micro-organismos e resíduos das coberturas tópicas, preservando o tecido de granulação e minimizando riscos de trauma e/ou infecção.

Os passos para a limpeza da lesão deverão seguir o técnica asséptica e limpeza com soro fisiológico (SF) 0,9% morno e em jato. A solução aquosa de polihexanida 0,1% (PHMB) poderá ser indicada também para limpeza da ferida, quando for necessário uma limpeza mais profunda e controle antimicrobiano.

A remoção do tecido desvitalizado, quando houver, ocorrerá após a limpeza, sem agredir o tecido de granulação, por meio dos processos:

- 1° opção: Mecânico (jato de SF 0,9% ou gazes);
- 2° opção: Enzimático (cobertura tópica primária com enzimas proteolíticas) ou Autolítico (cobertura tópica primária com facilitadores da ação dos macrófagos e da atividade proteolítica endógena);
- 3° opção: Instrumental conservador (tesoura/bisturi);
- 4° opção: Cirúrgico.

Ressalvas:

- Utilizar o sistema RYB de avaliação por cores para seleção do desbridamento: vermelho (red); amarelo (yellow) e preta (black) – PROTEGER A VERMELHA; LIMPAR A AMARELA E DESBRIDAR A PRETA.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- O desbridamento conservador ou cirúrgico deverá ser indicado quando o desbridamento pelos meios mecânico e enzimático ou autolítico não forem suficientes.

- As necroses secas deverão ser "escarificadas", em forma de rede, (técnica de Square) com uso de bisturi ou agulha 0,12 x 40, antes da aplicação da cobertura tópica enzimática ou autolítica, para facilitar a penetração desse produto.

- Não é recomendado desbridar necroses estáveis e duras nos membros inferiores, especialmente, nos calcâneos.

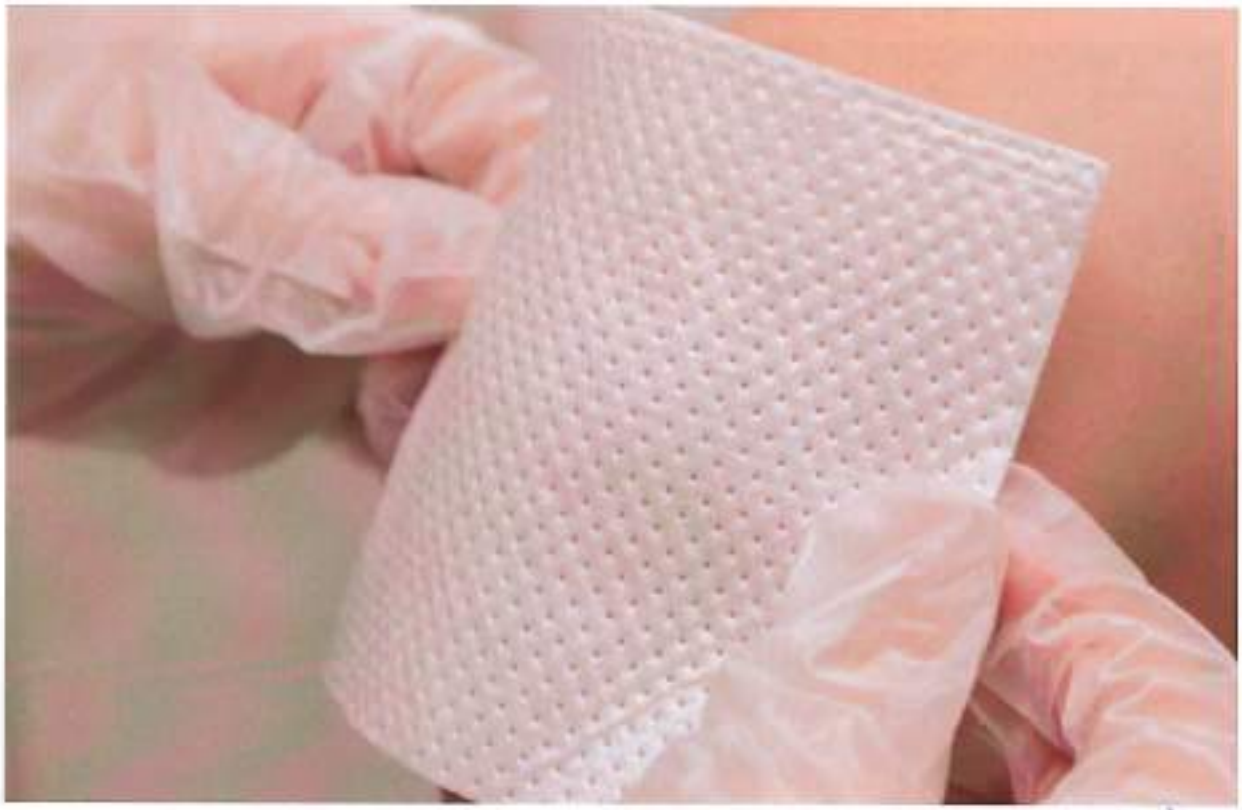
Aplicação de terapias tópicas

A prescrição das coberturas será embasada nas recomendações do preparo do leito da lesão que preconizam fazer as seguintes observações clínicas: tipo de tecido, estadiamento da lesão, quantidade de exsudato, presença de sangramento, sensibilidade à dor e presença de infecção. As coberturas incluem: as primárias, as secundárias e os dispositivos de fixação/suporte.



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Estágio	Características		Coberturas	Período de Troca
Estágio 1	Hiperemia	Áreas com moderada/alta exposição ao cisalhamento/ fricção	Placa de hidrocoloide	Até 7 dias (**antes, se bordas soltas e mudança de cor)
		Áreas com pouca exposição ao cisalhamento/fricção	Ácido Graxo Essencial (AGE)	Cada 6 horas
		Áreas com exposição à umidade	Protetores cutâneos (solução polimérica; Óxido de Zinco)	Cada 6 horas
Estágio 2	Bolha	Intacta	Gaze + AGE	Cada 12 horas
	Lesão superficial	Sem/Pouco exsudato	Placa de hidrocoloide	Até 7 dias (**antes, ...)
			Malha não aderente estéril	Cada 24 horas
		Moderado exsudato	Malha não aderentes estéril	Até 24 horas



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Estágio 3 Estágio 4	Escara Necrose Úmida	Sem sangramento	Papaína 10%	Cada 12 horas
		Com sangramento Necrose mista Intolerância à papaína	Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Esfacelo	Pouco/moderado	Papaína 6%	Cada 12 horas
		Camada Espessa	Papaína 10%	Cada 12 horas
		Com sangramento Tecido misto Intolerância à papaína	Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Exsudato em grande quantidade	Sem infecção	Alginato de cálcio e sódio (placa ou fita)	Até 5 dias (*antes, se curativo saturado ou mudança de coloração e odor)
		Com infecção	Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Cada 24 horas
	Tecido de granulação	Sem sangramento	Papaína 3%	Cada 24 horas
		Sem /Com sangramento Sensibilidade à papaína	Malha não aderente estéril Hidrogel com alginato de cálcio e sódio (gel)	Cada 24 horas
	Ferida complexa	Debridada	Terapia por pressão negativa	Até 5 dias
			Alginato de cálcio e sódio com prata (placa ou fita)	Até 5 dias (antes, ...)
Tissular profunda	Pele intacta/não intacta, com área vermelho escuro	Áras com moderada/alta exposição ao cisalhamento/ fricção	Placa de hidrocoloide Filme transparente de poliuretano não estéril	Até 7 dias (**antes, ...)
		Pouca exposição ao cisalhamento/ fricção	AGE	Cada 6 horas
Pele perilesional	Íntegra		Pomada óxido de zinco	Às trocas de curativo
	Lesionada		Solução polimérica	Às trocas de curativo

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Tipo de cobertura secundário	Características da lesão
Gases esterilizadas	Lesões superficiais/profundas e secas/exsudativas
Compressa esterelizada	Lesões profundas e muito exsudativas
Malha não aderente estéril	Lesões sangrantes; bordas ou pele adjacente prejudicada

Tipo de dispositivo de fixação/suporte	Cobertura secundária + características do local
Esparadrapo/Micropore	Utilizado sobre gazes/compressas esterelizadas + Pele adjacente íntegra
Faixa crepe	Utilizado sobre gazes/compressas esterelizadas + Pele adjacente íntegra
Filme transparente de poliuretano não estéril	Utilizado sobre gazes/compressas esterelizadas + Pele adjacente sensível ou prejudicada (ou) Áreas com exposição à umidade (urina, fezes e outros efluentes)
Bota de proteção (espuma ou gel)	Utilizado sobre gazes/compressas com fixação + lesões em calcâneo e maléolo



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Intervenções Sistêmicas:

A terapia sistêmica deverá estar voltada ao tratamento ou controle/ajustes dos fatores intrínsecos do paciente que, diretamente ou indiretamente, interferem ou podem interferir no processo de cicatrização da LPP. Importante considerar as competências técnicas e legais de cada categoria profissional.

A análise laboratorial é uma ferramenta indicada como critério de avaliação no processo cicatricial da lesão e guia para adequações nutricionais e metabólicas. Os exames indicados e os valores de referência são:

- Hemoglobina glicada (6,5 a 7%);
- Albumina sérica (3,5 a 5,2 g/dL);
- Hemograma completo (eritrócitos 4 a 6 milhões/mm3; hemoglobina 12 a 18 g/dL; hematócrito 35 a 50%; plaquetas 150.000 a 450.000/mm3; leucócitos 4.500 a 11.000 células/mm3);
- Zinco (80 a 120 µg/dL);
- Vitamina B12 (200-835 pg/mL);
- Vitamina D (>30 ng/mL).

Evolução da Lesão por Pressão

O registro da evolução da LPP deverá ser realizado a cada 7 dias, pelo enfermeiro da unidade, para monitoramento e reavaliar condutas. A escala Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) poderá ser utilizada para predizer o progresso da cicatrização da lesão (pontuação de 0 a 17 pontos).



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Escala de PUSH

Quadro 1 - Caracteristicas e respectivos subscores											
Comprimento x Largura	0 0 cm^2	1 < 0.3 cm^2	2 0.3-0.6 cm^2	3 0.7-1.0 cm^2	4 1.1-2.0 cm^2	5 2.1-3.0 cm^2	6 3.1-4.0 cm^2	7 4.1-8.0 cm^2	8 8.1-12.0 cm^2	9 12.1-24.0 cm^2	10 > 24.0 cm^2
Quantidade Exsudato	0 Ausente	1 Pequena	2 Moderada	3 Grande							
Tipo de Tecido	0 Ferida Fechada	1 Tecido Epitelial	2 Tecido de Granulação	3 Esfacelo	4 Tecido Necrótico						

TABELA DE CICATRIZAÇÃO DA ÚLCERA DE PRESSÃO	
Nome do paciente:	
Data de avaliação inicial:	
Número de UP (até 4)	
Localização e Estágio das UP	

UP nº 1		UP nº 2		UP nº 3		UP nº 4	
Localização	Estágio	Localização	Estágio	Localização	Estágio	Localização	Estágio
S( )	I( )	S( )	I( )	S( )	I( )	S( )	I( )
M( )	II( )	M( )	II( )	M( )	II( )	M( )	II( )
T( )	III( )	T( )	III( )	T( )	III( )	T( )	III( )
C( )	IV( )	C( )	IV( )	C( )	IV( )	C( )	IV( )
Outra:		Outra:		Outra:		Outra:	

LOGO DA UNIDADE

PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

Medição da área da LPP

Traçar uma linha horizontal e uma linha vertical nos maiores diâmetros da lesão, mensurar em centímetros e multiplicar os valores. Utilizar régua transparente descartável milimetrada, preferencialmente.



O plano de tratamento deverá ser reavaliado a cada 7 dias, principalmente, quando não houver uma evolução esperada da lesão. A análise microbiológica da lesão poderá ser indicada quando a LPP não apresentar uma evolução esperada e ter a presença de sinais e sintomas locais e/ou sistêmicos de infecção.

Sinais e sintomas locais e sistêmicos, tais como: aumento da dor, odor fétido, descoloração do tecido de granulação, hiper granulação, aumento ou alteração exsudato (purulento), aumento de necrose, alterações na pele perilesional (edema, dor; eritema, calor), febre, calafrios, leucocitose, taquicardia, hipotensão arterial e outros.

Tipos de procedimentos para coleta de material microbiológico:

- Coleta de tecido por meio de biópsia (CB). Indicado pós debridamento cirúrgico.
- Preferível.
- Coleta por swab ou por técnica de aspiração.

Observações:

- A coleta de material microbiológico deverá ser realizada em tecido viável, após a limpeza;
- Se o resultado microbiológico confirmar a infecção da lesão, a necessidade de tratamento sistêmico com antimicrobianos será determinada pelo médico, considerando os resultados laboratoriais e o estado clínico do paciente;
- Na presença de sinais de infecção na lesão, é indicada terapia tópica com antimicrobianos;
- Tempo máximo de uso de um mesmo agente tópico é de 15 dias;

IMED

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

- Investigação de diagnóstico de osteomielite em lesões estágio 4 a partir do 14° dia de sua instalação;
- A documentação fotográfica, recurso utilizado no registro da evolução de uma lesão, deverá possuir: autorização escrita do paciente/responsável; máquina de boa qualidade (> 4.0 megapixels), data e escala de medição e fotografias subsequentes à mesma distância, ângulo, ampliação e iluminação.

Atribuições por categoria profissional

Equipe Multiprofissional:

- Participar do planejamento, execução e avaliação dos cuidados;
- Participar e solicitar parecer técnico da Comissão Especializada em Tratamento de LPP, quando necessário;
- Realizar referência para serviços especializados ou especialistas, quando necessário;
- Participar de grupos de estudos e envolver em capacitações de novas técnicas e tecnologias;
- Participar do planejamento de alta hospitalar: capacitar, orientar e entregar folder para pacientes e responsáveis sobre os cuidados de prevenção e tratamento de LPP no domicílio;
- Realizar a contrarreferência dos pacientes com LPP para as unidades de atenção primária;
- Esclarecer as dúvidas do paciente/família quanto ao acompanhamento ambulatorial, após alta hospitalar.

Enfermeiro:

- Identificar e classificar o paciente com risco para LPP (risco individual e perfil de risco por unidade);
- Realizar a prescrição de ações preventivas para LPP nos pacientes identificados com riscos baixo, moderado e alto. Seguir o Plano de Intervenções em Enfermagem "Prevenção de Lesão por Pressão", disponível a toda a equipe de enfermagem;
- Verificar o estado de conservação dos dispositivos de mobilização e de redução de pressão e informar os serviços competentes, para reparos ou substituição;
- Registrar o risco de LPP a que o paciente está exposto na placa de identificação à beira leito;
- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

protocolo;

- Realizar os curativos de LPP de maior complexidade;
- Realizar o desbridamento da LPP com instrumental conservador, se indicado;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no formulário "Avaliação de Lesão Crônica";
- Notificar os casos de LPP, estágios 1,2,3,4, não estadiável, tissular profunda ou causadas por dispositivos médicos;
- Capacitar/Supervisionar/Orientar/Monitorar a equipe de enfermagem quanto à adesão as medidas de prevenção e tratamento da LPP e ao preenchimento dos formulários de registros.

Técnico/Auxiliar de Enfermagem:

- Implementar e checar o plano de intervenções de prevenção e tratamento prescrito pelo enfermeiro;
- Realizar o curativo da LPP, conforme prescrição;
- Registrar as características da LPP no formulário "Avaliação de Lesão Crônica";
- Comunicar qualquer alteração e não conformidades observadas ao enfermeiro.

Médico:

- Solicitar exames laboratoriais para a avaliação bioquímica;
- Monitorar e intervir nos fatores intrínsecos e sistêmicos do paciente que o predispõe ao risco de LPP;
- Realizar a prescrição dietética de macro e micronutrientes e suplementação com aminoácidos e imunomoduladores, incluindo a hidratação oral, de acordo com as necessidades de cada paciente;
- Prescrever a terapia tópica e o período de troca do curativo, conforme estabelecido neste protocolo;
- Realizar os curativos de LPP;
- Avaliar e evoluir a lesão a cada troca de curativo no formulário "Avaliação de Lesão Crônica";
- Realizar desbridamento cirúrgico em LPP estágios 3 e 4 com complicações e sem evolução. A cargo da cirurgia geral;
- Intervir nos casos diagnosticados ou suspeitos de LPP estágio 4, para investigação de osteomielite.

A cargo das especialidades de ortopedia e infectologia;

- Intervir cirurgicamente na LPP não infectada que esteja com borda descolada, enrolada, fibrótica e hiper granulada; com loja e/ou com perda substancial de tecido. A cargo da cirurgia plástica;
- Solicitar a cultura microbiológica da lesão, quando observado sinais sugestivos de infecção;
- Prescrever terapia antimicrobiana sistêmica, quando necessário.

Nutricionista:

- Realizar a consulta nutricional (avaliação clínica, bioquímica e antropométrica), mediante solicitação da equipe, para identificar os pacientes com fatores de risco nutricional;
- Adequar a prescrição dietética incluindo a suplementação, de acordo com as necessidades do paciente;
- Acompanhar os exames laboratoriais para a avaliação bioquímica e nutricional (proteínas totais e frações, glicemia, vitaminais e hemograma);
- Realizar a evolução clínica e nutricional dos pacientes com risco ou LPP instalada e adequar a prescrição dietética, se necessário;
- Acompanhar os pacientes com risco para LPP, mediante solicitação, e adequar a prescrição dietética por via oral ou cateter enteral.

Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional:

- Promover e participar do plano de trabalho para prevenção de LPP, referente as ações de mobilização, de redução da sobrecarga tissular e de utilização de superfícies especiais de suporte.

Fonoaudiólogo:

- Realizar avaliação fonoaudiológica dos pacientes com risco para disfagia (avaliação estrutural e funcional da deglutição), mediante interconsulta, e acompanhá-los, quando necessário;
- Indicar a adequação da consistência da dieta oferecida via oral ou de vias alternativas de alimentação, quando for o caso;
- Orientar o paciente, o cuidador e a equipe de enfermagem sobre o modo de realizar a oferta da dieta e da hidratação, atendendo as necessidades do paciente;
- Realizar a terapia de deglutição por meio de exercícios ativos-assistidos, estimulação de sensibilidade e treino funcional de deglutição.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Psicólogo:

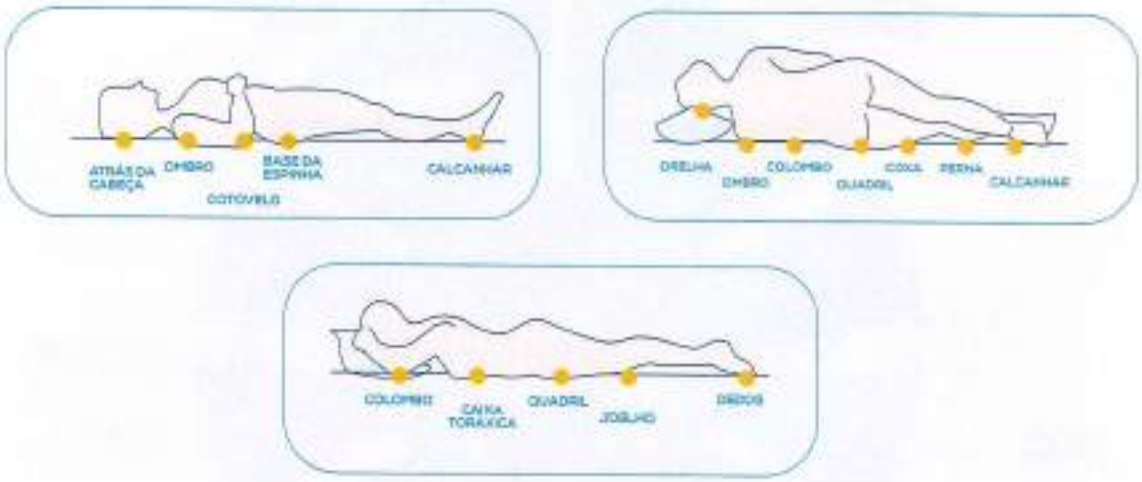
- Realizar acolhimento e atendimento psicológico ao paciente, familiares e ou acompanhantes, conforme demanda apresentada.

Assistente Social

- Pesquisar a realidade social do paciente e da rede social de apoio do município de referência e tomar providências, quando possíveis.

ILUSTRAÇÕES

Áreas de Pressões



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Reposicionamento em 30º na posição semi-fowler



Relógio com indicação de tempo e posição do paciente a cada duas horas



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO GERENCIADO META 6 – PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE LESÃO POR PRESSÃO (LPP)	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Posicionamento utilizando coxins



Monitoramento

Indicadores de resultados

- Taxa de pacientes submetidos a avaliação de risco para lesão por pressão na admissão:

Número de pacientes avaliados pela escala de risco para lesão com 24 horas de admissão x 100

Número total de pacientes com 24h de admissão

- Incidência de Lesão por Pressão:

Número de pacientes com LPP x 100

Número de pacientes com risco

Auditoria

A auditoria para verificação das práticas de controle preventivas para o risco de lesão por pressão são realizadas semanalmente através de formulário observacional. As auditorias são realizadas leito a leito verificando se cada paciente possui em sua pulseira de risco avaliação do risco de LPP (sinalizado na cor amarelo), e se suas práticas de prevenção são realizadas conforme o protocolo da instituição.

6. REFERÊNCIAS

REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE (REBRAENSP). Estratégias para a segurança do paciente: Manual para Profissionais da Saúde. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2013. Disponível em: <http://www.rebraensp.com.br/pdf/manual_seguranca_paciente.pdf>. Acesso em 26 abr. 2021.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de

Saúde. Brasília. 2013.

MENDONÇA, Camila M. L. Escala de Avaliação de Risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação. Ribeirão Preto. 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (Cofen). Regulamento da atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Resolução 0567 de 2018.

SILVESTRI, Jeane, at al. Escala de Braden: instrumento norteador para a prevenção de úlceras por pressão. 2017.

PEREIRA, Margareth P, at al. Ações de enfermagem na prevenção de úlceras por pressão em UTI. Revista Rechiem. 2012.

BRASIL, Segurança do Paciente: prevenção de Lesão por Pressão (LP).

MENDONÇA, Camila. M., et al. Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento Cirúrgico. Rev. LatinoAm. Enfermagem, 2016.

BROOM M et al. Predicting Neonatal Skin Injury: the first step to reducing skin injuries in neonates. Health Services Insight 2019(12):1-10

NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). NATIONAL

PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP) ANNOUNCES A CHANGE IN TERMINOLOGY FROM PRESSURE ULCER TO PRESSURE INJURY AND

UPDATES THE STAGES OF PRESSURE INJURY. Disponível em:<

http://www.npuap.org/national-pressure-ulcer-advisory-panel-npuap-announces-a-change-interminology-from-pressure-ulcer-to-pressure-injury-and-updates-the-stages-of-pressureinjury/>. Acesso em: Fev. 2021.

7. HISTÓRICO DE REVISÕES

EMISSÃO	VERSÃO	DESCRIÇÃO DAS PRINCIAIS ALTERAÇÕES
XXX	XXXX	XXXXXX



LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

1. OBJETIVO

- Reduzir a ocorrência de queda de clientes nos pontos de assistência e os danos dela decorrentes, por meio da implementação de medidas que contemplem a avaliação de risco do cliente, garantam o cuidado multiprofissional em um ambiente seguro, e promovam a educação do cliente, familiares e profissionais;
- Direcionar o atendimento imediato pós queda;
- Gerar indicadores para estratégias de segurança e melhoria da assistência à saúde;
- Prevenir e controlar as infecções relacionadas com a assistência à saúde.
- Proporcionar atendimento assistencial efetivo, sistematizado, seguro e qualificado aos clientes e familiares.

2. RESPONSABILIDADES

- O protocolo deverá ser aplicado em todos os ambientes de prestação do cuidado à saúde.
- Equipe Multidisciplinar.
- A equipe multidisciplinar envolvida deverá ter conhecimento sobre o protocolo multiprofissional de prevenção e atendimento imediato nas quedas de clientes hospitalizados e seguir as normas estabelecidas nesse protocolo:
- Orientando o cliente e familiares sobre o risco para quedas e os possíveis danos decorrentes;
- Prestando assistência prontamente quando o cliente solicitar ou necessitar;
- Realizando o registro completo no prontuário de toda e qualquer intercorrência.
- Notificando os incidentes.

3. DEFINIÇÕES GERAIS

- O evento "queda" é definido como: - Deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, provocado por circunstâncias multifatoriais, resultando ou não em dano. Considera-se queda quando o paciente é encontrado no chão ou quando, durante o deslocamento, necessita de amparo, ainda que não chegue ao chão. A queda pode

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

ocorrer da própria altura, da maca/cama ou de assentos (cadeira de rodas, poltronas, cadeiras, cadeira higiênica, banheira, trocador de fraldas, bebê conforto, berço etc), incluindo vaso sanitário.

- A queda do paciente, por ser uma ocorrência indesejável e danosa, deve ser um evento previsível.

- As quedas sofridas pelos pacientes durante sua internação demonstram uma quebra de segurança e contribuem para o aumento do tempo de permanência hospitalar e para a piora das condições de recuperação, o que gera ansiedade na equipe de saúde e produz repercussões na credibilidade da instituição, além de implicações de ordem legal.

- Assim, torna-se fundamental a avaliação dos pacientes e a identificação do risco potencial para ocorrência de quedas, através de uma classificação adotada pelas unidades de saúde a fim de que os profissionais envolvidos realizem diagnósticos e executem o planejamento de ações preventivas.

4. TERMINOLOGIAS:

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA.

HEL – HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA

EQM: ESCALA DE QUEDA DE MORSE

ESCALA DE MORSE: A ESCALA DE QUEDA DE MORSE CRIADO POR JANICE EM 1985 É UMA ESCALA AMPLAMENTE UTILIZADA NA ENFERMAGEM PARA AVALIAR O PACIENTE NO QUE SE CONFERE O RISCO DE QUEDA. ESTA ESCALA É ADOTADA EM NOSSA UNIDADE DE SAÚDE.

