ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COMISSÃO INTERNA DE CONTRATOS DE GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE - CICGSS

ENVELOPE 01: PROPOSTA DE TRABALHO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE-SES/GO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023

OSS: CHS - ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II

DATA DE ENTREGA: 12 de setembro de 2023.

HORÁRIO: até às 09h00m.

ENDEREÇO PARA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO: Secretaria de Estado da Saúde de Goiás SES/GO, situada na Rua SC-1 nº 299, Parque Santa Cruz, Goiânia - Goiás.

Validade da Proposta: 120 dias contados de sua apresentação.

PROPOSTA DE TRABALHO

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023 - GOIÁS

SUMÁRIO

Sumário

PROPOSTA DE TRABALHO 2

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023 - GOIÁS 2

SUMÁRIO 2

01. APRESENTAÇÃO DA CHS JOÃO PAULO II 7

02. APRESENTAÇÃO - PLANO OPERACIONAL - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023 12

a. Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO) 12

QUADRO 1: HABILITAÇÕES DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO 12

b. HABILITAÇÃO 2301 E 2304 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL 13

c. HABILITAÇÃO 2501 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA 14

d. HABILITAÇÃO 2601 - UTI II ADULTO 15

e. HABILITAÇÃO 2703 - HOSPITAL TIPO III EM URGÊNCIA (49 LEITOS) 17

f. PERFIL CIRÚRGICO DO HUGO 17

QUADRO 2: INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022 18

QUADRO 3: MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS POR CAUSAS EXTERNAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022. 18

QUADRO 4: PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS, AIH´s APROVADAS E VALOR TOTAL SEGUNDO SUBGRUPO DE PROCEDIMENTO, NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022. 19

QUADRO 5: *PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS, AIH´s APROVADAS E VALOR TOTAL SEGUNDO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DO SUBGRUPO DE CIRURGIAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR, NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022.* 20

1. FA1 - MODELO GERENCIAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II 22

1.1. Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional da Unidade de Saúde 22

1.2. Organização da atividade através da interoperabilidade organizacional formulada pelo Modelo Gerencial da Associação Beneficente João Paulo II 23

1.1.1. Princípios e diretrizes do SUS como pilares da Cultura CHS 24

1.1.2. Princípios do SUS 24

1.1.4. Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas 25

1.2.1. Implantação de rotinas 28

1.2.2. Implantação de Fluxos 63

1.2.3. Implantação da gestão 70

1.2.4. Implantação de processos 120

1.3. Incrementos da atividade 129

1.3.1. Projetos de incrementos de metas sem aumento de custos 129

2. FA2 - ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II 191

2.1. Ações voltadas a qualidade objetiva 191

2.1.1. Monitoramento dos serviços e ações de saúde voltadas à Qualidade Objetiva 191

2.1.2. Comissão de Residência Médica (COREME) 193

2.1.3. Comissão de Controle de Infecção hospitalar – CCIH 220

2.1.4. Comissão de Revisão de Óbitos 225

2.1.5. Comissão de Avaliação de Prontuários 229

2.1.6. Comissão de Farmácia 233

2.1.7. Comissão de Proteção Radiológica 247

2.1.8. Comissão de Residência Médica 252

2.1.9. Comitê Transfusional 263

2.1.10. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde 268

2.1.11. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) 275

2.1.12. Promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador 284

2.1.13. Núcleo de Segurança do Paciente – NSP 286

2.1.14. Proposta de Comissão de Ética de Enfermagem 289

2.1.15. Núcleo Interno de Regulação (NIR) 291

2.1.16. Núcleo de Engenharia Clínica 294

2.2. Monitoramento de Indicadores de Desempenho de Qualidade, de Produtividade e Econômico-Financeiros 297

2.2.1. Satisfação dos Pacientes e Acompanhantes 299

3. FA3 - ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, ADEQUAÇÃO ENTRE OS MEIOS SUGERIDOS, SEUS CUSTOS, CRONOGRAMAS E RESULTADOS PRESUMIDOS 306

3.1. Monitoramento dos serviços e ações de saúde voltadas à Qualidade Subjetiva 306

3.2. Organização de Serviços 308

3.2.1. Serviço Assistencial 308

3.2.2. Funcionamento de outros serviços 325

3.2.3. Ensino e Pesquisa 998

3.2.4. Organização dos Recursos Humanos 999

3.2.5. Normas para Seleção Simplificada de Pessoal 1011

3.2.6. Registro e controle de pessoal 1017

3.2.7. Organização da Unidade de Controle Interno 1020

3.2.8. Plano de Integridade 1033

3.2.9. Plano de Adequação aos Termos LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados) 1060

3.3. comprovação de experiência anterior e de habilidades na execução das atividades 1064

a) Unidade de saúde ou serviços de urgência/emergência compatível com este plano de trabalho 1065

i. Atestado 1 1065

ii. Atestado 2 1067

b) Gestão de serviços de urgência/emergência, com número de atendimentos mensais compatíveis com este plano de trabalho 1068

i. Atestado 1 1068

ii. Atestado 2 1069

c) Gestão de Unidades de Saúde e comprovação de habilidades na execução de atividades 1072

i. Atestado 1 1072

ii. Atestado 2 1073

iii. Atestado 3 1074

iv. Atestado 4 1076

v. Atestado 5 1077

vi. Atestado 6 1078

vii. Atestado 7 1080

viii. Atestado 8 1081

ix. Atestado 9 1082

x. Atestado 10 1084

xi. Atestado 11 1085

xii. Atestado 12 1088

xiii. Atestado 13 1090

xiv. Atestado 14 1091

xv. Atestado 15 1092

xvi. Atestado 16 1095

xvii. Atestado 17 1097

xviii. Atestado 18 1097

xix. Atestado 19 1098

3.4. Estrutura e experiência da diretoria e seus profissionais 1101

3.4.1. Estrutura Organizacional Diretiva da Unidade 1101

.....1102

3.4.2. Colaboradores 1103

3.4.3. Experiência dos profissionais Da CHS JOÃO PAULO II.....1104

3.4.4. Serviço assistencial e funcionamento de equipe multidisciplinar 1132

a) Protocolos assistenciais de atenção multidisciplinar 1132

3.5. Orçamento financeiro total da Proposta de Trabalho - Concorrência 001/2023 Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) 1137

3.5.1. Estimativa Orçamentária Financeiro - Concorrência 001/2023 Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).....1137

3.5.2. Resumo Financeiro (para o período de 12 Meses) - Concorrência 001/2023 Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO) 1140

3.5.3. Declaração de Validade Jurídica a Proposta.....1141

3.5.4. Proposta de implantação das ações 1142

01. APRESENTAÇÃO DA CHS JOÃO PAULO II

Com mais de 300.000 casos ambulatoriais e 150.000 internações por ano, o Cuidados Holísticos de Saúde (CHS), trata mais pacientes do que grandes núcleos de saúde do mundo e, como resultado, é capaz de contar com uma vasta experiência e conhecimento especializado.

Originário do desenvolvimento de pesquisas na Unidade de Ciências da Saúde, criada em 1997, junto à Universidade Católica Portuguesa, o CHS - CEI foi constituído em 2007 na cidade de Braga, Portugal. Em 2011 promoveu sua internacionalização para o Brasil, junto ao Estado de Pernambuco. Em 2013 promoveu a reestruturação da unidade CHS - Nossa Senhora das Graças em Recife – PE.

A constituição da Associação Beneficente João Paulo II (CHS - João Paulo II) ocorreu em 2015, onde logo em seguida em 2016, se consolidou na gestão da saúde pública no estado de Pernambuco como Organização Social de Saúde (OSS). Em 2021, com o sucesso de sua gestão em estados da Região Nordeste do Brasil, expande suas ações no SUS, assumindo gestão de unidade hospitalar no Centro-Oeste brasileiro, mais propriamente em Anápolis, Estado de Goiás.

Ao longo de sua história, a Associação Beneficente João Paulo II atua na área de gestão de unidades de saúde, se enquadrando como referência para todos os municípios em que possui atuação, executando procedimentos cirúrgicos, atendimentos ambulatoriais multidisciplinares e, finalmente, mais recentemente, se tornando referência ao combate à Covid-19.

Desde o ano de 2018, a Associação Beneficente João Paulo II criou, desenvolveu e consolidou uma imagem como gestora de saúde, tendo concretizado a grande maioria dos objetivos operacionais, diminuindo os vazios assistenciais, a redução e anulação das filas de espera de cirurgias eletivas, tendo realizado um volume superior a 9.000 (nove mil) cirurgias por ano operacional, decorrente de uma perfeita articulação entre as dimensões pública municipal, pública estadual e nacional.

A Associação Beneficente João Paulo II, na busca do aprimoramento e da eficiência na prestação dos serviços públicos de saúde, tem por objetivos:

- potencializar a qualidade na execução dos serviços de saúde e atendimento à população;

- evitar o êxodo dos usuários para os grandes centros em busca de serviços de assistência à saúde de forma a garantir um serviço de saúde rápido, eficiente e que evite complicações do quadro clínico dos pacientes, além do desconforto pelo deslocamento dos usuários;
- melhorar o serviço ofertado ao usuário SUS com assistência humanizada; e
- implantar um modelo de gerência voltado para resultados, sem descuidar do propósito de salvar e melhorar vidas.

A cultura da CHS João Paulo II é baseada nos seguintes princípios básicos:

- respeito mútuo: respeitar o próximo em sua diversidade é a base da humanização do atendimento;
- reconhecer a dignidade de todas as pessoas: a posição hierárquica profissional e sociocultural de alguém não deve ser motivo para qualquer tipo de diferenciação no atendimento e no trato cordial, digno e consciente com o outro.
- ter empatia com o sentimento do próximo: entender que a outra pessoa tem suas condições e se solidarizar com sua situação.
- ter uma atitude positiva, cordial e simpática: dentro dos pontos anteriores, procurar sempre tratar as situações com positividade, cordialidade e simpatia e gerir ativamente as emoções.

E como vocação, acreditamos que a nossa seja proporcionar uma atenção multiprofissional ao paciente, através de uma abordagem integrada e humanizada, viabilizando uma rede de diálogo permanente com reais transformações coletivas.

Nosso amplo conhecimento do setor de saúde internacional nos permite oferecer um portfólio de serviços para administrar com eficiência unidades hospitalares de pequeno, médio e grande porte.

Para que isso se torne parte do cotidiano, frequentemente, em todas as localidades que nossas unidades estão inseridas, realizamos ações para pacientes, familiares, colaboradores e demais agentes da instituição.

De modo a integrar ainda mais competência a sua plataforma de serviço, foi criada a CHS - Postgraduate Medical School que tem o objetivo de promover e desenvolver a pós-graduação, pesquisa e estudos, organizar congressos, seminários e workshops em todas as

áreas do saber no território nacional e/ou estrangeiro, individualmente ou em parceria/cooperação.

As principais atribuições da CHS - Postgraduate Medical School são as de promover projetos de formação avançada e investigação/pesquisa, gerir unidades de prestação de serviços na área da saúde humana, a nível nacional e/ou internacional.

Somos pioneiros em diversas inovações e conceitos estratégicos operacionais. Criamos o conceito de Rede Integrada de Assistência à Saúde (RIAS), que visa proporcionar assistência integral através de equipamentos públicos dirigidos à promoção de saúde na região adstrita, com intuito de promover enfrentamento aos riscos e agravos existentes em sua população, através de um conjunto integrado de ações e serviços do poder público municipal e/ou estaduais, possibilitando respostas aos diversos problemas de saúde de uma comunidade.

Elaboramos o conceito CHS48 ao qual a Associação Beneficente João Paulo II, singularmente idealizou, eliminando as imperfeições dos processos de avaliação e conduta em pacientes politraumatizados nas urgências e emergências, com a solução efetiva para o nosso paciente em 48 horas.

A Associação Beneficente João Paulo II é reconhecida por sua capacidade de disrupção. Promovemos mudanças significativas e transformadoras no setor saúde que impulsionaram unidades hospitalares administradas por nossa organização.

Um grande exemplo de nossa vanguarda é a Rede de Ciência e Tecnologia Clínica (RCTC). Com a RCTC asseguramos a comunicação, a colaboração e o desenvolvimento de novos conhecimentos assistenciais e de cuidados, favorecendo os aspectos biopsicossociais, beneficiando a atenção terapêutica. Com este novo arranjo político-institucional proporcionamos interlocução entre educação e saúde, oferecendo meta conhecimento, para esta grande unidade hospitalar.

Para garantir assistência integral ao usuário, nos ancoramos no apoio matricial em saúde como modelo de trabalho colaborativo e interdisciplinar que visa fortalecer a atenção integral aos pacientes. Com esse modelo envolvemos profissionais e equipes de saúde e promovemos a troca de conhecimentos entre agentes de diferentes especialidades, visando a melhoria do cuidado prestado. Um dos temas que mais aflige os gestores nos hospitais são as falsas urgências hospitalares, que são combatidas com a criação do Comitê de Especialidades Médicas para Matriciamento (CEMM) através da telemedicina para Unidades Básicas de Saúde (UBS´s), Unidades de Pronto Atendimento (UPA´s), Assistência Médica Ambulatorial (AMA´s) e Pronto Socorros Municipais (PSM´s).

A CHS - João Paulo II lança mão de sua interoperabilidade na RAS, promovendo a interação e a troca de informações entre os pontos de atenção da rede de saúde de forma eficiente e eficaz. Este dispositivo gestor produz comunicação e trabalho conjunto. Para efetivar estes objetivos, criamos o arranjo organizacional no qual denominamos de Ambulatório de Especialidades Médicas (AMEM), que oferece atendimento ambulatorial especializado em diversas áreas da medicina. Este serviço permite que pacientes com condições específicas sejam atendidos por médicos especializados em suas áreas de interesse, em um ambiente hospitalar seguro e equipado. O AMEM funciona como hospital dia de forma integrada com outros setores do hospital, como laboratórios de análises clínicas, diagnóstico por imagem, unidade de terapia intensiva, entre outros, garantindo assim assistência integral e de qualidade aos pacientes. Além disso, o ambulatório de especialidades também pode oferecer consultas médicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, acompanhamento de doenças crônicas, reabilitação, entre outros serviços, dependendo das necessidades de cada paciente.

Criamos o ORTHOPEDIC RESOLUTIONAL RESULTS (EQUIPE MULTI ORR´s), que possui papel fundamental nas intervenções cirúrgicas de características em cirurgias eletivas. São compostas por diversos profissionais de saúde que trabalham em conjunto para realizar procedimentos cirúrgicos planejados, ou seja, aqueles que podem ser agendados com antecedência.

Em nosso portfólio de boas práticas e ferramentas de gestão, lançamos mão ao uso de tecnologias da informação e digitalização de processos que tem contribuído para transformar nossos serviços de saúde, melhorando a eficiência, a qualidade e o acesso aos cuidados. A digitalização de registros médicos, o uso de telemedicina, a análise de big data e a inteligência artificial são exemplos de tecnologias que estão impactando os serviços por nós administrados.

Com nossa visão e cultura de cuidados holísticos em saúde, temos produzido cada vez mais uma medicina de precisão, onde buscamos personalizar os tratamentos com base nas características individuais dos pacientes, como seu perfil genético, ambiental e de estilo de vida. A disrupção nesse campo envolve a aplicação de testes genéticos avançados, terapias direcionadas e a utilização de dados personalizados para oferecer tratamentos mais eficazes e personalizados. Estas práticas têm proporcionado maior resolutividade e um ganho substancial aos pacientes e aos gestores dos SUS ao quais firmamos parcerias.

Nossa proposta visa sobretudo desenvolver uma abordagem diferenciada do lugar comum, para além do convencional. Temos produzido modelos e abordagens cirúrgicas diversas, e identificamos com originalidade fluxos e condutas médicas que identificaram as causas das falhas nas metodologias aplicadas na assistência hospitalar no SUS.

Desenvolvemos processos de trabalho que lograram êxito em impedir que os equívocos rotineiros sejam reproduzidos, conduzindo a gestão da clínica num processamento de melhoria contínua em âmbito quantitativo e qualitativo, o que significa maior resolutividade e a redução de custos de operação de forma visível. O Hospital Municipal Alfredo Abrahão em Anápolis-GO tem se destacado inspirando gestores municipais, estaduais e nacional por sua interoperabilidade e inovação de uma nova dinâmica hospitalar de perfil cirúrgico.

E queremos mais, no intuito de criar um legado de excelência técnico-científica, nossos especialistas estão sempre empenhados em reunir e nutrir os melhores profissionais de cada área, para que juntos, possamos moldar o futuro da saúde. O senso de responsabilidade social norteia as ações da CHS - João Paulo II desde a sua concepção. A vontade de conectar as pessoas, gerando mudanças positivas é um desdobramento natural do nosso perfil beneficente.

02. APRESENTAÇÃO - PLANO OPERACIONAL - CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 01/2023

a. Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO)

O Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO), é uma instituição de saúde localizada em Goiânia, capital do estado de Goiás, referência no atendimento de urgência e emergência, oferecendo assistência médica especializada em diversas áreas. Sua principal função é atender casos de alta complexidade e urgência, recebendo pacientes encaminhados de unidades básicas de saúde, ambulatórios e outros hospitais (GOIÁS, 2023).

O hospital tem como objetivo proporcionar um atendimento humanizado, respeitando os direitos dos pacientes e buscando a melhoria contínua dos serviços prestados. Também desenvolve atividades de ensino e pesquisa, contribuindo para a formação de profissionais da área da saúde e o avanço do conhecimento científico. É referência em traumatologia e foi idealizado para prestar atendimento de caráter de urgência e emergência de média e alta complexidade (GOIÁS, 2023).

Inaugurado em 1991, o HUGO é o segundo maior hospital de urgência e emergência de Goiás, e além da assistência, também é um hospital de ensino, pesquisa e extensão universitária e tem programas como o de microcirurgia, que realiza procedimentos como reconstituição de órgãos, reparação cirúrgica e reconstrução de membros inferiores, superiores da face e até reimplantes. Conta ainda com equipes médicas especializadas em diferentes áreas, incluindo neurologia, ortopedia, cirurgia geral, buco maxilo, entre outras. (GOIÁS, 2023).

O tipo de estabelecimento é hospital geral, e possui as seguintes habilitações junto ao Ministério da Saúde:

QUADRO 1: HABILITAÇÕES DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
2301	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL
2304	ENTERAL E PARENTERAL
2501	UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

2601 UTI II ADULTO

2703 HOSPITAL TIPO III EM URGENCIA (49 LEITOS)

Fonte: BRASIL/DATASUS/CNES, 2023.

b. HABILITAÇÃO 2301 E 2304 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL

Uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional é um serviço especializado que visa fornecer suporte nutricional avançado a pacientes com condições de saúde complexas, com o objetivo de otimizar o estado nutricional e melhorar os resultados clínicos desses pacientes (BRASIL/MS, 2009).

Segundo a Portaria SAS/Ms n.º 120 de 14 de abril de 2009, as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, são unidades hospitalares que possuem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência integral e especializada em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional, indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação (BRASIL/MS, 2009).

Uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional é um serviço especializado em nutrição clínica que oferece suporte nutricional avançado a pacientes com condições de saúde complexas e que necessitam de cuidados intensivos (BRASIL/MS, 2009).

Essas unidades são projetadas para fornecer assistência especializada em terapia nutricional a pacientes com doenças crônicas, doenças metabólicas, câncer, distúrbios gastrointestinais graves, entre outras condições que possam comprometer a ingestão, absorção ou utilização adequada dos nutrientes (BRASIL/MS, 2009).

A equipe multidisciplinar de uma Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, é composta por profissionais de saúde, como médicos, nutricionistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e fonoaudiólogos, que trabalham em conjunto para avaliar as necessidades nutricionais dos pacientes, prescrever dietas especializadas e monitorar sua resposta ao tratamento nutricional (BRASIL/MS, 2009).

Essas unidades estão equipadas com recursos avançados para fornecer terapia nutricional adequada, incluindo a administração de alimentação enteral ou parenteral, quando necessário. Além disso, a unidade habilitada também pode fornecer suporte para reabilitação nutricional, orientação nutricional individualizada, educação para pacientes e cuidadores, além de promover a pesquisa e o desenvolvimento de práticas avançadas em terapia nutricional (BRASIL/MS, 2009).

O HUGO possui a habilitação 2301-UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TERAPIA NUTRICIONAL e também a 2304-ENTERAL E PARENTERAL, fornecendo estes serviços para toda a Rede de Atenção à Saúde de Goiás (BRASIL/DATASUS/CNES, 2023).

c. HABILITAÇÃO 2501 - UNIDADE DE ASSISTÊNCIA DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO-ORTOPEDIA

Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia no Sistema Único de Saúde (SUS) é um serviço especializado que oferece atendimento médico, cirúrgico e multidisciplinar de alta qualidade a pacientes com lesões traumáticas graves e problemas ortopédicos complexos, com o objetivo de proporcionar cuidados integrados e melhorar a qualidade de vida desses pacientes (BRASIL/MS, 2009).

Estes serviços especializados estão localizados em hospitais de referência e contam com uma equipe multidisciplinar altamente capacitada, incluindo médicos ortopedistas, cirurgiões traumatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros profissionais de saúde (BRASIL/MS, 2009).

As Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia no SUS tem como objetivo principal proporcionar um atendimento integrado e especializado a pacientes que necessitam de cuidados complexos relacionados a traumas e doenças ortopédicas. Além disso, essas unidades são responsáveis por realizar cirurgias ortopédicas de alta complexidade, como procedimentos de correção de fraturas graves, implantação de próteses articulares e tratamento de deformidades ósseas (BRASIL/MS, 2009).

No SUS, estas unidades hospitalares credenciadas desempenham papel fundamental no atendimento de casos graves de traumatologia e ortopedia, garantindo acesso a cuidados de qualidade para a população. Essas unidades estão equipadas com tecnologia avançada, como salas de cirurgia bem equipadas, unidades de terapia intensiva e recursos diagnósticos, como radiografia, tomografia e podem contar também com ressonância magnética (BRASIL/MS, 2009).

O acesso aos serviços deve ser regulado por critérios de classificação de risco e pela necessidade clínica. Os pacientes são encaminhados para essas unidades a partir de outros serviços de saúde, como pronto-socorros, serviço de atendimento móvel e unidades básicas de saúde, de acordo com a gravidade do caso e a necessidade de atendimento especializado (BRASIL/MS, 2009).

O HUGO possui a habilitação 2501-Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumato-Ortopedia, fornecendo estes serviços para toda a Rede de Atenção à Saúde de Goiás (BRASIL/DATASUS/CNES, 2023).

d. HABILITAÇÃO 2601 - UTI II ADULTO

As Unidades de Terapia Intensiva Adulto do HUGO são habilitadas em UTI-a Tipo II. Para manter sua habilitação o estabelecimento hospitalar deverá sempre cumprir entre tantos outros os seguintes importantes requisitos, dispondo, na própria estrutura hospitalar, dos seguintes serviços de apoio diagnóstico e terapêutica: centro cirúrgico; serviço radiológico convencional; serviço de ultrassonografia portátil; serviço de ecodopplercardiografia; hemogasômetro 24 horas; e, serviço de laboratório clínico, incluindo microbiologia (BRASIL/MS, 2017).

UTI-a Tipo II deverá contar com a seguinte equipe multiprofissional mínima (BRASIL/MS, 2017):

I. 01 (um) médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, podendo acumular o papel de médico rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
II. 01 (um) médico rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
III. 01 (um) médico plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, com no mínimo três certificações entre as descritas a seguir: a) Suporte avançado de vida em cardiologia; b) Fundamentos em medicina intensiva; c) Via aérea difícil; d) Ventilação mecânica; e e) Suporte do doente neurológico grave.
IV. 01 (um) enfermeiro coordenador, com jornada mínima de 04 horas diárias, podendo acumular o papel de enfermeiro rotineiro, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
V. 01 (um) enfermeiro rotineiro, com jornada de 04 (quatro) horas diárias, para a unidade, com habilitação em Terapia Intensiva comprovada por título;
VI. 01 (um) enfermeiro plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno;
VII. 01 (um) fisioterapeuta responsável técnico, com jornada diária mínima de 06 horas, com no mínimo 02 anos de experiência profissional, comprovada em Unidade de Terapia Intensiva;
VIII. 01 (um) fisioterapeuta plantonista, para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno, sendo exclusivo em pelo menos três turnos, perfazendo um total de 18 horas diárias;

IX. 01 (um) fonoaudiólogo disponível para a unidade;
X. 01 (um) psicólogo disponível para a unidade;
XI. Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno;
XII. Auxiliares administrativos: no mínimo 01 (um) exclusivo da unidade;
XIII. Funcionários exclusivos para serviço de limpeza da unidade, em cada turno.

Obs.: O médico e o enfermeiro poderão assumir responsabilidade técnica ou coordenação em, no máximo, 02 (duas) UTI (BRASIL/MS, 2017).

Os seguintes recursos assistenciais deverão ser garantidos no hospital por meios próprios ou terceirizados, com os seguintes serviços à beira do leito (BRASIL/MS, 2017):

A. Assistência nutricional;
B. Terapia nutricional (enteral e parenteral);
C. Assistência farmacêutica;
D. Assistência clínica vascular;
E. Assistência clínica cardiovascular;
F. Assistência clínica neurológica;
G. Assistência clínica ortopédica;
H. Assistência clínica urológica;
I. Assistência clínica gastroenterológica;
J. Assistência clínica nefrológica, incluindo hemodiálise;
K. Assistência clínica hematológica;
L. Assistência clínica hemoterápica;
M. Assistência clínica oftalmológica;
N. Assistência clínica otorrinolaringológica;
O. Assistência clínica de infectologia;
P. Assistência clínica cirúrgica geral;
Q. Assistência clínica ginecológica;
R. Assistência odontológica;
S. Assistência de terapia ocupacional;
T. Assistência social;
U. Assistência endocrinológica;
V. Serviço de radiografia móvel;
W. Serviço de endoscopia digestiva alta e baixa;
X. Serviço de fibrobroncoscopia;
Y. Serviço de eletroencefalografia; e
Z. Capacidade de comprovação de morte encefálica.

Exige-se também a garantia do acesso em tempo hábil aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica, no hospital ou em outro estabelecimento, por meio de acesso formalizado com grade de referência estabelecida oficialmente e validado pelas centrais de regulação: cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia neurológica; cirurgia ortopédica; cirurgia urológica; cirurgia buco - maxilo facial; radiologia intervencionista; ressonância magnética; tomografia computadorizada; anatomia patológica; e, agência transfusional 24 horas (BRASIL/MS, 2017).

Os procedimentos de *Diária de Unidade de Terapia Intensiva* constantes da *Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS* em *UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO - UTI II* é de R$ 510,00 como referência para o Serviço Hospitalar (SH) e R$ 90,00 para o Serviço Profissional (SP) com valor total de R$ 600,00 (BRASIL/MS, 2022).

e. HABILITAÇÃO 2703 - HOSPITAL TIPO III EM URGÊNCIA (49 LEITOS)

O HUGO é habilitado como HOSPITAL TIPO III EM URGÊNCIA. São hospitais gerais caracterizados como aqueles que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências clínicas, cirúrgicas e traumatológicas, desempenham ainda as atribuições de capacitação, aprimoramento e atualização dos recursos humanos envolvidos com as atividades meio e fim da atenção às urgências/emergências" (BRASIL/MS, 1999).

As instalações que o Hospital Tipo III deve dispor devem possuir recursos tecnológicos acessíveis e/ou alcançáveis, recursos humanos mínimos indispensáveis e recursos humanos mínimos alcançáveis. Estes requisitos constam na *PORTARIA Nº 2.395, DE 11 DE OUTUBRO DE 2011* que *"Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)"* e. no *"ANEXO XXVI" do "MANUAL DE PRÉ REQUISITOS PARA O CREDENCIAMENTO E HABILITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE EBSERH"* e se aplicam a todas as unidades hospitalares habilitadas na rede SUS Nacional (BRASIL/MS, 1999).

f. PERFIL CIRÚRGICO DO HUGO

No ano de 2022 o HUGO realizou 674 (seiscentos e setenta e quatro) internações caracterizadas como eletivas e 15.682 (quinze mil seiscentos e oitenta e dois) internações

caracterizadas como de urgência. Totalizando 16.356 (dezesseis mil trezentos e cinquenta e seis internações hospitalares (DATASUS, 2023). Veja o quadro abaixo:

QUADRO 2: INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022.

CARÁTER ATENDIMENTO	INTERNAÇÕES	VALOR TOTAL (R$)
ELETIVO	674	484.038,20
URGÊNCIA	15.682	27.712.525,39
TOTAL	**16.356**	**28.196.563,59**

Fonte: BRASIL/DATASUS/SIH, 2023.

Em relação às morbidades mais incidentes na unidade, segundo *Grande Grupo de Causas por Causas externas*, destaca-se a quantidade expressiva de registros do *Grupo V01-V99* do CID-10 que se refere a acidentes de transporte com 6.069 (seis mil e sessenta e nove) internações no ano de 2022. Em seguida se destaca o *Grupo W00-X59 Outras causas externas de lesões acidentais* com 2.143 (duas mil cento e quarenta e três) internações.

QUADRO 3: MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS POR CAUSAS EXTERNAS NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022.

GRANDE GRUP CAUSAS	INTERNAÇÕES	VALOR TOTAL (R$)
V01-V99 Acidentes de transporte	6.069	9.815.282,06
W00-X59 Outras causas externas de lesões acident	2.143	27.712.525,39
X60-X84 Lesões autoprovocadas voluntariamente	09	15.462,25
X85-Y09 Agressões	116	272.858,99
Y10-Y34 Eventos cuja intenção é indeterminada	29	32.690,62
Y40-Y84 Complic assistência médica e cirúrgica	24	105.787,86
Y85-Y89 Sequelas de causas externas	30	57.820,61
Y90-Y98 Fatores suplement relac outras causas	378	856.696,19
TOTAL	**8.798**	**14.458.573,09**

Fonte: DATASUS, Morbidades Hospitalares do SUS, 2023.

Além do atendimento de urgência e emergência, o HUGO também realiza cirurgias de média e alta complexidade, internações hospitalares, exames diagnósticos e oferece suporte intensivo e cuidados intensivos aos pacientes.

Analisando o Quadro 4 é possível observar os registros referentes às internações hospitalares no HUGO, por subgrupo de procedimentos:

QUADRO 4: PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS, AIH´s APROVADAS E VALOR TOTAL SEGUNDO SUBGRUPO DE PROCEDIMENTO, NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022.

SUBGRUPO PROCED	AIH APROVADAS	VALOR TOTAL
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	769	64.752,94
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	4.069	8.116.837,98
0304 Tratamento em oncologia	20	12.233,85
0305 Tratamento em nefrologia	58	110.180,77
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	876	1.066.177,15
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	266	150.764,13
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	305	1.811.602,56
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	362	549.188,62
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	75	264.097,31
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal	1.568	2.409.627,88
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	5.976	7.787.007,40
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	38	46.235,90
0412 Cirurgia torácica	295	878.075,67
0413 Cirurgia reparadora	55	51.349,27

0414 Bucomaxilofacial	7	3.951,02
0415 Outras cirurgias	1.597	4.804.012,17
0503 Ações relacionadas à doação de órgãos e tecidos para transplante	20	70.468,97
TOTAL	**16.356**	**28.196.563,59**

Fonte: DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH, 2023.

Como é possível observar no quadro acima, o *Subgrupo de Procedimentos* da *Forma de Organização* de *Cirurgia do sistema osteomuscular* obteve no ano de 2022 o registro de 5.976 (cinco mil novecentos e setenta e seis) internações hospitalares, totalizando R$ 7.787.007,40 de faturamento junto ao Ministério da Saúde. Registros estes que reforçam o perfil de atendimentos em urgência e emergência traumato-ortopédica, fruto da habilitação como unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia (DATASUS, 2023).

O Quadro 5 nos possibilita observar os registros e o perfil de maior incidência das cirurgias do sistema osteomusculares:

QUADRO 5: *PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS, AIH´s APROVADAS E VALOR TOTAL SEGUNDO FORMA DE ORGANIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DO SUBGRUPO DE CIRURGIAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR, NO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ HUGO NO ANO DE 2022.*

FORMA ORGANIZAÇÃO	AIH APROVADAS	VALOR TOTAL
040801 Cintura escapular	224	159.135,09
040802 Membros superiores	1.191	962.244,43
040803 Coluna vertebral e caixa torácica	33	112.735,83
040804 Cintura pélvica	180	361.517,44
040805 Membros inferiores	3.113	5.676.257,56
040806 Gerais	1.235	515.117,05
TOTAL	**5.976**	**7.787.007,40**

Fonte: DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH, 2023.

Observa-se que as cirurgias de membros superiores e membros inferiores são as que mais se destacam, tendo a última registrado mais que o dobro dos acometimentos em relação à primeira. Estes dados reforçam o perfil de atendimentos relativos a acidentes de trânsito, o que nos indica a necessidade de se trabalhar a conscientização e humanização da convivência urbana no Estado de Goiás.

As internações relativas ao *Sub Grupo* de *Tratamentos clínicos (outras especialidades)* se destacam como a segunda maior causa de internação no HUGO no ano de 2022. Foram registradas 4.069 (quatro mil e sessenta e nove) internações, com R$ 8.116.837,98 de faturamento SUS (DATASUS, 2023).

Aprofundando-se nos registros relativos aos *Tratamentos clínicos*, podemos identificar majoritariamente internações na Forma de Organização para *Tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico* com 2.151 (duas mil cento e cinquenta e uma) internações, com investimentos SUS de R$ 4.974.321,59 (DATASUS, 2023).

Destaca-se ainda a elevada produção de *"Cirurgia do aparelho digestivo, orgãos anexos e parede abdominal"* com 1.568 (mil quinhentos e sessenta e oito) internações hospitalares, com faturamento SUS de R$ 2.409.627,88 (DATASUS, 2023).

Outro destaque importante é a produção de 1.597 (mil quinhentos e noventa e sete) internações hospitalares para o que o SUS classifica como "Outras cirurgias" totalizando R$ 4.804.012,17 em faturamento (DATASUS, 2023).

1. FA1 - MODELO GERENCIAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II

1.1. Adequação da proposta de atividade assistencial à capacidade operacional da Unidade de Saúde

No Sistema Único de Saúde — SUS, cabe aos municípios, aos estados e à União a execução das ações de saúde, com colaboração técnica e financeira entre os entes da federação, nomeadamente no caso em tela o Governo do Estado de Goiás, através de sua Secretaria Estadual de Saúde.

Decorrente de um conjunto de dificuldades políticas, técnicas e financeiras que ocorreram ao longo da história do Sistema Único de Saúde — SUS, houve um processo de desenvolvimento das ações e serviços de saúde, seguindo uma lógica de planejamento normativo e descendente, ao contrário do previsto na gênese, em que se desenhou um planejamento integrado e ascendente.

A CHS João Paulo II estabelece em sua cultura organizacional maior participação e amplitude no sistema de governança das Unidades de Saúde e, consequentemente, incrementa os direitos de saúde, entre eles os princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade, face às necessidades demonstradas no âmbito hospitalar e os serviços que o envolve. Com nosso modelo de gestão e governança será possível aprimorar a gestão da administração da unidade de saúde, favorecer a modernização, assegurar maior eficiência e qualidade aos processos socioeconômicos, melhorar o serviço ofertado ao usuário Sistema Único de Saúde (SUS) com assistência humanizada e garantir a equidade na atenção com acesso para serviços e ações de saúde integrais.

Será implantado o conceito de humanização em ambientes de cuidados de saúde, aplicando uma abordagem vertical em termos operacionais e arquitetônicos, tendo foco não na quantidade de pacientes curados, mas sim na qualidade dos serviços prestados, uma lógica do processo de cura que envolve entender as necessidades de saúde e conforto do paciente dentro de uma articulação harmoniosa entre os diferentes espaços operacionais.

Em nossa proposta, a ergonomia visual assumirá um papel fundamental na organização do espaço. Relações de equilíbrio entre a presença e a ausência de luz e cor são fundamentais na gestão das emoções e recuperação saudável do corpo e da mente, a ideia de uma imagem, de um conceito, pode conduzir a um reconhecimento do lugar e a um sentimento de atração,

tornando a Unidade de Saúde um ponto de referência, permitindo um maior contato entre os utilizadores.

A Unidade de Saúde deve ser, por excelência, um espaço multicultural, onde interajam diferentes classes sociais, culturas, raças e/ou etnias, desse modo, com uma correta sinalização dos espaços, será possível promover amplas aberturas para o exterior.

Fica claro então que a principal motivação passa por implementar o novo conceito DAAH que alie aspectos de recuperação dos espaços operacionais que, além de minimizarem o impacto da hospitalização no processo do tratamento do doente, favorecem a sua recuperação, garantindo o bem estar físico e psicológico de todos os utilizadores, quer sejam pacientes, acompanhantes e funcionários estimulando a incorporação de novos procedimentos às práticas médicas, objetivo maior da implantação de uma unidade de saúde humanizada e holística.

1.2. Organização da atividade através da interoperabilidade organizacional formulada pelo Modelo Gerencial da Associação Beneficente João Paulo II

O modelo de gestão das Unidades de Saúde, enquanto **modelo CHS**, será institucionalizado de forma a implantar um modelo de serviços nos moldes da política nacional de humanização do sistema único de saúde, durante todo o período de atendimento. Assim sendo, nosso modelo de gestão comporta internação dos leitos hospitalares, num perfil de Hospital de Média e Alta Complexidade, observando a quantidade real de leitos hospitalares atualmente instalados e a possibilidade de implantação e incremento posterior com base na estrutura física existente.

O modelo CHS contemplará toda a Rede de Atenção à Saúde de Goiás (RAS-GO), para o território e atividades consideradas, não apenas algumas linhas de cuidado, assumindo desde já como prioritário os serviços definidos dentro do perfil de urgência e emergência e das habilitações estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS) junto ao HUGO. Toda a construção do modelo CHS decorre da vivência ao longo de sua trajetória em Portugal e no Brasil, em unidades de referências municipais, estaduais e nacional, atividades exercidas ao longo de todo o histórico de atuação profissional da Associação Beneficente João Paulo II.

O modelo CHS não será considerado como um fim em si mesmo, mas sim um instrumento para que sejam alcançados os princípios fundamentais do SUS, universalidade, integralidade e equidade, materializados nos atributos essenciais do modelo CHS:

- menor custo de operacionalização e cumulativamente maior satisfação do usuário;
- financiamento com equidade entre os operadores de serviços e usuários da rede; e
- política de contratualidade na lógica da organização dos serviços disponibilizados e cuidado integral aos usuários.

1.1.1. Princípios e diretrizes do SUS como pilares da Cultura CHS

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é regido por princípios e diretrizes constitucionais que estabelecem os fundamentos e as orientações para a organização e prestação dos serviços de saúde no país. Esses princípios e diretrizes estão previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e têm o objetivo de garantir o acesso universal, integral e equânime à saúde para todos os cidadãos brasileiros. A CHS João Paulo II carrega estes princípios em sua essência e os aplicam em todos os seus projetos, atividades e ações. Aqui estão os principais princípios e diretrizes do SUS que balizaram nossa Proposta de Trabalho para Concorrência Pública para gestão, operacionalização e execução dos serviços de saúde no Hospital Estadual de Aparecida de Goiânia - Cairo Louzada (HEAPA):

1.1.2. Princípios do SUS

a) **Universalidade:** O SUS é um sistema de saúde público e universal, o que significa que todos os cidadãos têm o direito de acesso igualitário aos serviços de saúde, sem discriminação ou restrições.
b) **Integralidade:** O SUS visa proporcionar atenção integral à saúde, ou seja, considerar as necessidades de saúde de uma pessoa de forma abrangente, incluindo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.
c) **Equidade:** O SUS busca reduzir as desigualdades na prestação de serviços de saúde, priorizando grupos e regiões que enfrentam maior vulnerabilidade social e de saúde.
d) **Descentralização:** O sistema promove a descentralização das ações e serviços de saúde, transferindo competências e recursos para estados e municípios, a fim de garantir uma gestão mais próxima da população.
e) **Participação Social:** A participação da comunidade é um princípio fundamental do SUS, garantindo que a população tenha voz na formulação, implementação e controle das políticas de saúde.

1.1.3. Diretrizes do SUS:

a) **Regionalização e Hierarquização:** A regionalização da saúde é uma diretriz que visa organizar a oferta de serviços de saúde de acordo com a necessidade da população, priorizando a criação de redes de atenção à saúde que integrem diferentes níveis de atenção (atenção primária, especializada, hospitalar, etc.).
b) **Humanização:** O SUS busca garantir um atendimento humanizado e respeitoso, levando em consideração a dignidade e os direitos dos pacientes.
c) Participação da Iniciativa Privada: O SUS permite a participação complementar da iniciativa privada na prestação de serviços de saúde, desde que seja regulamentada e controlada pelo Estado.
d) **Prevenção e Promoção da Saúde:** O sistema enfatiza a importância da prevenção de doenças e promoção da saúde, incentivando a adoção de hábitos saudáveis e a realização de campanhas educativas.
e) **Integração com a Seguridade Social:** O SUS está integrado com as políticas de previdência social e assistência social, garantindo uma abordagem mais ampla da saúde.
f) **Resolutividade:** Busca-se a resolução dos problemas de saúde na atenção primária, reduzindo a necessidade de encaminhamentos para serviços mais complexos, sempre que possível.

Esses princípios e diretrizes são fundamentais para orientar a implementação de todos os nossos projetos ações e assistência, em especial esta Proposta de Trabalho, garantindo que a unidade atenda às necessidades de saúde da população de maneira justa e eficiente.

1.1.4. Gestão Hospitalar baseada em Indicadores de Desempenho e Sistema de Metas

A CHS João Paulo II acredita que uma boa gestão em saúde deve ser baseada em indicadores de desempenho e sistema de metas com abordagem eficaz para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, otimizar recursos e alcançar resultados positivos para pacientes e instituições de saúde.

Essa abordagem envolve o uso de métricas quantitativas e qualitativas para avaliar e aprimorar o desempenho do hospital, bem como o estabelecimento de metas claras e mensuráveis para orientar as ações da equipe de gestão.

Aqui estão os principais aspectos da gestão em saúde baseada em indicadores de desempenho e sistema de metas ao qual a CHS João Paulo II aplica em sua gestão e irá balizar suas atividades e ações nesta Proposta de Trabalho:

a) Identificação de Indicadores de Desempenho:

i. A primeira etapa é identificar os indicadores-chave de desempenho (KPIs) relevantes para o hospital. Esses indicadores podem abranger áreas como qualidade do atendimento, eficiência operacional, satisfação do paciente, segurança do paciente, financeira e muito mais.

ii. Exemplos de indicadores incluem a taxa de ocupação, taxa de reinternação, tempo médio de espera, taxa de infecções hospitalares, satisfação do paciente, índice de readmissão, entre outros.

b) Estabelecimento de Metas:

i. Com base nos indicadores de desempenho identificados, a equipe de gestão define metas específicas e alcançáveis para cada um deles. Essas metas devem ser mensuráveis, relevantes e temporais (SMART).

ii. Por exemplo, uma meta pode ser reduzir a taxa de infecções hospitalares em 20% nos próximos 12 meses.

c) Coleta de Dados e Monitoramento:

i. É essencial implementar sistemas de coleta de dados eficientes para registrar regularmente os indicadores de desempenho. Isso pode envolver o uso de sistemas de informação hospitalar (HIS) e outras tecnologias.

ii. Os indicadores devem ser monitorados regularmente e comparados com as metas estabelecidas. Se um indicador estiver abaixo da meta, a equipe de gestão deve investigar as causas e tomar medidas corretivas.

d) Tomada de Decisão Baseada em evidências:

i. A gestão hospitalar baseada em indicadores permite que os líderes tomem decisões informadas com base em dados objetivos. Isso inclui ajustar políticas, realocar recursos e implementar melhorias operacionais com base nas informações coletadas.

e) Comunicação e Envolvimento da Equipe:

i. É importante envolver toda a equipe hospitalar na iniciativa de gestão baseada em indicadores. A comunicação eficaz das metas e do progresso ajuda a motivar a equipe a trabalhar em direção aos objetivos comuns.

f) Avaliação Contínua e Melhoria:

i. A gestão hospitalar baseada em indicadores é um processo contínuo de avaliação e melhoria. À medida que metas são alcançadas, novas metas podem ser estabelecidas para continuar elevando o desempenho do hospital.

g) Adaptabilidade:

i. É importante que a gestão hospitalar seja adaptável às mudanças nas necessidades dos pacientes, na tecnologia médica e nas regulamentações governamentais. Os indicadores e metas devem ser revisados e ajustados conforme necessário.

A gestão hospitalar baseada em evidências, em indicadores de desempenho e sistema faz parte do modelo gerencial e da cultura CHS de gestão em saúde, visando sempre melhorar a eficácia, a eficiência e a qualidade dos serviços. Nossos conceitos operacionais estratégicos buscam com estas informações e boas práticas garantir que os recursos sejam utilizados de maneira eficaz para atender às necessidades dos pacientes e da comunidade atendida pelas unidades de saúde geridas por nós.

1.1.5. Habilitação de serviços junto ao Ministério da Saúde

A CHS João Paulo II entende que a busca de habilitação de serviços junto ao Ministério da Saúde no Brasil é fundamental para garantir o funcionamento adequado das unidades de saúde, o acesso a recursos financeiros, a conformidade com padrões de qualidade e a integração no sistema de saúde público, beneficiando assim a população atendida e contribuindo para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

As habilitações permitem que a unidade de saúde receba recursos financeiros do Governo Federal, dependendo do nível de gestão da unidade. Esses recursos são essenciais para manter as operações da unidade e garantir a qualidade do atendimento.

Uma habilitação junto ao MS exige que a unidade cumpra com padrões de qualidade e normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Isso assegura que os serviços e assistência prestada atendam a requisitos mínimos de qualidade e segurança, beneficiando os pacientes.

É muito importante que a unidade de saúde faça parte do sistema público de saúde do Brasil com habilitação. Isso possibilita a integração com outras unidades de saúde e a participação em redes de atendimento, contribuindo para uma melhor coordenação e eficiência na assistência. A habilitação confere legalidade à unidade de saúde, tornando-a reconhecida pelo governo como uma instituição apta a prestar serviços de saúde à comunidade. Isso é importante para evitar problemas legais e administrativos.

A habilitação está muitas vezes vinculada a critérios de priorização e planejamento na alocação de recursos, ajudando a direcionar financiamentos para áreas de maior necessidade e a melhorar a equidade no acesso aos serviços das unidades.

A CHS João Paulo II, sabedora dessa importância, envidará todos os seus esforços para buscar as habilitações junto ao MS dentro de seu perfil de atuação para se ampliar tanto o financiamento quanto a assistência à comunidade.

1.2.1. Implantação de rotinas

a) Política de Humanização. Aplicando os dispositivos do Programa Nacional de Humanização para a gestão de leitos e acolhimento, dentre outros aspectos.

A humanização é a valorização de todos os participantes do processo de tratamento, incluindo usuários, acompanhantes e funcionários. Valorizar as pessoas é uma maneira de lhes dar oportunidade de agir como autonomia, ampliando sua capacidade de melhorar o ambiente no qual estão inseridos.

Os princípios aplicáveis ao HumanizaSUS serão:

- acolhimento;
- clínica ampliada;
- cogestão;
- defesa dos Direitos do usuário;
- fomento de grupalidades, coletivos e redes;
- valorização do trabalho e do trabalhador; e

- construção da "memória do SUS que dá certo".

A CHS João Paulo II tem como um de seus pilares de atuação a gestão holística e humanizada da saúde, sendo assim, a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) é um passo consequencial de sua atuação, aplicando em seu trabalho as diretrizes e princípios do HumanizaSUS de acolhimento, ambiência, defesa dos direitos dos usuários, transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos.

Tendo em vista que este tópico permeia toda a atuação da CHS, ele também será tratado fora deste capítulo específico, ao longo de toda esta proposta.

b) Rotinas Operacionais

i.Urgência e Emergência

A Unidade de Saúde disponibilizará atendimentos de Urgência e Emergência 24 horas por dia, ininterruptamente, por demanda espontânea nas áreas de: ortopedia e traumatologia, neurologia, cirurgia torácica, clínica médica, cirurgia geral, otorrinolaringologia, neurocirurgia, angiologia, cirurgia vascular e cirurgia bucomaxilofacial, bem como, demais dimensões assistenciais incluindo as especialidades de cunho multiprofissional como enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social, odontologia, farmacologia, nutrição, educação física, entre outros.