QUEDAS ACIDENTAIS: OCORREM POR FATORES EXTERNOS À PESSOA, ACONTECENDO A CLIENTES SEM RISCO DE QUEDA, NÃO SE PODENDO PREVER OU ANTECIPAR. ESTE TIPO DE QUEDAS NÃO PODE SER PREVISTO PELA ESCALA DE MORSE E AS ESTRATÉGIAS PARA A SUA PREVENÇÃO PASSAM POR MINIMIZAR OS RISCOS AMBIENTAIS.

QUEDAS FISIOLÓGICAS NÃO ANTECIPÁVEIS: OCORREM EM INDIVÍDUOS SEM FATORES DE RISCO PARA A QUEDA, NÃO SENDO, PORTANTO, POSSÍVEIS DE PREVER, ATÉ QUE A PRIMEIRA OCORRA DE FATO. ESTAS PODEM OCORRER DEVIDO A FATORES FISIOLÓGICOS COMO CONVULSÕES, PERDA DE FORÇA, OU FRATURAS PATOLÓGICAS (QUE OCORREM PELA PRIMEIRA VEZ).

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

QUEDAS FISIOLÓGICAS ANTECIPÁVEIS: OCORREM EM INDIVÍDUOS COM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS E QUE APRESENTAM RISCO DE QUEDA.

5.ABRANGÊNCIA:

Este protocolo se aplica a todos os setores do HEL, onde são atendidos pacientes internados e pacientes externos.

6. DESCRIÇÃO DO PROCESSO:

Avaliação do risco:

- A avaliação de risco é realizada no momento da admissão do paciente com aplicação da escala, esta avaliação deve ser repetida diariamente até a alta do paciente. (Adulto Escala de Morse)
- Na admissão deverá ser avaliado os fatores de riscos que podem contribuir para o agravamento do dano em caso de queda.
- Descrever o processo desde a avaliação até o atendimento caso ocorra queda.

Ações preventivas gerais e específicas:

- Relacionar fator de risco com medidas preventivas relacionadas: ex: Fator de risco: Medicamentos - Medidas: avaliação de farmacêutico/ orientar sobre efeitos colaterais e as interações medicamentosa, ajuste de medicamentos que potencializam o risco de queda.
- Notificação da queda (formulário de notificação de incidentes);
- Monitoramento (indicadores mesuráveis);
- Taxa de adesão às barreiras de prevenção a queda, exemplo: Campainha está próxima ao paciente? Paciente/Acompanhante, foram orientados a acionar a enfermagem para auxiliar na saída do leito?
- Em caso de necessidade de contenção: ex: Está contido? Caso esteja contido; foi prescrito pelo médico (contenção) e enfermeiro (cuidados)? Caso paciente esteja acompanhado, este foi orientado da necessidade da contenção? Quando paciente será reavaliado?

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO:XX PÁGINAS: X DE XX

Fatores de risco para quedas, conforme protocolo ANVISA:

Fatores Demográficos:

- Crianças < 5 anos e idosos > 65 anos;

Psico-cognitivos:



- Declínio cognitivo, depressão, ansiedade;

Condições de saúde e presença de doenças crônicas:

- Acidente vascular encefálico prévio;
- Hipotensão postural;
- Tontura;
- Convulsão;
- Síncope;
- Dor intensa;
- Baixo índice de massa corporal;
- Obesidade grave (IMC>40,0);
- Anemia;
- Insônia;
- Incontinência ou urgência miccional;
- Incontinência ou urgência para evacuação;

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Artrite;
- Osteoporose;
- Alterações metabólicas (exemplo: hipoglicemia).

Funcionalidade:

- Dificuldade no desenvolvimento das atividades da vida diária;
- Necessidade de dispositivo de auxílio à marcha;
- Fraqueza muscular e articulares;
- Amputação de membros inferiores;
- Deformidades nos membros inferiores.
- Comprometimento sensorial:
- Visão;
- Audição;
- Tato;
- Equilíbrio corporal: marcha alterada.

Uso de medicamentos:

- Benzodiazepínicos;
- Antiarrítmicos;
- Anti-histamínicos;
- Antipsicóticos;
- Antidepressivos;
- Digoxina;
- Diuréticos;
- Laxativos;
- Relaxantes musculares;
- Vasodilatadores;
- Hipoglicemiantes orais;
- Insulina;
- Polifarmácia (uso de 4 ou mais medicamentos).

História prévia de queda.

Pacientes com alto risco de queda:

- Paciente independente, que se locomove e realiza suas atividades sem ajuda de terceiros, mas possui pelo menos um fator de risco;
- Paciente dependente de ajuda

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO-XX
PÁGINAS: X DE XX

de terceiros para realizar suas atividades, com ou sem a presença de algum fator de risco. Anda com auxílio (de pessoa ou de dispositivo) ou se locomove em cadeira de rodas;

- Paciente acomodado em maca, por exemplo, aguardando a realização de exames, procedimentos ou transferência, com ou sem a presença de fatores risco.

Pacientes com baixo risco de queda:

- Paciente acamado, restrito ao leito, completamente dependente da ajuda de terceiros, com ou sem fatores de risco;
- Indivíduo independente e sem nenhum fator de risco.

Escalas de avaliação de risco de queda

A escala utilizada para a avaliação do risco de queda em adultos e acima de 14 anos é da Morse Fall Scale, sua tradução e adaptação transculturais bem como a versão final foram autorizadas pela autora da Morse Fall Scale respeitando os aspectos éticos.

Princípios básicos para a avaliação do risco de queda

através da Escala de Quedas de Morse:

- A escala deve ser vista como um todo e preenchida na sua totalidade;
- O resultado obtido é indicativo do risco de queda, quanto maior o score maior o risco;
- Considera-se alto risco de queda quando o resultado obtido, através da aplicação da escala, é igual ou superior a 45 pontos.
- Fator de exclusão na utilização da Escala de Quedas de Morse: Clientes com impossibilidade funcional de cair, ou seja, que não possuam atividade motora. A queda é um tipo de autocuidado, logo pressupõe ação. Assim, a um cliente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM.

Antecedentes de Queda:

NÃO: O CLIENTE NÃO TEVE NENHUM EPISÓDIO DE QUEDA NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES.

SIM: O CLIENTE CAIU DURANTE O PRESENTE INTERNAMENTO HOSPITALAR OU TEM UMA HISTÓRIA DE QUEDA(S) FISIOLÓGICA(S) ANTECIPÁVEIS E NÃO ANTECIPÁVEIS

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

NO ÚLTIMO ANO. EXEMPLOS INCLUEM QUEDAS RESULTANTES DE CONVULSÕES OU DE UMA MARCHA DEBILITADA ANTERIORMENTE À ADMISSÃO, QUE RESULTA SEMPRE DA CONDIÇÃO FÍSICA E MENTAL DO CLIENTE.

lógico. Por exemplo uma pessoa empurrada por outra com o intuito de lhe provocar a queda, um jogador de futebol que é, não se considera como antecedente.

Diagnóstico Secundário:



Notas: Se um cliente cai pela primeira vez (dentro dos critérios referidos anteriormente nas instruções) durante a presente internação, então a sua pontuação passa imediatamente de 0 para 25 pontos neste tópico.

NÃO: SE NÃO EXISTIR UM DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO QUE POSSA CONTRIBUIR PARA A QUEDA.

SIM: SE EXISTIR MAIS DO QUE UM DIAGNÓSTICO MÉDICO OU DE ENFERMAGEM IDENTIFICADO NO PROCESSO CLÍNICO QUE POSSA CONTRIBUIR PARA A QUEDA.

Observações: Nos antecedentes de queda não é considerada a queda acidental, uma vez que não é provocada por um fator fisio-

Notas: Não existe nenhum tópico com

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

medicação pois a escala já a contabiliza implicitamente neste tópico, podendo apenas a multimedicação ser uma estratégia de percepção de diagnósticos secundários.

Observações: Doenças ou condições de saúde do cliente tais como: hipotensão, déficits nutricionais, insônia, incontinência ou urgência urinária, tonturas, vertigens, alterações neurológicas, desequilíbrio ou alterações posturais, doenças crônicas como diabetes, hipertensão e outras que, mesmo medicadas e/ou controladas, possam, a qualquer momento, sofrer alterações que interfiram na probabilidade de queda, são consideradas como "Diagnósticos Secundários".

- Outros diagnósticos resolvidos, tais como apendicectomia ou fratura de algum membro que já não apresentem interferência na condição física do cliente, não são considerados como diagnósticos secundários.

Apoio na Deambulação:

SEM APOIO: O CLIENTE ANDA SEM QUALQUER APOIO, É CONSIDERADO TAMBÉM SEM APOIO SE O CLIENTE ANDAR SEMPRE APOIADO POR OUTRA PESSOA, SE USA UMA CADEIRA DE RODAS E ESTÁ ADAPTADO À UTILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA AUTÔNOMA DE E PARA A MESMA. TAMBÉM É CONSIDERADO SEM APOIO QUANDO É TRANSFERIDO SEMPRE POR ALGUÉM DE E PARA A CADEIRA DE RODAS. SE ESTÁ EM REPOUSO E CUMPRE O REPOUSO NA CAMA, NÃO SAINDO DA MESMA.

AUXILIAR DE MARCHA: SE UTILIZA ALGUM AUXILIAR DE MARCHA (BENGALA, MULETAS (CANADIANAS), ANDARDOR).

APOIADO NA MOBÍLIA: SE ANDA APOIANDO-SE NA MOBÍLIA, OU EM TUDO O QUE SE ENCONTRA AO SEU REDOR (EX.:MEDO DE CAIR).

Notas: A utilização de suporte rodado não pode ser considerada como "Apoio na Deambulação" uma vez que já se encontra contabilizado no item "Terapia Endovenosa em Perfusão".

Observações: Neste ponto é apenas aferida a utilização ou não de dispositivos ou apoios na deambulação, não é avaliado o tipo de marcha ainda que tenha semelhanças com o tópico "Tipo de Marcha".

Terapia Intravenosa/ Heparina:

NÃO: O CLIENTE NÃO SE ENCONTRA

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
DATA:XX/XX/XXXX
REVISÃO:XX
PÁGINAS: X DE XX

COM TERAPIA ENDOVENOSA EM PERFUSÃO.

SIM: O CLIENTE ENCONTRA-SE COM TERAPIA ENDOVENOSA EM PERFUSÃO. O CLIENTE APENAS SE ENCONTRA EM RISCO QUANDO CONECTADO À TERAPIA ENDOVENOSA, PORTANTO, SE O CLIENTE SE ENCONTRA A EFETUAR UMA PERFUSÃO INTERMITENTE, AINDA QUE POR CURTOS PERÍODOS, COMO POR EXEMPLO, ANTIBIÓTICO OU OUTRO TIPO DE PERFUSÃO DE CURTA DURAÇÃO, PONTUA SE COM 20 PONTOS.

Notas: Antibióticos ou outras medicações efetuadas em bolus não são considerados como terapia endovenosa em perfusão. Outros tipos de perfusão que não endovenosa (como por exemplo perfusão com cateter epidural) podem também contribuir para a queda, pelo que são ponderados como Sim.

Observações: Este item encontra-se atualmente na escala como "Terapia Endovenosa/Heparina", o termo heparina foi usado com o intuito de se tentar demonstrar a necessidade de perfusão, pois em alguns casos a heparina endovenosa é usada em perfusão contínua (durante longos períodos).

Tipo de Marcha:

NORMAL: O CLIENTE CAMINHA COM A CABEÇA ERGUIDA, OS BRAÇOS BALANÇANDO LIVREMENTE AO LADO DO CORPO, ANDANDO SEM HESITAÇÃO. O CLIENTE MOVE-SE EM CADEIRA DE RODAS (ENCONTRANDO-SE TOTALMENTE ADAPTADO À UTILIZAÇÃO E TRANSFERÊNCIA AUTÔNOMA PARA A CADEIRA DE RODAS E/OU É SEMPRE TRANSFERIDO POR ALGUÉM PARA A CADEIRA DE RODAS) OU SE ESTÁ E CUMPRE REPOUSO NA CAMA, NÃO SAINDO DA MESMA.

DESEQUILÍBRIO FÁCIL: O CLIENTE ANDA CURVADO, MAS É CAPAZ DE ERGUER A CABEÇA E ANDAR SEM PERDER O EQUILÍBRIO. SE UTILIZA A MOBÍLIA OU O QUE ESTÁ EM REDOR COMO APOIO, O FAZ DE FORMA LEVE PARA SE SENTIR MAIS SEGURO E NÃO O AGARRA DE MODO A CONSEGUIR PERMANECER NA POSIÇÃO VERTICAL.

DÉFICIT DE MARCHA: O CLIENTE TEM DIFICULDADE EM LEVANTAR-SE, REALIZANDO VÁRIAS TENTATIVAS PARA O FAZER. QUANDO SE ENCONTRA NUMA CADEIRA TENTA LEVANTAR-SE EMPURRANDO OS BRAÇOS DA MESMA E/OU BALANÇANDO SE DE FORMA A

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX DATA:XX/XX/XXXX REVISÃO-XX PÁGINAS: X DE XX

TENTAR COLOCAR-SE NA POSIÇÃO DE PÉ. QUANDO TENTA ANDAR A CABEÇA ENCONTRA- SE VIRADA PARA BAIXO, CONCENTRANDO SE NO CHÃO. AGARRA-SE A TUDO O QUE SE ENCONTRA AO SEU REDOR PORQUE APRESENTA UM DÉFICIT DE EQUILÍBRIO E NÃO CONSEGUE ANDAR SEM ESSA ASSISTÊNCIA. AO AJUDAR O CLIENTE A ANDAR, O/A ENFERMEIRO(A) APERCEBER-SE-Á QUE ELE/ELA SEGURA A SUA MÃO COM FORÇA, OU QUANDO AGARRA UM CORRIMÃO OU OS MÓVEIS, AGARRA-SE COM TANTA FORÇA QUE AS SUAS MÃOS FICAM MENOS CORADAS.
O CLIENTE DÁ PASSOS CURTOS E VACILA.

Estado Mental/ Percepção:

CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES: O ESTADO MENTAL É AVALIADO ATRAVÉS DA VERIFICAÇÃO DA AUTOAVALIAÇÃO (EFETUADA PELO PRÓPRIO CLIENTE) RELATIVAMENTE À SUA CAPACIDADE DE ANDAR. QUESTIONE O CLIENTE: "É CAPAZ DE IR AO BANHEIRO E BANHAR-SE SOZINHO?" OU "PRECISA DE AJUDA?". SE A RESPOSTA DO CLIENTE AO JULGAR A SUA PRÓPRIA CAPACIDADE É CONSISTENTE COM AS PRESCRIÇÕES/PERCEPÇÕES DE ENFERMAGEM, ENTÃO O CLIENTE TEM CONSCIÊNCIA DO RISCO E DAS SUAS LIMITAÇÕES, AGINDO DE ACORDO COM AS MESMAS, LOGO ESTÁ CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES.

NÃO CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES: SE A AUTOAVALIAÇÃO DO CLIENTE É IRREALISTA, ENTÃO CONSIDERA-SE QUE O CLIENTE SOBRESTIMA AS SUAS CAPACIDADES E ESQUECE-SE DAS SUAS LIMITAÇÕES, LOGO NÃO ESTÁ CONSCIENTE DAS SUAS LIMITAÇÕES.

Notas: O estado mental é diferente da orientação tempo-espacial. Um cliente pode estar orientado no tempo e no espaço e não estar consciencializado das suas limitações em relação ao risco de queda, por conseguinte pode não agir de acordo com as recomendações.

Observações: Um cliente confuso não está consciente das suas limitações. Incluindo-se os estados de confusão aguda, crónica ou intermitente.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA DE MORSE			
ITENS AVALIADOS	NÃO	SIM	SCORE
1. História de Queda nos últimos 3 meses	0	25	
2. Diagnóstico Secundário	0	15	
3. Ajuda na deambulação	0	0	
Nenhum, Acamado, Auxiliar por profissional de saúde	0	0	
Bengala, Muleta ou Andador	0	15	
Mobiliário/Parede	0	30	
4. Terapia Venosa/Dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	0	20	
5. Marcha			
Normal, sem deambulação, Acamado, cadeira de rodas	0	0	
Fraca	0	10	
Comprometida/Cambaleante	0	20	
6. Estado Mental			
Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0	0	
Superestima capacidade/limitações	0	15	
TOTAL SCORE			
BAIXO RISCO: 0-24 PONTOS MÉDIO RISCO: 25-44 PONTOS ALTO RISCO: ->45 PONTOS	FONTE: URBANETTO, JANETE DE SOUZA ET AL. MORSE FALL SCALE: TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL PARA A LÍNGUA PORTUGUESA. REV. ESC. ENFERM. USP (ONLINE). 2013, VOL47, N3, PP. 569-575.		

Quadro 1 – Escala de Avaliação de Risco de Queda Morse.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Avaliação do risco:

- A avaliação do risco de queda deve ser feita no momento da admissão do cliente, com o emprego da escala de MORSE (Quadro 1), após será repetida diariamente e sempre que houver transferências de setor, mudança do quadro clínico e episódio de queda durante a internação, ajustando as medidas preventivas implantadas. Os pacientes serão classificados em Baixo, Moderado e Elevado Risco para queda, segundo a pontuação na escala de Morse.
- Paciente recebe avaliação de risco de queda e enfermeiro sinaliza o risco na placa à beira do leito, a fim de alertar toda equipe de cuidado conforme padronizado na instituição. Todos os profissionais realizam os cuidados conforme o risco.

Atribuições por profissional e unidades especiais:

Enfermeiro:

- Avaliar o risco de queda do paciente na admissão e de forma rotineira;
- Realizar de forma obrigatória o registro do risco de quedas no prontuário do paciente;
- Realizar a reavaliação do risco de quedas diariamente nos pacientes internados e/ou em observação até a alta da unidade de saúde;
- Reavaliar o paciente em qualquer alteração apresentada no quadro clínico para o risco de quedas;
- Sinalizar visualmente (na placa de identificação do leito) o risco de queda nos pacientes a fim de alertar toda equipe do cuidado;
- Definir as medidas específicas de prevenção de queda, conforme o risco levantado na avaliação;
- Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas individuais;
- Supervisionar constantemente os pacientes em uso de medicação que aumente o risco queda;
- Adotar processos para garantir o atendimento imediato ao paciente, caso necessitar;
- Notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Técnico de Enfermagem:

- Implementar os cuidados prescritos pelo enfermeiro;
- Contribuir com o enfermeiro

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

na orientação dos pacientes e acompanhantes sobre os riscos detectados, assim como sobre na prevenção de quedas;

- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Comunicar o enfermeiro sempre que houver alteração do quadro clínico do paciente que possa modificar o risco de quedas;
- Transportar os pacientes seguindo o que é preconizado pelo protocolo de transporte seguro intra-hospitalar do serviço de saúde;
- Sempre dar apoio ao paciente e ao acompanhante, quando necessário;
- Realizar rondas em seu turno de trabalho (diurnas/noturnas) de forma periódica, visando verificar pacientes/acompanhantes/familiares e suas necessidades;
- Prestar pronto atendimento ao paciente sempre que este solicitar ou necessitar;
- Notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Médico:

- Avaliar o paciente em casos de ocorrência de queda, prescrevendo as condutas necessárias;
- Avaliar minuciosamente a real necessidade de prescrição de medicamentos que aumentem os riscos para queda;
- Orientar o paciente e acompanhante quando houver mudança na prescrição de medicamentos associados ao risco de queda;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de ocorrências de queda na unidade;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Fisioterapeuta:

- Realizar avaliação do paciente conforme solicitado;
- Auxiliar na determinação das condutas de acordo com avaliação de mobilidade do paciente;
- Orientar sobre as recomendações e cuidados gerais de prevenção de quedas;
- Definir a necessidade de sessões de Fisioterapia Motora em parceria com o médico assistente e equipe

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

multiprofissional;

- Definir as medidas especificas de prevenção de queda, conforme a avaliação conjunta enfermagem e fisioterapia;
- Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de episódios de quedas;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes de alto risco e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção.
- Notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Farmacêutico:

- Dar parecer técnico às demais categorias no que se refere às medicações;
- Realizar periodicamente a revisão da prescrição de medicamentos que aumentam o risco de queda;
- Orientar os pacientes/ acompanhantes com alto risco e sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas que possam levar a episódios de queda;
- Orientar o paciente e os familiares sobre as medidas preventivas;
- Participar da investigação e da elaboração do plano de ação em caso de episódios de quedas;
- Tomar as medidas necessárias de acordo com as prerrogativas deste protocolo;
- Orientar pacientes de alto risco e acompanhantes sobre os riscos detectados e os meios de prevenção;
- Notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Equipe Multiprofissional:

- Conhecer e cumprir esta rotina, assim como de suas respectivas lideranças, de fazer cumprir orientando seus membros quanto à exigência da identificação do risco para queda e observância dos cuidados pré-definidos para cada paciente;
- Implementar os procedimentos especificos para a prevenção de queda nos pacientes;
- Anotar no prontuário do paciente

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

se verificar sinais que alertem para risco de queda ou dano decorrente da queda;

- Qualquer membro da equipe deve notificar a ocorrência de queda conforme padronização.

Ações preventivas:

As medidas estruturais de Prevenção de Queda incluem a criação de um ambiente de cuidado seguro conforme legislação vigente, tais como:

- Pisos antiderrapantes, integros, secos,
- Placas de identificação de "piso molhado" sinalizando que a limpeza está sendo realizada,
- Identificação adequada nos degraus, quando existentes;
- Mobiliário adequado, como cadeiras de rodas adequadas em relação ao peso, macas com rodinhas adequadas ao peso do paciente e com grades de proteção,
- Iluminação ambiente adequada,
- Áreas livres de obstáculos (por exemplo, fios elétricos, equipamentos, materiais e entulhos),
- Corrimões dimensionados e bem posicionados nas dependências sanitárias dos apartamentos / quartos e enfermarias,
- Corrimões em todas as escadas,
- Corrimões nos corredores das unidades de internações, permitindo a deambulação do paciente, como fator importante de melhora do quadro clínico, quando necessário,
- Para os pacientes pediátricos, deve-se observar a adequação das acomodações e do mobiliário à faixa etária.
- Existência de camas e macas com grades adequadas para atender a demanda.

Observação: Todas as medidas adotadas para prevenir quedas devem ser registradas no prontuário do usuário.

Medidas Gerais:

As Medidas Gerais de Prevenção de Queda incluem a avaliação e cuidados para todos os pacientes assistidos na Instituição, independentemente do grau de risco de queda apresentado:

LOGO DA UNIDADE

PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS

CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX

DATA:XX/XX/XXXX

REVISÃO:XX

PÁGINAS: X DE XX

- Avaliação do risco de queda deve ser aplicada em todos os pacientes internados;
- Revisão periódica da medicação administrada;
- Atenção aos calçados utilizados pelos pacientes, avaliação quanto ao conforto, envolvimento dos pés, em caso de uso de chinelos de borracha, atentar-se ao solado, este deve estar em condições de promover adesão ao piso (solados gastos aumentam o risco de queda devido o deslizamento acidental);
- Educação dos pacientes, familiares e acompanhantes quanto ao possivel risco de queda;
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas, para todos os pacientes, ou nos casos das camas mecânicas a presença e uso da escada de dois degraus;
- Manter as grades de proteção elevadas, lembrando que o paciente não possui o hábito de dormir em cama hospitalar, colocando em risco de queda enquanto está dormindo;
- Reforço junto aos familiares em priorizar calcados emborrachados aos pacientes, minimizando assim os riscos de escorregão e tropeços (pactes adultos e pediátricos no Pronto Socorro).

Medidas Específicas:

- As Medidas Específicas de Prevenção de Queda deverão ser aplicadas aos pacientes que apresentarem baixo ou médio risco na Escala de Morse e que apresentarem alguns dos fatores de risco.
- Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativos e hipnóticos, tranquilizantes, diuréticos, anti-hipertensivos e anti-parkinsonianos.
- Devemos lembrar que um paciente pode mudar o grau de seu risco a qualquer momento da internação.

São ações que deverão ser aplicadas em todos os pacientes que forem classificados como alto risco na Escala de Morse:

- Identificação do paciente com risco de queda com a sinalização à beira do leito (placa).
- Orientar o paciente/familiar/ acompanhante quanto ao Risco de Queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
- Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante quando necessário.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PAGINAS: X DE XX

- Avaliar nível de confiança do paciente para deambulação.
- Avaliar a independência e a autonomia para deambulação e a necessidade de utilização de dispositivo de marcha do paciente (por exemplo, andador, muleta e bengala).
- Manter a cama na posição baixa e com rodas travadas.
- Manter e orientar a família a importância da grade da cama elevadas, e se necessário, utilizar protetores entre os vãos das grades.
- Utilizar faixas para proteção e restrição.
- Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
- Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho.
- Orientar o paciente e acompanhante sobre os efeitos colaterais e as interações medicamentosas que podem apresentar ou potencializar sintomas (por exemplo: vertigens, tonturas, sonolência, sudorese excessiva, palidez cutânea, mal estar geral, alterações visuais, alteração dos reflexos), que aumentam o risco de queda.
- Orientar o paciente e acompanhante para garantir a utilização de seus óculos e/ou aparelho auditivo sempre que for sair da cama, se for o caso.
- Em caso de hipotensão postural – Orientar o paciente a levantar-se progressivamente (elevar a cabeceira 30°, sentar-se no leito com os pés apoiados no chão ou escada por 5 minutos), antes de sair da cama com ajuda de profissional da equipe de cuidado.
- Considerar na avaliação clínica as condições em que o paciente estiver em jejum por longo período (por exemplo, logo ao acordar ou em pré e pós-operatório).
- Transporte (adequar o dispositivo de transporte, conforme a idade e o estado clínico)

Pacientes Pediátricos atendidos no Pronto Socorro

:

- Acomodação (adequar o leito/maca para acomodação, conforme a idade e o estado clínico)
- ≤ 36 meses (menores de 3 anos): devem ser acomodadas preferencialmente em maca, com grades elevadas na altura máxima. Se os pais recusarem, estes devem assinar o "Termo de recusa de tratamento". A exceção seriam crianças sem mobilidade. Estas poderão ser acomodadas em cama de acordo com a avaliação do

profissional responsável.