Além dos protocolos presenciais (físicos), a CHS João Paulo II adota a utilização de meios digitais para promover atendimento por meio de telemedicina, tendo protocolos de identificação de sintomas e procedimentos para agilidade de atendimento capitaneado por renomado especialista na área de neurologia:

- Savio Nogueira Beniz - Neurologista - CRM-GO 12748

A Porta Hospitalar de Urgência em consonância com as ações recomendadas pela Política Nacional de Humanização, através do Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR), adotará o Protocolo de Manchester.

A metodologia de classificação de risco de Manchester foi criada em 1994, o protocolo foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros para a padronização da classificação de risco nos atendimentos de Urgência e Emergência.

Dessa forma, criou-se um modelo único de triagem, capaz de facilitar a gestão de atendimento a partir de algoritmos e discriminadores chave. Logo na entrada, o paciente é avaliado de acordo com sua queixa, sintomas, sinais vitais, entre outros fatores, sendo, então, identificado com pulseiras de cores correspondentes ao grau de risco de seu atendimento. Aos pacientes com patologias mais graves e risco alto é atribuída a cor vermelha; casos muito urgentes recebem a cor laranja; a cor amarela é entregue aos casos urgentes; e as cores verde e azul representam casos de menor gravidade, com possibilidade de aguardar por mais tempo.

ii.Sistema de Classificação de Risco (SCR)

A Classificação de Risco é um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, e pressupõe agilidade na assistência por nível de complexidade e não por ordem de chegada.

O Sistema de Classificação de Risco é um protocolo idealizado pela CHS-João Paulo II que visa avaliar e identificar os pacientes que necessitam de atendimento prioritário. Para isso, são considerados alguns critérios, como gravidade clínica, potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

O SCR vem sendo aperfeiçoado com base em dois protocolos importantes: o do Humaniza SUS e o de Manchester. O paciente que procura atendimento médico é submetido inicialmente a uma triagem e classificado dentro de uma das cinco cores do SCR.

1. VERMELHO: Situações clínicas graves que representam emergência e necessitam de atendimento imediato;

2. **LARANJA:** situações clínicas que necessitam atendimento prioritário, é muito urgente, com atendimento em até 15 minutos;
3. **AMARELO:** é urgente, ou seja, implica em assistência rápida, situações clínicas que necessitam atendimento prioritário;
4. **VERDE:** situações clínicas que não necessitam atendimento de urgência e emergência, podem aguardar e são pouco urgentes;
5. **AZUL:** situações clínicas não urgentes, informam que o paciente pode aguardar atendimento ou ser encaminhado a outro serviço de saúde na RAS-GO.

Mas o SCR não se trata só de agilidade, mas também uma humanização na assistência médica, evitando complicações de doenças – o enfermeiro deve iniciar a avaliação para definir a prioridade de atendimento em até 3 minutos.

O protocolo a ser implantado irá planejar um fluxo no atendimento de pacientes que apresentem características elegíveis ao atendimento conforme o protocolo a ser estabelecido para observação de sintomas e demais informações que serão estabelecidas, inclusive o tempo máximo de atendimento para evitar sequelas aos pacientes.

iii. Manual com Indicação de Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial (QualiSUS)

Do ponto de vista de gestão, o sistema também garante andamento no fluxo de atendimento de toda a rede pública.

Será implantada, na Urgência/Emergência, em atendimento a Portaria GM-MS 3.125 de 07/12/2006, o protocolo QualiSUS a ser adotado e Manual com Indicação de Formas de Notificação, Recepção, Orientação Social e Apoio Psicossocial, tendo os seguintes objetivos básicos:

- estruturação da atenção à saúde nas urgências mediante critérios de acolhimento, com dispositivos de classificação de riscos, vínculo, resolutividade, integralidade e responsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários na rede de serviços;
- implementação dos comitês gestores de urgência municipais e regionais como espaço de integração, pactuação e responsabilidades, articulados com os Complexos Reguladores e Centrais de Leitos Hospitalares;

- proporcionamento de ambiência que valorize os espaços acolhedores e que propiciem processo de trabalho estabelecido a partir de níveis de necessidades nos serviços de saúde;
- proporcionamento da ampliação e fortalecimento do controle social, por meio da implantação da gestão democrática e participativa nos serviços de saúde;
- garantia da educação permanente dos trabalhadores das urgências com a inclusão de saberes que subsidiem as práticas da atenção resolutiva e humanizada no pré-hospitalar fixo, móvel e nos serviços hospitalares integrando os serviços com os Núcleos de Educação em Urgências e Centros Formadores;
- oferecimento de condições tecnológicas aos estados e municípios para que desenvolvam uma efetiva regulação, controle e avaliação de seus sistemas de saúde; e
- diminuição de mortes evitáveis em situações de urgências.

As Unidades de Observação têm a finalidade de admitir os pacientes da instituição que necessitam de assistência médica e de enfermagem por até 24 horas, atendendo-os no controle da evolução, prescrição de conduta diagnóstica e terapêutica, administração de medicação e demais procedimentos. A assistência médica e de enfermagem relacionam-se diretamente com as especialidades atendidas na CHS João Paulo II.

iv.Atribuições Específicas das Equipes

As Unidades de Observação encontram-se diretamente subordinadas à Diretoria Médica e à Coordenação de Enfermagem, tendo as seguintes atribuições divididas entre as equipes médicas e de enfermagem:

a) Atribuições Específicas das Equipes Médicas:

i) prescrever a necessidade de observação do paciente, admissão;

ii) realizar as atividades médicas devidas a cada paciente através da avaliação do quadro clínico, prescrição dos tratamentos e medicamentos;

iii) realizar a prescrição médica de transferência e alta dos pacientes cujas necessidades de assistência médica assim requeiram;

iv) atestar os óbitos dos pacientes da instituição decorrentes das patologias em tratamento;

v) planejar, executar, supervisionar e controlar as atividades médicas para todos os pacientes que necessitam de recuperação em regime de internação;

vi) executar as rotinas e procedimentos de diagnóstico e tratamento clínico ou cirúrgico, para garantir a qualidade da assistência médica aos pacientes adultos e infantis;

vii) participar de programas de auditoria e avaliação da assistência prestada;

viii) elaborar um programa de ensino e aprendizado continuado, englobando todos os médicos que integram o corpo clínico da Instituição.

b) Atribuições Específicas das Equipes de Enfermagem:

i) receber, registrar e supervisionar toda a movimentação dos pacientes da instituição em regime de observação;

ii) planejar, executar, supervisionar e controlar as atividades de enfermagem para todos os pacientes que necessitam de recuperação em regime de observação;

iii) proporcionar condições ideais de atendimento aos pacientes, contando com infraestrutura e conhecimentos técnicos específicos para tal;

iv) executar os procedimentos prescritos pelas equipes médicas, como também os procedimentos respaldados pelo COREN dentro dos padrões técnicos e científicos reconhecidos, assegurando a qualidade da assistência prestada ao paciente;

v) realizar atividades de pesquisa e desenvolvimento de técnicas de assistência de enfermagem, como também promover a disseminação do conhecimento assistencial para a organização;

vi) elaborar o histórico de enfermagem, diagnóstico, evolução e prescrição de enfermagem, como também o plano de ação para os pacientes da Instituição.

Os pacientes serão encaminhados diretamente às especialidades conforme protocolo e estes, ou seus familiares, serão informados sobre o tempo de espera, recebendo ampla informação sobre os serviços que serão necessitados pelo paciente, recepcionados de forma humana e transparente, evitando replicar a abordagem higienista, em que torna-se cada vez mais claro que as unidades que constituem a rede pública de cuidados de saúde são, em partes ou integralmente, máquinas de curar e não espaços de misericórdia pública, o que será evitado pelo projeto de implantação e plano de trabalho da CHS João Paulo II.

Assim sendo, a Unidade de Saúde será um espaço de tratamento e cura e é com base nesses mesmos princípios que o novo conceito DAAH deverá promover e identificar soluções que garantam um maior controle dos processos e consequentemente uma maior satisfação dos utentes/pacientes deste.

A sua compactação possibilitará uma maior racionalização das redes de serviços e definições logísticas e, consequentemente, a diminuição de custos de implantação, operacionalização e manutenção. No nosso conceito, espelhamos uma verdadeira obsessão pela inovação; no DAAH, a inovação se caracteriza por aspectos tecnológicos e funcionais.

v.Segurança Cirúrgica

A equipe cirúrgica será composta por anestesista, cirurgião, residentes médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo permitida a entrada na sala de cirurgia apenas do pessoal técnico lotado no setor, qualquer acesso de pessoal estranho à rotina da área somente poderá ocorrer com autorização prévia do cirurgião e enfermeiro responsável pelo setor.

De modo a garantir a segurança e continuidade das operações, a Supervisão do Centro Cirúrgico adotará os procedimentos abaixo:

- planejar, supervisionar, executar, controlar e avaliar o desenvolvimento de todas as atividades relacionadas a sua área;
- prestar assistência de enfermagem aos pacientes nas salas de cirurgias e de recuperação, pós-anestésicos, bem como executar os procedimentos referentes a material e instrumental necessários, proporcionando-lhes assistência integral e contínua, colaborando com a equipe multiprofissional;
- formar uma equipe qualificada e integrada de modo a facilitar o tratamento

realizado ao paciente;

- elaborar e encaminhar mapa cirúrgico às Unidades de Internação, Serviços de Apoio, Diretorias e Gerência;
- executar e supervisionar a prescrição médica;
- providenciar a transferência dos pacientes às suas Unidades de origem após liberação pelo médico Anestesista;
- 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 e encaminhá-las à Coordenação de Enfermagem;
- solicitar condutas junto à Comissão de Controle de Infecção Hospitalar com relação aos pacientes com infecção hospitalar;
- estabelecer sistemas de prevenção de riscos ocupacionais junto a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA; e
- requisitar medicamentos e materiais necessários para prestar assistência integral ao paciente, mantendo estoque para as emergências.

A escolha do tipo de anestesia é de responsabilidade do anestesiologista e varia de acordo com condições clínicas do paciente; doenças preexistentes; condições mentais e psicológicas do paciente; tempo de recuperação pós-operatória; presença de dor pós-operatória; tipo e duração do procedimento cirúrgico, além da posição do paciente durante a cirurgia.

O ato anestésico é primordial para o desenvolvimento seguro da cirurgia. A avaliação das ações de enfermagem prestadas durante o ato anestésico tem como finalidade identificar as atividades da equipe de enfermagem na sala cirúrgica durante a anestesia, e como estas atividades podem contribuir para segurança do paciente e planejamento da assistência.

c) Rotinas para registros e documentos

Em relação às documentações inerentes ao Hospital será observada a padronização do tipo, conteúdo e forma de apresentação, assegurando que todos os processos normatizados

sejam gerenciados com qualidade, rastreabilidade e validade, observados os controles formais necessários:

- **MANUAL DE GESTÃO:** Documento institucional que rege e disciplina a gestão do Hospital como um todo e que formaliza a política de Diretoria da CHS - João Paulo II, contemplando os seguintes tópicos:
  - *ORGANOGRAMA:* representação visual da estrutura organizacional que se planeja adotar na Unidade de Saúde, de modo a contemplar a mentalidade e forma de gestão do CHS - João Paulo II, ilustrando na prática como sua metodologia se aplica a organização como um todo.
  - *REGIMENTOS:* documentos que regem e direcionam as ações, direitos e deveres do corpo médico e demais profissionais da assistência dentro do Hospital.
  - *MAPA DE PROCESSOS:* desenho dos processos existentes no serviço, de forma a esclarecer os fluxos entre as principais atividades. Estes processos são descritos em subprocessos, com suas atividades detalhadas, na ficha de descrição de processos que dão origem aos indicadores estratégicos e operacionais descritos na ficha de indicador.
  - *PROTOCOLOS CLÍNICOS:* são instruções de trabalho que descrevem o método de atendimento dos profissionais de saúde para cada situação específica. Os protocolos são elaborados de acordo com a realidade de cada setor, devendo sempre contemplar o trabalho do corpo médico, enfermagem e outros profissionais de assistência ao paciente.
  - *PROCEDIMENTOS DE GESTÃO:* são as instruções de trabalho que são relevantes e interferem na organização de forma geral e sistêmica, procedimentos que não são específicos de uma só área, pois define a participação de todos os setores da mesma forma.

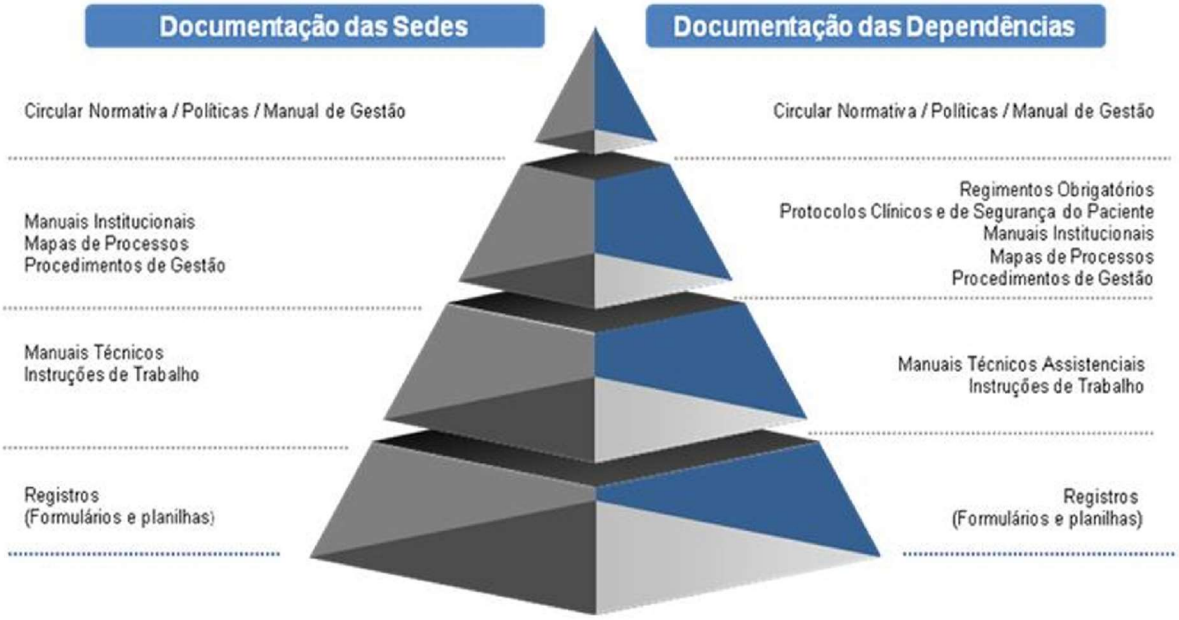
- **MANUAIS INSTITUCIONAIS:** são manuais que regem o método de trabalho e as premissas principais de alguns macroprocessos dentro da Unidade de Saúde:
  - PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos em Saúde;
  - Manual de Relacionamento com Fornecedores;
  - Manual de Descrição de Cargos e Competências;
  - Manual de Compras; e
  - Manual de Gestão de Contratos.

- **MANUAIS TÉCNICO-ASSISTENCIAIS:** são manuais específicos que descrevem as rotinas e tarefas de cada setor técnico-assistencial individualmente, sem se preocupar com as interações sistêmicas.

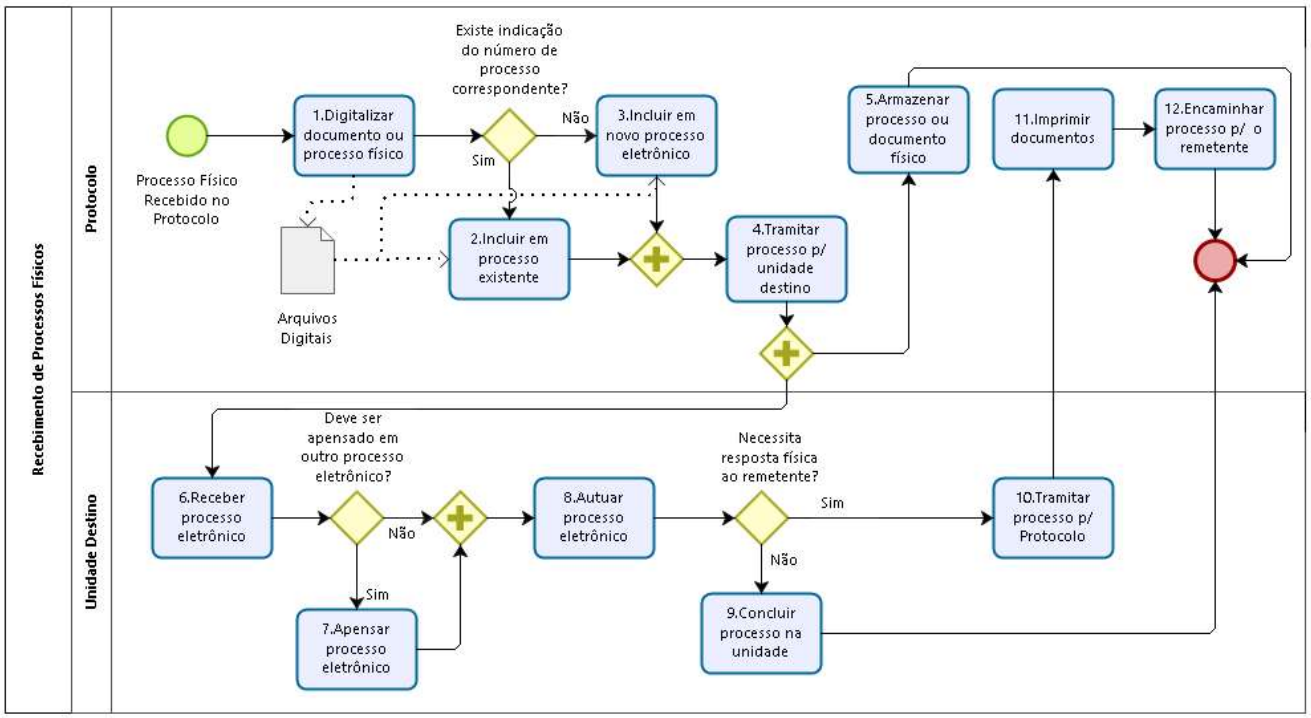
- **INSTRUÇÕES DE TRABALHO:** a instrução de trabalho é o documento no qual são descritas as atividades e tarefas realizadas em determinado setor ou departamento, referenciando documentos e estipulando responsáveis.

- **DOCUMENTOS LEGAIS, FISCAIS E INSTITUCIONAIS:** de modo a cumprir a agenda de compromissos legais e fiscais da unidade junto a órgãos públicos e reguladores, deve-se assegurar, por meio de prova documental, o efetivo cumprimento desta agenda.

- **REGISTROS / PLANILHAS / TABELAS / FORMULÁRIOS:** documentos de uso diário na vida hospitalar e que podem ser criados e colocados em uso e desuso de acordo com a necessidade, sendo adaptados de acordo com a necessidade e demanda apresentadas pelo hospital, nos seguintes termos:
    - a CHS - João Paulo II utiliza o ERP (Enterprise Resource Planning) hospitalar Wareline, garantindo que todos estes procedimentos serão feitos digitalmente para garantir seu objetivo de que seja uma Unidade de Saúde *no paper* (Zero Papel), desde o momento da implantação da gestão.
    - será seguida a Hierarquia de Documentos existentes nos Hospitais e Unidade de Saúde demonstrada abaixo:



Além da classificação informada, a CHS João Paulo II utilizará o seguinte fluxograma para registro e arquivamento de toda a documentação utilizada, tomando por base as práticas internas de utilização de documentação 100% digital:



Reitera-se, neste ponto, que o arquivamento de toda a documentação da unidade ocorrerá de forma digital, nos termos do projeto para tornar a unidade de saúde em um "Hospital *Zero Papel"*, tendo todos os documentos digitalmente registrados, sem necessidade de cópias em papel.

Todas as informações sobre a assistência prestada ao paciente na Unidade de Saúde são confidenciais e protegidas por lei, no entanto, atendendo a legislação aplicável, será estabelecido o Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) que será responsável pelo fornecimento de cópias dos atendimentos registrados no prontuário do paciente.

As cópias de prontuários só podem ser liberadas com a devida autorização do paciente ou de seu representante legal. Os requisitos para liberação das informações serão os seguintes:

- **Pelo próprio paciente:** documento de identificação com foto e assinatura e requerimento com firma reconhecida;
- **Paciente menor de 18 anos:** cópia da certidão de nascimento do menor (ou da decisão judicial da guarda, no caso de representante legal), documento de identificação e CPF dos responsáveis e requerimento com firma reconhecida;
- **Por terceiros:** requerimento devidamente preenchido, procuração específica do paciente para o ato de retirada com firma reconhecida e documento de identificação do procurador;

O prazo para entrega de cópia integral ou parcial de prontuários é de 10 (dez) dias úteis, ficando os documentos disponíveis para retirada por 90 (noventa) dias; após este período, serão inutilizados, devendo a parte requisitante realizar novo procedimento para obtenção dos documentos.

Apresentamos o formulário abaixo como modelo para requerimentos envolvendo o Serviço de Prontuário do Paciente (SPP):

REQUERIMENTO

Autor (a) do requerimento:

_____

RG: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/_____

Endereço:

_____

Solicitante:

( ) paciente ( ) mãe ( ) pai ( ) filho (a) ( ) avô (ó) ( ) neto (a) ( ) bisavô (ó) ( ) bisneto (a)

Informações do Responsável legal:

Nome:

_____

RG: _____ CPF:_____

Data de Nascimento: ____/____/_____

Endereço:

_____

Venho, respeitosamente, à presença de vossa senhoria, REQUERER que seja disponibilizado cópia do (a):

( ) Prontuário de Internação / Período:

_____

( ) Ficha de Atendimento / Período:

_____

( ) Exames complementares / Período:

_____

Anápolis, _____ de _____ de _____.

_____

Data do protocolo: ____/____/_____

RETIRADA DOS DOCUMENTOS APÓS 10 (DEZ) DIAS ÚTEIS

d) Rotina unidirecional para materiais esterilizados e roupas

A Central de Material e Esterilização é uma unidade destinada à limpeza, ao acondicionamento, à esterilização, à guarda e à distribuição dos produtos para as demais unidades de assistência à saúde, sendo que, para fins de execução na unidade de saúde, o serviço será inteiramente terceirizado, utilizando-se a empresa Têxtil Med como parceira.

A RDC 15 de 2012 dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde, estabelecendo os requisitos de boas práticas para o funcionamento dos serviços que realizam o processamento de produtos para a saúde visando à segurança do paciente e dos profissionais envolvidos, sendo dividida internamente nas seguintes áreas:

I. **Área de lavagem e descontaminação:**

i. receber, conferir e anotar a quantidade e espécie do material recebido;
ii. desinfetar e separar os materiais;
iii. verificar o estado de conservação do material;
iv. proceder a limpeza do material; e
v. encaminhar o material para a área de preparo.

II. **Área de preparo de materiais:**

i. revisar e selecionar os materiais, verificando suas condições de conservação e limpeza;
ii. preparar, empacotar ou acondicionar os materiais e roupas a serem esterilizados; e
iii. encaminhar o material para esterilização devidamente identificado.

III. **Área de esterilização:**

i. executar o processo de esterilização nas autoclaves, conforme instruções do fabricante;
ii. observar os cuidados necessários com o carregamento e descarregamento das autoclaves;
iii. fazer o controle microbiológico e de validade dos produtos esterilizados; e
iv. manter junto com o serviço de manutenção, os equipamentos em bom estado de conservação e uso.