- > 36 meses (maiores de 3 anos): devem ser acomodadas em cama/maca com as grades elevadas.

Transporte da criança:

- ≤ 6 meses (menores que 6 meses): devem ser transportadas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) e este responsável em cadeira de rodas.

- 6 meses ≤ 36 meses (de 6 meses a menores de 3 anos): Em maca acompanhada do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem) quando for submetida a procedimentos com anestesia/sedação ou em cadeira de rodas no colo do responsável (ou acompanhante e na ausência destes pelo profissional de enfermagem).

- Apartir de 36 meses (3 anos): em maca ou em cadeira de rodas no colo do responsável (na ausência deste pelo profissional de enfermagem), dependendo da avaliação do profissional responsável.

- Reforço junto aos familiares e pacientes em priorizar calcados emborrachados, minimizando assim os riscos de escorregão, e principalmente relacionado aos pacientes pediátricos e adultos durante o banho.

Nota: No caso de crianças há sempre necessidade de acompanhante.

- A utilização de estratégias de educação dos pacientes e familiares deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e também sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do paciente no hospital. A elaboração e a distribuição de material educativo devem ser estimuladas.

Maternidade

Após o parto e quando a paciente estiver acompanhada do recém-nascido, as medidas preventivas de queda devem incluir:

- Orientar a mãe ou o cuidador para não dormir com o recém-nascido no colo;

- Orientar a mãe para não dormir com o recém-nascido no leito e instruir o acompanhante sobre os riscos dessa prática, visando seu auxílio;

- Evitar pegar o recém-nascido despido no colo;

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

- Realizar educação sobre como evitar quedas do bebê para as famílias, destacando o risco de dano por queda, e sobre como prevenir sua ocorrência, tanto na área hospitalar como no ambiente externo, após a alta;
- Transportar bebês menores de 6 meses em incubadora, berço ou no colo do responsável e este em cadeira de rodas, os recém-nascidos somente poderão ser transportados no colo dentro da enfermaria;
- Deixar os recém-nascidos nos braços dos pais ou dos acompanhantes somente quando estes mostrarem as condições necessárias para o ato, sem maiores riscos de queda do recém-nascido.

NOTA: Pacientes pediátricos, orientar o responsável sobe o risco de queda relacionado ao "comportamento de risco" de acordo com a faixa etária das crianças

Implementação de medidas especificas:

- Utilizar medidas especificas para a prevenção de queda conforme os riscos identificados para cada cliente, registrando no prontuário do cliente todos os procedimentos e orientações realizados;
- Promover educação dos clientes, familiares e dos profissionais
- Orientar clientes e familiares sobre as medidas preventivas individuais. A utilização de estratégias deve incluir orientações sobre o risco de queda e de dano por queda, e sobre como prevenir sua ocorrência. Essas ações devem ocorrer na admissão e durante a permanência do cliente na instituição.
- Promover a capacitação dos profissionais das unidades assistenciais sobre os fatores de risco e as medidas preventivas de quedas e orientá-los quanto a classificação de medicamentos de acordo com o Risco de Queda;
- Deverá ocorrer a revisão periódica da medicação pelo médico responsável e equipe interdisciplinar na tentativa de minimizar os riscos de queda relacionados ao uso de medicamentos;

Setor de Infraestrutura Hospitalar e Ambulatorial:

- Deverá implantar plano de manutenção preventiva de equipamentos que possam estar relacionados à ocorrência de queda;
- Realizar em tempo oportuno manutenção corretiva de equipamentos, que podem expor os pacientes ao risco de queda, a gestão local ou funcionário administrativo ou o enfermeiro do setor deverá solicitar ao setor de manutenção patrimônio da instituição, por meio de solicitação de ordem de serviço

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

(OS), uma vistoria das condições do móvel para identificar a possibilidade de troca deste bem ou encaminhamento para conserto.

Atendimento imediato após a queda:

- A definição do início do atendimento poderá variar de acordo com as condições clínicas do cliente e a quantidade de dispositivos invasivos que estavam em uso, e que foram tracionados durante o evento, visando sempre à segurança do cliente. As unidades assistenciais deverão realizar o atendimento imediato e seguro aos clientes. A equipe deverá considerar:

- Queda como agente causador do evento adverso: Diretrizes do Suporte Avançado de Vida no Trauma (ATLS);

- Queda como consequência de um mal súbito: Diretrizes Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) e ATLS;

- O evento adverso da queda poderá ocorrer por vários motivos e em diversas situações, por isso, o fluxograma "Queda com Danos Físicos" deverá ser considerado como um instrumento auxiliar no atendimento, pois devido às multifaces do evento outras condutas poderão ser adotadas, desde que, garantam a segurança do cliente;

- O médico o e enfermeiro responsáveis pelo atendimento ao cliente vítima de queda deverão realizar julgamento crítico do evento, da cinemática do trauma e dos recursos humanos e materiais da unidade na qual a queda ocorreu;

- As etapas do atendimento deverão ser desempenhadas simultaneamente, de acordo com a condição clínica do cliente e fluxograma de atendimento.

- Os clientes que sofrerem quedas com danos e sem danos físicos deverão ser avaliados pela equipe de enfermagem e médico e se necessário encaminhados ao serviço social e psicologia;

- Realizar a revisão da ocorrência de queda para identificação de suas possíveis causas: avaliar e tratar clientes que sofreram queda e investigar o evento;

- Notificar a Segurança do Paciente para que tratativas sejam discutidas e os indicadores mensais de quedas construídos. Esse tipo de evento adverso será notificado no NOTIVISA (Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária);

- Ao enfermeiro cabe o reajuste na escala de MORSE, considerando o incidente;

- Relatar detalhadamente o evento, o atendimento e demais informações pertinentes em prontuário, relatar incidente a supervisão do turno;

- A queda deverá constar relatada no instrumento de Transição de Cuidados (MV) em caso de transferências e/ou alta.

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

CLASSIFICAÇÃO DO DANO APÓS QUEDA:

SEVERIDADE	DEFINIÇÃO	EXEMPLOS
0= NENHUM	Sem lesão decorrente da queda	
1-LEVE	Quando a queda resulta em danos que requerem cuidados menores ou vigilância e medicação extra.	• TCE leve - Glasgow 15 a 14 •Pequenos cortes • Sangramento leve • Escoriação da Pele • Dor • Edema • Hiperemia • Hematoma menor
2- MODERADO	Quando a queda resulta em dano que requer tratamento ambulatorial ou de emergência, cirurgia ou permanência prolongada no hospital.	• TCE moderado - Glasgow 13 a 9 • Sangramento excessivo • Laceração requerendo sutura • Luxação • Entorse
3- GRAVE	Quando o dano cerebral ou deficiência foram muito provavelmente causados pela queda.	• TCE grave - Glashow 8 a 3 • Fratura • Hematoma subdural
4- ÓBITO	Quando a morte é claramente resultante da queda.	• Morte

LOGO DA UNIDADE	PROTOCOLO PREVENÇÃO DE QUEDAS	CÓDIGO: XXX-XXX XXX-XX
		DATA:XX/XX/XXXX
		REVISÃO:XX
		PÁGINAS: X DE XX

Monitoramento :Indicadores de resultados

- Taxa de quedas com dano.

$$\frac{\text{Número de quedas com dano}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 100$$

- Taxa de quedas sem dano.

$$\frac{\text{Número de quedas sem dano}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 100$$

- Índice de quedas

$$\frac{\text{Número de eventos}}{\text{Número de pacientes por dia}} \times 1000$$

Este indicador pode ser monitorado utilizando um diagrama de controle, visando não só construir a série histórica do evento, como também auxiliar a estabelecer metas e parâmetros de avaliação.

- Proporção de pacientes com avaliação de risco de queda realizada na admissão (priorizar setores com maior número de quedas).

$$\frac{\text{Número de pacientes com avaliação do risco de queda realizada na admissão}}{\text{Número de pacientes internados no setor}} \times 1000$$

Auditoria

- A auditoria desses processos relativos à adesão a prevenção à quedas deverá ser realizada mensalmente.



ITEM 1.1.3.2 - PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS ADMINISTRATIVAS PARA ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

INTRODUÇÃO

O setor de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos possui a finalidade receber e conferir todo o material e bens de pequeno valor da unidade, bem como, controlá-los e distribui-los em quantidade adequada, e com a qualidade necessária, visando o melhor atendimento da demanda do Hospital.

Desta forma, este Manual tem como objetivo orientar a realização das atividades dos colaboradores, estabelecendo normas e rotinas que direcionam o desenvolvimento das mesmas, garantindo a qualidade dos resultados obtidos, o que resulta em benefícios para a organização e, principalmente, para os pacientes.

FUNÇÕES

São funções do setor de Almoxarifado e Patrimônio do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos:

- Planejamento e controle do estoque de materiais;
- Patrimonialização e controle dos bens do Hospital;
- Acompanhar e supervisionar o cumprimento do prazo de entrega de todos os materiais e bens de pequeno valor adquiridos junto aos fornecedores;
- Receber os materiais e bens adquiridos, certificando a especificação, marca de fabricação, qualidade e quantidade, custo unitário/total, CNPJ/Razão Social da Empresa fornecedora, através da AF/empenho, cuja Nota Fiscal também deverá estar conforme a especificação técnica descrita na AF/empenho;
- Armazenar os materiais em estoque;
- Registrar, patrimonializar e controlar os bens do Hospital;
- Registrar em sistema próprio as notas fiscais dos itens recebidos;

- Encaminhar ao Departamento Financeiro as notas fiscais para pagamento;
- Elaborar estatísticas de consumo por materiais e centros de custos para previsão das compras;
- Elaborar balancetes dos materiais existentes e outros relatórios solicitados;
- Preservar a qualidade e as quantidades dos materiais estocados, bem como dos bens existentes no Hospital;
- Viabilizar o inventário anual dos materiais e bens da unidade;
- Garantir que as instalações estejam adequadas para movimentação e retiradas dos itens visando um atendimento ágil e eficiente;
- Organizar e manter atualizado o registro de estoque do material, bem como dos bens existentes na unidade;
- Manter estoque mínimo de Materiais Médico-Hospitalares.
- Propor políticas e diretrizes relativas a estoques e programação de aquisição e o fornecimento de material de consumo;
- Estabelecer normas de armazenamento dos materiais estocados;
- Estabelecer as necessidades de aquisição dos materiais de consumo para fins de reposição de estoque, bem como solicitar sua aquisição.

ATIVIDADES

O Almoxarifado e Patrimônio é o setor destinado à guarda e conservação de materiais e bens, em recinto coberto ou não, adequado à sua natureza, tendo a função de destinar espaços onde permanecerá cada item aguardando a necessidade do seu uso, ficando sua localização, equipamentos e disposição interna acondicionados à política geral de estoques da instituição.

O setor deve assegurar que os itens sob sua responsabilidade estejam na quantidade devida, no local certo. Sempre que necessário; impedir que haja divergências de inventário e perdas de qualquer natureza; preservar a qualidade e as quantidades exatas; possuir instalações adequadas e recursos de movimentação; distribuição suficientes a um atendimento rápido e eficiente; garantir adequadas formas de armazenamento dos diversos itens.

No almoxarifado e patrimônio hospitalar, existem produtos que são imprescindíveis para o atendimento ao paciente, sendo que o grau para sua disponibilidade deve ser de imediato, tendo a necessidade da existência de um estoque mínimo mesmo que não exista a movimentação do material.

Por esse motivo, há de existir a previsibilidade de consumo e, para isso, paga-se um preço pela disponibilidade do produto que não é consumido de forma constante. Essas particularidades dificultam, assim, o bom gerenciamento do estoque com relação a custos.

As falhas nos processos geram muitos pro-

blemas para uma instituição e problemas relacionados à compra de materiais em excesso, quando comprado em demasia, ou sua falta, quando comprado sem previsão e planejamento, geram insustentabilidade e aumento de despesa. A falta de material gera perdas e descontinuidade no atendimento ao paciente.

Em suma, as atividades do setor no âmbito da saúde devem estar alinhadas em bases processuais e operacionais, para que não ocorra a falta ou excesso de determinados materiais, insumos de saúde, medicamentos, dietas, itens estes com relação direta com a prática assistencial, assim como itens que compõem a cadeia de produção e execução de serviços em uma unidade de saúde (materiais de escritório, expediente, etc).

O gestor do setor, no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, utiliza ferramentas e sistemas informatizados para um controle eficiente do estoque e, deste modo, garante o adequado e ininterrupto suprimento de materiais para os diversos setores da unidade.

Enxergamos que o Almoxarifado e Patrimônio é uma estrutura física departamentalizada inserida na estrutura da unidade de saúde, que tem como seu objeto principal fornecer meios para o armazenamento correto dos itens de consumo geral e bens, agregando funções operacionais referente ao fornecimento de insumos para o funcionamento geral da instituição, assim como, agrega funções de apoio à atividade assistencial médica.

ROTINAS DO SETOR DE ALMOXARIFADO E PATRIMÔNIO

As rotinas citadas a seguir já estão em funcionamento no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos e terão continuidade passando por possíveis processos de melhoria com o novo perfil do Hospital.

Recebimento de itens solicitados

O recebedor deve pesquisar e imprimir o pedido de compra, onde então se inicia a conferência dos itens recebidos a fim de confrontar os dados contidos na nota fiscal com os dados do pedido de compra. Devem ser avaliados os seguintes dados:

- Natureza da operação;
- Data de emissão da nota fiscal;
- Dados cadastrais do fornecedor e da unidade requisitante;
- Especificação dos itens;
- Quantidade;
- Preço unitário e total;
- Pontualidade na entrega;
- Condição de pagamento.

Avaliação de fornecedor

Após a conferência acima descrita, o recebedor inicia a avaliação do fornecedor (Check list), onde são pontuados os seguintes tópicos:

- Pontualidade da entrega;
- Conferência fiscal;
- Conferência da NF com o pedido de compra.

Os itens seguintes são avaliados pelo recebedor físico:

- Conferência física x nota fiscal.
- Data de validade;
- Condições da embalagem e temperatura.

Certificar-se de que:

- O prazo de validade encontra-se dentro do padrão de validade estabelecido pelo IMED;
- Prazo de validade deve ser superior a 12 meses do vencimento, havendo exceções previamente aprovadas para medicamentos manipulados.

Se o material for importado, o rótulo deve conter as seguintes informações em Português:

- Descrição do produto;
- Data de fabricação;
- Data de validade – Processo de esterilização (somente p/ mat. esterilizados) ;
- Número de lote;
- Número de registro do ministério da saúde ou número de isenção de registro;
- Dados dos fabricantes;
- Dados do distribuidor;
- Nome do responsável técnico;
- Número do registro profissional;
- Se o material for de uso descartável, obrigatoriamente deve constar:
- "PRODUTO DE USO ÚNICO" ou" DESTRUIR APÓS O USO";
- Caso haja divergência, ainda na primeira conferência ou na conferência física, o recebedor entra em contato com o setor responsável pela aquisição comunicando o ocorrido e visando contato imediato com o fornecedor para regularização da entrega. Não havendo possibilidades de solucionar o problema, a entrega é devolvida imediatamente.
- Nos casos de devolução parcial, gera-se a carta de transporte (carta de devolução). A carta é preenchida através de um modelo, já existente, inserindo os dados da empresa e o item a ser devolvido. Após o preenchimento é necessário solicitar a validação da carta ao setor financeiro, onde é impressa e assinada por um colaborador da área financeira. Assim, feita a validação, a carta é apresentada em três vias e o motorista responsável por fazer o transporte do material deve assinar a carta, nos deixando duas vias (uma fica anexa a nota fiscal, outra arquivada no almoxarifado e a terceira segue com a mercadoria a ser devolvida). A empresa deve ser orientada a

conceder desconto do valor em boleto;

- Estando aprovada a conferência com o produto físico, após passar pelas seguintes avaliações: quantidade, temperatura (quando se tratar de material conservado sob refrigeração), validade, qualidade da apresentação do produto bem como embalagem, coerência entre lote impresso na embalagem e o descrito na nota fiscal. Os materiais são recebidos e mantidos em local segregado para que o lançamento da nota fiscal seja realizado. Então, só após o lançamento, o material é armazenado;

- A inclusão dos materiais no sistema deve ser iniciada, devendo inserir os itens que são denominados como padrão no estoque e, para os que foram requisitados exclusivamente para determinados setores, deve ser emitida uma requisição, impressa em duas vias, devendo acompanhar o item até seu setor de destino. O colaborador do setor que realizar o recebimento deve assinar e devolver uma via ao almoxarifado e patrimônio;

- Para os medicamentos a conferência é realizada no almoxarifado central, a inclusão dos produtos no sistema é feita no almoxarifado e entregue ao setor do CAF (Centro abastecimento farmacêutico);

- Para os bens duráveis (Patrimônio) se estabeleceu que, todo material durável recebido com valor superior a um valor teto estabelecido pelo IMED, deve seguir o seguinte fluxo: comunicar imediatamente a contabilidade sobre a aquisição de patrimônio, onde é analisada a necessidade de identificar o bem com a plaqueta de patrimônio.

  Para materiais elétricos a entrega é realizada antes da identificação porque o mesmo se faz necessário a conferência qualitativa - para os bens que não precisam de teste, a identificação é feita no próprio almoxarifado e entregue posteriormente. Sendo assim, o bem deve ser incluído no sistema gerando a requisição em três vias, onde duas vias devem retornar ao almoxarifado, devendo uma ser arquivada e a outra disponibilizada ao setor contábil, junto com a cópia da nota fiscal. A terceira via fica de posse do setor requisitante.

Recebimentos de doações

Para o recebimento de doação a conferência é feita através da nota fiscal de doação e o material físico. A inclusão do produto no sistema é gerada pela contabilidade, sendo que o responsável pelo almoxarifado encaminha a nota fiscal de doação para que o setor de contabilidade possa inserir o produto no sistema.

Armazenagem

O produto recebido fica segregado até que seja inserido no sistema. Só após pode ser alocado em seu local correto. A armazenagem é feita seguindo os seguintes critérios:

- Os itens recebidos devem ser armazenados de forma segura em prateleiras e/ou pallets, de forma a garantir sua preservação e proteção do produto, em embalagem original até seu consumo;

- Os itens devem ser alocados em

locais com identificação coerente com a existente no sistema. Caso haja alteração, o sistema deverá ser atualizado;

- Utilização do espaço corretamente respeitando a distância necessária de altura e empilhamento;

- Os produtos químicos devem ser mantidos em local segregado, longe dos materiais médicos, e calor excessivo.

Dispensação e devolução de materiais

Para consumo interno (Centro de Custo): É a transação que informa ao sistema a saída de quantidade e valor de material do estoque para consumo dos setores requisitantes do Hospital. O setor que solicita materiais em centro de custo, deve realizar a solicitação semanalmente ou de acordo com sua urgência.

- Requisição: esta saída efetua a baixa no sistema, contábil e fisicamente, do material fornecido e dá entrada desse material no centro de custo onde o item é consumido ou aplicado.

- Devolução: É uma transação que informa ao sistema a *entrada* no estoque de valor e quantidade de materiais. Esta entrada permite ao sistema baixar contabilmente o material devolvido do setor requisitante e apropriá-lo fisicamente e contabilmente no Almoxarifado central a que se destinam os materiais.

Reabastecimentos para farmácias satélites da unidade

- O reabastecimento tem como base o suprimento disponibilizado para cada farmácia. O sistema busca o estoque atual por suprimento e indica a quantidade que deve ser reposta;

- Os reabastecimentos das farmácias são feitos 2ª, 4ª e 6ª feiras; As solicitações de transferências são geradas às 08h00min e entregue após conferência até às 13h00min.

Descarte

- A perda por vencimento de prazo de validade deve ser evitada por se tratar de recursos públicos. O descarte, por outros motivos justificados, deve seguir as orientações do fabricante e dos órgãos públicos responsáveis por estas questões, considerando a proteção ambiental.

- Os produtos farmacêuticos (medicamentos vencidos, contaminados, interditados ou não utilizados) são resíduos que apresentam risco potencial à saúde pública e ao meio ambiente devido às suas características químicas.

- Em publicação no D.O.U., a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabeleceu através da RDC ANVISA nº 306 (em dezembro de 2004) o regulamento técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde.

- Pela proposta da ANVISA, os resíduos químicos são classificados em 8 subgrupos.

- Os medicamentos estão enquadrados nos três primeiros grupos: (com eu descarte sendo realizado pelo setor de Farmácia):

B1 RESÍDUOS DE MEDICAMENTOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS QUANDO VENCIDOS, CONTAMINADOS, APREENDIDOS PARA DESCARTE, PARCIALMENTE UTILIZADOS E DEMAIS MEDICAMENTOS IMPRÓPRIOS PARA CONSUMO QUE OFERECEM RISCO;

B2 MESMA REFERÊNCIA ANTERIOR, MAS PARA MEDICAMENTOS OU INSUMOS FARMACÊUTICOS QUE, EM FUNÇÃO DE SEU PRINCÍPIO ATIVO E FORMA FARMACÊUTICA, NÃO OFERECEM RISCO;

B3 RESÍDUOS OU INSUMOS FARMACÊUTICOS DOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS PELA PORTARIA MS 344/98 E SUAS ATUALIZAÇÕES.

- O IMED estabelece no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos um sistema de gerenciamento de resíduos para, entre outros, submeter os resíduos do tipo B, da instrução do CONAMA, ao tratamento e à disposição final específica, segundo exigências do órgão ambiental competente. Para tanto é consultada a norma da ABNT NBR 12808:2016 que trata dos resíduos de serviços de saúde.

- O sistema de gerenciamento de resíduos aborda os seguintes itens:

1 IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS PRODUZIDOS E SEUS EFEITOS NA SAÚDE E NO AMBIENTE;

2 LEVANTAMENTO SOBRE O SISTEMA E DISPOSIÇÃO FINAL PARA OS RESÍDUOS;

3 ESTABELECIMENTO DE UMA CLASSIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS SEGUNDO UMA TIPOLOGIA CLARA, QUE SEJA CONHECIDA POR TODOS;

4 ESTABELECIMENTO DE NORMAS E RESPONSABILIDADES NA GESTÃO E ELIMINAÇÃO DOS RESÍDUOS;

5 ESTUDO DE FORMAS DE REDUÇÃO DOS RESÍDUOS PRODUZIDOS;

6 UTILIZAÇÃO, DE FORMA EFETIVA, DOS MEIOS DE TRATAMENTO DISPONÍVEIS.

Controle de estoque

A atividade tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema.

O controle de estoque é fundamental para:

- Garantir a qualidade do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica;

- Subsidiar as atividades da Assistência Farmacêutica na programação, aquisição e distribuição;

- Assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento;
- Estabelecer quantidades necessárias e evitar perdas;
- Ter procedimentos operacionais da rotina (procedimentos operacionais padrão) por escrito;
- Ter registros de movimentação de estoque;
- Fornecer informações precisas, claras e a contento, com rapidez, quando solicitadas;
- Manter controle e arquivo dos dados organizados e atualizados.

Elementos de previsão de estoque

Para manter o dimensionamento correto dos estoques que atendam às necessidades, com regularidade no abastecimento, é realizada a utilização dos seguintes instrumentos:

- Consumo médio mensal (CMM) – é a soma do consumo de materiais utilizados em determinado período de tempo dividida pelo número de meses da sua utilização. Quanto maior o período de coleta de dados, maior a segurança nos resultados. Saídas por empréstimo devem ser desconsideradas;
- Estoque mínimo (EMI) – é a quantidade mínima a ser mantida em estoque para atender o CMM, em determinado período de tempo, enquanto se processa o pedido de compra, considerando-se o tempo de reposição de cada produto;
- Estoque máximo (EMX) – é a quantidade máxima que deverá ser mantida em estoque, que corresponde ao estoque de reserva mais a quantidade de reposição;
- Tempo de reposição (TR) – é o tempo decorrido entre a solicitação da compra e a entrega do produto, considerando a disponibilidade para a dispensação do materiais. Os novos pedidos são feitos quando se atinge o Ponto de Requisição.
- A unidade de cálculo do TR (Tempo de Reposição) é o mês.

Se determinado material demora 15 dias entre o pedido da compra e a entrega pelo fornecedor, o TR será igual a 1/2 (meio mês)

- Se demorar uma semana, TR será 1/4.
- Se demorar um mês, TR será igual a 1.
- Se levar 2 meses, TR será 2.
- Ponto de reposição (PR) – é a quantidade existente no estoque que determina a emissão de um novo pedido;
- Quantidade de reposição (QR) – é a quantidade de reposição de materiais que depende da periodicidade da aquisição.

Inventário



É a contagem de todos os itens em estoque para verificar se a quantidade encontrada nas prateleiras coincide com os valores informados nas fichas de controle.

É realizado, periodicamente, conforme estabelecido em contrato, com amostras seletivas de 10 a 20% dos produtos em estoque e dos itens de maior rotatividade e registro das irregularidades encontradas.

É imprescindível a realização de inventário de todos os itens a cada seis meses.

Distribuição

A distribuição deve suprir as necessidades do Pronto Socorro e demais unidades críticas, como UTI e Centro Cirúrgico, seguindo um cronograma, a fim de evitar atrasos e desabastecimentos. Para isso, é realizado o seguinte processo:

- Estabelecer e divulgar o fluxo e cronograma da distribuição;
- Distribuir em quantidades corretas com qualidade;
- Transportar adequadamente;
- Controlar a distribuição e manter a situação físico-financeira atualizada e de forma eficiente;
- A periodicidade da distribuição irá considerar a capacidade e condições de armazenamento da unidade, bem como seu potencial de consumo;
- Estabelecer cronograma de abastecimento;
- Definir prazos de preenchimento e recebimento dos pedidos via sistema de gestão hospitalar; analisar as solicitações do pedido; verificar a quantidade solicitada, estoque existente e consumo, e estoque disponível no almoxarifado de forma a atender todos os setores;
- Após a conferência dos pedidos, processar a distribuição;
- Conferir os pedidos, emitir Nota de Distribuição;
- Separar os materiais de acordo com as entregas. Não reaproveitar embalagens, nem misturar os lotes. Sempre identificá-los utilizando cestos com tampa e lacre para as entregas nas unidades;
- Transportar adequadamente e ter recursos humanos treinados para esta finalidade;

Organização de documentos

Manter todos os registros de movimentação e de irregularidades organizados, para rápida informação quando solicitada.

Manter sistema que permita a rastreabilidade dos produtos, de modo a possibilitar a sua localização, com vistas a um processo eficaz de intervenção, retirada ou devolução.

Auto-inspeção

- Manter procedimentos de auto-inspeção periódicos e registros de monitoração conforme a legislação.
- Manter Procedimentos Operacionais da Rotina por escrito e de fácil acesso.

Limpeza e conservação

O local de trabalho e a área de armazenamento devem ser mantidos limpos e isentos de pó e contaminação, insetos e roedores.

É proibido fumar, comer e beber (Existe local especifico para este fim). O lixo deve ser depositado em recipientes especiais com tampa , esvaziados e limpos fora da área de armazenamento seguindo as especificações de reciclagem.

Todos os trabalhadores devem utilizar uniformes e crachá de identificação.

Segurança dos trabalhadores e do patrimônio

- Medidas apropriadas devem ser tomadas para a segurança do setor;
- Para o pessoal que trabalha no setor, devem ser seguidas as normas da CIPA;
- É indispensável instalação adequada de equipamentos contra o incêndio.

NORMAS PARA O ALMOXARIFADO

Normas Administrativas

- O horário de trabalho estabelecido deve ser cumprido;
- Os funcionários trabalham devidamente uniformizados;
- As permissões de saída (para locais externos) devem ser autorizadas por escrito pelo encarregado do serviço;
- As saídas internas, a serviço ou não, devem ser sempre comunicadas ao encarregado ou colega de trabalho, nunca deixando o setor sozinho;
- A entrada de pessoas estranhas ao serviço, deve ser autorizada pelo encarregado;
- As horas extras, se necessárias, devem ser autorizadas previamente, por escrito, pelo Gerencia Administrativa da unidade;
- Os documentos inerentes ao Serviço, tais como: pastas, livros etc., só podem ser retirados do setor com autorização da Gerência.
- Nenhum material pode ser retirado do Almoxarifado sem correspondente requisição;
- A quantidade de material entregue ao requisitante não pode ser maior que a estabelecida na requisição;
- Não devem ser atendidas as requisições emitidas pelos setores fora dos dias pré-estabelecido para cada setor ou que não traga a assinatura do responsável;
- Os funcionários do Almoxarifado atendem ordinariamente apenas as requisições dos serviços requisitantes, observando o calendário estipulado.

Normas técnicas para estocagem de gêneros

- Estocar os gêneros alimenticios em local próprio com boa ventilação natural, cruzada;
- A Despensa deve ser equipada com estrados de madeira para a

estocagem das sacarias;

- Os estrados devem distar 0,40 cm do piso, sendo os pés revestidos com folhas de flandres, para evitar o acesso de roedores aos alimentos;
- Os cereais em grãos e as leguminosas devem ficar sobre os estrados de madeiras, acondicionados em sacos de amiagem ou algodão;
- As prateleiras podem ser de fórmica, madeira vernizada, azulejadas ou de aço inoxidável;
- As prateleiras devem distar 10 cm das paredes, para evitar que a umidade atinja os alimentos;
- Os gêneros acondicionados em pacotes, latas ou caixas, devem ser arrumados ou empilhados nas prateleiras, afastados da parede;
- Ao armazenar macarrão, biscoito, não colocar outros gêneros sobre eles, para evitar que se triturem;
- Os gêneros mais velhos devem ser colocados em cima ou à frente dos mais novos, para serem consumidos em primeiro lugar (rotatividade);
- Os gêneros (caixas, sacos, pacotes, latas, vidros, litros, etc.) devem ser acondicionados (arrumados nas prateleiras), de forma que o rótulo fique visível e nunca com a boca para baixo, demonstrando organização e facilitando a localização do produto;
- Não misturar alimentos com material de limpeza, sendo que estes podem ser guardados na própria Despensa, mas em lugar visivelmente separado;
- Usar utensílios seco e limpo, para retirar os gêneros das sacarias;
- Providenciar periodicamente dedetização e desratização, tomando precauções para que os gêneros não sejam atingidos pelo produto do processo;
- As janelas devem ser teladas (tela de nylon fina).

Normas Técnicas para Estocagem de Filmes e Papéis Fotográficos

- A área de estocagem destes materiais deve ser protegida de umidade, calor e vapor;
- Devem ser evitados locais próximos a condicionadores de ar, respiradores, estufas e coberturas não isoladas;
- A estocagem destes materiais deve ser processada em agrupamentos distintos de acordo com a data de validade estabelecida pelo fabricante;
- São estocados em prateleiras, de preferência nas embalagens originais, com espaços livres entre os volumes, para facilitar a circulação do ar.

Normas Técnica para Estocagem de Tintas, Esmaltes e Vernizes

- A área destinada a estes materiais deve ser limpa bem ventilada e não sujeita a calor excessivo, centelhas ou ação direta dos raios solares;
- Devem ser mantidos em suas embalagens originais até sua

utilização;

- Devem ser estocados em estantes ou estrados localizados no piso inferior das instalações do Almoxarifado e possivelmente isolados de outros materiais.

Normas Técnicas para Guarda de Inflamáveis

- A área destinada a estocagem de inflamáveis, quando situada ao ar livre, deve ser perfeitamente delimitada e isolada;
- Quando situada em edificação, deve ser bem arejada, ter piso, paredes e teto de material não combustível e com taxas de resistência a fogo não inferior a 2 horas;
- Os líquidos inflamáveis devem ser embalados em tambores ou outros recipientes portáteis fechados, cuja capacidade não exceda a 226 litros;
- Os recipientes de líquidos inflamáveis devem ser estocados sobre estrados ou armação especial, obedecendo o disposto na NB - 98 da ABNT.

Normas Técnicas para Estocagem de Tambores e Barris

- Os tambores devem ser guardados de forma deitada e presos com calços de madeira na camada de baixo;
- Quando os tambores estiverem vazios e a quantidade for elevada a pilha terá de preferência formato de uma pirâmide;
- Os barris podem também ser empilhados de pé em camadas desencontradas, como tábua ou prancha entre uma camada e outra.

Normas Técnicas para estocagem de materiais Retangulares

- Todos os volumes devem ter tamanhos uniformes;
- As caixas de papelão não devem ser depositadas em local úmido;
- Convém deixar metade da largura de cada caixa ou material retangular para fora em toda a sua volta, de cada cinco corridas de altura.

Normas Técnicas para Guarda de Sacarias

- Sacarias em geral (arroz, feijão, açúcar, trigo, etc.). Sua guarda será feita em estrados de material em pilhas "armadas"; a pilha deve ficar no mínimo 0,50 cm da parede, as bocas dos sacos devem ficar voltadas para dentro da pilha.



ITEM 1.1.3.3 – PROPOSTA DE MANUAL DE ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E GESTÃO DE CUSTOS

O objetivo do Departamento Financeiro é administrar os recursos próprios ou oriundos de Contratos/Convênios, manipulando as operações financeiras de rotina, tais como a negociação de contratos, o controle das contas a pagar e receber, a gestão do fluxo de caixa, a manutenção do capital de giro, bem como a administração e a guarda correta dos documentos financeiros e contábeis da unidade.

Além disso, uma boa Administração Financeira deve:

I. Gerenciar as atividades relacionadas a faturamento, finanças e planejamento orçamentário, observando normas, rotinas e diretrizes técnico-administrativas;

II. Elaborar relatórios gerenciais com informações sobre a disponibilidade e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros, de acordo com a legislação vigente;

III. Efetuar análise de suprimento de fundos concedidos para fins de aprovação ou não;

IV. Contabilizar atos e fatos administrativos;

V. Colaborar com auditores interessados e habilitados a analisar as contas do Hospital.

Dessa maneira, esse documento será um guia para o acompanhamento financeiro da operação do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos mostrando seus principais processos, atividades e tarefas de forma clara e objetiva no que diz respeito ao gerenciamento das entradas e saídas de valores financeiros oriundos da operação diária, tanto das demandas internas relativas ao completo suporte ao bom atendimento, quanto das atividades adicionais mencionadas no escopo a seguir.

Face a importância do acompanhamento financeiro da operação das entradas e saídas financeiras, será obrigatória a observação das normas e processos visando a transparência nos aspectos das transações correntes.

ROTINAS PARA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA

Este serviço é estruturado em algumas unidades necessárias para a plena consecução dos objetivos do Hospital. É responsável pela administração de recursos financeiros que tem por objetivo maximizar o valor da instituição e contribuir para a sua continuidade.

Considerando os fatos expostos acima, apresentamos a sequência do processo de acompanhamento financeiro que passará por:

Tesouraria

A tesouraria é o setor responsável pela entrada e saída de recursos financeiros, mantendo a organização dos gastos e dos rendimentos.

1) ACOMPANHAMENTO DAS ENTRADAS

- **A** ELABORAR RELATÓRIOS GERENCIAIS COM INFORMAÇÕES SOBRE A DISPONIBILIDADE E APLICAÇÃO DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS E FINANCEIROS, DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE;
- **B** EMITIR RELAÇÃO DAS ORDENS BANCÁRIAS EXTERNAS DETALHADAS, DE ACORDO COM A PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA, PARA SEREM ASSINADOS PELA GERÊNCIA/DIRETORIA;
- **C** ELABORAR O PLANEJAMENTO DE ENTRADAS – COM PERSPECTIVA PARA 90 DIAS – E ALIMENTAR O FLUXO DE CAIXA;
- **D** REALIZAR O MONITORAMENTO DAS ENTRADAS DE RECURSOS SOB A PERSPECTIVA CRONOLÓGICA, CONSOLIDANDO COM A PERSPECTIVA DO PLANEJAMENTO;
- **E** CHECAR O RECEBIMENTO DOS VALORES CONTRATUAIS, CONSIDERANDO AS DATAS REGULARES ACORDADAS;
- **F** INFORMAR A GERÊNCIA/DIREÇÃO DOS DESENCONTROS, CONSIDERANDO O PLANEJADO VERSUS O ORÇADO EM TERMOS DOS RECEBÍVEIS;
- **G** REELABORAR NOVAS PERSPECTIVAS PARA O PLANEJAMENTO, CONSIDERANDO NOVOS CENÁRIOS DE ENTRADAS.

2) ACOMPANHAMENTO DAS SAÍDAS

- **A** AVALIAR O FLUXO DE CAIXA CONSOLIDADO, VISANDO OBTER CENÁRIOS E PERSPECTIVAS, CONSIDERANDO AS OBRIGAÇÕES – PAGAMENTOS A SEREM REALIZADOS;

B. RECEBER INPUTS DOS SETORES DE COMPRAS, RECURSOS HUMANOS E ASSISTENCIAL, VISANDO CONSTRUIR CENÁRIOS DE FLUXOS DE CAIXA;

C. ELABORAR O PLANEJAMENTO DAS SAÍDAS - COM PERSPECTIVA PARA 90 DIAS - E ALIMENTAR O FLUXO DE CAIXA;

D. EXAMINAR OS PEDIDOS DE LIBERAÇÃO DE RECURSOS;

E. CONTROLAR AS CONTAS, ENQUADRAMENTOS LEGAIS, LIQUIDAÇÕES CONTÁBEIS E DAS CONCILIAÇÕES CONTÁBEIS E FINANCEIRAS;

F. EFETUAR RECOLHIMENTOS DE TODOS OS IMPOSTOS CORRESPONDENTES COM EMISSÃO DE GUIAS.

G. EMITIR GUIA DE RECOLHIMENTO DA UNIÃO PARA FINS DE DEPÓSITOS BANCÁRIOS;

H. INFORMAR A DIRETORIA DAS DISCREPÂNCIAS OBSERVADAS, ATRAVÉS DE RELATÓRIOS REGULARES;

I. REALIZAR O PAGAMENTO DE FORNECEDORES E PRESTADORES DE SERVIÇOS;

J. REALIZAR O PAGAMENTO DE FOLHA DE PESSOAL;

K. ENVIO DE NOTAS DE SERVIÇOS AO SETOR CONTÁBIL PARA GERAR GUIAS PARA RECOLHIMENTO DOS IMPOSTOS.

3) ATIVIDADES NÃO CORRELATAS AS ENTRADAS E SAÍDAS

A. REALIZAR CONCILIAÇÃO BANCÁRIA SEMANALMENTE;

B. ELABORAR AS PRESTAÇÃO DE CONTAS;

C. REALIZAR REUNIÕES PERIÓDICAS PARA AVALIAÇÃO E CORREÇÃO DO FLUXO DE CAIXA COM A DIRETORIA/ GERÊNCIA;

D. ARQUIVAR A DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE DAS OPERAÇÕES EFETUADAS;

E. IMPRIMIR E VERIFICAR NÃO CONFORMIDADES DAS NOTAS PARA PAGAMENTO DE FORNECEDORES/PRESTADORES;

F. CONFERIR E CONTROLAR OS PROCESSOS PAGOS;

G INSERIR INFORMAÇÃO DOS PAGAMENTOS EFETUADOS NO SISTEMA INFORMATIZADO;

H ENVIAR DOCUMENTOS PERTINENTES À MOVIMENTAÇÃO CONTÁBIL AO SETOR COMPETENTE.

4) PROCESSO DE FATURAMENTO

Baseado em relatórios emitidos no sistema de gestão hospitalar, juntamente com informações constantes no Ministério da Saúde - DATASUS e, após uma análise das informações fornecidas no BPA, emitir o relatório de faturamento, que permitirá acompanhar se a média de atendimentos ficou dentro da normalidade, conforme histórico e elaborar relatórios com os atendimentos do Hospital por especialidade.

O Faturamento é responsável pelo processamento das faturas do hospital, tendo a finalidade de realizar o mapeamento e a consolidação das planilhas de produção para convertê-las em receitas, sob os valores da Tabela Unificada SUS

Controle Interno e Prestação de Contas

Área responsável pela elaboração das normas e processos relacionados direta ou indiretamente às atividades que envolvam recursos financeiros da Instituição e suas formas de apresentação a Secretaria de Saúde. Tem como objetivo normatizar as relações de colaboradores envolvidos ou não com:

- Despesas gerais (administrativas e operacionais);
- Despesas extraordinários;
- Políticas e Autonomias;
- Alçadas de Aprovações;
- Revisão dos limites de Alçadas para Aprovações, regularmente;
- Elaboração de auditoria interna, considerando a inter-relações financeiras e operacionais;
- Fiscalização e aprimoramento do processo de controle interno;
- Segregação de funções (autorização, execução, registro, controle);
- Controles de acesso a recursos e registros;
- Conciliações;
- Avaliação das operações, processos e atividades;
- Apresentação de despesas financeiras à Diretoria e à SES;
- Promover a gestão dos contratos firmados, administrando sua vigência, alterações e eventos pertinentes;
- Solicitar às áreas demandantes a indicação de fiscais de contrato, mantendo cadastro de fiscais atualizado;

- Gerir os Contratos de Prestação dos Serviços, visando obter a melhor performance do prestador do serviço, monitorando a pontualidade e as metas de qualidade através dos relatórios de atividades e seus documentos, os quais devem ser enviados pelo prestador juntamente com as notas fiscais e documentos específicos solicitados em cada contrato;

- Realizar os procedimentos relativos à apuração e aplicação de sanções administrativas referentes a irregularidades no cumprimento dos contratos.

Planejamento e Oçamento

Área responsável por elaborar estudos e orçamentos visando suportar as atividades mensais, envolvendo uma visão de curto, médio e longo prazo. Área de suporte às demais, propiciando uma leitura futura no momento atual através de cenários previamente elaborados.

Responsável por apoiar as áreas:

- Suprimentos, na elaboração do Planejamento de Compras;

- Assistencial, na elaboração de Estatísticas com os dados operacionais;

- Financeira, na elaboração de Orçamentos;

- Diretoria/Gerência, no suporte a decisão através de estudos inter-relacionados com as áreas citadas;

- Coletar dados para elaboração da proposta orçamentária;

- Solicitar revisões e reajustes orçamentários sempre que necessário.

Compras e Suprimentos

Área responsável por receber as demandas operacionais e administrativas provenientes do Hospital, tendo como objetivo realizar cotações, solicitar aos fornecedores a entrega do referente pedido ou aos prestadores de serviços o envio da proposta técnica e comercial dentro do prazo e especificações requeridas, elaborar os mapas de compras e contratação de terceiros que serão enviadas para aprovação, além da gestão dos contratos de prestação de serviços em si e suas responsabilidades.

Este setor é responsável por todas as compras realizadas pela instituição, deve desenvolver suas atividades acompanhando instruções de trabalho e a lista de padronização elaborada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica, adotando a metodologia da curva ABC, além de aplicar critérios de qualificação dos fornecedores, visando sempre à aquisição do produto mais adequado, com o menor preço.

Responsável por:

1) DESENVOLVER NOVOS FORNECEDORES, JUNTAMENTE COM A EQUIPE TÉCNICA DO HOSPITAL;

2 IMPLANTAR E MANTER O CADASTRO DE FORNECEDORES ATUALIZADO;

3 ELABORAR PROJETOS BÁSICOS/TERMOS DE REFERÊNCIA PARA A AQUISIÇÃO DE BENS OU SERVIÇOS;

4 RECEBER AS DEMANDASPARA ELABORAÇÃO DOS MAPAS DE COTAÇÃO;

5 REALIZAR AS COTAÇÕES COM NO MÍNIMO TRÊS FORNECEDORES/ COMPETIDORES;

6 REQUERER AS APROVAÇÕES NECESSÁRIAS ÀS COMPRAS;

7 MANTER RELATÓRIOS ATUALIZADOS COM OS DADOS REFERENTES ÀS AQUISIÇÕES REALIZADAS;

8 ELABORAR ESTUDOS ESTATÍSTICOS COM O SUPORTE DA ÁREA DE PLANEJAMENTO E ORÇAMENTO, VISANDO ELABORAR COMPRAS INTELIGENTES (MELHORES CONDIÇÕES – PREÇO, PRODUTO E ATENDIMENTO/SUPORTE);

9 RECEBER AS NOTAS FISCAIS E RELATÓRIOS DE ATIVIDADES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS JUNTAMENTE COM OS DOCUMENTOS REQUERIDOS EM CADA CONTRATO EM ESPECÍFICO E ENVIÁ-LOS AO GESTOR DE CONTRATOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS;

Contabilidade

Área responsável pela escrituração de todos os documentos fiscais e tributáveis, oriundos das operações de compra e consumo interno, pelo cálculo de impostos e emissão das guias para pagamento dentro do prazo legal para acolhimento, contabilização de todos os documentos fiscais, trabalhistas e financeiros, preparação do Balanço Patrimonial e Demonstrativo de Resultados ao final de cada ano fiscal.

Responsável por apoiar as áreas:

A FINANCEIRA, NA APURAÇÃO DOS VALORES A PAGAR DE IMPOSTOS, TRIBUTOS E ENCARGOS SOCIAIS;

B AUDITORIA EXTERNA, NO SENTIDO DE DIRIMIR AS DÚVIDAS APONTADAS E SOLVER OS PONTOS DISCREPANTES;

C AUDITORES, INTERESSADOS E HABILITADOS A ANALISAR AS CONTAS DO HOSPITAL;

D PREPARAR A FOLHA DE PAGAMENTO E SEUS RESPECTIVOS ENCARGOS;

E PREPARAR E ENVIAR AS OBRIGAÇÕES ACESSÓRIAS JUNTO A SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL E DEMAIS ÓRGÃOS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA;

F RECEBER E ESCRITURAR AS NOTAS FISCAIS PARA CUMPRIR AS OBRIGAÇÕES FISCAIS ACESSÓRIAS;

G EFETUAR OS LANÇAMENTOS FISCAIS DO ESTOQUE COM BASE NAS INFORMAÇÕES RECEBIDAS DO SETOR COMPETENTE;

H CLASSIFICAR E CONTABILIZAR OS DOCUMENTOS PAGOS (NOTAS E COMPROVANTES) CONFORME NATUREZA EM SUA DEVIDA CONTA CONTÁBIL;

I PREPARAR O BALANÇO PATRIMONIAL E DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS.

GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES

Apresentamos ao Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos a proposta que dará continuidade ao projeto de Gestão de Custos Hospitalares já existente atualmente na unidade, juntamente à Consultoria Planisa, em consonância com o Programa Nacional de Gestão de Custos, desenvolvido pelo Ministério da Saúde; em atendimento às Agências de Acreditação; e outros estudos e dissertações na área em questão. O programa apresentado pelo IMED para a gestão de custos não limita apenas a contabilidade de custos para fins fiscais, este programa serve, principalmente, como uma ferramenta gerencial para a tomada de decisão.

Segundo Ray*, qualquer serviço ou produto hospitalar tem entre 20% a 30% de custos desnecessários, cujos recursos não adicionam valor e, portanto, poderiam ser eliminados sem afetar seus atributos.

* RAY, B. Value engineering: a practical approach to managing cost in critical care. Health administrator. New Delhi. Issue 1,

A proposta possibilita:

- Estimar os custos de um novo serviço e/ou procedimento a ser disponibilizado para o público-alvo;
- Calcular os custos dos serviços prestados relacionados à atividade produtiva;
- Analisar e realizar a comparação de custos de produtos e serviços entre o Hospital com o de outras instituições;
- Auxiliar o gerenciamento dos resultados, subsidiando uma melhor tomada de decisão, definições orçamentárias para cada setor, políticas de investimentos e o planejamento de atividades operacionais;
- O cálculo dos custos por procedimentos e dos custos máximos admissíveis, permitindo maior exatidão no planejamento financeiro;
- O direcionamento do trabalho, identificando tarefas ou processos redundantes;
- A integração da gestão de custos com as comissões hospitalares, áreas responsáveis pela elaboração dos protocolos de atendimento, buscando na padronização dos protocolos o menor custo possível sem desprezar a qualidade;

- A identificação de instalações e espaços ociosos e até mesmo no nível de atividade do Hospital, com vistas à expansão do nível de atendimento para uma maior parcela do público-alvo.

O programa proposto também tem a preocupação de fornecer a todos os setores do Hospital, informações referentes aos seus recursos, independente da natureza produtiva, disseminando a importância de gerir estes recursos de forma eficiente e eficaz, despertando assim a co-responsabilidade no exercício de um efetivo programa de acompanhamento e redução dos custos.

DEFINIÇÕES

CENTRO DE CUSTOS - setor de uma instituição que possui gastos mensuráveis. Podem ou não acompanhar o organograma da instituição, sendo por vezes necessário agrupar ou separar determinados setores para apuração dos custos.

CUSTO - é tudo que é gasto, direta ou indiretamente, na produção de um bem (produto) ou na prestação de um serviço.

CUSTO DIRETO - custo apropriado diretamente ao produto ou serviço prestado, não sendo necessária nenhuma metodologia de rateio. É apropriado aos produtos ou serviços por meio de alguma medida de consumo.

CUSTO FIXO - custo independe do volume de produção, que não é passível de alteração em curto prazo.

CUSTO INDIRETO - parcela do custo total que não pode ser identificada diretamente em um produto ou serviço específico, por depender dos critérios de rateio e está relacionado com um ou mais produtos ou serviços.

CUSTO MARGINAL - aumento que experimenta o custo total, decorrente de acréscimo de uma nova unidade, no volume de produção.

CUSTO MÉDIO UNITÁRIO - custo total dividido pela quantidade produzida em um determinado período. Pode ser obtido em relação ao custo direto, indireto e total.

CUSTO NÃO-OPERACIONAL - custo obtido no somatório dos gastos efetivados pela unidade e não computados no cálculo do custo operacional.

CUSTO OPERACIONAL - valor dos recursos consumidos, na atividade fim de cada centro de custos e/ou de toda instituição, em um determinado período.

CUSTO TOTAL - é o resultado do somatório dos custos diretos e indiretos de todas as unidades de um mesmo bem ou serviço produzidas durante determinado período de tempo.

CUSTO VARIÁVEL - custo que é passível de alteração em curto prazo. Esse custo modifica-se proporcionalmente ao volume produzido e que, somado ao custo fixo, constitui-se no custo total de um determinado serviço/produto.

DEPRECIAÇÃO - é uma forma de recu-

peração do valor do investimento pelo uso, dividindo o valor pago pelo equipamento (mais sua instalação) pelo seu tempo de vida útil.

DESEMBOLSO - pagamento propriamente dito. O gasto desembolsável faz com que o dinheiro saia da organização e vá para outra organização ou funcionário, etc.

DESPESA - montante de recursos gastos, num determinado período, que não está diretamente relacionado com a atividade fim. A despesa pode ser apropriada ou não, no produto/serviço, sob a forma de custo indireto.

GASTO - é a palavra usada para representar genericamente os investimentos, as despesas e as perdas, além dos custos. O desembolso e o recebimento são palavras reservadas para, como o próprio nome diz, saída e entrada de dinheiro na organização.

GESTÃO DE CUSTOS - ação de gerir meios e recursos técnicos, metodológicos e funcionais, para gerar informação sobre custos e subsidiar a avaliação de desempenho.

GRUPOS DE CENTROS DE CUSTOS - agrupamento dos centros de custos que desenvolvem funções semelhantes.