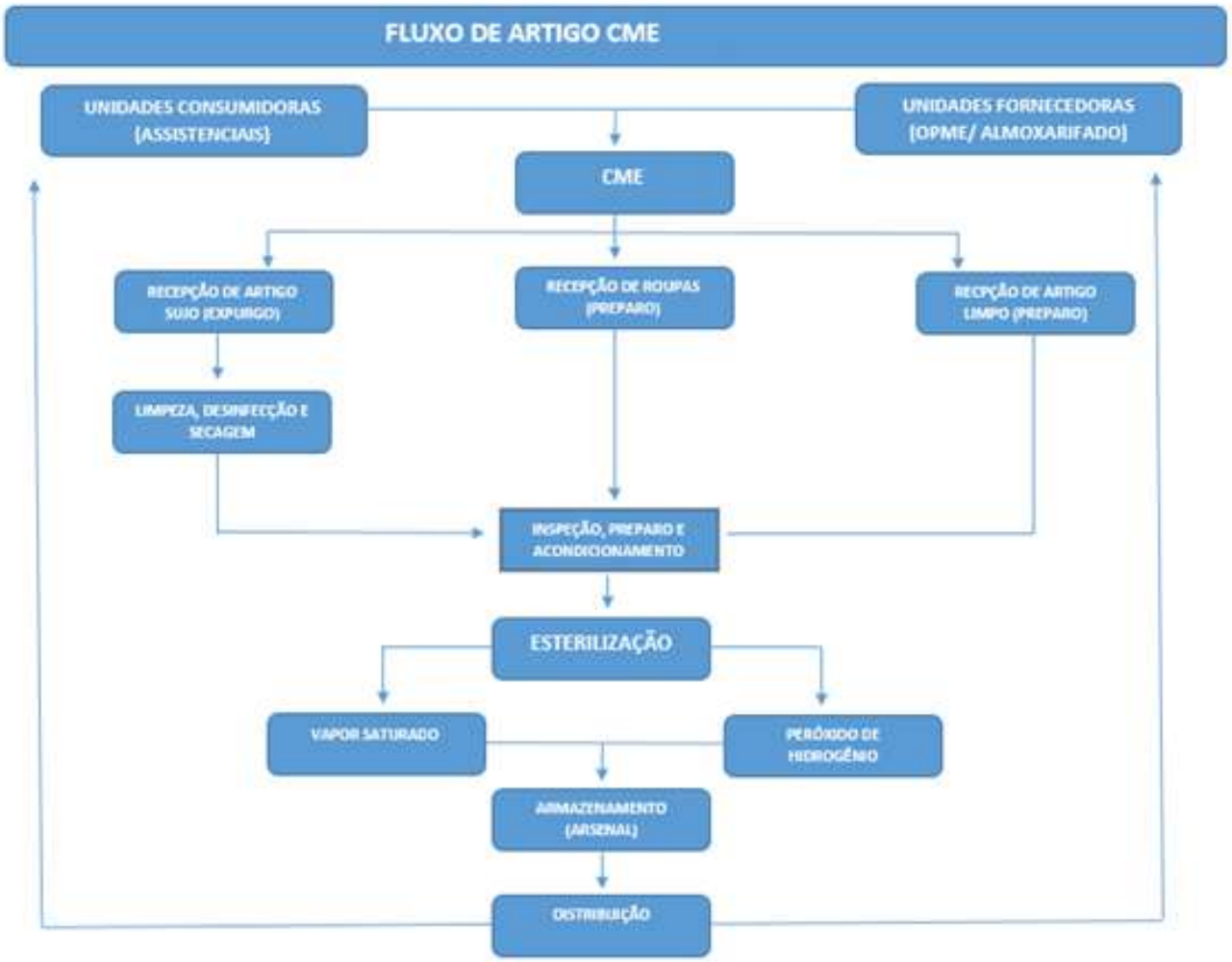
IV. **Área de armazenagem e distribuição de materiais e roupas esterilizados:**

i. estocar o material esterilizado;
ii. proceder à distribuição do material às unidades; e
iii. registrar a saída do material.

O inventário de instrumental cirúrgico deve ser feito anualmente e registrado em planilha de acordo com o tipo e quantidade de caixas por especialidade, já o inventário de campos cirúrgicos deve ser feito a cada 3 meses, certificando a necessidade de reposições e acréscimos de cada tipo de campo cirúrgico, sendo que o recebimento e dispensação de campos cirúrgicos devem ser registrados diariamente em planilha e censo.

A solicitação de material de consumo deve ser feita diariamente pelo administrativo da unidade para a unidade de abastecimento e fornecimento e para farmácia, após o recebimento do material de consumo, o administrativo da unidade deverá guardá-lo e organizar em armário específico.

O fluxo da CME deverá ser contínuo e unidirecional dos artigos, evitando o cruzamento de artigos sujos com os limpos e esterilizados, bem como evitar que o trabalhador escalado para a área contaminada transite pelas áreas limpas e vice-versa, conforme Figura abaixo.



A unidade de processamento de roupas de serviços de saúde é um setor de apoio que tem como finalidade coletar, pesar, separar, processar, confeccionar, reparar e distribuir roupas em condições de uso, higiene, quantidade, qualidade e conservação a todas as unidades dos serviços de saúde.

A unidade de processamento de roupas será responsável por diversas atividades que envolvem riscos à saúde do trabalhador, do usuário e do meio ambiente e, por isso, será alvo da ação de regulação da vigilância sanitária.

A padronização da roupa do serviço de saúde é necessária para facilitar e reduzir os custos de sua operacionalização e ou processamento, abrangendo modelo da peça, tipo de tecido e cor. O enxoval e roupas hospitalares terão seu padrão apresentado previamente à Secretaria de Saúde para a aprovação, seguindo os modelos usualmente utilizados no setor.

Por serem provenientes de serviços de saúde, as roupas utilizadas nesses locais devem ser enviadas a uma lavanderia específica, sendo relevante informar que o CHS João Paulo II utiliza serviços próprios ou terceirizados para realização dessas ações, conforme a estrutura local, demanda e alocação de custos, agindo sempre para garantir a segurança dos pacientes, funcionários e o respeito à legislação aplicável.

e) Rotina unidirecional de resíduos de saúde

De modo a atender as normas vigentes, nominalmente a RDC Nº 222, de 28 de março de 2018, será implantado na unidade o Plano de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviço de Saúde (PGRSSS) o qual deverá atender às condições físicas e demandas médicas da unidade de saúde.

A implantação do PGRSSS significa uma efetivação do manejo correto dos RSS gerados pelos estabelecimentos de saúde, visando estabelecer uma segregação, separação, armazenamento, transporte e acondicionamento adequado do lixo gerado na unidade de saúde.

Os profissionais de saúde não podem, no desenvolvimento de suas atividades diárias, negligenciar o cuidado correto com a segregação dos resíduos, sendo necessário capacitá-los, para o seu correto manejo, visando melhoria da qualidade ambiental e das condições de vida da população.

Por meio de um programa de educação em saúde, norteada pela educação continuada e/ou permanente, é possível capacitar e atualizar os profissionais de saúde para o manejo adequado dos RSS, apresentando a eles o fluxo de identificação, segregação, armazenamento, transporte e destinação final adequada para todos os resíduos institucionais gerados.

De modo prático, o fluxo de recebimento do material gerado na Unidade de Saúde a ser gerida, oriundos dos cuidados/tratamentos de resíduos do Grupo A, Grupo B e Grupo E, deve ter destino adequado e organizado conforme as normas de biossegurança vigentes.

Classificação dos Resíduos:

- **Grupo A -** Resíduos Biológicos (ex.: desbridamento de lesões crônicas, coberturas de feridas, fitas de glicemia, sistema coletor fechado de drenagem urinária depois de retirado, etc.)

- **Grupo B –** Resíduos químicos (ex.: frascos com sobra de medicação)
- **Grupo E –** Resíduos Perfuro cortantes (ex.: agulhas, lâminas de bisturi, vidraria quebrada, etc.)

Denomina-se sala de expurgo a área física destinada para recepção, separação, lavagem e desinfecção de artigos de saúde, visando o adequado processamento dos artigos médico-hospitalares e de unidades de saúde.

É de responsabilidade do profissional de enfermagem do expurgo:

- organizar a sala;
- realizar limpeza concorrente (com água e sabão nas superfícies e após realizar desinfecção com álcool a 70%) no início do plantão;
- solicitar a área de conservação que realize diariamente limpeza concorrente e semanalmente limpeza terminal;
- abastecer as salas com recipientes com tampa, contendo água e detergente enzimático, para as salas de ginecologia e procedimentos e hipoclorito a 1% para a sala de inalação.
- os recipientes devem ser trocados uma vez por plantão;
- lavar os materiais criteriosamente, retirando os resíduos, usando equipamentos de proteção individual (luvas de borracha, máscara, óculos, avental e sapatos fechados), em seguida enxaguá-los em água corrente e colocá-los sobre um campo limpo e secar o material com pano limpo;
- observar durante a lavagem e secagem as condições de uso dos materiais e comunicar ao enfermeiro a necessidade de conserto ou reposição;
- manter a sala limpa, organizada e abastecida; e
- realizar contagem de roupas que são encaminhadas e recebidas da lavanderia.

Serão fornecidos os materiais necessários para a correta segregação dos resíduos, especificamente os EPIs para utilização pela equipe responsável, saco plástico branco leitoso com simbologia infectante e caixa de perfuro cortante.

Orientações específicas quanto ao acondicionamento:

- **CAIXA DE PERFUROCORTANTE:** as caixas de perfuro cortante são recipientes especialmente projetados para o descarte dos resíduos infectantes que apresentam elevados riscos de acidentes, pois são resistentes à punção, seladas e com uma única abertura na parte superior por onde são abastecidos os resíduos sem que seja possível retirá-los. As caixas não devem ser preenchidas acima do limite de 2/3 de sua capacidade total e devem ser colocadas sempre próximas do local onde é realizado o procedimento.
- **SACO BRANCO LEITOSO:** saco branco leitoso devidamente identificado, com símbolo de risco biológico impresso. O conteúdo do saco não deve ultrapassar 2/3 do seu limite, possibilitando que seja amarrado e transportado em segurança.

Manejo dos Resíduos de Saúde são todas as ações realizadas para gerenciar os resíduos dentro e fora do estabelecimento médico-hospitalar, desde o momento em que são gerados até a disposição final.

Todos os servidores e funcionários que executam ações relativas ao manejo dos resíduos são responsáveis por tais ações, contemplando as seguintes etapas:

- **Segregação:** consiste na separação dos resíduos no momento e local de sua geração, de acordo com as características químicas e biológicas, o seu estado físico e os riscos envolvidos;
- **Acondicionamento:** consiste no ato de embalar os resíduos segregados em sacos ou recipientes que evitem vazamentos e resistam às ações de punctura e ruptura;
- **Identificação:** a identificação é feita através de símbolos, cores e frases e deve constar dos recipientes de coleta interna e externa, dos recipientes de transporte interno e externo e dos locais de armazenamento externo, sendo de fácil visualização;
- **Tratamento intermediário:** são processos realizados nas instalações médico-hospitalares que modificam as características físicas, químicas ou biológicas dos resíduos, diminuindo ou eliminando o risco de contaminação, de acidentes de

trabalho ou de danos ao meio ambiente. Alguns resíduos necessitam de tratamento intermediário, de acordo com sua classificação;

- **Coleta e transporte interno:** a coleta e transporte interno dos RSS consistem no traslado dos resíduos dos pontos de geração até local destinado ao armazenamento temporário ou armazenamento externo, com a finalidade de disponibilização para a coleta. É nesta fase que o processo se torna visível para o usuário e o público em geral, pois os resíduos são transportados nos equipamentos de coleta (carros de coleta), em áreas comuns;
- **Armazenamento temporário:** consiste na guarda temporária dos recipientes contendo os resíduos já acondicionados, em local próximo aos pontos de geração, visando agilizar a coleta dentro do estabelecimento e otimizar o deslocamento entre os pontos geradores e o ponto destinado à disponibilização para coleta externa;
- **Armazenamento externo:** o armazenamento temporário externo consiste no acondicionamento dos resíduos em abrigo, em recipientes coletores adequados, em ambiente exclusivo e com acesso facilitado para os veículos coletores, no aguardo da realização da etapa de coleta externa;
- **Coleta e transporte externo:** a coleta externa consiste na remoção dos RSS do abrigo de resíduos (armazenamento externo) até a unidade de tratamento ou disposição final, pela utilização de técnicas que garantam a preservação das condições de acondicionamento e a integridade dos trabalhadores, da população e do meio ambiente. Deve estar de acordo com as regulamentações do órgão de limpeza urbana.

Para plena execução dos serviços na unidade de saúde, a qual será terceirizada e a cargo da empresa OPUS, apresenta-se em anexo a minuta de PGRSSS com a capacitação da empresa e aprofundamento de alguns conceitos aqui apresentados, sendo necessária a implantação da gestão para que se possa concluir a projeto de PGRSSS.

a) Implantação PGRSS

opus
sustentabilidade ambiental

APRESENTAÇÃO

Usina de tratamento e destinação final dos resíduos Industriais e hospitalares.

Gerenciada pela empresa através de contrato de particulares bem como provenientes de licitações.

Destinação ambientalmente correta;

- Usina de tratamento de resíduos para atender os Estados e Municípios de outras regiões.
- Economicamente viável, especialmente quanto ao custo do H/h;
- O transporte dos referidos resíduos é realizado por caminhões preparados para este tipo de resíduo passando por dentro de cidade ou área residencial e o trafego para o transporte dos resíduos é fluente mesmo em horários de pico, ensejando uma otimização de transporte.

AUTOCLAVE

A autoclave, também conhecida como esterilização a vapor, é um dos processos mais utilizados para o tratamento dos resíduos em serviços de saúde no Brasil.

A autoclave é responsável pela descontaminação e descaracterização de resíduos sólidos (grupos A e E) proveniente dos serviços de saúde e controle sanitário de hospitais, indústrias e centros de tratamento de Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS).

- **LIXO HOSPITALAR -TRATAMENTO POR AUTOCLAVE**

opus
sustentabilidade ambiental

De acordo com dados divulgados pela ABRELP (Associação Brasileira de Empresas de Limpeza Pública e Resíduos Especiais) em 2013 cerca de 20,5% dos resíduos de serviços de saúde, ou como é mais conhecido, o lixo hospitalar, foram encaminhados para o tratamento por autoclaves.

A **autoclave** é um processo de esterilização a vapor, no qual se aplica vapor saturado sob pressão superior à atmosfera com a finalidade de se obter a esterilização do resíduo.

Esses resíduos são os rejeitos resultantes de atividades exercidas nos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, não só gerados em hospitais, mas também em clínicas, laboratórios, consultórios odontológicos e veterinários, farmácias, postos de saúde e outros similares que, por suas características oferecem risco de contaminação e, por isso, necessitam de processos de manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

A operação de descarte do lixo hospitalar custa cerca de seis vezes mais do que a praticada em relação ao lixo comum; assim, é necessário o acompanhamento atencioso dos órgãos de Vigilância Sanitária. Dada a sua potencialidade para a

transmissão de patologias, o resíduo hospitalar merece um cuidado todo especial no momento do descarte.

- O PROCESSO

Inicialmente utilizado na esterilização de material cirúrgico, este processo foi adaptado e desenvolvido para a inativação de resíduos infectantes. Consiste em um sistema de alimentação sob determinadas condições de pressão, que conduz os resíduos até uma câmara estanque onde é feito vácuo e injetado vapor d'água a uma temperatura que varia de 105 a 150°C. Os resíduos devem permanecer na câmara durante um determinado tempo até se tornarem estéreis. Por um lado do equipamento se descarta a água e por outro os resíduos.

O processo de **autoclave**, apresenta algumas vantagens.

- **Vantagens:**

-Custo operacional relativamente baixo;
-Não emite efluentes gasosos;
-O efluente líquido é estéril;
-A manutenção é relativamente fácil e barata quando comparada a outras formas de tratamento.

A OPUS SUSTENTABILIDADE oferece o tratamento de resíduos através de modernas tecnologias e equipamentos.

ESTERILIZAÇÃO DE RESÍDUOS: AUTOCLAVE

Originalmente utilizado na esterilização de material cirúrgico, a autoclave foi desenvolvida para a esterilização de resíduos.

A **autoclave** é um aparelho muito utilizado em laboratórios de pesquisas e hospitais para a esterilização de materiais. O processo de autoclavagem consiste em manter o material contaminado em contato com um vapor de água sob pressão, em temperatura elevada, garantindo-se condições de alta temperatura (entre 105 e 150°C) por um período de tempo suficiente para matar todos os micro-organismos.

A **autoclave** é formada por um cilindro metálico resistente, vertical ou horizontal, onde geralmente fica a resistência que aquecerá a água. Possui uma tampa que apresenta parafusos de orelhas e permite fechá-la hermeticamente. Em cima da tampa estão a válvulas de segurança e de ar. Apresenta também uma chave de comando para controlar temperatura e um registro indicador de temperatura e pressão.

Resíduos de serviços de saúde (RSS), mais comumente denominados de lixo hospitalar, assim como os resíduos químicos e resíduos biológicos são os rejeitos resultantes de atividades exercidas nos serviços relacionados com o atendimento à saúde humana ou animal, não só gerados em hospitais, mas também em

clínicas,laboratórios, consultórios odontológicos e veterinários, farmácias, postos de saúde e outros similares que, por suas características oferecem risco de contaminação e, por isso,necessitam de processos de manejo, exigindo ou não tratamento prévio à sua disposição final.

Existe uma diferença em destino final e tratamento de resíduos. O tratamento é preciso antecedente ao destino final, sendo que, para cada tipo de resíduo existe um tratamento e um destino final específico.

A **autoclave** abrange resíduos como os biológicos(cultura, inóculos e outros); sangue e hemoderivados; resíduos perfuro cortantes, cirúrgico, com exceção de peças anatômicas; e resíduos decorrentes da assistência ao paciente como secreções, excreções e outros.

O processo normal de **autoclave** comporta basicamente as seguintes operações:

- Pre-vácuo:
  Criam-se condições de pressões negativas de forma que, na fase seguinte, o vapor entre mais facilmente em contacto com os materiais a serem esterilizados.

- Admissão de vapor:
  Introdução de vapor na autoclave, seguido do aumento gradual da pressão, de forma a criar condições para o contacto entre a água superaquecida e os materiais, e para facilitar sua penetração nos invólucros, dando acesso a todas as superfícies.

- Esterilização:

Manutenção de temperaturas e pressões elevadas durante determinado período de tempo, ou seja, até se concluir o processo. De acordo com a carga, o especialista define o tempo e a temperatura de cada ciclo.

- Exaustão lenta:
  Libertação gradual do vapor que passa por um filtro com poros finos o suficiente para evitar a passagem de qualquer microrganismo para o exterior da autoclave, e permitir a diminuição gradual da pressão até que seja atingida uma atmosfera.

- Arrefecimento da carga:
  Arrefecimento da carga até uma temperatura que permita a retirada dos materiais da autoclave.

- Descarte do condensado:
  A utilização do vapor na autoclavagem dá origem à formação de um efluente que deverá ser descarregado numa estação de tratamento e liberado como um efluente doméstico.

A autoclave apresenta as seguintes vantagens:

- Custo operacional relativamente baixo;
- Não emite efluentes gasosos e o efluente líquido é estéril
- Manutenção relativamente fácil e barata.

EMPRESA COMPROMETIDA COM A SEGURANÇA DOS COLABORADORES, DA SOCIEDADE E DO MEIO AMBIENTE.

Especializada na consultoria e no gerenciamento de resíduos, prestando os serviços de coleta, transporte, tratamento e destinação final de resíduos.

Atuamos com pequenos, médios e grandes geradores de resíduos, tanto no segmento de saúde, como nos mais diversos segmentos de comércio e indústria. Possuímos contrato junto a uma empresa especializada para prestar atendimento emergencial e acidentes com cargas/produtos perigosos – PP.

Todas as nossas atividades são licenciadas e credenciadas pelos órgãos ambientais e cadastrados no CRQ - Conselho Regional de Química (Responsabilidade Técnica). A Opus Sustentabilidade também é cadastrada no Departamento de Polícia Federal, responsável pela autorização para recolhimento de Produtos Perigosos.

BIOSEGURANÇA

De acordo com toda legislação em vigor, atuamos com eficácia e responsabilidade ambiental na coleta de resíduos perigosos e não perigosos (NBR 10.004), e Resíduos de Saúde dos Grupos "A", "B", "D" e "E" (RDC 306/2004 – ANVISA).

I. Resíduos dos Grupos "A" e "E"- Resíduos biológicos (infectantes) e Perfurocortantes gerados em unidades de saúde. São coletados e enviados para o tratamento por INCINERAÇÃO E AUTOCLAVE e posteriormente, são encaminhados para os Aterros Sanitários Licenciados.

II. Resíduos do Grupo "B" - Resíduos químicos e Industriais gerados em unidades de saúde, indústria e comércio, coletados e encaminhados para tratamento através de incineração, blendagem ou co-processamento, além das empresas de valoração de resíduos através da descontaminação e recuperação de materiais.

III. Resíduos do Grupo "D" - Resíduos orgânicos e comuns conhecidos como "Lixo Extraordinário", gerados em Instituições, estabelecimentos comerciais, empresariais e também em unidades de saúde. São coletados em caminhões compactadores, e encaminhados diretamente para os Aterros Sanitários Licenciados.

ESTERILIZAÇÕES

Buscando a melhoria contínua em seus processos e excelência no atendimento, tal como o crescimento da empresa no mercado visa atender integralmente as necessidades de seus clientes

A unidade conta com um completo sistema de tratamento de odores e efluentes, que garantem que nenhum subproduto gerado, seja lançado no Meio Ambiente sem o devido tratamento e controle.

A OPUS SUSTENTABILIDADE - GERENCIAMENTO

A OPUS gerencia toda a área de logística e transporte de resíduos do grupoinfectante e foi criada devido à grande atenção necessária para prestar o serviço com qualidade e confiança.

São de nossa responsabilidade a elaboração e a distribuição das rotas dos colaboradores para as atividades de coleta e transporte de resíduos perigosos e não perigosos.

Todos os veículos e equipamentos são próprios e padronizados conforme a Resolução ANTT - 420 (CIPP, Kit de segurança, EPI's). Nossos motoristas são registrados e possuem MOPP (Certificado de Movimentação de Cargas Perigosas).

opus
sustentabilidade ambiental

Todos os colaboradores são treinados e capacitados conforme prescreve a legislação vigente.

Incinerador

O incinerador de 250 Kg/hora para incineração de resíduos patológicos e industriais tóxicos. Composta por incinerador BIO que atinge combustão completa com baixíssimas emissões de gases.

Outras vantagens do incinerador BIO:

Não é necessário triturar ou reduzir previamente o resíduo; ele pode ser alimentado de forma íntegra;

- O sistema Vortex de lavagem de gases não utiliza água;
- O **resíduo pode ser heterogêneo**, pode-se misturar **resíduo industrial**, **hospitalar e urbano;**
- É econômico, pois utiliza combustível somente para aquecimento das câmaras, que acontece no tempo recorde de 15-30 minutos;
- Reduz o volume de resíduo em até 99% devido a meticulosos cálculos de tempo de residência, área, e quantidade de ar;
- Segurança: o sistema de controle automático computadorizado reduz a mão-de-obra e aumenta a segurança na operação;
- Necessita apenas de dois operadores;
- O índice de nacionalização do equipamento é de 100%;
- Baixíssimas emissões de gases poluentes, ficando as mesmas dentro das normas técnicas atualmente em vigor;

- Depois de iniciado o processo, o reator não necessita de nenhum combustível auxiliar, sendo o próprio resíduo este combustível.

Descrição do equipamento

O equipamento BIO 250 possui capacidade nominal de até 250 kg/he se caracteriza por conduzir a destruição dos resíduos em um processo de multicâmaras com o aproveitamento do calor gerado em fluxo contracorrente.

Incinerador BIO 250

Todo o processo de funcionamento do incinerador é comandado por uma mesa de controle automatizada (CLP). O reator é modulado em um arranjo horizontal, construído em chapas de aço, contendo as seguintes partes principais:

Módulo 1 – Câmara de Alimentação. "Construída em chapa de aço carbono 3/8", soldada eletricamente, é hermética, com sucção interna evitando a fuga de gases durante a alimentação de resíduos.

Módulo 2 – Primeira Câmara de Combustão. "Fabricado em chapa de aço carbono de ½", possui paredes duplas, entre as quais circula água proveniente de um tanque acoplado na parte superior desta câmara, com finalidade de manter a temperatura. Neste módulo os resíduos são incinerados e as cinzas são depositadas em um cinzeiro. Nesta câmara são gerados os gases que sofrem o devido tratamento nos módulos seguintes.