INVESTIMENTO - é toda aquisição de equipamentos, materiais (insumos) utilizados na prestação de serviços ou na produção de um bem (produto), aquisição e/ou adequação de infraestrutura (predial, tecnológica), dentre outros, buscando um ganho maior de resultados.

PERDA - como o próprio nome diz, é o recurso financeiro dispendido no consumo de um bem ou serviço consumido de forma anormal. Podem ocorrer de forma não intencional ou como resultado da atividade produtiva da organização.

PREÇO - valor monetário por meio do qual um bem ou um serviço é comprado e/ou vendido.

RATEIO - distribuição proporcional de custos indiretos da produção de bens e serviços.

RECEITA - entrada de valores para o ativo, sob a forma de dinheiro ou direitos a receber.

SISTEMA DE CUSTOS - aplicativo que reúne e transforma dados, em informação gerencial.

TIPOS DE CENTROS DE CUSTOS - classificação dada, conforme características, ao grupo de centros de custos que executam atividades similares.

CONCEITO DE CONTABILIDADE DE CUSTOS

A contabilidade de custos corresponde à especialidade da Contabilidade que trata da gestão econômica de custos.

Leone[7] define Contabilidade de Custos como "o ramo da Contabilidade que se destina a produzir informações para os diversos níveis gerenciais de uma entidade, como o auxílio às funções de determinação de desempenho, de planejamento e controle das operações e tomada de decisões".

* LEONE, George Sebastião G. Curso de Contabilidade de Custos. São Paulo: Atlas,2000.

A Contabilidade de Custos passou de ferramenta de mensuração e controle de custos e lucro, para um instrumento fundamental para tomada de decisões gerenciais e de gestão empresarial. Assim, num ambiente em constante transformação, de inovações tecnológicas e com a necessidade de assistência médica cada vez maior nas instituições hospitalares, a Contabilidade de Custos avançou na utilização e na importância gerencial da teoria contábil e das tecnologias nas prestações de serviços hospitalares, resultando no desenvolvimento de diferentes sistemas, métodos de custeio, critérios de atribuição de custos e tipos de custos.

O programa proposto pelo IMED utiliza no Hospital as teorias mais relevantes da Contabilidade de Custos para o processo de planejamento das ações e respectivo controle, servindo como suporte ao processo decisório de acompanhamento e redução dos custos hospitalares, bem como devido acompanhamento da execução orçamentária pela SES.

FUNÇÕES DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NO HESLMB

O programa de Gestão de Custos Hospitalares no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos desempenha as seguintes funções:

A. Assistência na tomada de decisões: o sistema de custos proporciona segurança para o administrador tomar decisões táticas e estratégicas;

B. Controle de custos: demonstra se os custos estão dentro dos parâmetros aceitáveis;

C. Redução de custos e eliminação de desperdícios: em virtude dos demonstrativos, o administrador é capaz de visualizar onde estão ocorrendo os desperdícios, reduzindo os custos, aprimorando e pondo em prática o Programa proposto para esta Instituição;

D. Comparação de processos de produção e dos seus custos: permiti realizar comparações dos custos de produção de todos os serviços no próprio hospital com os custos dos mesmos serviços se repassá-los para outras empresas (terceirização), auxiliando na tomada de decisão estratégica;

E. Planejamento dos serviços hospitalares: colabora no estabelecimento de orçamentos, custo máximo admissível e custo estimado;

F. Avaliação de estoques: valoriza os estoques do Hospital;

G. Separação dos custos: os custos referentes a cada centro de custos do Hospital (administrativo, intermediário e final) podem ser controlados separadamente.

TIPOS DE SISTEMAS DE CUSTEIO EXISTENTES NOS HOSPITAIS

Existem vários tipos de sistemas de custeio. Apresentaremos os que são mais utilizados nos hospitais e, por fim, o tipo de custeio que vem sendo utilizado e permanecerá como metodologia do programa, juntamente com

a Consultoria Planisa.

Os tipos de sistemas de custeio são:

- Custeio Direto ou Variável;
- Custeio Pleno;
- Custeio Baseado em Atividades (ABC);
- Custeio por Absorção.

Custeio Direto ou Variável

Os métodos de custeio direto e variável são tratados pela teoria contábil e na prática como sendo um só, mas em termos teóricos eles diferem no que se refere ao tratamento dispensado às despesas variáveis de vendas, que no método direto são tratadas corretamente como despesas do período, enquanto que no método variável assumem uma conotação de custos, ao serem somadas aos custos variáveis de produção e deduzidas das receitas de vendas.

Segundo Camargos e Gonçalves, no método de custeio direto, inicialmente, classifica-se os custos em indiretos e diretos, mas somente os custos diretos são apropriados aos produtos. Os custos indiretos (CI) não são rateados, mas sim lançados em sua totalidade na DRE, como as despesas. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância gerencial, pois fornece informação para criação da margem de contribuição dos produtos em determinado período.*

* CAMARGOS, M. A.; GONÇALVES, M. A. Sistemas de Acumulação de Custos, Métodos de Custeio, Critérios de Atribuição de Custos e Tipos de Custo: uma Diferenciação Didático-Teórica para o Ensino da Disciplina Contabilidade de Custos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 15., 2004, Florianópolis. Anais..., 2004.

Ainda segundo os autores, o custeio variável considera que somente os gastos variáveis (tanto custos como despesas) são apropriados aos produtos. Os custos fixos e as despesas fixas são lançados, em sua totalidade, na DRE. No método de custeio variável, inicialmente, classifica-se os custos em fixos (geralmente custos indiretos) e variáveis (geralmente custos diretos).

Para Martins, o sistema de custeio direto ou variável tem como fundamento básico a separação dos custos variáveis e custos fixos, sendo apropriado aos produtos e serviços somente os custos que variam com o seu volume de produção, uma vez que os custos fixos são considerados despesas do período, tendo seus valores alocados diretamente ao resultado.*

* MARTINS, E. Contabilidade de custos. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

Trata-se, portanto, de um método que faz a análise dos gastos variáveis (diretos e indiretos, custos ou despesas) e sua confrontação com as receitas, resultando na margem de contribuição (MC) de cada produto. É um método que não é reconhecido pela legislação fiscal. Tem, entretanto, reconhecida importância para fins gerenciais como ferramenta de auxílio à administração para a tomada de decisões.

Custeio Pleno

No custeio pleno, ou RKW, como também é conhecido, além da distribuição dos custos diretos e indiretos aos produtos há a alocação de todas as despesas da empresa, não importando sua natureza. A utilização do custeio pleno apresenta aos gestores o verdadeiro custo de produzir e vender, assim, o preço de venda final seria obtido com a adição do lucro desejado.

Segundo Bonacim e Araújo, o custeio pleno, muito utilizado no segmento hospitalar, consiste em uma adaptação do custeio por absorção, que estende o cálculo dos custos para a totalidade dos insumos utilizados, independentemente da classificação de custos ou despesas, ou seja, mesmo os custos administrativos são rateados aos serviços.*

* BONACIM, Carlos A. G.; ARAÚJO, Adriana M. P. de. Gestão de Custos Aplicada a Hospitais Universitários Públicos: A Experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribirão Preto da USP. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, 2010.

A metodologia de custeio por absorção pleno é utilizada nos hospitais para o cálculo dos custos sob a segmentação de centros de custos, bem como sob a unidade de custeio de procedimentos hospitalares, ainda segundo os autores.

Quando utilizamos o custeio pleno conhecemos o verdadeiro custo de "produzir e vender", desta forma para se obter o preço de venda final bastaria adicionar o lucro desejado da empresa, neste caso por se tratar de uma Organização Social, sem fins lucrativos, neste programa, o lucro desejado será substituído por uma margem de n% para ser utilizada como uma reserva de investimento.

Custeio Baseado em Atividades

O sistema de custeio baseado em atividades – do original em inglês Activity Based Costing (ABC) busca uma visão mais orgânica da instituição na origem e na formação de custos dos eventos, procedimentos, pacotes, recursos, alocações, transações e, principalmente, processos por meio de visão sistêmica. Trata-se da construção do custo e, tal fato, assegura uma abordagem inovadora, e não por funções ou centralizações em áreas administrativas (ou centros de custos), de natureza mais tópica. A partir daí, por meio de refinamentos sucessivos, o ABC cobra o mapeamento desses processos por meio da produção de números e dos mecanismos que conduziram a estes números. Isso o caracteriza no seu desenho fundamental a uma obediência à abstração e à modelagem bottom-up de concepção de sistemas.

O diferencial do sistema de custeio ABC é que a sua utilização, por exigir controles pormenorizados, proporciona o acompanhamento e as correções devidas nos processos internos da organização, ao mesmo tempo em que possibilita a implantação e/ou aperfeiçoamento dos controles internos da entidade.

Na perspectiva do ABC, a visão da organização por áreas (centros de custos ou departamentos) cede lugar à visão por sistemas e processos. O mapeamento dos processos e também o gerenciamento por processos estão em consonância com a abordagem mais eficaz e contemporânea de gestão. Entende-se que os processos executados possuem a realidade objetivamente construída por meio do desempenho das melhores práticas, chegando a um resultado eficiente e eficaz.

O sistema de custeio ABC ainda é muito novo e pouco testado, principalmente no Brasil. (BRASIL). Além disso, cita Bonacim e Araújo, que é necessário considerarmos que esse sistema de custeio é de difícil implantação nas organizações prestadoras de serviços hospitalares em função de seu alto grau de detalhamento. Outro ponto que merece cautela, decorrente do alto nível de detalhamento, é o fato da dificuldade de controle em empresas que possuem muitas atividades, caso da instituição hospitalar quando consideramos os inúmeros processos e procedimentos que compõem a prestação dos serviços.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Custeio por Absorção

O custeio por absorção é o método utilizado na Gestão de Custos da unidade atualmente. Ele pode ser utilizado como orientador ou condutor da gestão de custos em hospitais. Dessa forma, a escolha do sistema, da metodologia e dos métodos de custeio está atrelada firmemente ao que o gestor dos diversos níveis hierárquicos quer e precisa saber para exercer o planejamento e controle sobre os processos da organização.

A utilização do método de custeio por absorção, na gestão hospitalar, cobra certas concessões quanto a sua aplicação e a sua utilização. Logo, as modificações enriquecedoras são bem-vindas na gestão de custos em hospitais, desde que metodologicamente defensáveis.

De forma macro, as etapas de implantação e execução do sistema de custeio por absorção no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos, idealmente, está alinhadada aos objetivos estratégicos da organização. As ações para implantação e execução podem ser sintetizadas, de modo geral, nos seguintes passos:

1) SEGMENTAÇÃO DO HOSPITAL EM CENTROS DE CUSTOS E A CLASSIFICAÇÃO DESTES QUANTO AS SUAS FUNÇÕES;

2) DEFINIÇÕES E CLASSIFICAÇÃO DE ITENS DE CUSTOS, CRITÉRIOS DE RATEIOS E DE PRODUÇÃO, ALÉM DA FORMA DE ALOCAÇÃO AOS CENTROS DE CUSTOS;

3) PRODUÇÃO DAS INFORMAÇÕES DE CUSTOS – COLETA DE DADOS;

4) CÁLCULOS – DEFINIÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DOS CUSTOS AOS CENTROS DE CUSTOS FINAIS (OU PRODUTIVOS) DE FORMA A POSSIBILITAR A DETERMINAÇÃO DOS CUSTOS UNITÁRIOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS;

5) PRODUÇÃO DE RELATÓRIOS;

6) ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

O custo criado em uma organização de saúde,

mais especificamente, em uma organização hospitalar, representa a prestação de um serviço (em alguns casos pode ser a entrega de um produto, como uma prótese, por exemplo). A prestação de serviço pode ser entendida como o negócio do centro de custos. Ou seja, a segmentação em áreas específicas possibilita uma identificação mais clara da ocorrência do custo, seja ele de uma internação, de um quilograma de roupa lavada ou de uma refeição servida. Para prestar estes serviços, consome-se hora de profissionais, de equipamentos, de materiais médicos e administrativos, bem como de outros recursos necessários para cumprir o negócio do centro de custos.

O custo dos procedimentos médicos nos hospitais, em condições normais, corresponde a uma sequência de prestações de serviços advindas de uma conjunção organizada de centros de custos.

Centros de Custos

Os centros de custos são necessários quando diferentes produtos usam, de forma distinta, os diferentes recursos disponibilizados pela organização. Neste caso, cada departamento produtivo é um centro de custo produtivo e os custos têm de ser identificados (medidos) para cada um deles (pois eles dispõem de diferentes recursos, que são consumidos de forma distinta pelos diferentes produtos). Em seguida, cada produto, de acordo com seu nível de utilização dos recursos destes centros de custos produtivos absorvem os custos.

Outro ponto importante: departamento (como também área, setor, divisão ou outro nome que se dê) e centro de custo não é a mesma entidade. Para construí-los, não se trata de pegar o organograma e tornar os departamentos em centros de custos. Isto não quer dizer que tal fato não possa ocorrer. Logo, um departamento pode ser um centro de custo, mas não é obrigatório. Assim, centro de custos pode ser um ou mais departamentos devidamente delimitados no organograma da organização ou pode ser um projeto (que terá começo, meio e fim) ou um equipamento ou máquina (uma caldeira, por exemplo) poderá ser um Centro de Custos.

Os centros de custos ou centros de responsabilidade são definidos como "tudo aquilo ou algo que mereça a atenção do gestor" e não precisa ser, necessariamente, um departamento (ou setor ou área organizacional). Desta forma, a estruturação da organização em centros de custos visa atender ao interesse estratégico e gerencial da organização. Importante voltar a ressaltar que a definição e a classificação dos centros de custos devem atender às necessidades gerenciais da organização de saúde.

Para implantar e executar o sistema de custos utilizando o custeio por absorção como modelo, é necessário considerar que os diversos centros de custos são como unidades de negócio (ou, mais grosso modo, empresas) que prestam serviços entre si. Estes centros de custos ou centros de responsabilidade fabricam produtos ou prestam serviços para outros centros de custos, criando ou simulando uma cadeia cliente-fornecedor interna. Portanto, a gestão de unidade de negócio e a integração entre os diversos centros de custos são consideradas e difundidas como uma perspectiva a mais da gestão de custos.

Desta forma, pode-se sintetizar que a implantação e execução de um sistema de gestão de custos em uma organização hospitalar baseia-se na distribuição dos custos entre os diversos centros de custos administrativos e intermediários ou auxiliares (ou outros) até os centros de custos produtivos, finais ou finalísticos. Ou seja, como o objetivo final da organização de saúde é o atendimento ao paciente, é esperado que todos os custos criados sejam repassados aos centros de custos finais ou produtivos, segundo critérios de rateio previamente definidos, e, por último, ao serviço final de atendimento (modelo do custeio por absorção).

ESTRATÉGIAS DE CONTINUIDADE DA EXECUÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CUSTOS HOSPITALARES NO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

Para a continidade da execução do Programa, pularemos algumas etapas, pois, inicialmente, já realizamos a primeira etapa de implantação do sistema de custos com as ações a fim de promover a sensibilização, o envolvimento e o conhecimento, tanto no corpo diretivo da organização quanto nos colaboradores, para compreender o sistema a ser utilizado e a ferramenta de gestão que são utilizadas autalmente no Hospital, o que facilita a execução do programa.

Além disso, com a assunção da unidade, a segunda etapa, que seria a implantação do programa na unidade, também já terá sido realizada, já que temos o sistema de custos implantado atualmente. Porém, é de conhecimento que, em uma instituição hospitalar, os cenários variam constantemente em razão das demandas naturais, trazendo consigo novas variáveis que podem impactar em pequenos ajustes dentro do programa de custos.

Como já se sabe, a gestão de custos vai colaborar para que os processos, os setores ou as áreas organizacionais se mantenham organizados. Como já se disse, o sistema de custos é "um mensageiro". Logo, se a farmácia, por exemplo, estiver organizada, este fato será refletido pelo sistema de custos. É esse papel que estamos realizado na unidade atualmente.

Por fim, a gestão de custos abrange e continuará abrangendo os três níveis de planejamento e controle: estratégico, tático/gerencial e operacional. Os três níveis, com a aplicação proposta, estão integrados sinergicamente e são fundamentais para a boa gestão da unidade.

Alinhamento à estratégia da Organização

A implementação do programa de gestão de custos e, consequentemente, o uso das informações que advêem dele têm fundamentação nos objetivos estratégicos do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos.

A utilização do programa proposto contribui para adequação das metas e objetivos estratégicos tanto do ponto de vista de proporcionar custos menores quanto nas melhorias de eficiência na parte assistencial e administrativa.

Ações como adequação do consumo dos recursos financeiros propicia a otimização da gestão orçamentária, a melhoria no monitoramento e no controle de estoques, a realização de compras planejadas e mais coerentes com o que se é consumido e a verificação da viabilidade econômica, para repasse de um procedimento hospitalar à um prestador de serviços especializado.

Definição do objetivo da utilização das informações de custos e da metodologia

A definição dos objetivos da implantação do programa e do uso das informações de custos produzidas constitui importante ação para o Hospital. É de fundamental importância, na definição da implantação do programa de gestão de custos, a compreensão de seus objetivos. O ponto de partida já foi realizado, sendo a avaliação do que é passível de mensuração, em termos de custos.

Desta forma, o objetivo da utilização das informações que são coletadas tem como propósito priorizar a eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos do Estado de Goiás, buscando a qualidade da assistência aos usuários do Hospital.

Metodologia a ser adotada pelo IMED no HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS

A metodologia adotada para o programa é, e continuará a ser, pelo sistema de custeio por absorção. De acordo com KOS et al.* é a metodologia mais viável por disponibilizar informações sobre o valor gasto e demonstrar a quais centros de custos os gastos estão vinculados. O método do centro de custos foi utilizado para apurar o custo de alguns procedimentos hospitalares e os resultados demonstraram que a metodologia é apropriada.

* *KOS, S. R.; DOS SANTOS, N. P.; KLEIN, L.; SCARPIN, J. E. Repasse do SUS us custo dos procedimentos hospitalares: É possível cobrir os custos com repasse do SUS ?. XXII Congresso Brasileiro de Custos - Foz do Iguaçu, Paraná, 2015.*

Na mesma linha de pensamento, o Ministério da Saúde afirma que por ser a mais utilizada entre as instituições vinculadas ao SUS e de fácil aplicação, essa metodologia é a escolhida e adotada pelo Programa Nacional de Gestão de Custos (BRASIL*).

* *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. Programa Nacional de Gestão de Custos: manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 76 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).*

Levantamento dos Centros de Custos

Depois da assunção do novo contrato de gestão, a primeira etapa para o programa de gestão de custos será elaborar o levantamento dos centros de custos do Hospital de acordo com o novo perfil da unidade.

Identificaremos todos os serviços e setores, com base no novo perfil do hospital e do organograma da Instituição, pesquisa de campo e análise dos setores existentes para, em seguida, definir quais as adequações nos centros de custos serão realizadas. Poderá, nesta etapa, haver junções ou divisões do organograma, para a for-

mação dos centros de custos, visando uma melhor identificação dos custos.

Com este levantamento, criaremos uma listagem dos centros de custos identificados no Hospital, a qual, de tempos em tempos, continuará sofrendo as revisões e alterações necessárias

Estruturação dos Tipos de Centro de Custos

Uma vez revisados todos os centros de custos, já teremos uma linha prévia de estruturação deles que não deve sofrer grandes alterações, com a divisão dos centros de custos em grupos que desempenham atividades semelhantes. Os tipos de centro de custos que são utilizados são:

1) ADMINISTRATIVOS: REÚNE OS CENTROS DE CUSTOS RELACIONADOS COM AS ATIVIDADES ADMINISTRATIVA, DE DIREÇÃO, DE GESTÃO DE PESSOAS, E OUTROS QUE VENHAM A SER IDENTIFICADOS NESTE GRUPO (EX.: ASSESSORIA E PLANEJAMENTO, DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA, DIRETORIA DE ÁREAS, ETC.).

2) AUXILIARES: REÚNE OS CENTROS DE CUSTOS QUE EXECUTA ATIVIDADE COMPLEMENTAR ÀQUELAS DESENVOLVIDAS NOS CENTROS DE CUSTOS FINAIS, TAIS COMO NUTRIÇÃO, HIGIENE E LIMPEZA, CME, SERVIÇO SOCIAL, E OUTROS QUE VENHAM A SER IDENTIFICADOS NESTE GRUPO (EX.: LAVANDERIA, CCIH, TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO, ENGENHARIA CLÍNICA, ETC.).

3) PRODUTIVOS: REÚNE OS CENTROS DE CUSTOS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DIRETAMENTE RELACIONADA COM OS OBJETIVOS PRINCIPAIS DA INSTITUIÇÃO, OU SEJA, UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS DIRETAMENTE AOS PACIENTES, TAIS COMO AMBULATÓRIO, INTERNAÇÃO, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (EX.: CLÍNICA MÉDICA, PRONTO SOCORRO, ETC.).

Alocação dos Gastos

Existem três critérios para transferir os gastos indiretos dos centros de custos administrativos e intermediários para os centros de custos finais, a saber:

Alocação Direta

Em termos gerais, é a metodologia mais simples de distribuição direta. Consiste na alocação dos gastos dos centros de custos não produtores de renda (administrativos e auxiliares) diretamente aos centros de custos produtivos/finais. Nesse processo não são consideradas as trocas de serviços entre os centros de custos não-produtivos.

Alocação Sequencial

Ao contrário da alocação direta, essa metodologia aceita a troca de serviços entre os centros de custos não-produtivos. O primeiro centro de custo a ser escolhido pode ser aquele

que presta serviços ao maior número de centro de custos, ou aquele que tem os custos mais elevados dentro da instituição. O último centro é geralmente aquele que recebe o maior número de serviços, em contrapartida é aquele que presta o menor número de serviços aos demais. Isto é, o total dos gastos diretos demonstrados no primeiro centro de custos não-produtivo seria rateado para os demais centros demandantes de seus serviços.

Alocação Recíproca

A alocação dos gastos que é adotada em nosso programa é a alocação recíproca. Essa metodologia também é conhecida como alocação matricial. Essa forma de alocação reconhece que há participação ou trocas de recursos entre os centros de custos administrativo e auxiliares e leva esse fato em consideração antes de efetuar o rateio aos centros de custos produtivos, apresentando melhores resultados. Desta forma, um centro de custo poderá distribuir seus custos para outros (que fizeram uso de seus recursos) e, também, receber custos destes outros. Isso significa que, apesar de já ter distribuído seus custos, o centro de custos receberá novas cargas de custos dos demais e, eventualmente, parcela de seus próprios custos. Neste processo, há um retorno de custos a um centro de custos que já havia distribuído seus custos a outros, ou seja, tinha sido "zerado".

Entretanto, é um pouco mais complexa de ser elaborada do que outras formas de alocações de gastos (direta e sequencial) por utilizar de álgebra matricial para resolver um conjunto de expressões simultâneas que dispensa a utilização de uma sequência de centros de custos não-produtivos para rateio. Considerando esta complexidade e a diversidade de procedimentos existentes dentro do Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos, utilizamos um suporte informatizado disponibilizado pela Consultoria Planisa que simplifica este processo. Apesar da complexidade, esse critério é o que melhor atende aos objetivos deste programa e, por consequência, do Hospital.

ROTINAS PARA GESTÃO DE CUSTOS

Após a revisão do programa de Gestão de Custos que já vem sendo aplicado na unidade, algumas rotinas continuarão a ser seguidas para melhor efetivação do resultado do programa, sendo elas:

A COLETA MENSAL DOS DADOS DE PRODUÇÃO DO HOSPITAL POR CENTRO DE CUSTO:

- Número de pacientes-dia;
- Número de exames;
- Número de atendimentos;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos produtivos do Hospital geram um relatório do sistema de gestão implantado no Hospital Estadual de São Luís de Montes Belos e enviam os dados de produção de cada Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

B COLETA MENSAL DOS DADOS DE ESTATÍSTICAS DE RATEIO POR CENTRO DE CUSTO

- Quantida de kg de resíduos produzidos;
- Quantidade de kg de roupas lavadas;
- Quantidade de refeições servidas a colaboradores, pacientes e acompanhantes;
- Etc.

Todos os meses os responsáveis pelos setores dos Centros de Custos auxiliares e admnistrativos do Hospital geram um relatório do sistema de gestão hospitalar implantado no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos e enviam os dados estatísticos de cada serviço por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

C COLETA E ALOCAÇÃO DE CUSTOS DE FOLHA DE PAGAMENTO E BENEFÍCIOS POR CENTRO DE CUSTO

Todos os meses os responsáveis pelo RH e Contabilidade do Hospital encaminham a folha de pagamento, benefícios e escalas dos trabalhadores por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

D COLETA E ALOCAÇÃO DE CUSTOS DE NOTAS FISCAIS DOS PRESTADORES DE SERVIÇO POR CENTRO DE CUSTO

Todos os meses os responsáveis pelo Departamento Financeiro e Contabilidade do Hospital encaminham as Notas Fiscais dos prestadores de serviços por Centro de Custo para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

E COLETA DE RELATÓRIOS DE CONSUMO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS DISPENSADOS PELA FARMÁCIA, ALMOXARIFADO E OUTROS SETORES QUE VIEREM A DISPENSAR MATERIAIS INTERNAMENTE, POR CENTRO DE CUSTO

Todos os meses os responsáveis pela Farmacia, Almoxarifado Central, CAF, Laboratório de Análises Clínicas e outros setores que fazem dispensação de insumos no Hospital, geram relatórios no sistema de gestão hospitalar implantado no Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos com o consumo total de insumos de cada Centro de Custo do Hospital e enviam para um colaborador responsável pela compilação dos dados e *input* no sistema de Gestão de Custos.

F APÓS O RECEBIMENTO DAS INFORMAÇÕES OS COLABORADORES RESPONSÁVEIS PELA GESTÃO DE

CUSTOS DA UNIDADE FAZEM O *INPUT* DOS DADOS COLETADOS DENTRO DO SISTEMA DISPONIBILIZADO PELA PLANISA

G. É FEITA, ENTÃO, A ANÁLISE E VALIDAÇÃO DAS INFORMAÇÕES GERADAS PELO SISTEMA A FIM DE ENCONTRAR POSSÍVEIS *GAPS* NO *INPUT* DOS DADOS

H. É REALIZADA A EMISSÃO DE RELATÓRIOS DO SISTEMA DE GESTÃO DE CUSTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS DE TODOS OS SETORES

I. REALIZA-SE A DISSEMINAÇÃO DAS INFORMAÇÕES GERADAS PARA AVALIAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS PELOS CENTROS DE CUSTOS E GESTORES DA ORGANIZAÇÃO

- A compreensão dos relatórios de custos, de acordo com parâmetros e perfis próprios de cada centro de custos e objetivos estratégicos, possibilitará, em cada nível hierárquico, ter condições de planejar, controlar e decidir para o alcance de maior eficiência e eficácia. Dessa forma, entre outros avanços, é possível a instrumentalização na busca de melhores níveis de produtividade e qualidade, reduzindo o desperdício de recursos e contribuindo para uma melhoria sistêmica do Hospital.

J. OS RELATÓRIOS SEGUEM A PERSPECTIVA DO MODELO AD-HOC, APRESENTANDO TANTO INFORMAÇÕES MACRO QUANTO MICRO.

K. AS INFORMAÇÕES DE CARÁTER MACRO E AS ESTRATÉGICAS SÃO REPASSADAS AO CORPO DIRETIVO DO HOSPITAL. AS INFORMAÇÕES DE CARÁTER MICRO, OBTIDAS POR MEIO DE REFINAMENTOS SUCESSIVOS, SUBSIDIAM A DECISÃO ESTRATÉGICA DA DIREÇÃO DO IMED NA GESTÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS E DECISÕES DE CARÁTER GERENCIAL E OPERACIONAL DOS SEUS SETORES.



ITEM 1.2. – INCREMENTO DE ATIVIDADES

1.2.1 PROPOSIÇÃO DE PROJETOS SOCIAIS

1.2.2 PROPOSIÇÃO DE PROJETOS ASSISTENCIAIS DE SAÚDE

Observação prévia: Acolher é preciso.

Como dito antes, sabe-se que, com o advento da hecatombe chamada Covid-19, não faltarão novas demandas a que o SUS deverá se submeter, seja com relação à quantidade dos serviços assistenciais disponibilizados junto à população, seja com relação à própria ampliação de seu espectro.

Nesse contexto, o dito mundo pós-Covid exigirá não apenas o aperfeiçoamento dos processos de humanização com relação a pacientes e familiares, mas também o próprio protagonismo do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos na solução de múltiplas carências que impactam sobre a integralidade da saúde da população.

Os novos tempos serão desafiadores: será preciso encarar uma sociedade sequelada, física e mentalmente, pelos males da pandemia, prejudicada no processo educacional e carente de recursos materiais – efeito colateral do baque experimentado na economia, visto especialmente entre os segmentos menos abastados.

A questão ganha especial contorno à medida em que se constata que quase 30% dos lares brasileiros (ou seja, 46 milhões de pessoas) não contam com renda proveniente do trabalho – sustentando-se sob valores advindos de aposentadorias e/ou programas sociais[1] – ou quando se vê que, em 2.021, 25% da população relatou não dispor de alimentos o suficiente para sua manutenção[2]. A seu turno, dados do IBGE apontam que "A proporção de jovens que nem estudam nem trabalham atingiu no último trimestre de 2020 o maior valor em oito anos", alcançando "25,5% dos jovens de 15 a 29 anos", com maior incidência junto aos "menos escolarizados"[3]. Mais: não há mais dúvida de que as principais vítimas das mazelas econômicas

1 "Folha de S. Paulo", edição de 18.09.21, matéria intitulada "46 milhões vivem em lares sem renda do trabalho, afirma IPEA".
2 "Folha de S. Paulo, edição de 25.12.21, matéria intitulada "Falta de comida afeta quase 40% na baixa renda, diz Datafolha".
3 Valor Econômico", edição de 29.04.21, matéria intitulada "Pandemia ele fatia de jovens 'nem-nem'"

trazidas com a pandemia foram as mulheres pobres, não apenas por conta da perda do trabalho do doméstico em outros lares[4], mas também quando se avalia o próprio emprego formal (eis que, em 2.020, 96% dos postos formais de trabalho extintos eram ocupados por mulheres[5]).

Assim, se é verdade que não cumpre aos serviços de assistência à Saúde atuarem como indutores de desenvolvimento econômico em si, não é menos verdade que, zelando pela integralidade da saúde física e mental da comunidade em que se inserem, os serviços de saúde podem propiciar as premissas básicas para tal. E isso, é claro, sem que se perca o foco na excelência operacional de suas atividades em sentido estrito, inclusive quanto ao incremento das atividades médicas do HESLMB.

SERVIR: ESTA SERÁ A DIRETRIZ DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS. É SOB ESSA ÓTICA QUE SE APRESENTAM OS PROJETOS QUE A SEGUIR SERÃO DELINEADOS.

Novos serviços a serem incrementados junto ao Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - HESLMB, utilizando-se a infraestrutura existente, com ampliação mínima de custos operacionais.

AMBULATÓRIO MULTIDISCIPLINAR PÓS-COVID

Como se sabe, fadiga, falta de ar e dor no peito são queixas comuns entre aqueles que sofreram a infecção pelo novo Coronavírus – e que, mesmo após a superação da doença, ainda não se sentem como antes. Tais sintomas, no entanto, não são os únicos – e as complicações decorrentes da Covid-19 fazem-se sentir também sob o campo neurológico, cardiovascular e da saúde mental.

Aliás, sequelas – e sua respectiva duração – junto a tais pacientes ainda são fenômenos a serem melhor compreendidos, dado o próprio ineditismo da situação, não obstante "estudo publicado na revista científica The Lancet" indique que "metade dos pacientes continua com queixas 12 meses depois de contrair a doença"[6]. O fato, porém, é que o problema se avoluma, com a necessidade do estudo multidisciplinar para a sua resolução.

"Pessoas que tiveram Covid-19 severa e se recuperaram continuam a apresentar sequelas neurológicas, como fadiga, episódios esquizofrênicos e epilepsia. Isso tem ficado cada vez mais claro", diz o biólogo Alysson Muotri, pesquisador da Universidade da Califórnia em San Diego.

4 "Folha de S. Paulo", edição de 17.02.22, artigo de Cida Bento intitulado "O diálogo na reconstrução social", e "Folha de S. Paulo", edição de 11.12.21, artigo de Jurema Warneck, intitulado "Pandemia de Covid causou crise de direitos humanos no Brasil".

5 "Valor Econômico", edição de 07.12.21, matéria intitulada "Com 96% das vagas perdidas por mulheres, país destrói 480 mil postos formais em 2020".

6 "Folha de S. Paulo", edição 09.09.21, "Afastamento por Covid-19 dispara, e hospitais criam centros de reabilitação".

(...)

Sintomas assim são menos comuns em quem teve Covid leve ou assintomática. Mas há indícios de que mesmo essas pessoas podem apresentar sequelas. Um levantamento feito por cientistas ingleses, que analisaram estudos realizados em dez países sobre os efeitos neurológicos do coronavírus, concluiu que um quinto dos pacientes tem algum problema do tipo após se curar. A fadiga, que acomete 19,3% das pessoas, a perda de memória (18,9%), transtornos de ansiedade (14,8%) e irritabilidade (12,8%) são os mais frequentes.

Os sintomas neurológicos da Covid ainda são poucos comentados, mas o alarme soou faz tempo. Em março de 2020, dois cientistas chineses e um japonês publicaram um artigo sobre o possível neurotropismo do Sars-CoV-2, ou seja, sua capacidade de infectar o sistema nervoso" (matéria extraída da revista "Super Interessante", edição de abril de 2021, intitulada "Os efeitos da Covid no cérebro" – g.n.).

" 'A Covid-19 causa inflamações que consomem muita musculatura dos pacientes. O resultado é a fraqueza para desempenhar atividades diárias simples, como cozinhar, andar ou subir escadas. Os pacientes voltam a comer após a internação, ganham peso e gordura novamente, mas não melhoram a capacidade muscular respiratória, o que faz com que apresentem cansaço contínuo e baixo condicionamento físico', explica o pneumologista Dr. Franco Martins" (http://www.fmabc.br/8-noticias/429-fmabc-cria-ambulatorio-pos-covid-19-para-pacientes-que-foram-internados).

"No estudo, pesquisadores examinaram registros médicos de mais de 73 mil pessoas dos Estados Unidos cujas infecções por coronavírus não exigiram internação. Entre um e seis meses depois de serem infectados, esses pacientes tinham risco 60% maior de morte do que as pessoas que não foram infectadas.

(...)

Os sobreviventes da Covid tiveram uma série de problemas médicos duradouros que nunca haviam tido – não apenas problemas de pulmão pelos efeitos respiratórios do vírus, mas também sintomas que podiam afetar praticamente qualquer sistema de órgãos ou parte do corpo, de neurológicos a cardiovasculares a gastrointestinais. Também havia maior risco de problemas de saúde mental, incluindo ansiedade e transtornos do sono.

(...)

Especialistas dizem que as conclusões do estudo refletem uma cascata de questões levantadas não só pelo vírus em si, mas pela luta do sistema médico para enfrentar a Covid-19 e seus efeitos a longo prazo.

'Temos centenas de milhares de pessoas com uma síndrome não reconhecida e estamos tentando aprender sobre a reação imune (...)', disse Elefherios Mylonakis, cHESLMBe de doenças infecciosas na Escola de Medicina Warren Alpert na Universidade Brown, que não participou do estudo.

Em muitos casos, segundo Mylonakis, as pessoas que tiveram novos sintomas que não ficaram realmente doentes com a infecção viral entram em um mundo médico confuso e compartilhado..." (matéria intitulada "Pacientes com 'Covid longa' têm risco de sequelas du-

radouras e preocupantes", editada pelo "The New York Times" e traduzida junto à edição de 28.04.21 da "Folha de S. Paulo" – g.n.).

Para acolher os pacientes que continuam enfrentando as limitações e o desconforto de sintomas que persistem após a fase aguda da doença, será criado junto ao HESLMB o Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid – cuja característica primordial será a integração entre diversas especialidades médicas, de forma a melhor enfrentar as apontadas sequelas.

Destaque-se, neste contexto, que o Imed já possui uma exitosa experiência nesse serviço, oferecendo, junto ao Hospital Estadual de Luziânia, atendimento ambulatorial a tais pacientes, com foco nas áreas de psicologia e fisioterapia, como é de conhecimento da SES-GO[7].

Nesse contexto, não custa relembrar a importância da assistência à saúde mental aos que se depararam com a Covid-19 – e cujas sequelas, para alguns, já pode ser considerada a "quarta onda"[8] da doença, cabendo aos serviços de saúde o protagonismo quanto à resolutividade do tema.

A equipe multidisciplinar será formada por médicos de diversas especialidades, além de psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e até musicistas (que utilizarão a técnica do canto como forma de minimizar parte das sequelas daquelas pessoas, em especial as de natureza respiratória).

Vale destacar que, a maior parte daqueles profissionais já se encontra inserida junto às equipes do HESLMB com o que, através de uma gestão eficiente com a otimização de recursos, os valores financeiros do projeto, já considerados no orçamento deste projeto, não serão de maior monta.

A proposta, portanto, é oferecer a assistência de maneira integrada às pessoas que experimentam sequelas ulteriores ao desparecimento da doença.

Funcionamento

O Ambulatório Multidisciplinar Pós-Covid funcionará de segunda a sexta, das 7 h às 19 h, atendendo tanto pacientes regulados pela SES quanto aqueles atendidos junto ao próprio HESLMB e que, após o exame médico cabível, se encaixem nos padrões estabelecidos para investigação das chamadas sequelas pós-Covid (obedecidos, é claro, os registros necessários junto ao Complexo Regulador Estadual).

Uma das grandes novidades apresentadas, como dito antes, serão as aulas de canto, cujas técnicas, além de propiciarem o fortalecimento do pulmão, atuam sobre o aspecto emocional dos pacientes, inclusive em razão da convivência com outros pacientes que passaram pela mesma experiência.

Terapia em grupo para pacientes pós-Covid

Como abordado em tópico anterior, as sequelas de ordem psicológica que acometem aos que passaram pela Covid-19 não podem ser desprezadas.

7 https://www.saude.go.gov.br/noticias/14754-hospital-estadual-de-luziania-oferece-tratamento-ambulatorial-pos-covid-19
8 Folha de S. Paulo, edição de 23.03.22, artigo de Marcelo Feijó de Mello, intitulado "Covid longa e a atenção à saúde mental".

Nesse contexto, vale relembrar que o acolhimento e o acesso a informações pertinentes ao tratamento, qualquer que seja a doença, proporcionam mais calma e maior tranquilidade.

Sabe-se, também, que um grupo de pacientes, ainda que acometidos pela mesma moléstia, não é propriamente homogêneo. No entanto, esses pacientes apresentam aspectos psicológicos em comum, como medo da morte, incapacidade para a retomada do trabalho, perda de parentes em face da doença, dores, sofrimentos, entre outros – tornando-se mais do apropriada a prática da terapia de grupo, o que, através da experiência partilhada de outros que sofrem de problemas similares, leva-os a perceberem seus novos papéis com o melhor reconhecimento de si, propiciando inspiração para que se encontrem respostas diante de sua nova condição de vida.

Participar de grupos de apoio está associado a melhores desfechos psicológicos, podendo resultar em benefícios psicossociais, como redução de estresse, incremento da qualidade de vida, melhora do humor e compartilhamento de informações sobre as diversas opções de tratamentos disponíveis.

"A ferramenta de grupo de apoio tem sido muito útil a diferentes trabalhos de acolhimento e cuidado. É um suporte 'que tem por objetivo auxiliar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou na manutenção, adaptação a novas situações.

Tem sido utilizada por profissionais de diversas áreas como uma boa resposta à solidão, isolamento social, troca de experiência, compartilhamento e aprendizagem, já que no grupo cada indivíduo é espelho para o outro. Muitas vezes vivemos situações em nossas vidas que não dividimos nem mesmo com a família e pensamos que estamos sozinhos, vivenciando realidades que nos causam grandes sofrimentos! Temos vergonha, medo, preconceito e queremos esconder das pessoas e nos fechamos como 'ostras'. Assim, o nosso problema vai aumentando como uma bola de neve até que fica insustentável e se torna necessário buscar ajuda" (artigo de Tânia Maria Farias Toscano, publicado no site da Federação de Amor-Exigente, https://amorexigente.org.br/grupo-de-apoio-por-que-frequentar/).

Não se pode, porém, relegar-se a um segundo plano o sofrimento experimentado pelos familiares dos pacientes.

Acolher as famílias, auxiliando-as a verem com clareza a real situação do paciente, dentre outros, é fator essencial para que se evite a desestruturação do equilíbrio psicológico familiar, fator tão importante quanto o tratamento em si. Além disso, estudos comprovam que o afeto e a força em momentos como esse podem, inclusive, ser decisivos no quadro clínico do enfermo, sem falar do maior conforto dos familiares (Fonseca e Castro, 2016).

Sendo assim, o HESLMB disporá de serviço de terapia em grupo, a ser orientado e estruturado por profissionais da Psicologia, destinado a dois grupos separados: familiares (especialmente acompanhantes) e pacientes (desde que, neste último caso, lhes seja possível a participação presencial). A periodicidade de sessões se dará em duas vezes por

semana – no período matutino e noturno, de modo a viabilizar a presença dos interessados sem prejuízo de suas atividades profissionais.

Vale destacar, sob essa ótica, que um dos integrantes do Conselho de Administração do Imed, Miguel Tortorelli, também é o atual vice-presidente da ONG Amor-Exigente, a qual, com quase 40 anos de atividades, "atua como apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos e às pessoas com comportamentos inadequados", através de trocas de experiências em grupo, notabilizando-se por "um eficiente programa de auto e mútua ajuda", ajudando na "reorganização familiar, sensibilizando as pessoas e levando-as a perceber a necessidade de mudar o rumo de suas vidas a partir de si mesmas" (https://amorexigente.org.br/quem-somos/) – o que denota não apenas a seriedade com que o Imed encara o assunto, como a sua própria vocação para tal mister.



Referências citadas neste último tópico:

Fonseca R; Castro M.M. "Psicologia e Saúde em Debate" ISSN-e 2448-922X DOI: 10.22289/2448-922X.V2E5A5 2016

Silva SS, Aquino TAA, Santos RM. "O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico". RevBras Ter. Cogn. (periódico na internet). 2008.

Kubler-Ross, E. "Sobre a morte e o morrer". 8. ed., São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PROGRAMA DE MONITORAMENTO REMOTO DE PACIENTES PÓS ALTA COVID-19

Além da possibilidade do advento de diversas repercussões sistêmicas e do comprometimento respiratório, estudos indicam que os sistemas renal, cardiovascular, neurológico

e musculoesquelético também são potencialmente afetados pela infecção causada pelo novo Coronavirus. Ainda por conta dessas sequelas, é passível de ser observada a ulterior deficiência dos vários grupos musculares, o que, consequentemente, desencadeia a intolerância aos exercícios físicos e dificuldades na realização de atividades básicas de vida diária (as chamadas "ABVD").

As sequelas físicas e psicossociais após a fase aguda da doença têm sido fonte de grande preocupação de diversas áreas. A título de exemplo, vê-se que, em inúmeras ocasiões, os pacientes que recebem alta passam a maior parte do tempo isolados, em espaço restrito, sentados ou deitados – o que dá azo, muitas vezes, à diminuição da força muscular, da mobilidade articular e da independência funcional, gerando riscos sistêmicos que implicam em uma série de complicações.

O processo de reabilitação, portanto, é fundamental não apenas durante o tratamento clínico, como também após a alta do paciente.

Nesse contexto, cumpre zelar para que se implementem um conjunto de ações destinadas a auxiliar os pacientes a manterem uma boa funcionalidade na interação com seu ambiente.

Sabe-se que o teste mais utilizado para avaliar as "Atividades Básicas da Vida Diária" (ABVD) é o chamado "Índice de Barthel", que, segundo Minosso *et al* (2010), avalia a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações.

Pontua-se cada item de acordo com o desempenho do paciente em realizar ocupações de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e a pontuação mais alta indica maior independência (Minosso *et al*, 2010).

A detecção de certo grau de comprometimento sugere a necessidade de assistência de outra pessoa – sendo a avaliação das atividades praticadas de essencial utilidade para o exame do progresso em um programa de reabilitação.

Objetivos.

Padronizar o atendimento da equipe multidisciplinar quanto ao acompanhamento dos pacientes com alta da Covid-19, examinando-se seus fatores de risco para reinternação, através de interações com tais pacientes. Nessas interações, o autocuidado e o monitoramento de saúde serão abordados de forma simples e compreensível, buscando a plena adesão e, por consequência, eficácia ao tratamento proposto, de forma a diminuir riscos de descompensação e agravamento de comorbidades, capacitando cada indivíduo a atuar sobre melhoria da sua própria qualidade de vida e saúde.

Identificação dos pacientes elegíveis ao programa.

Os pacientes elegíveis ao programa serão aqueles aceitarem participar do monitoramento remoto. Quando menores de idade, tutelados ou que dependam de acompanhante, a representação se dará pelos pais ou responsáveis.

Definição das regras de participação no programa

O programa de monitoramento remoto de saúde será implantado sob as seguintes condições:

- Pacientes com diagnóstico confirmado de Covid-19;
- - Previsão de alta para o dia seguinte;
- Pacientes que aceitarem realizar a avaliação das atividades diárias – Índice de Bathel.

Metodologia

Após o advento da consulta ambulatorial, um profissional do acolhimento do HESLMB orientará o paciente a respeito do monitoramento, bem como coletará os dados necessários para a futura interação – seja com o agendamento de visita presencial à residência, seja através de contatos telefônicos.

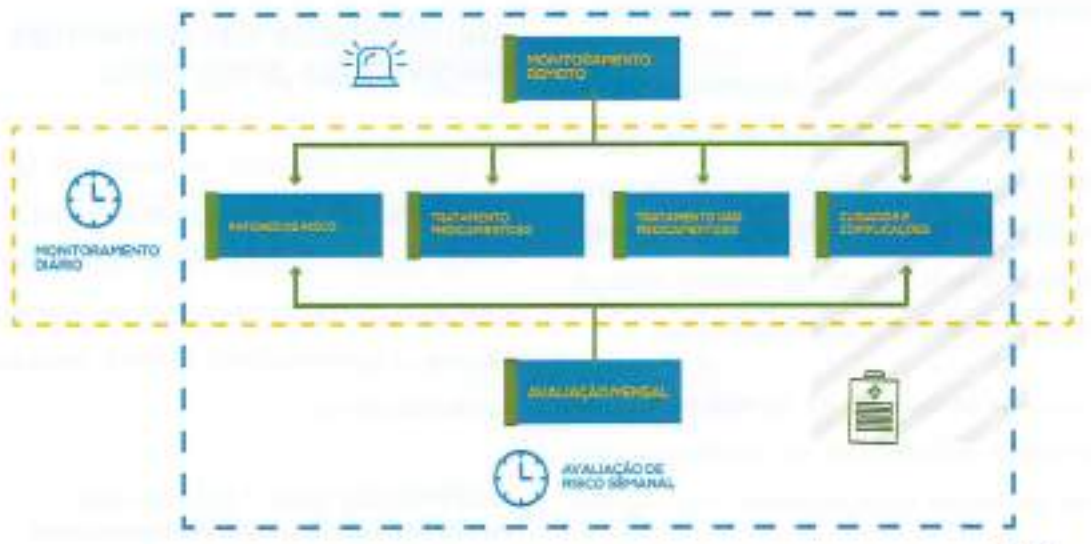
O acompanhamento e monitoramento da saúde e dos dados clínicos, bem como as orientações, será realizado por diferentes profissionais da equipe multidisciplinar, com base nas informações coletadas junto ao prontuário eletrônico, além de outras informações compartilhadas pelo paciente.

Monitoramento remoto

O acompanhamento e monitoramento da saúde do paciente se dará através de interações entre usuário e equipe multidisciplinar, de acordo com a necessidade individual identificada. Serão abordados itens como o tratamento medicamentoso, tratamento não medicamentoso, fatores de risco, além de cuidados e complicações – de acordo, por óbvio, com o macroprocesso de monitoramento.

Naturalmente, serão observadas as disposições normativas relacionadas ao controle e segurança de dados, em especial aquelas contidas na Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD). E, ainda com relação ao caso, se indicada a prescrição de medicamentos controlados, ela será realizada com certificação digital, agilizando-se o acesso à receita a distância.

Macroprocesso de Monitoramento Remoto



Inclusão no Programa

A partir do acolhimento do paciente, o profissional deverá avaliar se o paciente possui os critérios de inclusão no monitoramento. Caso a avaliação seja positiva, serão passadas as devidas orientações e preenchimento da Escala de Barthel.

Em seguida, o sobredito profissional deverá:

- Finalizar cadastro no prontuário eletrônico com os dados pessoais.
- Preencher abas com:
- Procedimentos e exames realizados (se houver);
- Tratamento Não Medicamentoso;
- Escalas;
- Medicamentos em uso;
- Agendar contato de monitoramento de forma remota.

Contato Ativo de Monitoramento

A equipe criará estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados durante o monitoramento, estabelecendo metas juntamente com o paciente. Relembre-se que o monitoramento poderá, conforme o caso, se dar tanto através de visita presencial quanto através de contato telefônico ou via aplicativo de mensagem, inclusive por meio de vídeo chamada.

Ações a serem realizadas durante o monitoramento do usuário:

- Orientar e educar sobre a patologia monitorada;
- Motivar o usuário a modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica, sedentarismo e má alimentação);
- Orientar o usuário sobre fatores de risco para outras doenças e suas complicações;
- Orientar sobre o uso de medicamentos prescritos, indicação, dosagem, horários, efeitos desejados e efeitos colaterais;
- Discutir casos com a equipe multidisciplinar e, quando pertinente, encaminhar o paciente aos especialistas;
- Gerenciar o autocuidado do usuário (parâmetros clínicos);
- Orientar a realização dos exames periódicos conforme prescritos;
- O profissional de saúde, antes de entrar em contato com o paciente, deverá:
- Abrir o PEP (prontuário eletrônico do paciente) na página do paciente;
- Verificar tarefas (em andamento, fechadas e agendadas);
- Estudar os itens: "histórico do usuário" e "evoluções anteriores".
- Após realizar as atividades acima, deverá:

- Realizar feedback de saúde;
- Registrar o contato no PEP nas abas correspondentes;
- Finalizar a tarefa aberta ou em andamento e agendar próxima tarefa de feedback.

Contato Receptivo de Monitoramento



O paciente poderá contatar a equipe de saúde quando necessário, por e-mail, telefone ou aplicativo de mensagem. O acolhimento e a orientação serão realizados de acordo com a demanda. Em casos de intercorrências, a equipe reforçará o acompanhamento até o advento da respectiva solução, podendo, ainda, acionar familiares para a resolução do ocorrido, sem prejuízo do exame presencial, seja junto à residência, ou mesmo junto ao próprio Hospital.

- Ao receber um contato do paciente, o profissional deverá:
- Com relação ao PEP:
- Criar tarefa no PEP;
- Tratar a demanda;
- Registrar o *follow-up* da tarefa e seu desfecho na Planilha de Evolução;
- Fechar a tarefa após resolução da demanda.

Processo de monitoramento remoto

O processo de educação em saúde do paciente deverá ser contínuo e iniciado a partir do primeiro contato de monitoramento. É fundamental que o plano de cuidados seja pactuado com a pessoa e inclua as mudanças de estilo de vida (MEV) recomendadas.

O profissional de saúde orientará a respeito de medidas que comprovadamente melhorem a qualidade de vida – tais como hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução ou abandono do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do tabagismo.