A temperatura mínima dos gases na saída da câmara primária de combustão é de 800°C, sendo 2 segundos o tempo mínimo de residência. A primeira câmara de combustão conta com um sistema auxiliar para as partidas, utilizando querosene como combustível. A

temperatura mínima na saída da câmara de combustão é de 1200°C, sendo 3 segundos o tempo mínimo de residência.

Módulo 3 – Segunda Câmara de Combustão. É construída também em chapa de aço carbono volume de ½", soldada eletricamente e revestida internamente com concreto de tijolo refratário. Neste módulo inicia-se o tratamento dos gases gerados na primeira câmara de combustão.

Não existe sistema complementar de combustível na segunda câmara de combustão, sendo que as reações térmicas em seu interior são sustentadas com a energia térmica liberada na primeira câmara.

Módulo 4 – Trocador de Calor. Construído em chapas de aço com espessura de 3/8" e ½" e tubos DIN 2440 com diâmetros 4" e 6", tem por finalidade baixar a temperatura dos gases e gerar energia térmica, com um consumo de água diário de 4800 l.

Módulo 5 – Multi-Ciclone. Fabricado em aço carbono 3/16". Neste módulo do incinerador inicia-se o abate dos particulados, o gás entra em forma ciclonada, retendo as partículas maiores.

Chaminé – Com altura de **14 m** tem a finalidade de libertar a caloria gerada.

ALIMENTAÇÃO

A alimentação dos resíduos é feita semi automática (podendo ser automatizada, como opção) por 02 (dois) operadores treinados, o primeiro colocará o tambor fechado contendo o resíduo em um elevador de carga que elevará o mesmo até a plataforma, onde se encontra o segundo operador, este procederá à abertura dos tambores e despejará o resíduo no alimentador, acionando em seguida o pistão que introduz o material na primeira câmara do incinerador.

Monitoramento dos Gases

O sistema de monitoramento contínuo de CO e O2 serão efetuados através de analisador Saxon-Junkalor, modelo Infralyt 50. As análises serão realizadas de forma intermitente com a frequência que o órgão ambiental solicitar.

Amostragem dos Gases

O incinerador possui um ponto para amostragem de gases. Este ponto consiste em um bocal de 1" (uma polegada) na saída do sistema Vortex de tratamento dos gases, que durante a operação está lacrado, através deste bocal é possível inserir sondas para amostragem dos gases quando necessário. A necessidade de pontos de amostragem adicionais é facilmente resolvida por técnicos especializados da empresa fornecedora do equipamento.

Tratamento de Gases

O sistema de tratamento de gases é composto pelo multi-ciclone, módulo Vortex e pelos filtros de manga:

VORTEX: Estrutura vertical, fabricada em aço carbono 3/16" e soldado eletricamente. Internamente possui tubos SCH 40 com diâmetros de 10, 12 e 18". Tem a função de condensar os gases através da injeção de ar comprimido, atingindo temperaturas negativas. O gás proveniente do processo é introduzido no interior do primeiro cilindro (cilindro primário), sendo comprimido à alta pressão. No cilindro secundário há a expansão desse gás, ocorrendo redução de temperatura. Através da injeção tangencial de ar a alta pressão o gás altera seu estado de gasoso para líquido, como conseqüência é gerada uma neblina, sendo os poluentes gasosos e o mau cheiro absorvidos. A neblina é adsorvida pelos materiais particulados presentes, provocando aglomeração dos mesmos em partículas de maiores dimensões que caem para a parte inferior do Vortex e o ar sai limpo.

FILTROS DE MANGA: Este módulo é construído em chapas de aço carbono 3/16" com vigas em "U" de 4" e abrigam 35 filtros de manga que têm a finalidade de reter as micropartículas que tenham passado pelos processos anteriores.

Objetivos:

- Aumento da vida útil, do aterro atual para lixo urbano, pois todo o resíduo industrial e perigoso será tratado.
- A correta destinação dos Resíduos Industriais e perigosos conforme determina as normas e atenda as exigências.
- Minimizar e prevenir os impactos ambientais na região.
- Empreendimento Licenciado pelo Município e Estado
- Tratamento por Incineração de ultima geração
- Coleta e transporte dentro das normas para resíduos industriais.

NATALINO IVO DA PAIXAO JUNIOR:71310800120

Assinado de forma digital por NATALINO IVO DA PAIXAO JUNIOR:71310800120
Dados: 2023.02.20 10:10:49 -03'00'

Natalino Ivo da Paixão Júnior

OPUS SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

OPUS SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL EIRELI:36936285000114

Assinado de forma digital por OPUS SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL EIRELI:36936285000114
Dados: 2023.02.20 10:11:17 -03'00'

f) Política para redução do uso de papel – "Hospital *Zero Papel*":

Em linha com as boas práticas de sustentabilidade e gestão ecológica, através da adoção de ferramenta de documento digital buscamos uma significativa diminuição do fluxo de papel, melhoria da rastreabilidade dos documentos, garantia da integridade da informação, eliminação do uso de espaços físicos adicionais e custos inerentes à guarda de processos e economia de gastos com transporte de documentos, compra de papel e impressão departamental, a CHS João Paulo II apresenta a proposta de Papel Zero como forma de colaborar com o espírito deste decreto, com o meio-ambiente e com a utilização racional de recursos.

A CHS João Paulo II já adota nos hospitais, escritórios e demais equipamentos sob sua gestão, a política de Papel Zero. Será implantado, igualmente, na Unidade de Saúde as mesmas práticas, rotinas, sistemas e orientações, a fim de que este equipamento de saúde passe a colaborar com a redução de resíduos, com a melhoria do meio-ambiente e com uma melhor gestão de recursos naturais e financeiros.

Uma das melhores características desta política é que o Papel Zero automatiza a tramitação de processos dentro da administração, permitindo o envio, recebimento e assinatura de documentos de forma eletrônica, com certificação e de forma eletrônica e acessível, utilizando as ferramentas da Wareline Tecnologia em Saúde não apenas para a guarda e gerenciamento de documentos, mas também para realização de assinaturas de forma digital.

A Assinatura Eletrônica é uma tecnologia baseada em certificados digitais ICP-Brasil. Com o uso dessa ferramenta será possível integrar e simplificar todos os processos do hospital, principalmente aqueles relativos ao Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP). Com ela, os prontuários e fichas de evolução e anamnese poderão ser utilizados em formato digital e com respaldo jurídico, sem a necessidade de impressão. Esse processo resulta em economia de papel e também de espaço no armazenamento desses documentos.

Para desfrutar de todas as vantagens oferecidas por essa tecnologia, será disponibilizado o Certificado Digital (CD) aos médicos, também podendo ser usado por enfermeiros, também sendo possível a utilização do e-CPF por qualquer dos usuários (profissionais de saúde) que tenham interação com o prontuário do paciente.

Nesse contexto, o papel não se faz mais necessário dentro das instituições, a não ser para uso externo, observando-se a sua possibilidade de uso na inteiração com outros entes federativos, nos termos do artigo 5º da Lei nº 14.063. De modo geral, os documentos passam a ser utilizados em formato eletrônico, assinados digitalmente e arquivados em formato eletrônico.

1.2.2. Implantação de Fluxos

a) Fluxos Operacionais

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 50 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as circulações externas e internas dos Estabelecimentos Assistenciais à Saúde correspondem aos seus acessos (fluxos), estacionamentos e circulações horizontais e verticais.

Os fluxos de circulação e restrições aqui estabelecidos referem-se à qualificação das pessoas e locais, destacando-se que serão atendidas todas as regras de acessibilidade determinadas pela ABNT NBR 9050:2015.

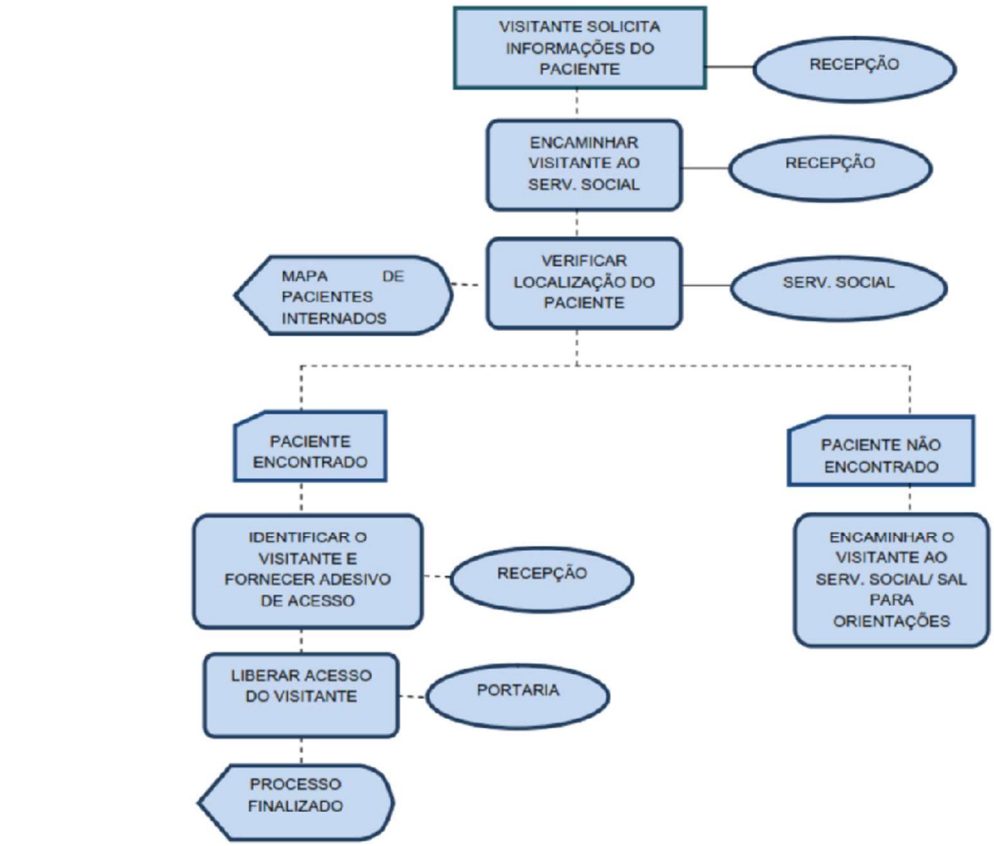
Serão adotados para a área interna os seguintes conceitos e determinações:

- **PACIENTES EXTERNOS**: São constituídos pelos fluxos dos pacientes que buscam o atendimento imediato (urgência e emergência), o atendimento ambulatorial, ou o apoio ao diagnóstico. A circulação destes pacientes pela unidade, assim como de seus acompanhantes, deve ser restrita às áreas funcionais onde recebem atendimento, evitando sua passagem pelas áreas de circulação reservadas aos funcionários e pacientes internados.
- **PACIENTES INTERNOS**: 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.
- **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 dos acompanhantes pela unidade deve ser restrita às áreas funcionais.
- **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.

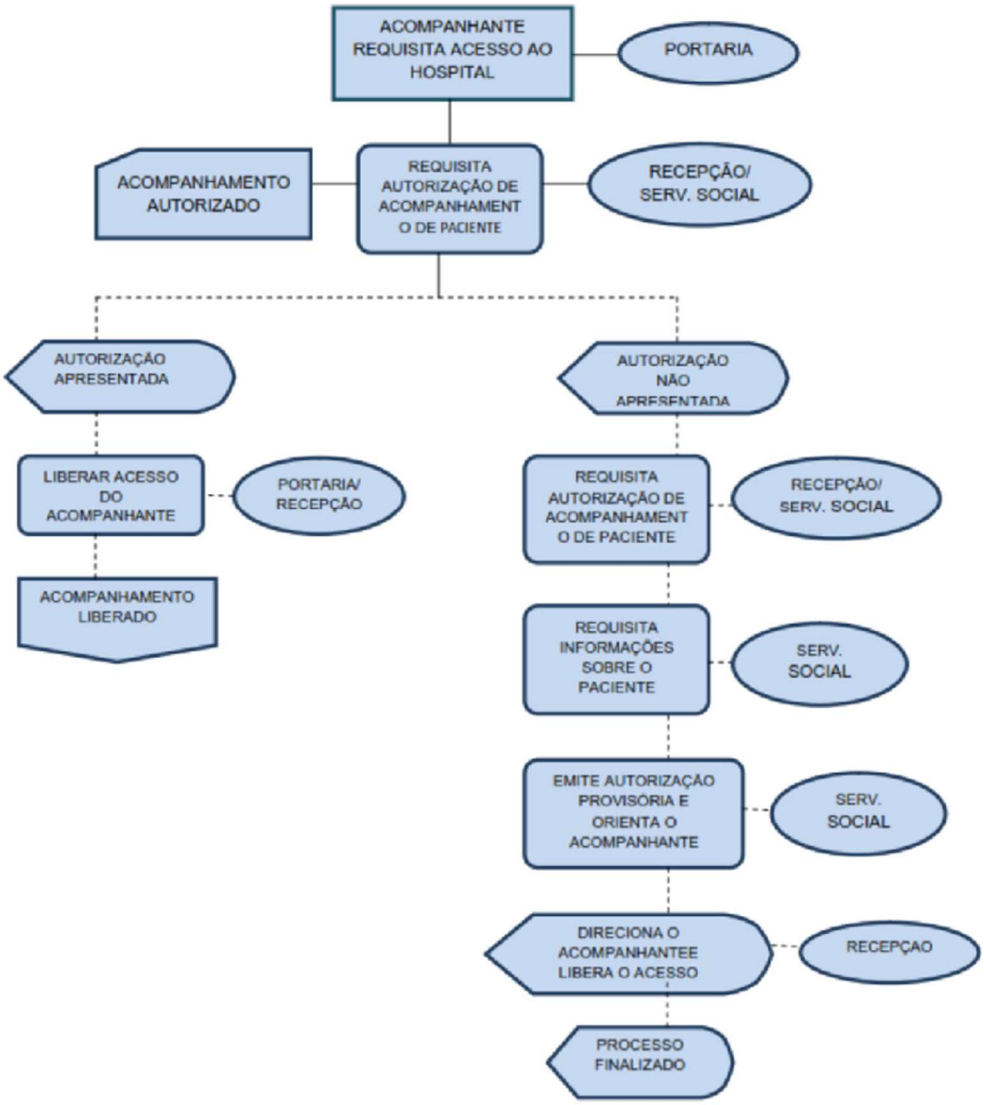
- **FUNCIONÁRIOS**: São constituídos pelos fluxos dos profissionais de saúde e de todos os técnicos e pessoal de apoio necessários ao funcionamento da unidade. A circulação dos funcionários pode ser restrita às unidades em que atuam ou, em alguns casos, autorizada por toda a unidade.

Para fins de implantação de fluxos operacionais, **<u>áreas restritas</u>** são os ambientes onde existe risco aumentado de transmissão de infecção, onde se realizam procedimentos de risco, com ou sem pacientes, ou onde se encontram pacientes imunodeprimidos. Ex.: Unidade de Terapia Intensiva, Isolamentos, Bloco cirúrgico e CME. Somente os profissionais devidamente identificados podem circular livremente por estas áreas, desde que trajados com roupas próprias da unidade e utilizando dos EPIs adequados.

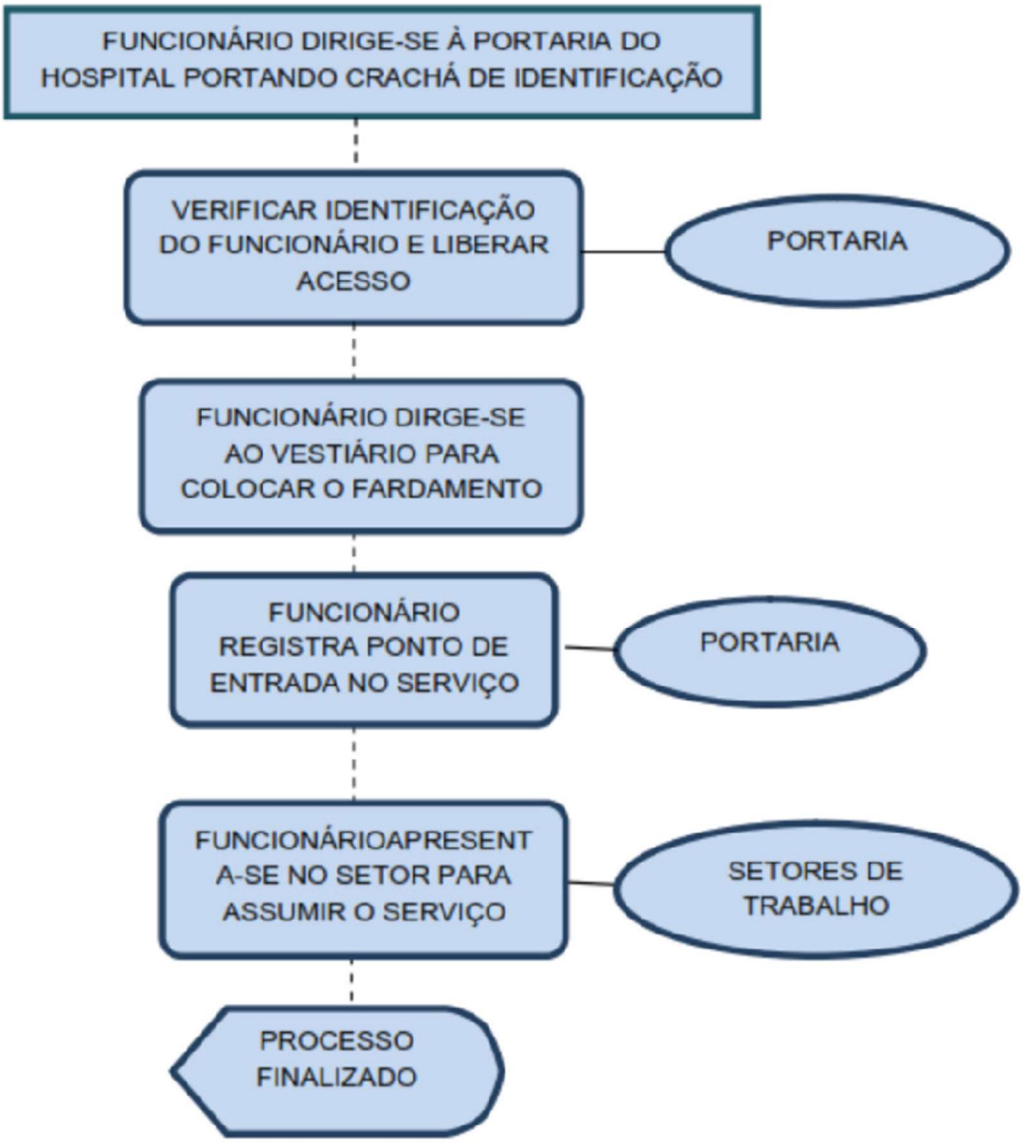
ACESSO PARA VISITANTES



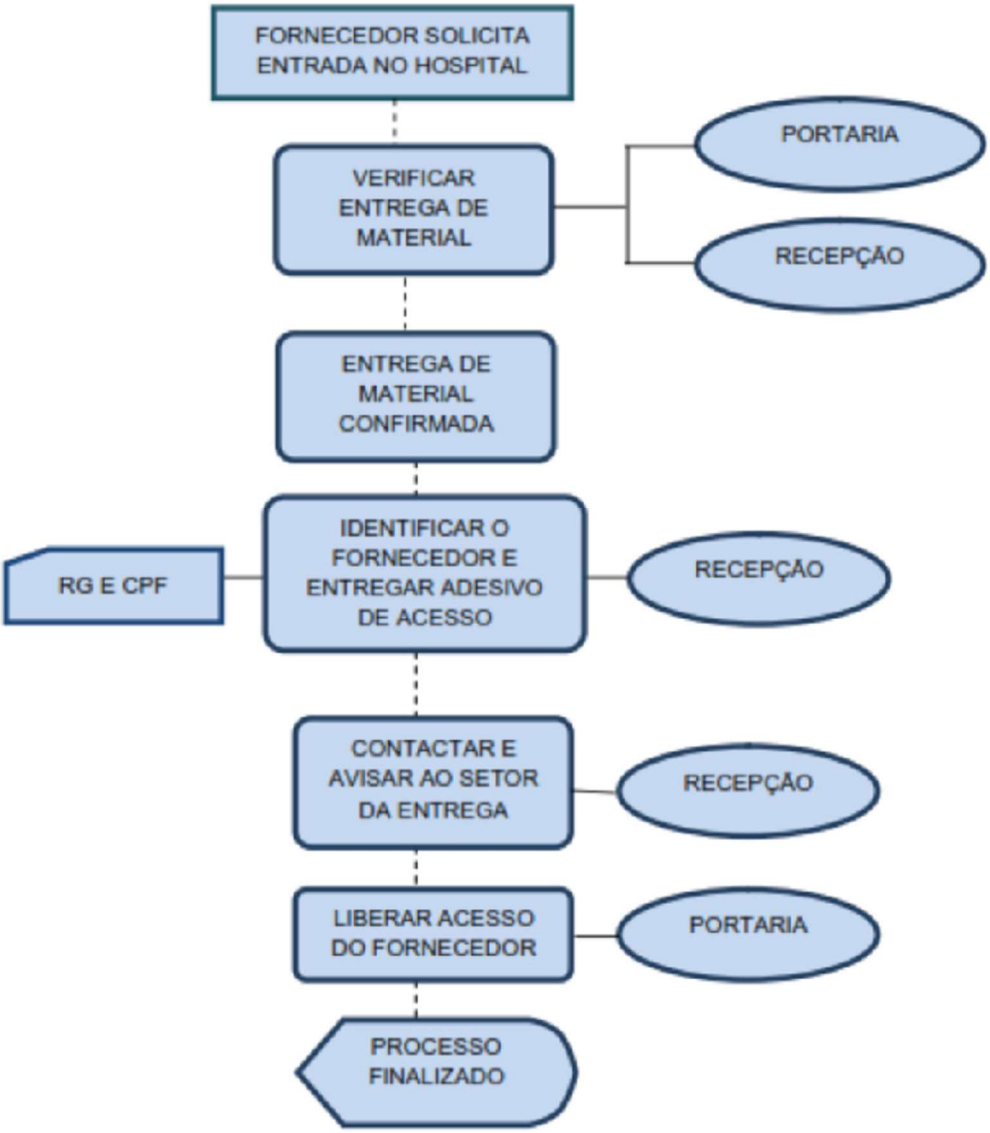
ACESSO PARA ACOMPANHANTES



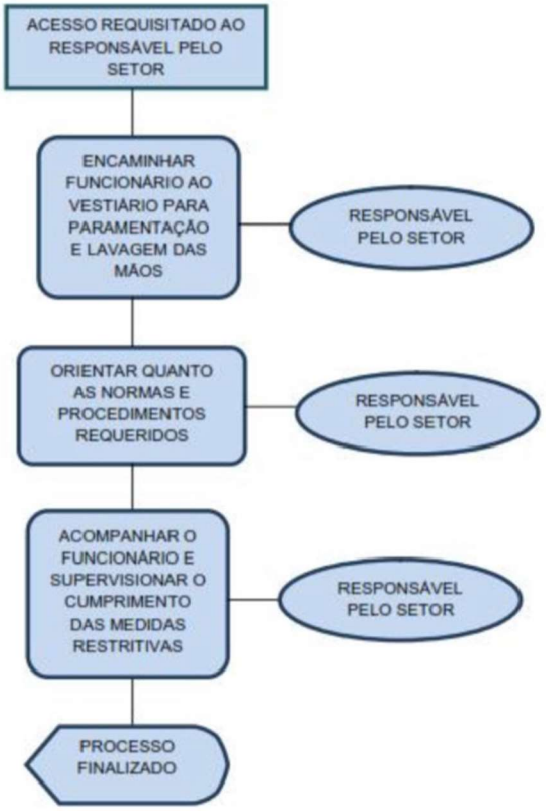
ACESSO DE FUNCIONÁRIO



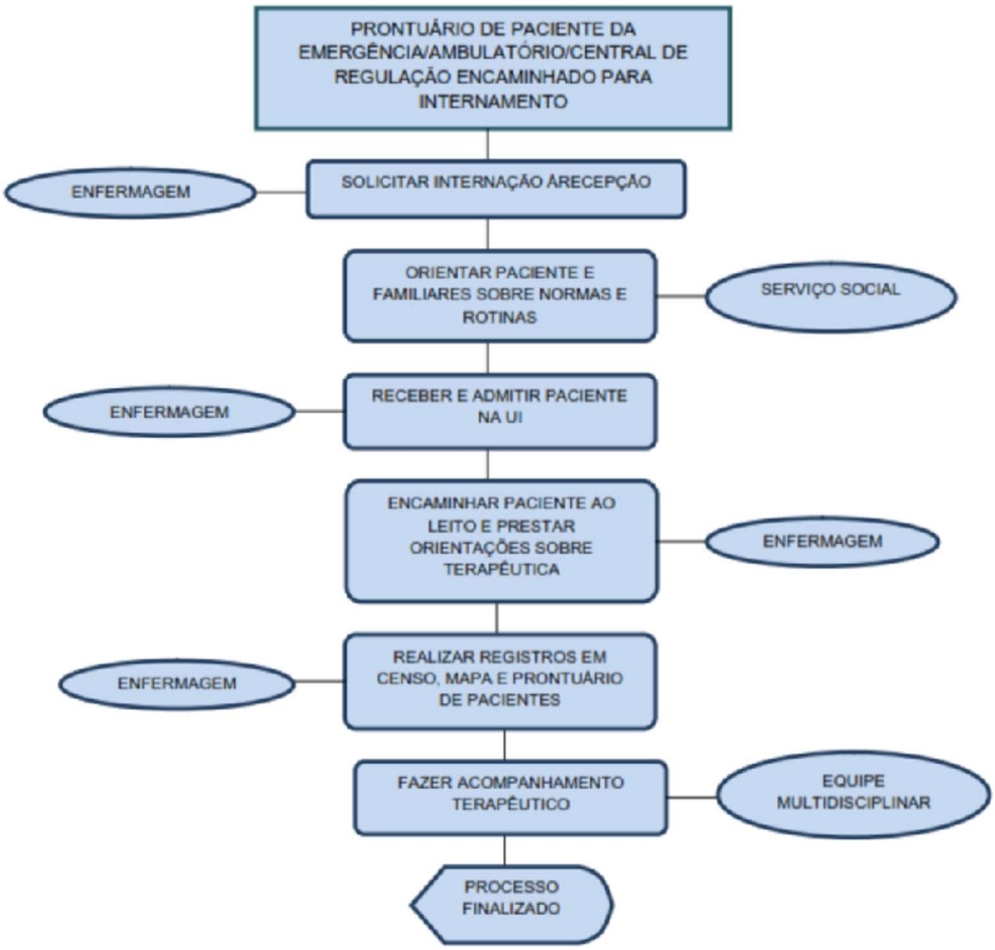
ACESSO PARA FORNECEDORES



ÁREA RESTRITA



INTERNAÇÃO DE PACIENTES



1.2.3. Implantação da gestão

a) Introdução à Política de Recursos Humanos

A provisão de recursos humanos para a Unidade de Saúde será realizada em conjunto entre a Diretoria da CHS João Paulo II, gestão local de Recursos Humanos e gestão da área solicitante, devendo ser analisada a necessidade de pessoal, planejamento orçamentário, análise de investimentos relativos à necessidade de aumento da demanda e ampliações coerentes com a estratégia de atuação adotada para a Unidade de Saúde.

Tendo em vista que a gestão de pessoas é um processo muito mais complexo do que apenas realizar as contratações e direcionar os colaboradores às suas funções, foram desenvolvidas ferramentas com o objetivo de analisar o clima organizacional da empresa, que pode ser conceituado como a atmosfera psicológica que envolve, num dado momento, a relação entre a empresa e seus funcionários, razão pela qual se buscará implantar uma pesquisa de clima organizacional periódica para essa avaliação.

Será implantado ainda uma política específica de cargos e salários de modo a garantir uniformidade nos pagamentos, redução do passivo trabalhista e garantia de progressão na carreira como instrumento de motivação profissional.

O quadro de funcionários da Unidade de Saúde será constituído por profissionais qualificados, contratados por meio de processo de seleção próprio, assegurando que as atividades técnicas, administrativas e de coordenação sejam executadas de maneira eficaz e em obediência a todas as políticas internas da unidade, regulamentos da categoria profissional, quando aplicáveis, e legislação.

Todas as Políticas e Normas de Recursos Humanos Institucionais estarão disponíveis aos gestores e funcionários, respeitadas as restrições quanto à confidencialidade, à proteção de dados pessoais e à privacidade. Serão estabelecidos documentos padronizados para registro e controle do pessoal e das escalas de trabalho aplicadas na Unidade de Saúde.

b) Implantação de Política de Recursos Humanos

O objetivo da Política de Recursos Humanos é normatizar o processo de recrutamento e seleção de candidatos para as vagas disponíveis de acordo com os cargos/funções e competências que serão desenvolvidas nas atividades das unidades e serviços de saúde.

O processo seletivo de contratação será sempre realizado com o intuito de complementar o quadro de profissionais devido a vagas abertas ou para formação de cadastro reserva para as vagas que eventualmente surgirem em decorrência de necessidades técnicas e operacionais.

Via de regra, a metodologia adotada será o oferecimento das vagas por edital, contemplando as etapas que serão estabelecidas de acordo com cada categoria profissional, podendo conter: inscrição, triagem, prova objetiva, entrevista individual ou coletiva e avaliação comportamental.

Os candidatos se inscreverão através dos meios eletrônicos anunciados, enviando seu currículo nos prazos indicados no edital ou divulgação. A inscrição do candidato implicará no conhecimento e na tácita aceitação das normas e condições estabelecidas pela organização.

O processo de avaliação e seleção de pessoal será dividido nas seguintes etapas:

- **Etapa I –** Análise do currículo frente aos requisitos mínimos exigidos pela vaga e convocação destes para participação no processo de avaliação;
- **Etapa II –** Aplicação de prova de conhecimento específico e conhecimentos gerais: a nota mínima para que o candidato se habilite para a próxima fase será de 6 pontos;
- **Etapa III –** Avaliação comportamental e entrevista final; e
- **Etapa IV –** Aprovação.

O cronograma das etapas da seleção será acordado entre a equipe de Recursos Humanos e o gestor da vaga, baseada na lista de classificação dos candidatos, considerando o desempenho do candidato nas fases citadas acima, cuja nota de corte será de 6 (seis) pontos e observando-se ainda os critérios definidos pelo modelo de gestão por competências aplicados no Anexo relativo à descrição da equipe técnica.

Em caso de empate, será dada preferência para o candidato interno e prevalecendo o empate será contratado o candidato com melhor desempenho na prova de conhecimentos específicos.

O arquivamento dos processos seletivos ocorrerá nos termos da Rotina para Registro de Documentos, ficando as provas arquivadas por 90 (noventa) dias, enquanto gabaritos, redações e testes de avaliação comportamental ficarão arquivados por 01 (um) ano, já o processo do candidato aprovado, é arquivado em seu prontuário funcional.

A divulgação do resultado do processo seletivo ocorrerá pelos mesmos meios da divulgação do edital, sendo os candidatos selecionados notificados por e-mail ou telefone pela equipe de Recursos Humanos.

O candidato deve respeitar o prazo informado para apresentação da documentação exigida em edital, a qual será compatível com a complexidade do cargo, sendo que não será contratado o candidato que deixar de comprovar qualquer um dos requisitos para contratação no cargo.

Para acompanhar o desenvolvimento do colaborador, com objetivo de avaliá-lo e potencializá-lo, será realizada, aos 45 e 90 dias a partir da data de sua admissão, a avaliação de experiência com foco em competências.

A avaliação será direta, realizada pela chefia imediata e acompanhada de *feedback* ao colaborador. Em havendo rescisão de contrato ao final dos 90 dias (período de experiência), o gestor deverá elaborar justificativa e encaminhar ao Departamento de Recursos Humanos.

O prazo de validade dos processos seletivos será de 01 (um) ano, contado a partir da data de homologação da aprovação do candidato, após a contratação, o colaborador participará de integração institucional, que é a porta de entrada e objetiva recepcionar novos colaboradores, facilitando sua adaptação e entendimento quanto ao funcionamento e filosofia da instituição.

c) Proposta para Regimento Interno da Unidade de Saúde

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÁS DR VALDEMIRO CRUZ (HUGO)

CAPÍTULO 1 – CONCEITUAÇÃO

Artigo 1° - Este Regimento representa a estrutura de funcionamento do Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO), compondo sua a gestão e trazendo, em linhas gerais, os aspectos diretivos, estruturais e institui as normas gerais de funcionamento do serviço.

CAPÍTULO 2 - DOS OBJETIVOS

Art. 2º - Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO) terá como objetivos, entre outros:

I. Assegurar a qualidade e a segurança das práticas assistenciais, assim como legitimar e padronizar as ações executadas nesta Unidade de Saúde.

II. Prestar assistência à saúde nos atendimentos aos usuários do SUS, conforme perfil, mecanismo de regulação de acesso e serviços definidos, sem distinção de nacionalidade, raça, credo, opinião política ou qualquer outra condição; e

III. Estar disponível para servir de campo de aprendizagem nas atividades relacionadas à assistência em urgência e emergência.

CAPÍTULO 3 – DA ABRANGÊNCIA

Artigo 3º - Esta instrução de regime interno abrange todos os servidores do Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO).

CAPÍTULO 4 – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 4º - Os serviços assistenciais do Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO) devem funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana e oferecendo atendimento de urgência e emergência;

Artigo 5º - O setor administrativo deve funcionar 8 horas por dia de segunda à sexta-feira;

Artigo 6º - O atendimento assistencial deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, por meio de revezamento racional de servidores.

CAPÍTULO 5 – DOS CONCEITOS

Artigo 7º - Para fins deste regime interno, considera-se:

I. Acolhimento: recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário;

II. Classificação de Risco: critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde ou grau de sofrimento, e não mais a ordem de chegada, baseando-se no Protocolo de Manchester;

III. Emergência: qualquer situação que represente risco imediato à vida ou comprometimento de órgão ou função, exigindo interferência imediata para que seja preservada a integridade da pessoa afetada. A existência de risco imediato é reconhecida pela equipe de saúde responsável pelo atendimento, com base na avaliação clínica da condição mórbida apresentada pelo paciente;

IV. Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário/paciente ou profissional da saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia

problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais;

V. Usuário/paciente: é qualquer pessoa que se submete a tratamento terapêutico e confia sua saúde a um profissional de saúde;

VI. Urgência: situação de risco de comprometimento de órgão ou função, estabelecido com base em critérios clínicos e no modo de apresentação da queixa, que, embora não exija interferência imediata, deve ser abordada no prazo máximo de algumas horas, seja por procedimentos diagnósticos complementares, seja por intervenção terapêutica.

CAPÍTULO 6 – DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 8º - Sobre as competências dos serviços do Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO):

I. acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na Unidade de Saúde;

II. garantir a qualidade e segurança das práticas assistenciais;

III. registrar em prontuário os dados cadastrais de cada usuário como: nome, endereço, telefone contato, identidade, CPF e número SUS, além de orientar quanto ao local de espera para classificação de risco.

IV. estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;

V. estratificar o risco de cada usuário, conforme a queixa através de escuta qualificada, aferindo os sinais vitais e avaliação primária com exame físico. É utilizado o protocolo SUS para estratificação onde os riscos são divididos em:

- Azul: atendimento compatível com atenção primária, sendo redirecionado para unidade de atenção primária conforme endereço (onde ser atendido) ou atendimento por ordem de chegada por apresentar baixa complexidade;
- Verde: atendimento médico em até 120 minutos;

- Amarelo Consultório: prioridade, atendimento em até 30 minutos;
- Amarelo Observação: atendimento imediato na sala de observação; e
- Vermelho: atendimento imediato na sala de estabilização.

VI. articular-se com a Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária de Saúde, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;

VII. fornecer atendimento às urgências como Atenção Primária de Saúde;

VIII. realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

IX. contrarreferenciar para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento;

X. requerer retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade;

XI. garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade;

XII. apresentar equipe interdisciplinar compatível com seu porte; e

XIII. garantir o transporte interhospitalar do paciente.

CAPÍTULO 7 – DA COMPOSIÇÃO/ORGANOGRAMA

Artigo 9º - Hospital de Urgências de Goiás Dr Valdemiro Cruz (HUGO) será gerido por uma diretoria técnica centralizada, dotada de corpo especializado em gestão hospitalar que executará as seguintes funções:

I. Coordenação Técnico na área Médica;

II. Coordenação Administrativa; e

III. Coordenação Técnica de Enfermagem.

Artigo 10 - À Coordenação Administrativa compete:

I. Coordenar e supervisionar o funcionamento da unidade;

II. Zelar pela qualidade dos serviços prestados;

III. Monitorar e executar o planejamento das atividades da Unidade de Saúde;

IV. Supervisionar as escalas de trabalho mensal e diário das equipes; e

V. Definir as políticas administrativas e assistenciais garantindo o bom funcionamento da unidade e o cumprimento de sua funcionalidade.

Artigo 11 - À Coordenação Técnica da Área Médica compete:

I. responsabilizar-se tecnicamente junto aos Conselhos Federal e Regional de Medicina e representar a Unidade de Saúde junto às autoridades e perante o juízo, conforme legislação vigente;

II. convocar e presidir as reuniões do Corpo Clínico;

III. colaborar com as atividades da Comissão de Ética;

IV. tomar conhecimento e encaminhar os pleitos do Corpo Clínico adotando as providências cabíveis;

V. encaminhar à Diretoria Executiva da Instituição as sugestões e pedidos do Corpo Clínico e vice-versa;

VI. cientificar a Diretoria Executiva da Instituição sobre irregularidade que se observe em relação à ordem, ao desempenho ético – técnico, ao asseio e a disciplina nos diversos serviços;

VII. organizar as equipes e escalas para atendimentos médicos;

VIII. proibir a utilização de prontuários médicos salvo para fins legais e científicos;

IX. disciplinar a liberação de informação médica ao público e à justiça, ouvindo-se necessário a Comissão de Ética;

X. apresentar relatório anual das atividades do Corpo Clínico à Diretoria Executiva; e

XI. cumprir e fazer cumprir o regulamento da Unidade de Saúde, o Regimento do Corpo Clínico e ao Código de Ética Médica do CFM.

Artigo 12 - Ao Corpo Clínico compete:

I. prestar assistência médica aos pacientes sob seus cuidados, respeitando a finalidade deste Corpo Clínico e encaminhando a médico de outro Serviço os casos que assim merecerem;

II. prestar assistência médica aos pacientes, independentemente de cor, raça, religião, situação social ou política;

III. decidir a respeito da admissão e demissão de médico ao Corpo Clínico, na forma deste Regimento, através da participação na Comissão de Credenciais;

IV. decidir sobre punição de médico, depois de receber os resultados da respectiva sindicância realizada pela Comissão de Ética, na forma deste Regimento;

V. realizar Assembleias e Reuniões Científicas;

VI. cooperar com a administração da instituição visando à melhoria da assistência prestada;

VII. colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes;

VIII. participar na educação sanitária da população;

IX. colaborar nos programas de treinamento do pessoal da instituição; e

X. contribuir para o aprimoramento dos padrões profissionais.

Artigo 13 - À Coordenação Técnica de Enfermagem compete:

I. responsabilizar-se tecnicamente junto aos Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e representar a Unidade de Saúde junto às autoridades e perante qualquer juízo competente, conforme legislação vigente;

II. coordenar os serviços assistenciais de enfermagem;

III. monitorar o processo de trabalho para o cumprimento das normas técnicas, administrativas e legais;

IV. supervisionar as equipes, realizando a distribuição e controle das atividades;

V. elaborar escala de trabalho mensal e diário das equipes;

VI. participar da elaboração das ações de enfermagem na padronização de normas, procedimentos e protocolos, visando garantir a qualidade da assistência aos pacientes e familiares; e

VII. realização do acompanhamento da manutenção dos equipamentos médicos hospitalares e demais recursos da Unidade de Saúde.

Artigo 14 Compete ao Enfermeiro Assistencial:

I. acatar às solicitações da Gerência de Enfermagem;

II. evoluir diariamente os pacientes assistidos pela Unidade de Saúde;

III. supervisionar a realização dos procedimentos técnicos;

IV. oferecer assistência ao paciente respeitando os princípios técnicos, éticos e científicos; e

V. participar das atividades da Educação Permanente.

CAPÍTULO 8 – DAS REUNIÕES GERAIS

Artigo 15 - As reuniões serão convocadas por escrito com antecedência mínima de 15 (quinze) dias úteis e acompanhadas da respectiva pauta.

Artigo 16 - As reuniões ordinárias serão realizadas pelo menos uma vez a cada noventa dias, sob a presidência do Diretor Presidente.

Artigo 17 - As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo Coordenador Geral.

Artigo 18 - As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

CAPÍTULO 9 – DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Artigo 19 – A Unidade de Saúde deve funcionar em estrita observância às normativas técnicas assistenciais e administrativas.

Artigo 20 - Os profissionais e colaboradores não poderão receber qualquer tipo de pagamento de pacientes ou familiares referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Artigo 21 - Todos os funcionários deverão apresentar-se ao trabalho no horário estipulado, conforme escala, devidamente uniformizado, relacionando-se com cortesia e gentilmente com os colegas de trabalho e pacientes.

Artigo 22 - Os funcionários deverão portar o crachá de identificação em local visível que permita sua identificação por parte do paciente.

Artigo 23 - Todas as normativas técnicas complementares a este Regimento são elaboradas em obediência às especificidades técnicas e ao perfil assistencial.

d) Proposta para Regimento dos Serviços de Enfermagem

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

TÍTULO I – DOS FUNDAMENTOS

CAPÍTULO 1 - DA FINALIDADE

Artigo 1º - Estabelecer e regulamentar os procedimentos necessários à normatização das rotinas dos procedimentos de enfermagem, visando uniformizar, agilizar e facilitar a atuação da equipe de enfermagem e o seguinte:

I. auxiliar toda a equipe de enfermagem nas atividades diárias, para o desempenho do seu trabalho, de forma segura;

II. auxiliar na qualidade da assistência prestada ao usuário/paciente;

III. organizar, orientar e documentar todo o desenvolvimento do serviço de enfermagem, visando cumprir sua missão, que consiste no compromisso e dever dos profissionais da enfermagem para com os usuários, família, comunidade e a equipe de saúde;

IV. identificar as necessidades, promover e colaborar em programa de ensino, treinamento em serviço e no aperfeiçoamento da equipe de enfermagem; e

V. trabalhar de acordo com o Código de Ética de Enfermagem e dos demais profissionais do serviço de saúde.

CAPÍTULO 2 - DA ABRANGÊNCIA

Artigo 2º - Esta Instrução Normativa abrange a Unidade Executora e todos os conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) cuja prestação de serviço será totalmente gratuita para os pacientes atendidos.

CAPÍTULO 3 - DOS CONCEITOS

Artigo 3º - Para fins desta Instrução Normativa, considera-se:

I. Acolhimento: recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a

articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário;

II. Classificação de Risco: Mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada;

III. Emergência: qualquer situação que represente risco imediato à vida ou comprometimento de órgão ou função, exigindo interferência imediata para que seja preservada a integridade da pessoa afetada. A existência de risco imediato é reconhecida pela equipe de saúde responsável pelo atendimento, com base na avaliação clínica da condição mórbida apresentada pelo paciente;

IV. Ouvidoria: Serviço representativo de demandas do usuário/paciente ou profissional da saúde e instrumento gerencial na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais;

V. Usuário/paciente: é qualquer pessoa que se submete a tratamento terapêutico e confia sua saúde a um profissional de saúde; e

VI. Urgência: situação de risco de comprometimento de órgão ou função, estabelecido com base em critérios clínicos e no modo de apresentação da queixa, que, embora não exija interferência imediata, deve ser abordada no prazo máximo de algumas horas, seja por procedimentos diagnósticos complementares, seja por intervenção terapêutica.

CAPÍTULO 4 - DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

Artigo 4º - Esta Instrução Normativa tem a seguinte base legal:

I. Constituição Federal, 1988 Título VIII – da Ordem Social, Capítulo II – Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200.

CAPÍTULO 5 - DAS RESPONSABILIDADES

Artigo 5º - São de responsabilidade da Unidade Responsável:

I. promover a divulgação deste Regimento, mantendo-a atualizada;

II. orientar as unidades executoras e supervisionar sua aplicação;

III. promover discussões técnicas com as unidades executoras e com a unidade responsável pelo controle interno, para definir as rotinas de trabalho e os respectivos procedimentos de controle que devem ser objeto de alteração, atualização ou expansão;

IV. prover recursos que possibilitem uma assistência integral aos pacientes, nas diversas fases do tratamento; e

V. programar e coordenar a alocação e treinamento de recursos humanos para a assistência ao paciente.

Artigo 6º - São de responsabilidade da Unidade Executora:

I. atender às solicitações da unidade responsável pela Instrução Normativa, quanto ao fornecimento de informação e à participação no processo de atualização;

II. alertar a unidade responsável pela Instrução Normativa sobre as alterações que se fizerem necessárias nas rotinas de trabalho, objetivando a sua otimização, tendo em vista, principalmente, o aprimoramento dos procedimentos de controle, aumento da eficiência operacional;

III. manter a Instrução Normativa à disposição de todos os servidores da unidade, velando pelo fiel comprimento delas;

IV. cumprir fielmente as determinações da Instrução Normativa, em especial quanto aos procedimentos de controle e quanto à padronização dos procedimentos na geração de documentos, dados e informações;

V. estimular e promover trabalho em equipe, promovendo um ambiente harmônico;

VI. difundir entre o pessoal de Enfermagem às diretrizes do Pronto Atendimento Municipal, firmando critérios de trabalhos norteados pelos princípios humanísticos inseridos no código de ética;

VII. colaborar com a equipe de saúde, a fim de melhorar e aperfeiçoar o desenvolvimento da assistência ao paciente;

VIII. colaborar com as instituições educacionais de saúde;

IX. manter um elevado padrão de atendimento em todos os níveis de assistência;

X. estabelecer técnicas e definir métodos de trabalho;

XI. programar as necessidades de pessoal dentro dos padrões de qualidade exigidos pelas unidades para assistência nas 24 horas;

XII. planejar, organizar coordenar a assistência prestada aos pacientes, de acordo com a metodologia de enfermagem;

XIII. criar condições e incentivar o relacionamento interdepartamental, com a comunidade e com os colegas de trabalho;

XIV. elaborar e Implantar a sistematização da assistência de enfermagem e, avaliar os resultados;

XV. prestar assistência preventiva e curativa ao paciente cuidado para a sua pronta recuperação o mais rápido possível;

XVI. colaborar para que os índices de infecção sejam levantados e correta possível;

XVII. preencher todas as formalidades necessárias, tanto no prontuário dos pacientes, quanto às demais solicitadas pela administração; e

XVIII. orientar os clientes quanto ao horário de visita dos pacientes a fim de facultar a boa recuperação deles.

Artigo 7º - São de responsabilidade da Unidade Responsável pela Coordenação do Controle Interno:

I. prestar apoio técnico por ocasião das atualizações da Instrução Normativa, em especial no que diz respeito à identificação e avaliação dos pontos de controle e respectivos procedimentos de controle; e

II. avaliar, através de auditoria interna, a eficiência dos procedimentos de controle, propondo alterações na Instrução Normativa para aprimoramento deles.

TÍTULO II - DOS PROCEDIMENTOS

CAPÍTULO 1 – DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

Artigo 8º - O Serviço de Enfermagem é formado por profissionais devidamente habilitados e destina-se a atender as necessidades humanas básicas dos usuários/pacientes, buscando reverter estado de desequilíbrio em equilíbrio, respeitando os preceitos éticos e legais.