O acompanhamento do usuário pós infeção por Covid-19 tem como principal objetivo a educação em saúde para o autocuidado e restabelecimento das atividades da vida diária. O monitoramento precisa estar voltado para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição, reforçando sua percepção de riscos à saúde e desenvolvendo habilidades para superar os problemas, de modo a conquistar a maior autonomia possível.

As ações devem auxiliar o usuário a conhecer o seu problema de saúde, as sequelas dele decorrentes e os fatores de risco correlacionados – identificando vulnerabilidades, prevenindo complicações e adquirindo um bom controle metabólico (o que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos).

São etapas deste acompanhamento:

- Coleta do histórico e dados antropométricos;
- Diagnóstico das necessidades de cuidado;
- Planejamento do monitoramento;
- Implementação do monitoramento;
- Tratamento medicamentoso;
- Tratamento não medicamentoso;
- Avaliação da adesão ao monitoramento.

Coleta do Histórico e Dados Antropométricos

Coleta de informações referente à pessoa, à família e à comunidade, com o propósito de identificar suas necessidades, problemas, preocupações ou reações. O profissional deverá estar atento para:

- Identificação da pessoa (dados socioeconômicos, ocupação, moradia, trabalho, escolaridade, lazer, religião, rede familiar, vulnerabilidades e potencial para o autocuidado);
- Antecedentes familiares e pessoais (agravos à saúde);
- Queixas atuais, tais como, cefaleia, dispneia, alterações visuais, dor precordial, paresia e parestesias;
- Percepção da pessoa diante da patologia, do tratamento e do autocuidado;
- Medicações em uso e presença de efeitos colaterais;
- Hábitos de vida: alimentação; sono e repouso; atividade física, higiene; funções fisiológicas;
- Identificação de fatores de risco (diabetes, tabagismo, alcoolismo, obesidade, dislipidemia, sedentarismo e estresse);

Esses dados são importantes, visto que podem detectar previamente fatores de complicação da doença, bem como identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento.

As medidas antropométricas serão coletadas a partir da obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA).

Diagnóstico das necessidades de cuidado

É a interpretação e suas conclusões quanto às necessidades, aos problemas e às preocupações da pessoa para direcionar o plano de monitoramento. Nesse ponto, é importante reconhecer precocemente os fatores de risco e as complicações que podem acometer a pessoa em remissão da Covid-19, identificando a sintomatologia de cada complicação, de modo a viabilizar a intervenção precoce, atuando-se no campo da prevenção.

Atentar para as seguintes situações:

- Dificuldades e déficit cognitivo, analfabetismo;
- Diminuição da acuidade visual e auditiva;
- Problemas emocionais, sintomas depressivos e outras barreiras psicológicas;
- Sentimento de fracasso pessoal, crença no aumento da severidade da doença;
- Automonitorização: checar se o paciente consegue aferir sua pressão e batimento cardíaco.

Planejamento do monitoramento

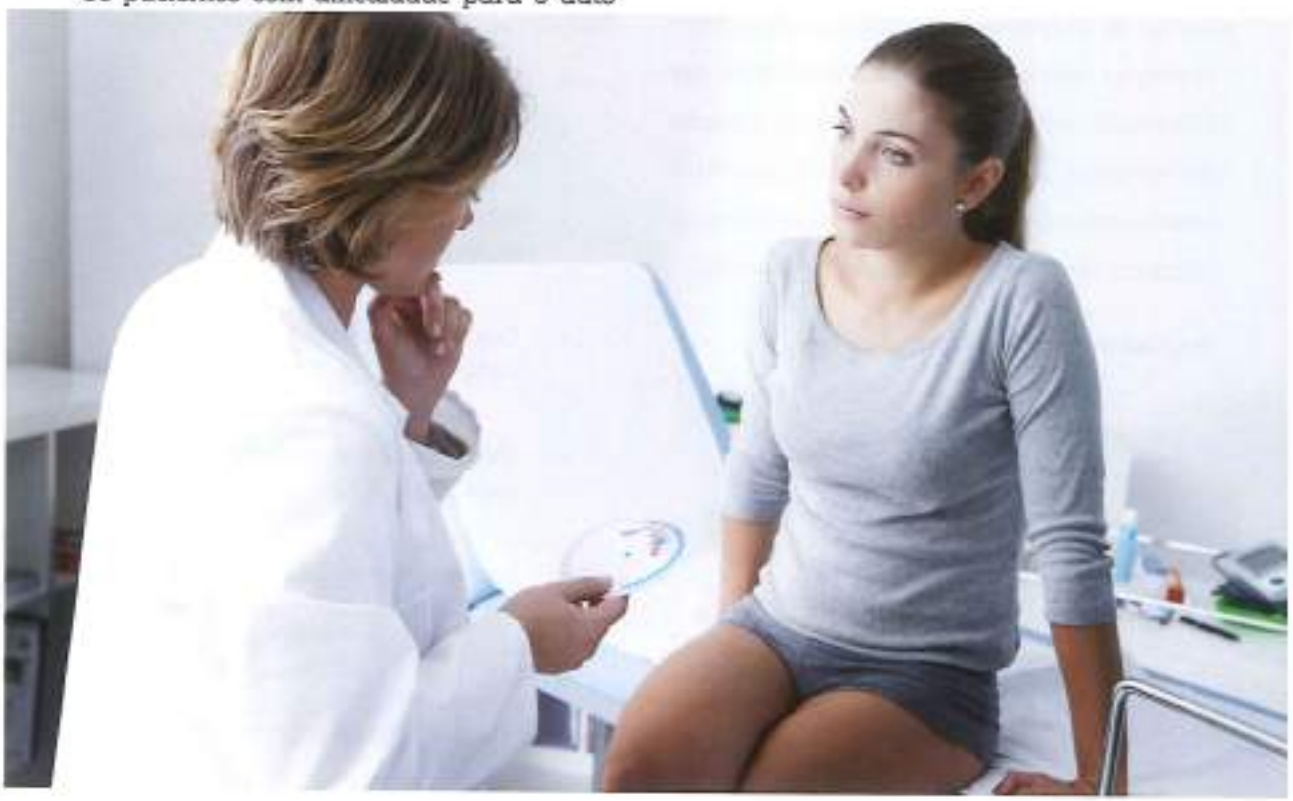
O planejamento de monitoramento diz respeito ao conjunto de estratégias para prevenir, minimizar ou corrigir os problemas identificados nas etapas anteriores, sempre estabelecendo metas com o paciente dislipidêmico. Pontos importantes no planejamento da assistência:

- Abordar/orientar, em linguagem simples, sobre: fisiopatologia da Covid-19;
- Abordar/orientar, em linguagem simples, sobre: os sinais e sintomas da Covid-19;
- Orientar sobre como agir diante de situações de instabilidade;
- Abordar/orientar sobre a dieta;
- Motivar o paciente para modificação de hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica, alimentação e sedentarismo);
- Abordar sobre o uso de medicamentos prescritos, indicação, doses, horários, efeitos desejados e colaterais.
- Abordar, em linguagem simples, a respeito das complicações da doença;
- Abordar, em linguagem simples, sobre a adesão ao plano de tratamento pós-alta.

Implementação da orientação

A implementação da orientação deverá ocorrer de acordo com as necessidades e grau de risco do paciente, bem como da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado.

Os pacientes com dificuldade para o autocuidado precisam de mais suporte, até que consigam ampliar as condições de se cuidarem e se auto monitorarem. O apoio ao autocuidado poderá ser conduzido pela equipe de saúde, sem prejuízo de outros recursos que se revelem eficazes, como, por exemplo, apoio dos familiares – desde que, evidentemente, articulados e orientados para esse fim.



Tratamentos

Tratamento medicamentoso

Todo tratamento medicamentoso é prescrito pelo médico que acompanha o paciente. Cabe à equipe de monitoramento avaliar a adesão ao medicamento e eventuais efeitos adversos, além de encaminhar o paciente para especialistas sempre que necessário.

Indagar ao paciente:

- Dúvidas quanto ao uso do medicamento;
- Investigar uso correto da medicação e interações medicamentosas.
- Em casos de não adesão, investigar:
- Suspensão de medicamento devido a efeito indesejado;
- Interrupção de medicação devido à ausência de sintomas;
- Dificuldade em compreender o esquema terapêutico;
- Dificuldade financeira;

- Não aceitação do esquema terapêutico ou doença.

Tratamento não-medicamentoso, controle dos fatores de risco e complicações

Todas os pacientes pós Covid-19 que buscarem os serviços do HESLMB deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para a importância das MEV (mudanças no estilo de vida) como meio para alcançar maior efetividade do tratamento.

Seus elementos fundamentais são:

- Alimentação adequada;
- Atividade física regular orientada pelo médico;
- Controle de stress;
- Evitar o fumo;
- Evitar o excesso de álcool;
- Controle de peso;
- Aferir pressão arterial regularmente conforme orientação médica;
- Controle de comorbidades.

Reabilitação – Casos Leves, Moderados e Graves

Os casos de Covid-19 podem ser classificados como leves, moderados ou graves. Para fins de orientação sobre reabilitação, deverá ser utilizado o chamado "Índice de Barthel" (cf. documento abaixo).

É essencial que os casos graves de Covid-19, que foram submetidos a tratamento com internação hospitalar, tenham um plano de reabilitação relacionado com as consequências do suporte ventilatório, da imobilização prolongada e do repouso no leito.

Tais consequências podem dizer respeito a:

- Função pulmonar prejudicada;
- Descondicionamento físico e fraqueza muscular;
- Confusão mental (*delirium*) e outras deficiências cognitivas;
- Dificuldades de deglutição e comunicação; e
- Transtornos de saúde mental e necessidades de apoio psicossocial.

As necessidades de reabilitação podem ser ampliadas por doenças subjacentes e pelos problemas de saúde associados ao próprio processo de envelhecimento.

Nesse sentido, vale relembrar que os profissionais de reabilitação desempanhem um papel importante na facilitação das Atividades de Vida Diária (AVD) , o que é essencial em qualquer contexto da readaptação da pessoa assistida.

Condutas:

- Educação do paciente sobre a recuperação da doença e o processo de tratamento por meio de contato por telemedicina;

- Orientações sobre sono adequado, dieta equilibrada e cessação de tabagismo (se houver);
- Orientação de exercícios dentro de uma margem de percepção moderada;
- Orientação postural, com destaque para alongamentos e exercícios aeróbicos moderados com base na tolerância do paciente.

Avaliação do processo

Avaliação dos Indicadores Clínicos do Monitoramento:

- Redução de reinternação: referido e informado pelo paciente;
- Adesão às orientações e medicação: utilização da "Escala de Morisky";
- Acompanhamento do controle da doença: monitoramento quanto à realização de exames, consultas, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além da observação acerca dos parâmetros clínicos dentro das metas estabelecidas.

Avaliação dos Indicadores Tecnológicos de Monitoramento:

- Adesão ao monitoramento: relatório emitido pelo prontuário eletrônico, acompanhado da análise sobre Controle de Atendimento;
- Monitoramento de saúde: checar o plano estabelecido, conforme Relatório PEP;
- Avaliação da satisfação do usuário com o programa de monitoramento remoto de saúde: utilizar o "Questionário de Satisfação".

Referências

https://www.paho.org/en/topics/rehabilitation

Protocolos Assistenciais para o enfrentamento da COVID-19 / Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba, João Pessoa, 2020.

Cartilha do Programa Reabilita Goiás [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiânia: SES-GO, 2020.

Índice de Barthel

ALIMENTAÇÃO
(10) INDEPENDENTE – CAPAZ DE UTILIZAR QUALQUER TALHER, COMER EM TEMPO RAZOÁVEL.
(5) AJUDA – NECESSITA DE AJUDA PARA CORTAR, PASSAR MANTEIGA, ETC.
(0) -DEPENDENTE.

BANHO
(10) INDEPENDENTE – LAVA-SE POR COMPLETO EM DUCHA OU BANHO DE IMERSÃO, OU USA A ESPONJA POR TODO O CORPO, ENTRA E SAI DA BANHEIRA, PODE FAZER TUDO SEM A AJUDA DE OUTRA PESSOA
(0) -DEPENDENTE.

VESTUÁRIO
(10) INDEPENDENTE – VESTE-SE, DESPE-SE E ARRUMA A ROUPA, AMARRA OS CORDÕES DOS SAPATOS, COLOCA SINTA PARA HERNIA OU O CORPETE, SE NECESSÁRIO.
(5) AJUDA – NECESSITA DE AJUDA, MAS REALIZA PELO MENOS METADE DAS TAREFAS EM TEMPO RAZOÁVEL.
(0) -DEPENDENTE.

HIGIENE PESSOAL
(10) – INDEPENDENTE – LAVA O ROSTO, AS MÃOS, ESCOVA OS DENTES, ETC. BARBEIA-SE E UTILIZA SEM PROBLEMAS A TOMADA, NO CASO DO APARELHO ELÉTRICO.
(0) – DEPENDENTE

DEJEÇÕES
(10) – CONTINENTE – NÃO APRESENTA EPISÓDIOS DE INCONTINÊNCIA, QUANDO SÃO NECESSÁRIOS ENEMAS OU SUPOSITÓRIOS, COLOCA-OS POR SI SÓ.
(5) – INCONTINENTE OCASIONAL – APRESENTA EPISÓDIOS OCASIONAIS DE INCONTINÊNCIA OU NECESSITA DE AJUDA PARA O USO DE SONDAS OU OUTRO DISPOSITIVO.
(0) – INCONTINENTE

MICÇÃO
(10) – CONTINENTE – NÃO APRESENTA EPISÓDIOS DE INCONTINÊNCIA, QUANDO FAZ O USO DE SONDA OU OUTRO DISPOSITIVO, TOMA AS SUAS PRÓPRIAS PROVIDÊNCIAS.
(5) – INCONTINENTE OCASIONAL – APRESENTA EPISÓDIOS OCASIONAIS DE INCONTINÊNCIA OU NECESSITA DE AJUDA PARA O USO DE SONDAS OU OUTRO DISPOSITIVO.
(0) – INCONTINENTE

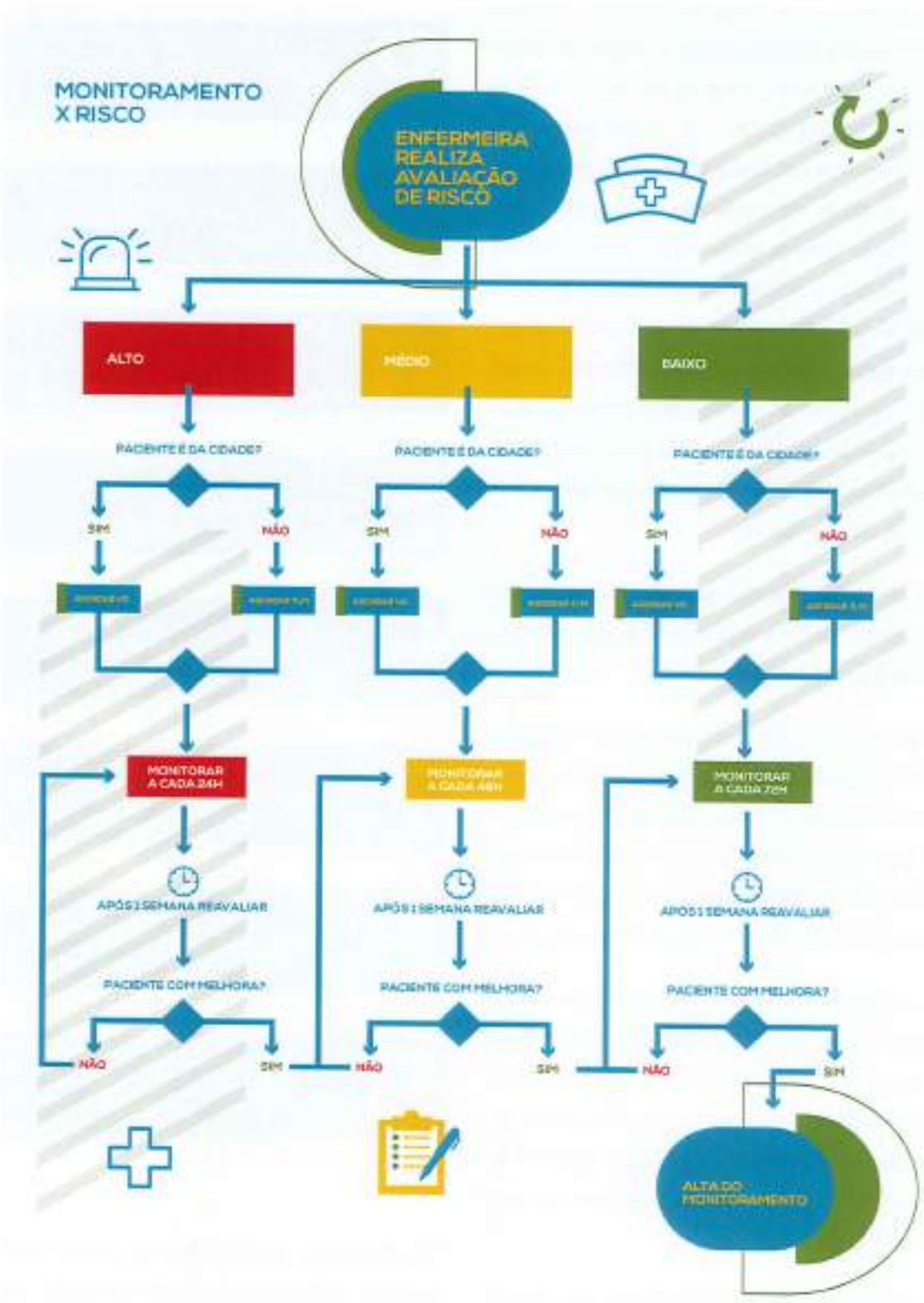
USO DE VASO SANITÁRIO
(10) – INDEPENDENTE – USO DE VASO SANITÁRIO OU URINOL, SENTA-SE OU LEVANTA-SE SEM AJUDA, EMBORA USE BARRAS DE APOIO, LIMPA-SE E VESTE-SE SEM AJUDA
(5) AJUDA – NECESSITA DE AJUDA PARA MANTER O EQUILÍBRIO, LIMPAR-SE E VESTIR-SE A ROUPA
(0) – DEPENDENTE

PASSAGEM CADEIRA – CAMA
(15) – NÃO NECESSITA DE QUALQUER AJUDA, SE UTILIZA CADEIRAS DE RODA, FAZ ISSO INDEPENDENTE
(10) – AJUDA MÍNIMA – NECESSITA DE AJUDA OU SUPERVISÃO MÍNIMA.
(5) – GRANDE AJUDA – É CAPAZ DE SENTAR-SE, MAS NECESSITA DE ASSISTÊNCIA TOTAL PARA A PASSAGEM
(0) – DEPENDENTE

DEAMBULAÇÃO
(15) – INDEPENDENTE – PODE CAMINHAR, SEM AJUDA, POR ATÉ 50 METROS, EMBORA UTILIZE BENGALAS, MULETAS, PRÓTESES OU ANDADOR.
(10) – AJUDA – PODE CAMINHAR ATÉ 50 METROS, MAS PRECISA DE AJUDA OU SUPERVISÃO.
(5) – INDEPENDENTE EM CADEIRAS DE RODAS – MOVIMENTA-SE NA CADEIRA DE RODAS, POR PELO MENOS 50 METROS.
(0) – DEPENDENTE

ESCADAS
(15) – INDEPENDENTE – É CAPAZ DE SUBIR OU DESCER ESCADAS SEM AJUDA OU SUPERVISÃO, EMBORA NECESSITE DE DISPOSITIVOS COMO MULETAS OU BENGALAS OU SE APOIE NO CORRIMÃO.
(5) – AJUDA – NECESSITA DE AJUDA FÍSICA OU SUPERVISÃO.
(0) – DEPENDENTE

APÊNDICE: CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA O PROGRAMA



B. ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS

Pacientes que sofrem com doenças de longa duração e de progressão lenta, são mais conhecidos por pacientes crônicos. Tratam-se de pacientes cujo acompanhamento é de particular dificuldade, pois, em parte, não se apresentam dispostos a irem em busca dos serviços de saúde com a frequência necessária – muito embora, necessariamente, acabem por acionar os serviços do Hospital em momentos agudos da doença, em especial pelo caminho de reinternações, como, aliás, é o caso de significativa parte dos usuários do HESLMB (cf., a respeito, relatório de atividades do Hospital, referente ao mês de dezembro de 2.021)[9].

As doenças crônicas, entretanto, não se arrefecem – e, a longo prazo, podem causar danos irreversíveis à saúde.

Elas são categorizadas como não-transmissíveis (DCNT) ou transmissíveis. Muitas vezes, não têm causa única e podem estar associadas a fatores genéticos, congênitos ou fatores de risco como o tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, má alimentação e sedentarismo.

A pesquisa anual do Ministério da Saúde que aborda a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas, realizada em 2019, destacou um aumento na incidência dessas doenças no Brasil, sendo a hipertensão, obesidade e diabetes as que mais atingem os brasileiros.

Relacionamos as principais doenças crônicas:

1. DIABETES;
2. ASMA;
3. OBESIDADE;
4. DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA (ENFISEMA PULMONAR, BRONQUITE);
5. HIPERTENSÃO ARTERIAL;
6. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC);
7. DOENÇA DE ALZHEIMER;
8. MAL DE PARKINSON;
9. CÂNCER.

As condições crônicas podem afetar a rotina dos indivíduos e causar disfunções que interferem na qualidade de vida. Fazer o

9 https://hospital-São Luis de Montes Belos.org.br/wp-content/uploads/2022/01/G.U-RELATORIO-MENSAL-ACOES-E-ATIVIDADES-F.pdf

gerenciamento de pacientes crônicos é extrema importância, pois, com o acompanhamento correto, é possível controlar muitas dessas doenças.

A maioria das doenças crônicas que não são adquiridas de forma hereditária podem ser evitadas com a adoção de um estilo de vida saudável: exercícios físicos e boa alimentação, além do acompanhamento médico



constante. As doenças já adquiridas podem ser controladas da mesma maneira, pois os cuidados necessários contribuem para o não agravamento dos quadros clínicos.

O gerenciamento de pacientes crônicos pode ser realizado, facilmente, através do telemonitoramento.

Com as ferramentas tecnológicas voltadas para a saúde, o tele monitoramento de pacientes crônicos consegue proporcionar mais qualidade de vida e comodidade, com tratamentos personalizados para cada paciente e menores custos para as instituições de saúde. Trata-se, na verdade, esse recurso tecnológico, de importante aliado da "maior resolubilidade e redução de custos", reduzindo "filas de espera" e, por conseguinte, propiciando a "ampliação do acesso atendimento humanizado"10.

Como na maioria dos casos de pacientes crônicos o desenvolvimento da doença é mais lento, é essencial que se efetive um acompanhamento médico mais próximo e mais frequente, para que assim se encontre o tratamento ideal para cada paciente específico. Por se tratarem de doenças que muitas vezes não têm cura, o tratamento é a forma mais eficaz de controlar os sintomas e devolver o bem-estar dos indivíduos.

O bom gerenciamento de pacientes crônicos, portanto, é fundamental para o tratamento desses pacientes. Com o telemonitoramento, é possível acompanhá-los de forma constante, estimulando o seu engajamento para

10 Artigo de Ana Estela Haddad e José Gomes Temporão, publicado na "Folha de S. Paulo", edição de 25.09.21.

uma melhoria na qualidade de vida.

O telemonitoramento de pacientes crônicos será feito por um *software* de gestão de medicina, desenvolvido para o cuidado profissional de diversas especialidades.

Em uma plataforma para gerenciamento de pacientes crônicos, é possível monitorar todos os dados e histórico de cada paciente, o que possibilita aos profissionais de saúde e ao paciente, acompanhar o tratamento e sua evolução.

Serão enviados lembretes para medicação, agendamento de exames, consultas e retornos, tudo a partir de um único ambiente.

A plataforma de telemedicina permitirá também o atendimento domiciliar, sem deixar de lado a qualidade nos atendimentos.

Serão realizadas consultas, sem prejuízo da realização de laudos e diagnósticos a distância, por meio de vídeo chamadas, evitando-se os tormentosos deslocamentos.

Desta maneira, será evidente a melhoria da qualidade de vida dos pacientes crônicos, que, com o acompanhamento personalizado, terão maiores possibilidades conviver satisfatoriamente com a doença e diminuir riscos agravantes.

A plataforma de telemonitoramento tem baixo custo de manutenção e é de fácil utilização pelos pacientes e pela equipe médica.

Espera-se com a implantação desse serviço reduzir a busca das áreas de urgências e emergências do pronto-socorro do HESLMB.

A equipe será formada por médicos nas especialidades: cardiologistas, médicos de família, endocrinologistas, pneumologistas, neurologistas e geriatras. Contará ainda com fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e enfermeiros. E, a exemplo do que foi observado no tópico anterior, serão observadas as disposições normativas relacionadas ao controle e segurança de dados, em especial aquelas contidas na Lei 13.709/18 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD) – inclusive, se indicada a prescrição de medicamentos controlados, com certificação digital, agilizando-se o acesso à receita a distância.

C PROJETO "MÃOS & MÃES AMIGAS DO HOSPITAL DE SÃO LUIS DE MONTES BELOS"

As propostas para execução de políticas no âmbito da Assistência Social do IMED são pautadas no combate à exclusão social, na promoção do desenvolvimento humano e no acesso à cidadania, com a proteção de pessoas e famílias vulneráveis e vitimizadas.

Tendo em mente que o HESLMB é a principal referência no serviço de obstetrícia para a região que abrange, entende-se ser oportuno o desenvolvimento de políticas públicas tanto para as mulheres quanto para mães e recém-nascidos serão assistidos na unidade de saúde.