Parágrafo Único - O Serviço de Enfermagem abrange as seguintes Unidades e Serviços:

I. Unidade de Internação;

II. CCIH;

III. Unidade de Emergência;

IV. Central de Material Esterilizado e Ambulatório; e

V. Triagem e HumanizaSUS.

Artigo 9º - A área administrativa dos setores é composta por:

I. Chefia de enfermagem;

II. Enfermeiro Assistencial do Box de emergência;

III. Enfermeira assistencial do setor de internação;

IV. Enfermeira assistencial - CCIH; e

V. Enfermeira assistencial da triagem – HumanizaSUS.

Artigo 10 - A unidade de internação é composta por:

I. UTI Adulto;

II. Unidade de Enfermaria Adulto Clínico;

III. Unidade de Enfermaria Cirúrgica;

IV. Unidade de Enfermaria Adulto Neurologia;

V. Unidade de Enfermaria Traumato-Ortopedia;

VI. Leito (população em situação de privação de liberdade);

VII. Centro Cirúrgico (Salas Cirúrgicas);

VIII. Centro Cirúrgico (RPA);

Artigo 11 - A central de material esterilizado é composta por:

I. Lavagem e Desinfecção;

II. Preparo;

III. Esterilização;

IV. Armazenagem; e

V. Distribuição.

§ 1º - Os curativos e/ou retirada de pontos somente serão realizados no PA aos sábados, domingos e feriados, de modo que, nos demais dias, estes procedimentos deverão ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde.

§ 2º - Exames médicos serão solicitados somente para pacientes internados ou em observação que terão seu resultado em até 12 horas.

§ 3º - As solicitações de cópias de prontuários, exames e RX, deverão ser solicitados na administração via protocolo, com prazo para entrega de 10 dias ou conforme ordem judicial.

§ 4º - Pedidos de receita de medicamento de uso contínuo e ou controlados, somente poderão ser retirados nas Unidades Básicas de Saúde.

CAPÍTULO 2 - ORDEM PARA ATENDIMENTO

Artigo 12 - A equipe de enfermagem deverá realizar uma pré-consulta, devidamente registrada em prontuário próprio, que inclui a queixa básica e aferição de dados vitais, facilitando a identificação dos pacientes de maior risco.

§ 1º - A ordem para atendimento no Pronto Atendimento será de acordo com a Classificação de Risco e será definida em função do potencial de gravidade ou de agravamento da queixa apresentada, sendo avaliada pelo enfermeiro do HumanizaSUS:

I. **Cor vermelha – Emergência:** acidentados, enfartados, ferimentos graves por arma de fogo ou arma branca, crise convulsiva;

II. **Cor amarela – Urgência:** cólicas renais, gestante com sangramento ou perda de líquido vaginal, crianças de 0 a 5 anos com febre acima de 38°C etc.;

III. **Cor verde – Prioridade:** Gestantes, crianças de colo, idosos, portadores de necessidade especiais, indígenas, detentos; e

IV. **Cor azul -** Demais consultas e atendimentos.

§ 2º - Dependendo da gravidade do paciente classificado como emergência, urgência e prioridade que está sendo atendido no momento, o usuário/paciente poderá aguardar na recepção para atendimento se classificado na cor azul, de 30 minutos a 4 horas para serem atendidos pelo médico.

§ 3º - A classificação de risco deverá ser identificada na ficha de atendimento e deverá ser realizada pelo enfermeiro responsável do plantão ou pelo enfermeiro do HumanizaSUS que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia de forma ágil o atendimento adequado a cada caso.

§ 4º - A classificação de risco não é permanente e pode mudar em função de alterações do estado clínico e de reavaliações sistemáticas do usuário/paciente.

Artigo 13 - O atendimento do Serviço de Enfermagem deve ser garantido durante todo o horário de funcionamento da Unidade, inclusive durante o almoço, reuniões gerais e treinamento dos profissionais, realizando o revezamento dos servidores.

CAPÍTULO 4 - DO HORÁRIO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Artigo 14 - Todos os servidores deverão apresentar-se ao trabalho no horário determinado conforme a escala de trabalho ou plantão, uniformizados e devidamente identificados.

Parágrafo Único - Os profissionais da saúde deverão exercer suas atividades de acordo com a escala elaborada mensalmente e o seguinte:

I. somente poderá ser prorrogado o plantão em caso de emergência se for determinado pela Chefia de Enfermagem, nas unidades que possuírem número de profissionais médicos igual ou superior a 03 nas 24 horas de serviço SPA;

II. comparecer na unidade de trabalho para receber o plantão com 15 minutos de antecedência; e

III. comunicar à chefia imediata caso haja a necessidade de ausência no setor, com antecedência para que seja possível realizar remanejo e reposição.

TÍTULO III - DAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO

CAPÍTULO 1 – DA PRECAUÇÃO PADRÃO

Artigo 15 - Como medida de proteção para evitar infecções, a equipe de enfermagem deverá:

I. lavar as mãos ou usar soluções antissépticas, antes e depois de qualquer procedimento;

II. usar luvas quando tocar em sangue e secreções corporais, mucosas ou lesão de pele de todos os pacientes, na administração de medicações injetáveis ou quando puncionar uma veia periférica e ao retirar o acesso venoso;

III. usar avental quando houver risco de contaminação do uniforme com sangue e secreções corporais; e

IV. usar máscara, touca e protetor de olhos quando houver risco de respingos de sangue e secreções na face.

Parágrafo Único - Depois de realizar o procedimento, o técnico ou enfermeiro deverá desprezar as agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos (caixa de perfurocortante ou *descarpack*) e nunca reencapar agulhas.

CAPÍTULO 2 - DOS CUIDADOS DE HIGIENE

Artigo 16 – Os profissionais de enfermagem devem apresentar no desempenho de suas funções: compromisso, responsabilidade, capacidade de trabalho em equipe, iniciativa, postura ética e conhecimento técnico e o seguinte:

I. manter a higiene corporal, pois somente o banho poderá eliminar o suor, sujidades e os microrganismos e tornar nossa aparência agradável;

II. os cabelos devem estar limpos e, presos e o uso da touca, quando necessário, deverão cobrir todo o cabelo, pois seu objetivo é a proteção dos cabelos;

III. as unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos;

IV. o uniforme deverá ser trocado todos os dias e todas as vezes que se fizer necessário;

V. os sapatos devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés; e

VI. lavar as mãos com água e sabão como medida de prevenção e controle de infecção, como forma de remoção de bactérias transitórias e algumas residentes, como também células descamativas, pelos, suor, sujidades e oleosidade da pele (regiões palmo-plantares e extremidades dos dedos) e o profissional de saúde deve fazer desse procedimento um hábito.

CAPÍTULO 3 - DAS VISITAS E ACOMPANHANTES

Artigo 17 - Não é permitido acompanhantes, com exceção para pacientes menores de 18 anos, maiores de 60 anos, gestantes e os portadores de necessidades especiais.

Parágrafo Único - São permitidos apenas dois visitantes por dia por paciente, no horário das 12h30min às 13h30min e 20h00min às 20h30min horas.

TÍTULO IV - DOS DIREITOS, DEVERES E PROIBIÇÕES

CAPÍTULO 1 - DOS DEVERES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Artigo 18 - São deveres dos profissionais da saúde:

I. prestar obediência aos seus superiores, cumprindo ordens e instruções;

II. apresentar-se ao serviço em perfeitas condições de asseio e quando obrigado ao uso do uniforme, trazê-lo perfeitamente limpo;

III. submeter-se a exames periódicos de saúde, de acordo com o estabelecido pela Administração;

IV. dedicar assistência direta e indireta ao paciente, executando com destreza, zelo e atenção os trabalhos que forem confiados;

V. tratar com a máxima humanidade todas as pessoas que mantiverem contato com a unidade, sem preferências individuais, esforçando-se para atendê-las prontamente;

VI. cooperar com a administração e os colegas, para que se atinjam satisfatoriamente os objetivos estabelecidos;

VII. sugerir aos seus superiores, obedecendo à hierarquia, quaisquer medidas que possam concorrer para maior eficiência dos serviços;

VIII. zelar pela economia do material da unidade e pela conservação do que for confiado à sua guarda e utilização, comunicando aos chefes qualquer quebra, perda ou extravio;

IX. observar sempre a máxima ordem e disciplina, tanto no seu local de trabalho como quando de passagem por outras dependências da unidade, inclusive na ocasião de entrada e saída para início e fim de trabalho, evitando provocar ruídos e aglomeração nas portarias e corredores;

X. zelar pela ordem e asseio do local de trabalho, jogando os papéis e outros materiais inúteis nos recipientes destinados a este fim;

XI. comunicar ao Serviço de Enfermagem, sem perda de tempo, as variações de residência, estado civil e número de pessoas dependentes, telefone para contato para que possa ser encaminhado ao serviço de pessoal;

XII. conservar em absoluto sigilo os assuntos do Pronto Atendimento em que tomar parte ou dos quais tiver conhecimento;

XIII. comunicar todo acidente de trabalho, imediatamente após sua ocorrência, não excedendo 24 horas de prazo a sua comunicação;

XIV. utilizar como vestiário do PA somente os locais determinados pela administração;

XV. empregar todo cuidado no exercício de seu trabalho, utilizando aparelhos e equipamentos de proteção, a fim de prevenir acidentes e a terceiros;

XVI. fazer uso somente de instrumental e materiais aprovados e registrados, sendo responsável pelo seu emprego apropriado e conservação;

XVII. permanecer no setor até a troca de plantão;

XVIII. participar da passagem de plantão;

XIX. cumprir escala mensal e escala de atividade diária, conforme estabelecido;

XX. utilizar boas maneiras no falar, utilizando tom baixo e compreensivo;

XXI. bater na porta antes de entrar, solicitar autorização para interromper; e

XXII. ouvir com atenção as queixas e solicitações dos pacientes.

§ 1º - Caso haja a necessidade de troca de plantão, o profissional da saúde deverá realizar previamente o registro da troca em livro de troca de plantão da enfermagem, sendo necessária a assinatura dos dois interessados.

§ 2º - Em hipótese alguma o servidor deverá se ausentar da unidade sem prévia autorização da chefia imediata.

CAPÍTULO 2 - DOS DIREITOS DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Artigo 19 - Todo servidor que cumpre escala de 12 horas tem direito a:

I. repouso de uma hora, podendo ser interrompido ou adiado a qualquer momento em situações de urgência e emergência, conforme avaliação da chefia imediata;

II. almoço e ou jantar no refeitório de 30 minutos; e

III. lanche no refeitório de 15 minutos.

CAPÍTULO 3 - DA PROIBIÇÃO AO PROFISSIONAL DA SAÚDE

Artigo 20 – São proibições aos profissionais da saúde:

I. fazer quaisquer comentários sobre operações ou casos clínicos, como também revelar segredos e assuntos pertinentes ao Pronto Atendimento Municipal, e, mais particularmente, sobre os que estejam ligados às duas funções, independente do cargo ou função que exerça;

II. fumar, quando de passagem por outras dependências, fora do seu posto de trabalho, como também neste;

III. manter-se dentro das dependências do Pronto Atendimento Municipal executando outra ocupação estranha ao serviço, bem como permanecer nela fora do seu horário de serviço;

IV. organizar, dentro das dependências do Pronto Atendimento Municipal, rifas, subscrições, vendas e compras ou outras iniciativas não autorizadas pela administração, bem como tomar parte nelas;

V. receber pessoas estranhas no recinto de trabalho, salvo ordem superior;

VI. usar mensageiros ou outros colaboradores do Pronto Atendimento Municipal para recados ou trabalhos pessoais;

VII. servir-se de uso de telefones ou impressos do Pronto Atendimento Municipal, para assuntos estranhos ao serviço;

VIII. permanecer em assuntos inerentes ao trabalho nas enfermarias, quartos e apartamentos com os doentes, salvo quando necessário, ou atrasar-se em dar cumprimento às suas obrigações;

IX. recusar-se a assistir qualquer doente, ou a atender ordem superior do plantão, chefes e, na sua ausência, dos seus substitutos, que respondem pela disciplina, ordem e presteza na execução dos trabalhos;

X. manter consigo bebidas alcoólicas ou drogas entorpecentes, em quaisquer dependências do Pronto Atendimento Municipal, ou trazê-las para essas mesmas dependências;

XI. participar de jogos de diversões como baralho, dados ou qualquer outra modalidade que envolva dinheiro ou não, dentro das dependências do Pronto Atendimento Municipal;

XII. sair das dependências do Pronto Atendimento Municipal durante o período de trabalho, sem para tanto estar autorizado pela administração;

XIII. usar termos ou atitudes indecorosas ou desrespeitosas, trocar insultos, mesmo a título de brincadeira, alterações com terceiros ou companheiros de trabalho, ainda que por razões de serviço, devendo qualquer questão ser discutida com os respectivos supervisores;

XIV. exercer comércio ou fazer empréstimo entre companheiros de trabalho, paciente ou qualquer pessoa que tenha contato com o Pronto Atendimento municipal;

XV. prestar serviços de qualquer espécie a outra empresa, na dependência do Pronto Atendimento Municipal;

XVI. trabalhar para terceiros com instrumental, maquinaria, roupas ou qualquer utensílio pertencente ao Pronto Atendimento Municipal;

XVII. receber, sob qualquer forma ou pretexto, dádivas e gorjetas de outras pessoas que estejam em relação de negócio com o Pronto Atendimento Municipal;

XVIII. agir, por qualquer modo, contra os interesses do Pronto Atendimento Municipal;

XIX. levar para fora das dependências do Pronto Atendimento Municipal documento e objetos pertencentes a ele, ainda que por motivos de serviço, sem autorização prévia da Administração;

XX. apresentar-se no local de trabalho munido de armas explosivas de qualquer espécie;

XXI. atender a paciente em locais não estabelecidos pela administração;

XXII. exceder o horário de repouso, conforme determinado de 1 hora;

XXIII. exceder o horário do lanche no refeitório de 15 minutos;

XXIV. exceder o horário do almoço e ou de jantar de 30 minutos;

XXV. irem para o repouso e refeitório no mesmo horário que outros do mesmo setor e função;

XXVI. realizar lanches e ou refeições fora do ambiente do refeitório, conforme determinação da CCIH;

XXVII. discutir ou envolver-se em discussões, tumultuando o ambiente de trabalho de modo que tais situações devam ser resolvidas com a chefia imediata e ou RT;

XXVIII. apresentar-se na unidade de trabalho trajando roupa transparente, joias e maquiagem em excesso; e

XXIX. trocar mais que três plantões no mês, acima deste somente com autorização prévia da responsável Técnica de Enfermagem.

CAPÍTULO 4 - DA PROIBIÇÃO AOS USUÁRIOS/PACIENTES E ACOMPANHANTES

Artigo 21 - Para o bem-estar do paciente e bom funcionamento do PA, é expressamente proibido:

I. portar-se de maneira inconveniente nos corredores do PA, fazer barulho, provocar ruídos ou falar alto;

II. fumar nas dependências do Pronto Atendimento Municipal;

III. pacientes e acompanhantes permanecerem em trajes de dormir fora dos seus aposentos;

IV. um paciente ou acompanhante visitar outros pacientes entre os aposentos, sem previa autorização do médico;

V. ligar aparelhos elétricos sem prévia autorização da Administração;

VI. entrar nos postos de enfermagem ou em outros locais de serviços especializados;

VII. acompanhante sentar-se no leito do paciente;

VIII. solicitar ao serviço de enfermagem ou aos demais servidores do PA, serviços que não sejam de sua competência;

IX. continuar ocupando os aposentos ou serviços de enfermagem, após a alta ou transferência para outra unidade;

X. utilizar ou destravar a torneira do oxigênio e vácuo, sem conhecimento da enfermagem;

XI. ir a lavanderia lavar roupas do paciente;

XII. pernoitar mais de um acompanhante; e

XIII. a entrada de qualquer alimento, a não ser que haja autorização da nutricionista.

CAPÍTULO 5 - DO PESSOAL E SUAS COMPETÊNCIAS

Artigo 22 - Ao responsável técnico do serviço de enfermagem compete:

I. dirigir, planejar, coordenar, implantar e avaliar a execução dos procedimentos de enfermagem visando promover, preservar, recuperar e reabilitar a saúde individual ou coletiva, nas diversas unidades, assegurando uma assistência de Enfermagem humanizada e de qualidade;

II. convocar e presidir reuniões com a equipe de enfermagem (chefes e demais profissionais da área);

III. apresentar à Administração relatórios mensais das atividades realizadas;

IV. manter atualizados os dados informativos a respeito dos serviços de Enfermagem, utilizando para isso os instrumentos administrativos;

V. promover, orientar, supervisionar e incentivar atividades de ensino e pesquisa;

VI. estabelecer e avaliar sistemas de controle de pessoal, materiais e equipamentos;

VII. planejar as atividades da Enfermagem, visando proporcionar a satisfação das atividades básicas dos pacientes, identificando-as, qualificando-as e distribuindo-as pelos elementos da equipe e pelos turnos;

VIII. definir e promover recursos humanos necessários ao atendimento de Enfermagem nas diversas unidades de internação, ambulatório e apoio, visando ao cuidado integral ao paciente;

IX. elaborar projeto visando definir a política de pessoal da Enfermagem, de acordo com a filosofia da Instituição;

X. orientar no desenvolvimento de métodos de controle administrativos, técnico, operacional e ético sobre as múltiplas e diversas atividades de Enfermagem;

XI. participar da política de padronização de medicamentos, materiais e equipamentos, permanentes e de consumo, incentivando e orientando as emissões de laudos técnicos;

XII. manter, mediante instrumentos próprios, sistemas de avaliação contínua, visando medir o desempenho da equipe de Enfermagem e a qualidade da assistência prestada aos pacientes;

XIII. integrar e participar de comissões que venham a ser criadas, sempre que os assuntos sejam pertinentes à Enfermagem ou a ela relacionados;

XIV. incentivar e colaborar com programas que visem à prevenção de doenças;

XV. elaborar instrumentos visando à autoavaliação funcional contínua;

XVI. cumprir e fazer cumprir o Código de Ética;

XVII. estabelecer sistemas de supervisão de enfermagem, associando-os aos processos de controle e educação;

XVIII. estabelecer sistemas de ensino e de reciclagem, desenvolvendo programas de treinamento contínuo do pessoal em serviço e informação aos pacientes e seus familiares;

XIX. manter bom relacionamento com os demais serviços hospitalares;

XX. planejar e orientar o uso adequado das áreas físicas, ligadas à Enfermagem, opinando sobre modificações necessárias;

XXI. promover, incentivar e facilitar a participação da equipe em eventos científicos que contribuem para seu crescimento e desenvolvimento profissional;

XXII. promover e sugerir medidas que visem assegurar a harmonia e equilíbrio da equipe de Enfermagem;

XXIII. participar, quando convocado, de reuniões com a administração;

XXIV. dar pareceres e informações para expedientes e processos relativos à Enfermagem;

XXV. orientar o Setor de Recursos Humanos e participar com ele, na seleção de candidatos para a equipe de Enfermagem;

XXVI. avaliar o desempenho das Chefias sob sua coordenação;

XXVII. participar da elaboração de projetos de pesquisas concernentes à Enfermagem e incentivar a participação da equipe;

XXVIII. elaborar métodos de pesquisa que visem medir a satisfação dos pacientes, no que se refere à assistência de Enfermagem e comissão Científica;

XXIX. cumprir e fazer cumprir as Normas estabelecidas pela CCIH;

XXX. manter o Regimento da Divisão de Enfermagem atualizado;

XXXI. manter rigoroso comportamento ético-profissional; e

XXXII. desempenhar tarefas afins.

Artigo 23 - Aos enfermeiros assistenciais responsáveis por setores compete:

I. organizar, coordenar, supervisionar e orientar todas as seções sob sua responsabilidade, visando unificar e sistematizar a assistência de enfermagem, a fim de assegurar assistência adequada aos pacientes;

II. participar da elaboração de programas que visem ao aperfeiçoamento das atividades desenvolvidas nas unidades abertas, elaborar e desenvolver normas para sua execução;

III. convocar e presidir reuniões periódicas com o pessoal de Enfermagem;

IV. desenvolver programas com as unidades afins, visando esclarecer a coordenação dos trabalhos para que permaneça numa mesma filosofia e metodologia;

V. dar pareceres e informações em processos e outros expedientes relacionados com as unidades, encaminhando-os à chefia do serviço;

VI. executar e incentivar pesquisas científicas em assuntos de Enfermagem de sua área de competência, e colaborar com as pesquisas dos demais profissionais da área de saúde, após aprovação da chefia do serviço;

VII. representar o Serviço de Enfermagem em grupos de trabalhos externos, por delegação do serviço;

VIII. apresentar relatórios mensais das atividades realizadas e do movimento estatístico das unidades de sua área de competência, para a chefia de Enfermagem;

IX. participar, junto ao Setor de Recursos Humanos, de treinamento sistematizado, bem como do desenvolvimento de programas de educação para saúde;

X. manter intercâmbio com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, objetivando o controle de infecção, dentro dos parâmetros preconizados;

XI. manter intercâmbio de comunicação na área hospitalar, ambulatorial, urgência e demais unidades, visando promover a harmonia no serviço de Enfermagem;

XII. colaborar com a chefia para esclarecer e fazer cumprir o Regimento do Serviço de Enfermagem e Regulamento do Pronto Atendimento Municipal;

XIII. colaborar com órgãos técnicos e executivos da instituição, propondo medidas que visem à perfeita inter-relação entre os serviços;

XIV. participar na implantação do manual de normas e rotinas, juntamente com a chefia do serviço;

XV. informar e interpretar as normas hospitalares elaboradas pela chefia;

XVI. zelar pelo cumprimento do Código de Ética;

XVII. participar de reuniões, quando convocado;

XVIII. responder pela qualidade dos trabalhos executados nas unidades, cujo desempenho repercuta ou não em outras áreas;

XIX. participar da elaboração do regimento interno do serviço, mantendo-o atualizado;

XX. elaborar e desenvolver metodologia visando minimizar custos, mediante controles efetivos de pessoal, materiais, equipamentos, medicamentos e outros;

XXI. apor o número de sua inscrição junto ao COREN, em documentos afins;

XXII. manter quitadas suas obrigações junto ao COREN;

XXIII. manter rigoroso comportamento ético-profissional;

XXIV. controlar o material e equipamento em uso, verificando o seu emprego adequado e solicitar reposição quando necessário;

XXV. elaborar escala de serviço mensalmente, sob orientação e avaliação da responsável técnica do serviço de Enfermagem;

XXVI. controlar assiduidade, pontualidade e disciplina dos seus colaboradores;

XXVII. no início de cada plantão realizar a conferência da unidade, visando à detecção precoce de ausência de materiais, aparelhos e afins, antes que estes sejam necessários;

XXVIII. solicitar sempre que necessário à presença de um assistente social e/ou espiritual;

XXIX. passar plantão e supervisionar a passagem de plantão dos TE e AE;

XXX. admitir e orientar os pacientes na unidade;

XXXI. diagnosticar as necessidades de enfermagem e elaborar um Plano de Assistência a ser prestada pela equipe de Enfermagem na unidade;

XXXII. auxiliar o médico nos cuidados ao paciente;

XXXIII. prestar assistência de Enfermagem a pacientes graves;

XXXIV. participar das atividades de pesquisa de enfermagem;

XXXV. participar do programa de educação em serviço;

XXXVI. participar do programa de educação e orientação ao paciente, familiares e visitas;

XXXVII. atender e encaminhar os familiares do paciente;

XXXVIII. saber trabalhar em equipe, aceitar a autoridade e supervisão;

XXXIX. apresentar à sua chefia imediata relatórios mensais das atividades realizadas no setor;

XL. registrar a temperatura no mapa de imunobiológicos, comunicar intercorrência e falta dele;

XLI. registrar toda AIH, solicitação de UTI, encaminhamentos e declaração de óbitos expeditos em seu turno; e

XLII. desempenhar tarefas afins.

Artigo 24 - Ao técnico e ao auxiliar de enfermagem compete:

I. tomar conhecimento de evolução do serviço e do estado dos pacientes através de passagem de plantão, juntamente com a equipe;

II. receber pacientes admitidos na unidade e orientá-los quanto às normas do Pronto Atendimento Municipal;

III. executar os cuidados da Enfermagem e a ele delegados;

IV. anotar no prontuário do paciente os cuidados prestados, medicação, tratamentos aplicados, sinais e sintomas, de maneira clara e objetiva, logo após a sua execução, bem como checá-los;

V. auxiliar os demais membros da equipe da unidade sempre que solicitado;

VI. comunicar ao enfermeiro de imediato, as alterações observadas no estado geral dos pacientes;

VII. prestar orientações dentro da sua competência aos familiares do paciente sempre que solicitado;

VIII. comunicar com antecedência ao chefe do turno quando precisar se ausentar;

IX. colaborar na manutenção da ordem e limpeza do setor;

X. preparar materiais, utensílios, roupas e outros quando necessário;

XI. atender às solicitações do paciente;

XII. manter rigoroso comportamento ético-profissional, e se manter quite com suas obrigações junto ao COREN;

XIII. prestar assistência de Enfermagem a pacientes em estado grave sob supervisão do enfermeiro (TE);

XIV. acompanhar os pacientes sobre sua responsabilidade:

i. durante a transferência da cama para cadeira de rodas e ou macas; e

ii. durante o encaminhamento do paciente para o setor de RX.