Assim, será priorizada a atenção intersetorial às gestantes usuárias dos serviços do HESLMB. A partir desta integração, será estabelecido um Projeto de Atenção às gestantes em situação de vulnerabilidade social e econômica, oferecendo também serviços continuados de proteção básica às suas famílias. Cabe asseverar que, também aqui, os

respectivos custos já fazem parte do orçamento apresentado nesta proposta.

Durante a participação das gestantes no projeto, elas receberão assistência pré-natal e orientações multidisciplinares de como cuidar da sua saúde e do seu filho, uma vez que participarão de palestras educativas e encontros motivacionais, inclusive incentivando e promovendo o parto humanizado. As palestras serão ministradas mensalmente



por profissionais como obstetra, pediatra, enfermeira, psicóloga, dentistas, nutricionistas e assistentes sociais. Veja-se, a seguir, o detalhamento dos objetivos propostos no projeto:

- Acompanhar as gestantes oferecendo orientações e informações, que venham contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal;
- Valorizar ações voltadas para a humanização da Assistência ao Pré-Natal, parto e nascimento;
- Motivar a realização das consultas de pré-natal;
- Encaminhar para a rede de serviços do município;
- Oferecer cursos para as gestantes que possam propiciar capacidade para contribuirem para a confecção do enxoval do recém-nascido;
- Proporcionar orientação e conhecimento sobre a saúde e higiene às gestantes em situação de vulnerabilidade social;
- Orientar sobre o aleitamento materno, parto, cuidados com o bebe, vacinas, doenças sexualmente transmissíveis, nutrição.

Este processo acontecerá da seguinte forma:

- Acolhimento das gestantes e puérperas que procuram o Hospital por livre demanda, de forma que possam ser abordadas pela Assistência Social;

- Acolhimento através de encaminhamento pela Unidade Básica de Saúde, já com o cadastro no SIS pré-natal;
- Avaliação psicológica e atendimento em grupo da gestante, com atenção maior na gravidez na adolescência;
- Cursos preparatórios para a gestação e parto, os quais serão ministrados pela equipe multiprofissional participante do projeto;
- Palestras durante o tempo de espera para consulta pré-natal, realizadas por equipe multiprofissional;
- Avaliação e consulta do assistente social para avaliar adequação aos critérios de elegibilidade para participação do projeto;
- Encaminhamento para os CRAS, para início do acompanhamento social em conjunto com o HESLMB, de forma que se consiga manter o acompanhamento de forma integral e sem descontinuidade das pacientes elegíveis;
- Aquisição de materiais para montagem do kit enxoval a ser fornecido após sexta consulta de pré-natal;
- Acompanhar as gestantes oferecendo orientações e informações, que venham contribuir para a diminuição da mortalidade materna e neonatal;
- Garantia de realização de exames laboratoriais de rotina e de imagem, consulta pré-natal e vacinas;
- Acompanhamento nutricional, psicológico e fisioterapêutico, conforme a necessidade de cada gestante, priorizando o atendimento humanizado.

Com a finalidade de constante avaliação, a equipe técnica interdisciplinar se reunirá mensalmente para avaliar os serviços oferecidos e analisar a eficiência das ações realizadas.

Para isso, serão discutidos (sempre que necessário) os casos atendidos e que se encontrarem em acompanhamento pela equipe, com vistas aos indicadores de emancipação pessoal e profissional, bem como a garantia dos direitos sociais.

A avaliação se dará também através do conhecimento do tema, a ser levado à Comissão de Responsabilidade Social do HESLMB, que igualmente monitorará esta ação.

Projeto de apoio à maternidade solo

Além do projeto acima referido, outro será implementando, com o objeto de acolher, sob o aspecto social, também as mães que não possuem cônjuge ou companheiros e que sustentam filhos de tenra idade.

Sendo elas sozinhas, a procura pelo trabalho (assim como o trabalho em si) afigura-se ainda mais um entrave às suas condições da busca pela subsistência digna, dada a necessidade de precisarem se responsabilizar pelo cuidado dos filhos. Em outras palavras: na escala das pessoas vulneráveis, não pode haver dúvidas que as mães sozinhas de poucos recursos materiais se encontram, infeliz-

mente, entre os últimos lugares.

"A pandemia tirou 12 milhões de mulheres do mercado de trabalho na América Latina, em 2020. Dados atualizados mostram que o impacto da crise foi maior para as mulheres do que para os homens. Elas também enfrentam mais dificuldades para retornar à força de trabalho. Os números indicam um retrocesso de ao menos 15 anos no que diz respeito à inserção das mulheres no mercado de trabalho. A depender da dificuldade em se controlar a covid-19, o estrago pode ser ainda maior.

(...)

Além das mulheres ocuparem vagas mais vulneráveis às medidas restritivas, um fator que contribui para a perda de emprego entre elas é a dificuldade de conciliar o trabalho com tarefas dentro de casa, em um contexto no qual educação e serviços de cuidado no lar também foram impactados" (jornal "Valor Econômico, edição de 29.04.21, matéria intitulada "Crise da covid-19 afeta mais o trabalho das mulheres na AL).

"A pandemia não só reduziu a taxa de ocupação entre as mulheres no Brasil, como interrompeu uma tendência de anos de ganhos de participação feminina na força de trabalho, algo que havia acontecido na recessão de 2014-16 e que torna esta crise muito particular para elas, com perspectivas tampouco animadoras.

(...)

Para as mães solo, o impacto foi ainda maior: uma queda de 9% da participação na força de trabalho entre o quarto trimestre de 2019 e o de 2020, contra perda de 7% para as mulheres em geral.

(...)

A queda no emprego (ou seja, considerando apenas as pessoas já ocupadas) também foi generalizada, mas atingiu mais as mulheres e, principalmente, aquelas com crianças pequenas" (matéria editada pelo jornal "Valor Econômico", edição de 29.04.21, intitulada "Pandemia interrompe tendência de alta da participação das mulheres no Brasil" – g.n.).

Sob essa ótica, cumpre asseverar que, triadas essas mães solos a partir dos registros coletados junto às usuárias dos serviços do HESLMB, é evidente a constatação de que essas pessoas apresentam ainda outro agravante: em algum momento, precisaram procurar uma unidade de saúde, donde a sua vulnerabilidade ainda maior.

Vale destacar que, com relação a este projeto, não será necessária (embora desejável) a atuação de qualquer pasta da Municipalidade: a partir da análise do serviço de Assistência Social do Hospital, essas mães – convenha-se, em situação de extrema vulnerabilidade – serão identificadas a partir de critério objetivo aqui proposto (mães com filhos pequenos e sem companhia, desprovidas de maiores recursos materiais e que precisaram dos serviços do HESLMB e receberão apoio, ao menos enquanto assim for entendido necessário pelos profissionais do Serviço Social.

Cabe registrar que, no que diz respeito ao apoio a essas mães sozinhas, o projeto contará com a expertise do "Coletivo de Apoio à Maternidade Solo", que já conduz ação do gênero, e que é apoiado também pelo Imed

(cf., a respeito, www.coletivomaternidadesolo.com.br). Detalhe importante: como o projeto se baseará, também a partir da referida expertise, na premissa de que não serão utilizados recursos públicos, sua captação se dará mediante processos de obtenção de doações por meio de ações de sensibilização junto à sociedade, incentivando-se, inclusive, a prática do voluntariado.



O processo se dará da seguinte forma:

- Elaboração de plano, pela Comissão de Responsabilidade Social, com vistas a obter recursos financeiros para o projeto, com captação junto à sociedade;
- Avaliação, pela referida da Comissão, dos recursos orçamentários disponíveis e projeção para os meses ulteriores;
- Análise, pela Assistência Social, junto aos registros da Policlínica Regional, de modo a identificar as mães elegíveis ao projeto;
- Entrevista com as mães identificadas pela Assistência Social, priorizando-se as menos dotadas de recursos materiais;
- Revisão do cadastro, inclusive para fins de ampliação, conforme a disponibilidade de recursos, a ser informada pela Comissão de Responsabilidade Social;
- Compra de cestas básicas, por setor a ser definido pela Comissão de Responsabilidade Social, com a respectiva entrega pela Assistência Social, apoiada por outros setores do HESLMB quando necessário;
- Avaliação e consulta do assistente social para avaliar adequação aos critérios de elegibilidade para participação do projeto.

A avaliação e monitoramento será realizada pela Comissão de Responsabilidade Social, o que se dará com periodicidade mínima mensal.

No âmbito da Comissão, serão discutidos (sempre que necessário) os casos atendidos

e que estão em acompanhamento pela equipe, com vistas aos indicadores de emancipação pessoal e profissional.

D ACOLHIMENTO DE USUÁRIOS E, SOBRETUDO, ACOMPANHANTES: A TV HESLMB

O Imed já tem estruturada, junto às redes sociais, a TV Imed – um canal de comunicação que, hoje, em linhas gerais, presta-se a veicular o programa intitulado "Amor Cantado", que é transmitido a todas as unidades sob a sua gestão.



O "Amor Cantado", de periodicidade semanal, é dedicado tanto a colaboradores quanto a pacientes e acompanhantes – e tem por objetivo levar-lhes mensagens de incentivo e superação, além de abordar, de maneira leve e delicada, temas relacionados à rotina daquelas unidades. Incentivando a interatividade, o programa, transmitido ao vivo, se baseia na apresentação de músicas solicitadas por pacientes e acompanhantes, propiciando conforto e acolhimento nos momentos difíceis.

São inúmeras as referências na mídia a respeito do programa – e uma breve consulta ao Google dá a dimensão sobre o impacto positivo desse projeto (a respeito, veja-se, dentre muitos outros, https://g1.globo.com/go/goias/noticia/2020/10/02/engenheiro-faz-live-de-musicas-para-pacientes-internados-com-covid-19-em-hospitais-no-interior-de-goias.ghtml e https://www.saude.go.gov.br/noticias/12421-projeto-amor-cantado-leva-clima-de-carnaval-a-hospitais-do-

-interior-do-estado).

No que concerne ao HESLMB, a experiência em questão será maximizada, com a criação e produção, pelo Imed, da TV HESLMB.

Este canal, igualmente disponível junto às mídias sociais, terá uma programação ampliada, com foco para pacientes e, sobretudo, *acompanhantes* – sempre com a finalidade de levar informações e entretenimento de forma lúdica e adequada. A programação conterá o seguinte:

- Projeto "Amor Cantado – Acolhimento Musical", o qual, como dito, leva música e palavras de incentivos para quem está internado, acompanhantes e também os profissionais da saúde.

- Projeto intitulado "*A Jornada do Acompanhante*", no qual, através de vídeos, orientarão, com regular periodicidade, os acompanhantes tanto com relação à rotina do hospital quanto com relação à utilização dos serviços disponíveis e busca de informações (indicando, inclusive, os profissionais a quem se deve recorrer conforme cada tipo de necessidade), além de instruções sobre sua própria mobilidade dentro da unidade de saúde.

- Produção e transmissão de vídeos lúdicos e especificamente voltados para os pacientes do HESLMB.

- Veiculação, sob a devida autorização, de pacientes e familiares que passaram e passam pelas mesmas situações das famílias que vivem a experiência da internação, a fim de lhes confortar e levar esperança.

- Entrevistas alegres com personagens conhecidos e queridos da comunidade local.

- Através de vídeos descontraídos, serão repassadas informações sobre os cuidados, higienização e distanciamento – além dos cuidados com relação a doenças de maior incidência na região.

- Veiculação de vídeos que orientam a ter alimentação saudável e o



ITEM 1.2.3 - PROJETO DE AMPLIAÇÃO DO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS

Considerando o atual cenário mundial da crise da saúde, o Governo do Estado de Goiás estadualizou o Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - HESLMB e incluiu no rol de procedimentos assistenciais nele desenvolvidos o atendimento a pacientes portadores da COVID-19. Esse fato obrigou a uma mudança radical nos fluxos e processos de trabalhos antigos do hospital, dado o altíssimo grau de contágio dessa doença.

Dessa forma, o Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - HESLMB passou a atuar, temporariamente, com o seguinte perfil quanto à capacidade de internação:

Unidades de Internação - Existentes	Leitos
Unidade de Terapia Intensiva – GERAL	10
Clínica Médica	12
Clínica Cirúrgica	24
Pronto Socorro Geral - Sala Vermelha	02
Obstetrícia	04
Total de Leitos Ativos	52

*Atual capacidade instalada.

Nesse período foram encontrados diversos desafios relacionados a falta de infraestrutura adequada, que impactam diariamente na prestação dos serviços ofertados na unidade, tais como:

- Falta de exames de média complexidade (endoscopia e colonoscopia);
- Centro cirúrgico necessitando de reforma e aquisição de equipamentos adequados para os diversos tipos de cirurgias;
- Central de Material e Esterilização – CME com autoclave argentina e espaço limitado inadequado;

- Falta de rede de gases medicinais canalizados;
- Salas de Raio-X e Tomografia com necessidade de reforma;
- Enfermarias operando no limite, sem os ambientes de apoio como: expurgo, sala de serviços, sala de prescrição e salas de estar médico e multiprossional;
- Administrativo fragmentado, funcionando em áreas assistenciais;
- Infraestrutura depauperada;
- Arquitetura argentina (unidade fora das normas hospitalares vigentes); e
- Falta de documentação regulatória obrigatória da unidade, por irregularidades e faltas de espaços funcionais conforme RDC 50 e outras.

A necessidade de complementar a oferta de serviços assistenciais, com objetivo de reduzir a demanda reprimida observada, é mandatória e influencia diretamente na ampliação do acesso universal aos serviços assistenciais que devem ser disponibilizados pelo SUS.

A unidade passou por um mapeamento de seus processos com a identificação de todos os "gargalos" que impactam na correta prestação do serviço, o pleno funcionamento, bem como a regularização da unidade junto aos órgãos fiscalizadores. Esse processo se deu graças ao diagnóstico realizado nos meses correntes da gestão do IMED, no qual foi feita uma análise de todos os pontos a serem maximizados e/ou modificados, do ponto de vista setorial e global, bem como um planejamento de execução e adequação.



Imagem aérea da unidade.



Imagem aérea da unidade.

O Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos - HESLMB presta assistência à população de aproximadamente 2.340.000 habitantes da Macrorregião Centro Oeste que é composta por 72 municípios. Além da Macrorregião, a Unidade atende outros municipios de acordo com a necessidade da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

(Fonte: Regulação Estadual)

Dessa forma, após reuniões realizadas com a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás e através do estudo de viabilidade do Hospital Estadual de São Luis de Montes Belos – HESLMB com propostas e sugestões de atendimentos especializados futuros embasados na adequação e ampliação da infraestrutura predial existente, visando oferecer atendimento de ALTA COMPLEXIDADE, conforme descrito a seguir:

ESPECIALIDADES

ESPECIALIDADES	
EXISTENTES	PROPOSTAS
CLÍNICA MÉDICA	CLÍNICA MÉDICA

CLÍNICA CIRÚRGICA	CLÍNICA CIRÚRGICA
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HOSPITAL DIA	HOSPITAL DIA
CIRURGIA GERAL	CIRURGIA GERAL
	*GATROENTEROLOGIA
	*CARDIOLOGIA
	*PSIQUIATRIA
	*PEDIATRIA

*Novas especialidades a serem disponibilizadas no HESLMB.

UNIDADES DE INTERNAÇÃO PROPOSTAS

DESCRIÇÃO	HESLMB ATUAL	NOVO HELSMB
ÁREA DO HOSPITAL	2.696,21 m²	8.558,03 m²
*LEITOS DE OBSERVAÇÃO	2 leitos	16 leitos
*LEITOS DE EMERGÊNCIA	2 leitos	3 leitos
ALOJAMENTO CONJUNTO	4 leitos	10 leitos
ENFERMARIA CLINICA CIRÚRGICA	24 leitos	50 leitos
ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA	12 leitos	44 leitos
ENFERMARIA PEDIÁTRICA	0 leitos	9 leitos
ENFERMARIA PSIQUIÁTRICA	0 leitos	8 leitos
LEITOS DE UTI GERAL	10 leitos	20 leitos
*SALAS PARA PARTO NORMAL	0 leitos	3 leitos
*SALAS CIRÚRGICAS	2 leitos	4 leitos
*RPA	3 leitos	5 leitos
TOTAL DE LEITOS DE INTERNAÇÃO	52 leitos	141 leitos
*Os leitos complementares não são computados como leitos de internação.		

ESPECIALIDADES PARA ATENDIMENTOS DE EMERGÊNCIA

ESPECIALIDADES DE EMERGÊNCIA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA - GERAL
UNIDADE DE EMERGÊNCIA - PEDIÁTRICA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA - GINECOLÓGICA E OBSTÉTRICA

SADT

SADT
Raio - X
Tomografia
Ultrassonografia
Eletrocardiograma
Laboratório – Análises Clínicas
SADT – NOVOS TIPOS DE SERVIÇOS
Ecocardiograma
Endoscopia
Colonoscopia
Agência Transfusional

*Novos apoios diagnósticos e terapêuticos a serem disponibilizados no HESLMB.



AMPLIAÇÃO ESTRUTURAL

TÉRREO



ÁREA EXISTENTE

ÁREA DE REFORMA E AMPLIAÇÃO

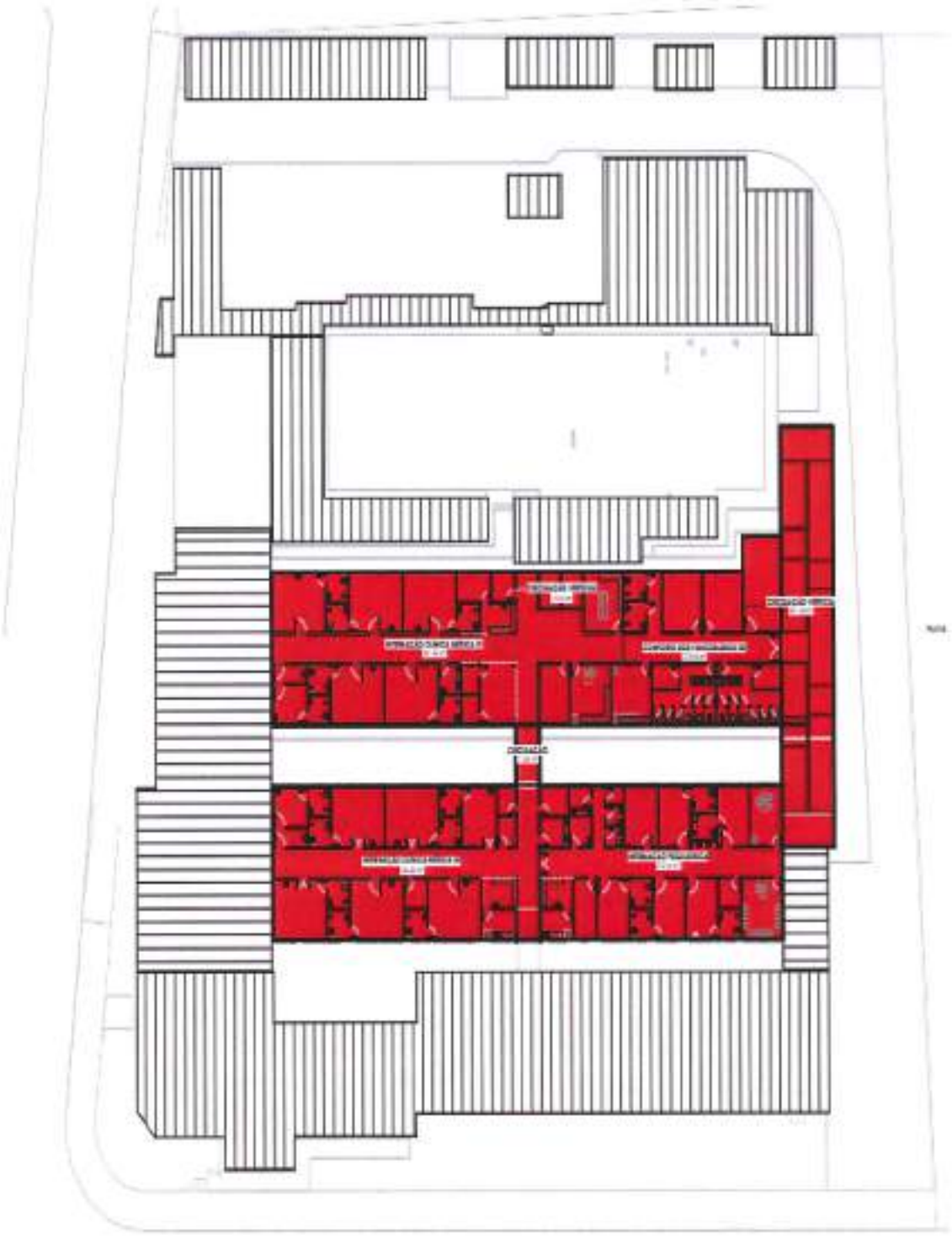
PAVIMENTO 01



PLANTA BAIXA Pavimento 1 AMPLIAÇÃO

ÁREA DE AMPLIAÇÃO

PAVIMENTO 02



PLANTA BAIXA Pavimento 2 AMPLIAÇÃO

ÁREA DE AMPLIAÇÃO

ÁREA EXISTENTE:
2.696,21 M²

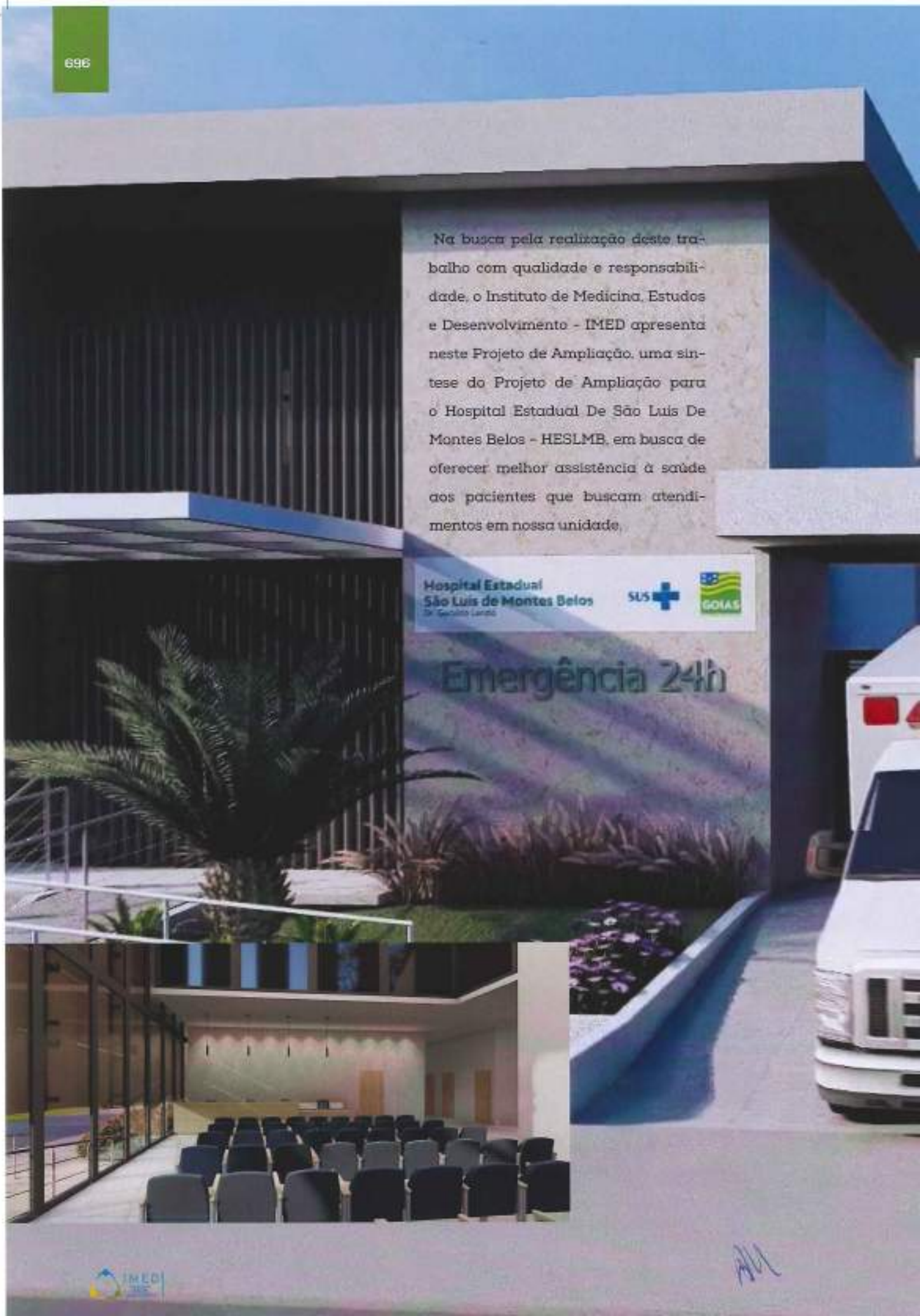
ÁREA TOTAL DE REFORMA E AMPLIAÇÃO: 7.018,44 M²

ÁREA TOTAL (FUTURA): 8.558,03 M²

UM NOVO HOSPITAL ESTADUAL DE SÃO LUÍS DE MONTES BELOS - HESLMB

O objetivo desse projeto é oferecer um espaço fundamentado no conceito de centro resolutivo, ou seja, oferecendo soluções completas em um mesmo local, o que possibilita cuidar do paciente de forma integral. Além de reforçar o nosso processo de ampliação, queremos destacar a importância de oferecer todos os serviços em um único ambiente, uma conveniência que serve, inclusive, para reduzir os deslocamentos dos pacientes e consequentemente aos riscos que são expostos na busca da assistência necessária disponibilizada por outras unidades do Complexo Regulador Estadual.





Na busca pela realização deste trabalho com qualidade e responsabilidade, o Instituto de Medicina, Estudos e Desenvolvimento - IMED apresenta neste Projeto de Ampliação, uma síntese do Projeto de Ampliação para o Hospital Estadual De São Luis De Montes Belos - HESLMB, em busca de oferecer melhor assistência à saúde aos pacientes que buscam atendimentos em nossa unidade.