XV. zelar pela integridade do paciente, garantindo o acesso venoso quando necessário e demais cuidados de enfermagem;

XVI. cumprir a sistematização da assistência em Enfermagem, bem como checá-la;

XVII. apor o número de sua inscrição junto ao COREN, em documentos afins;

XVIII. cumprir as normas e regulamentos específicas do Pronto Atendimento; e

XIX. desempenhar tarefas afins.

Artigo 25 - Ao técnico de enfermagem e enfermeiro da viagem compete:

I. manter telefone ligado e endereço atualizado;

II. receber o plantão com o enfermeiro plantonista, certificando das cópias dos documentos e prontuários, exames, RX e SAE;

III. confirmar destino e número da vaga;

IV. anotar o nome da equipe de transporte no livro de transferência;

V. conferir material a ser necessário na ambulância;

VI. conferir a medicação a ser necessária durante o transporte;

VII. conferir funcionamento do aspirador e respirador;

VIII. conferir quantidade de O2 na ambulância e colocar água destilada no umidificador;

IX. averiguar a necessidade do uso de fraldas;

X. deixar a ambulância organizada e a caixa de emergência reposta e limpa, ao retornar na unidade;

XI. ligar o Cardiomax e o respirador mecânico na tomada, certificando-se da voltagem;

XII. trocar, sempre que necessário, as almotolias vencidas e o *descarpack*;

XIII. realizar a limpeza das ambulâncias e caixa de viagem, registrando no livro de ocorrências, a cada 15 dias; e

XIV. desempenhar tarefas afins.

§ 1º - Durante o transporte do paciente, o técnico de enfermagem ou enfermeiro deverá:

I. monitorar parâmetros vitais;

II. assegurar a permeabilidade das vias aéreas;

III. manter curativos limpos e secos;

IV. realizar medicação conforme prescrição médica;

V. se tiver o profissional médico acompanhando a viagem, comunicá-lo sobre quaisquer intercorrências;

VI. passar o plantão para o enfermeiro da unidade de destino, após apresentar-se; e

VII. retornar com os materiais que foram utilizados no paciente (ambú, máscara de venturi, prancha, lençol, colar cervical, etc.) deixando-os nos lugares devidos para limpeza e desinfecção.

§ 2º - O descumprimento das normas implicará na exclusão deste profissional das escalas de viagem.

TÍTULO V - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 26 - O pessoal de Enfermagem não poderá receber de usuários ou familiares pagamentos referentes aos serviços prestados durante sua jornada normal de trabalho.

Artigo 27 - O usuário/paciente que tiver necessidade de fazer reclamações, sugestões ou demais questionamentos deverão ser orientados para procurar a Diretoria Executiva da Instituição, a ouvidoria ou os canais de ética e Compliance formalmente instituídos, garantido o direito ao sigilo.

Artigo 28 - Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

e) Proposta para Regimento do Corpo Clínico

PROPOSTA DE REGIMENTO INTERNO DO CORPO CLÍNICO

CAPÍTULO 1 – CONCEITUAÇÃO

Art. 1º - O Corpo Clínico é o conjunto de médicos que se propõe a assumir solidariamente a responsabilidade de prestar atendimento aos usuários do Hospital, respeitadas as normas administrativas específicas estabelecidas pela Diretoria.

CAPÍTULO 2 – DA FINALIDADE

Art. 2º**.** Este Regimento tem por finalidade disciplinar as ações e os serviços de saúde executados, isolada ou conjuntamente, pelos componentes do Corpo Clínico do estabelecendo linhas de relacionamento ético e funcional com base nas determinações contidas na Resolução do CFM nº 1481/97 e em consonância com o Regulamento Interno da Unidade de Saúde.

CAPÍTULO 3 - O CORPO CLÍNICO

Art. 3º - O Corpo Clínico possui a incumbência de prestar assistência aos pacientes que procuram atendimento no Hospital, gozando de autonomia profissional, técnica, científica, política e cultural.

Art. 4º - O Corpo Clínico tem como objetivos, dentre outros:

I. reunir o conjunto de médicos da instituição;

II. promover a melhoria no atendimento ao paciente;

III. promover o bom desempenho profissional e a constante busca pelo aperfeiçoamento profissional;

IV. estimular a pesquisa médica;

V. cooperar com a administração da instituição para melhoria do serviço; e

VI. colaborar com o cumprimento do Código de Ética Médica.

Art. 5º - Compete ao Corpo Clínico:

I. frequentar a instituição assistindo seus pacientes, valendo-se dos recursos técnicos disponíveis;

II. participar das suas Assembleias e Reuniões Científicas;

III. votar e, conforme a categoria pertencente, ser votado;

IV. eleger o Diretor Clínico e seu substituto, chefes de serviço, bem como a Comissão de Ética Médica;

V. decidir sobre a admissão e exclusão de seus membros garantindo ampla defesa e obediência às normas legais vigentes; e

VI. colaborar com a administração da instituição, respeitando o Código de Ética Médica, os regulamentos e as normas existentes.

Art. 6º - São direitos dos integrantes do Corpo Clínico:

I. a autonomia profissional;

II. a admissão e a exclusão de membros serão decididas pelo Corpo Clínico, garantindo-se ampla defesa e obediência às normas legais vigentes;

III. o acesso à instituição e seus serviços;

IV. a participação nas assembleias e reuniões;

V. o direito de votar, e conforme o caso, ser votado;

VI. receber a remuneração pelos serviços prestados de forma mais direta e imediata possível;

VII. a decisão final sobre a prestação do serviço médico da instituição, ficando resguardado, no limite dos preceitos éticos, o direito de o médico decidir autonomamente em atender pacientes vinculados a convênios mesmo quando aceitos pelo Corpo Clínico; e

VIII. comunicar falhas observadas na assistência prestada pela instituição e reivindicar melhorias que resultem em aprimoramento da assistência aos pacientes.

Art. 7º - São deveres dos integrantes do Corpo Clínico:

I. obediência ao Código de Ética Médica, ao Estatuto e ao Regimento Interno da instituição;

II. assistir os pacientes sob seus cuidados com respeito, consideração e dentro da melhor técnica, em benefício do paciente;

III. se manter quite com as obrigações perante o CRM, conforme determina a lei;

IV. colaborar com seus colegas na assistência aos seus pacientes, quando solicitado;

V. participar de atos médicos em sua especialidade ou auxiliar colegas, quando necessário. Para a prática, em outra área diferente da que foi admitido deve o médico interessado cumprir as formalidades previstas para o ingresso no Corpo Clínico;

VI. cumprir as normas técnicas e administrativas da instituição;

VII. elaborar prontuário dos pacientes com registros indispensáveis à elucidação do caso, a qualquer momento;

VIII. apresentar anualmente, certidão de inscrição e quitação junto ao Conselho Regional de Medicina do Estado da instituição, sob pena de exclusão do Corpo Clínico;

IX. colaborar com as comissões específicas da instituição; e

X. restringir sua prática médica às áreas para as quais foi admitido, exceto em emergências.

CAPÍTULO 4 – DIRETORIA CLÍNICA

Art. 8º - A Diretoria Clínica é o órgão de administração do Corpo Clínico.

Art. 9º - Integram a Diretoria Clínica:

I. o Diretor Clínico é o representante do Corpo Clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, reportando ao DAM sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições; e

Parágrafo Único: O Diretor Clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico.

II. O Vice-Diretor Clínico será eleito por seus pares em chapa fechada, e tem assegurada total autonomia no desempenho de suas atribuições.

Parágrafo único: O mandato do Diretor Clínico e do seu substituto terá duração de 30 meses, podendo ser reeleito para igual período.

Art. 10 - O Diretor Clínico e seu substituto serão eleitos por votação direta, secreta e por maioria simples de votos, em processo eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias.

§ 1º - O Processo eleitoral para eleição do diretor Clínico e seu substituto será conduzido da seguinte forma:

a) será designada uma Comissão Eleitoral temporária, com membros indicados pelo Corpo Clínico, em assembleia, ou, na impossibilidade, pelo próprio Diretor Clínico. A Comissão realizará a condução dos trabalhos eleitorais, podendo deliberar sobre eventuais ocorrências nas eleições,

servindo o CRM como espécie de órgão recursal, quando não houver solução pela própria Comissão;

b) a Comissão Eleitoral devidamente designada publicará Edital, do qual constará data, local e horário do pleito, bem como procedimento para inscrição de chapa;

c) os interessados deverão firmar termo de aquiescência e anexar a competente certidão de quitação com as suas anuidades, bem como certidão negativa de condenações ético-profissionais fornecidas pelo CRM;

d) para a eleição é obrigatória a formação de chapas das quais constem os candidatos aos cargos de Diretor Clínico e o seu Vice-Diretor, sendo considerada eleita a chapa que obtiver a maioria simples dos votos;

e) após finalizada a eleição, o DAM comunicará ao CRM o resultado e encaminhará cópia do ato que designou a Comissão Eleitoral, cópia do Edital, cópia da documentação elencada na alínea "c)" firmada pelos candidatos, cópia da lista de votantes e cópia da ata de apuração;

f) Na vacância total do cargo, o Corpo Clínico deverá designar a Comissão Eleitoral e essa deflagrar novo processo eleitoral imediatamente para a realização de nova eleição, a fim de que seja estabelecida a direção do Corpo Clínico até o término do mandato, quando deverão ser realizadas novas eleições.

§ 2º - O Médico apenado eticamente no CRM está impedido de candidatar-se ao cargo, seja como diretor, seja como vice.

Art. 14 - São competências, direitos e deveres do Diretor Clínico:

I. São competências do Diretor Clínico:

a) assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;

b) exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;

c) organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013;

d) exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

e) disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas; e

f) determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

II. São deveres do Diretor Clínico:

a) dirigir e coordenar o Corpo Clínico da instituição;

b) supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao Diretor Técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais, quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;

c) zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;

d) supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;

e) atestar a realização de atos médicos praticados pelo Corpo Clínico e pela instituição, sempre que necessário;

f) incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina; e

g) recepcionar e assegurar aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.

III. São direitos do Diretor Clínico:

a) dirigir as assembleias do Corpo Clínico, encaminhando ao DAM as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais, por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM nº 2056/2013, em consonância com disposto no art. 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo;

b) comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes;

c) convocar e presidir as sessões ordinárias e extraordinárias previstas neste Regimento;

d) representar o Corpo Clínico nas relações com a comunidade e autoridades;

e) credenciar o médico com cadastro apreciado e aprovado, para uma das categorias de médico efetivo do Corpo Clínico, pelo departamento ao qual se relaciona pela especialidade que exerce; e

f) orientar as atividades de ensino, treinamento e aperfeiçoamento profissional, técnico e ético dos integrantes do Corpo Clínico.

CAPÍTULO 5 – DA COMPOSIÇÃO DO CORPO CLÍNICO

Art. 15 - O Corpo Clínico da Unidade de Saúde é composto pelos seguintes membros:

I. membros titulares;

II. membros assistentes; e

III. membros eventuais.

Art. 16 - São membros titulares os médicos, contratados ou não pela instituição, que participam de forma contínua e efetiva da vida hospitalar da instituição e apresentam documentação (residência ou título de especialista) de acordo com a política de outorga do programa de relacionamento médico da instituição.

Parágrafo Único: Por participação contínua e efetiva, considera-se o profissional médico que utilize as instalações da Unidade de Saúde para a prática profissional ao menos 01 (uma) vez ao mês.

Art. 17 - São membros assistentes os profissionais médicos graduados que ainda não detém título de especialista, mantendo ou não vínculo contratual ou empregatício com a instituição.

§ 1º - Os membros assistentes são classificados nas seguintes categorias:

a) Primeiro Auxiliar: graduado em medicina que esteja cursando o segundo ano de residência médica; e

b) Segundo Auxiliar: graduado em medicina que esteja cursando o primeiro ano de residência médica.

§ 2º - Os médicos assistentes só podem atuar sob a supervisão direta de um médico titular.

§ 3º - O prazo de duração do credenciamento do primeiro auxiliar é de 03 (três) anos, devendo o médico, após esse período, requisitar seu cadastro como médico titular.

§ 4º - O prazo de duração do credenciamento do segundo auxiliar é de 04 (quatro) anos, devendo o médico, após esse período, requisitar seu cadastro como médico titular.

Art. 18 - São membros eventuais os profissionais, contratados ou não pela instituição, que atuam nela esporadicamente.

Parágrafo Único: O prazo de duração do credenciamento do Membro Eventual é de um dia, cabendo ao profissional requerer seu credenciamento como Membro Titular.

Art. 19 - Os membros titulares e os membros assistentes poderão participar das comissões instituídas pelo presente Regimento.

CAPÍTULO 6 – DA ADMISSÃO

Art. 20 - O profissional médico que pretender ser admitido ou credenciado ao Corpo Clínico do Hospital deverá ser aprovado no processo seletivo da instituição e atender aos requisitos exigidos para preenchimento da vaga.

§ 1º - Nos termos do inciso IV, §3º, Art. 2º, da Resolução CFM nº 2147/2016, competirá ao DAM certificar-se da regular habilitação dos médicos no Conselho Regional de Medicina do Estado da instituição, bem como de sua qualificação como especialista.

§ 2º - No exercício da atribuição indicada no §1º, o DAM deverá exigir a apresentação formal dos documentos arrolados e manter cópia na pasta de credenciamento do médico.

§ 3º - Após análise do DAM, nos termos indicados no §1º, o pedido de credenciamento do profissional médico será analisado pela Comissão de Credenciamento.

§4º - O cadastro deverá ser atualizado anualmente no mês de aniversário do médico, mediante envio dos documentos por e-mail ou atualização no site específico.

§5º - O médico que não atuar na instituição durante 24 meses terá o seu cadastro inativado. Para reativá-lo, deverá atualizar as informações cadastrais.

Art. 21 - Aos membros efetivos do Corpo Clínico compete privativamente:

I. votar e ser votado;

II. integrar e presidir comissões; e

III. representar clínicas e serviços.

Parágrafo único: É vedado o voto por procuração.

Art. 22 - O requerimento para renúncia de credenciamento deve ser encaminhado por escrito ao Diretor Clínico.

CAPÍTULO 7 – DAS PENALIDADES

Art. 23 - Será passível de punição o membro do Corpo Clínico que:

I. descumprir as disposições do Código de Ética Médica;

II. desrespeitar o presente Regimento;

III. desrespeitar normas administrativas da instituição;

IV. desrespeitar as Normas Técnicas da Unidade de Saúde especialmente, mas não se limitando, as Diretrizes e Protocolos Clínicos;

V. revelar-se, por fato grave danoso à vida ou à saúde do paciente, inábil ao exercício da medicina;

VI. desrespeitar qualquer empregado, contratado, paciente ou acompanhante nas dependências do Hospital;

VII. violar o sigilo médico ocasionando danos, de qualquer natureza, à instituição, à organização ou a paciente, salvo por disposição legal;

VIII. abandonar suas funções, sem justo motivo;

IX. praticar atos que violem a imagem da organização ou da instituição;

X. apresentar informações falsas no ato do credenciamento;

XI. cometer crimes nas dependências da instituição, relacionado ou não ao atendimento aos pacientes.

Art. 24 - As infrações éticas, indicadas no artigo 23, serão apuradas pela Comissão de Ética Médica ou pelo Conselho Regional de Medicina, nos termos da Resolução CFM nº 2152/2016, sendo passível de:

I. advertência;

II. suspensão temporária das atividades no Corpo Clínico, pelo prazo máximo de 06 meses;

III. desativação de cadastro; e

IV. exclusão do corpo clínico.

§ 1º - A imposição das penas dependerá da gravidade da infração.

§ 2º - A aplicação da pena de advertência por 03 (três) vezes sujeitará o membro do Corpo Clínico à suspensão.

§ 3º - Diante da gravidade dos fatos, a Administração deverá aplicar imediatamente a pena de suspensão, impossibilitando que o membro do Corpo Clínico continue atuando na instituição até o término da apuração dos fatos.

§ 4º - Para as infrações ao disposto no inciso VI do artigo 27, a pena de suspensão será aplicada até a finalização dos trabalhos da Comissão de Ética Médica.

§ 5º - A depender da gravidade dos fatos, a Administração aplicará a pena de desativação de cadastro.

Art. 25. Competirá à Administração da instituição aplicar as penas de advertência, suspensão ou desativação de cadastro.

§ 1º - As infrações éticas apuradas pela Comissão de Ética poderão sujeitar o infrator à pena de exclusão, após a finalização do processo de investigação.

§ 2º - A penalidade de exclusão deverá ser homologada em assembleia do Corpo Clínico.

§ 3º - Caberá aos médicos que se julgarem prejudicados por decisões de qualquer natureza, recurso ao Conselho Regional de Medicina da jurisdição em que se encontra registrada a instituição.

CAPÍTULO 8 – DO DEPARTAMENTO MATRICIAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA (DAM)

Art. 26 - O DAM será escolhido pela Administração da instituição e tem as seguintes atribuições:

I. zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;

II. assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos pacientes da instituição, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;

III. assegurar o pleno e autônomo funcionamento da Comissão de Ética Médica;

IV. certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta do médico perante o setor responsável, aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

V. organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 (vinte e quatro) horas de funcionamento da instituição, nos termos da Resolução CFM nº 2.056/2013;

VI. tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII. nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências

tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII. assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas, no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX. assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de qualquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

X. cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissionais;

XI. cumprir, naquilo que for aplicável, o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

XII. assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na Resolução CFM nº 1.974/ 2011 ou naquela que a suceder;

XIII. assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

XIV. assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;

XV. assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos;

XVI. não contratar médicos formados no exterior sem registro nos conselhos regionais de Medicina nacionais.

XVII. assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;

XVIII. exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;

XIX. organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções CFM nº 1.638/2002 e nº 2.056/2013 ou legislação superveniente;

XX. exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;

§ 1º - Para a participação no DAM, poderão ser nomeados médicos não integrantes do Corpo Clínico.

§ 2º - O DAM, por meio de seus membros efetivos, será responsável perante o Conselho Regional de Medicina do Estado da instituição.

Art. 27 - É assegurado ao DAM o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção, quando faltarem as condições funcionais previstas neste regimento, nos termos indicados pelos artigos 17 e 18 da Resolução CFM nº 2056/2013.

CAPÍTULO 9 - DAS COMISSÕES OBRIGATÓRIAS

Art. 28 - A instituição manterá ativa, ao menos, as seguintes Comissões:

I. Comissão de Ética Médica, nos termos da Resolução CFM nº 2152/2016;

II. Comissão de Revisão de Prontuários;

III. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; e

IV. Comissão de Revisão de Óbito.

§ 1º - As comissões indicadas neste artigo serão regidas por regimentos próprios, exceto a Comissão de Ética Médica, que possui regramento definido em resolução do CFM.

§ 2º - A eleição para membros da Comissão de Ética Médica seguirá o que determina a Resolução do CFM vigente na ocasião da realização do pleito.

CAPÍTULO 10 – DAS REUNIÕES E ASSEMBLEIAS

Art. 29. O Corpo Clínico deliberará através de assembleias convocadas com antecedência mínima de 10 (dez) dias, em primeira convocação, com quórum mínimo de 2/3 dos membros e, em segunda convocação, após 1 (uma) hora, com qualquer número, decidindo-se por maioria simples de votos, exceto para a exclusão de membros, quando serão exigidos 2/3 dos votos.

Art. 30 - As reuniões ordinárias e assembleias serão realizadas pelo menos uma vez a cada 30 (trinta) dias, sob a presidência do Diretor Clínico ou seu substituto.

Parágrafo Único: O Corpo Clínico poderá nomear membro *ad hoc* para presidir quando impossibilitados o Diretor Clínico ou seu substituto.

Art. 31 - O Corpo Clínico, mediante requerimento de 1/3 dos seus membros poderá convocar assembleias extraordinárias, com antecedência mínima de 24 (vinte e quatro) horas.

Art. 32 - As reuniões serão lavradas em livro de atas autenticado para tal fim.

Art. 33 - É vedado o voto por procuração.

CAPÍTULO 11 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34 - Os profissionais não médicos que possuam habilitações clínicas e que exerçam atividades e, qualquer unidade de saúde pertencente à Comunidade CHS - João Paulo II estão sujeitos às mesmas normas para as ações assistenciais, cadastramento, habilitação e penalidades previstas neste Regimento.

Art. 35 - O descumprimento deste Regimento poderá implicar na aplicação de sanções no âmbito da instituição, a ser apurada através de sindicância, garantindo-se ampla defesa e o contraditório aos acusados.

Art. 36 - As questões de ordem e os casos omissos serão resolvidos pelo Diretor Clínico.

Art. 37 - Os casos omissos, não previstos no presente Regimento, não relacionados às normas administrativas da instituição, serão dirimidos pela Assembleia Geral do Corpo Clínico.

Parágrafo Único: Casos omissos, não previstos no presente Regimento, relacionados a aspectos éticos, serão dirimidos pela Comissão de Ética Médica.

Art. 38 - O presente Regimento será alterado por deliberação de maioria absoluta do Corpo Clínico da instituição em Assembleia Geral.

Art. 39 - O presente Regimento será votado na primeira Assembleia Geral da instituição e entrará em vigor na data de sua publicação.

1.2.4. Implantação de processos

a) Manual de rotinas administrativas

O serviço de administração funcionará de segunda à sexta, das 07 às 17 horas, com escala de sobreaviso no período noturno, finais de semana e feriado, entre o quadro diretivo, atendendo as intercorrências de ordem administrativa.

Os Serviços de Apoio Administrativo têm a finalidade de coordenar, organizar e supervisionar os serviços de apoio à gestão utilizando técnicas e habilidades compatíveis ao seu âmbito profissional.

Composição dos Serviços de Apoio:

i. **Serviço de Hotelaria:** o serviço de hotelaria engloba: rouparia, portaria, vigilância, recepção, higienização/limpeza e gerenciamento de resíduos e jardinagem, tendo como objetivo a reunião dos serviços de apoio, contribuindo para uma melhor estadia na unidade, atuando como instrumento auxiliar de humanização da unidade e proporcionando uma experiência agradável ao paciente e seus acompanhantes.

ii. **Núcleo de Manutenção Geral:** o serviço contará com eletricistas e encanadores, técnicos de refrigeração, marceneiros e jardineiros que permanecerão a disposição da unidade, seja por contratação ou por empresas terceirizadas, a depender da demanda

de cada um dos serviços necessários, tomando-se a certeza apenas de que os profissionais utilizados são especializados, treinados e capacitados para atender as necessidades da manutenção predial e manter a Unidade de Saúde segura e funcional para o conforto de profissionais, pacientes e visitantes.

iii. **Suprimentos:** serviço responsável pelas atividades de aquisição, armazenamento e distribuição de insumos, baseado nas boas práticas de governança estabelecidas nos regimentos de compras e demais documentos de boas práticas da unidade, tendo como objetivo principal o abastecimento dos insumos da unidade de forma ética e econômica.

iv. **Recursos Humanos:** responsável pelo gerenciamento das pessoas com a gestão da Unidade de Saúde, fazendo com que a organização e os colaboradores alcancem seus objetivos de forma satisfatória a ambos, mantendo uma relação vantajosa em prol da instituição, melhorando seu desempenho e garantindo o atendimento adequado aos pacientes e demais frequentadores da Unidade.

v. **Demais serviços terceirizados:** a CHS João Paulo II tomará as providências necessárias para que a Unidade de Saúde seja guarnecida pelo apoio técnico necessário para seu funcionamento através da contratação de seguranças, profissionais de TI, profissionais de contabilidade, profissionais da área jurídica e qualquer outra atividade necessária para a transparência, eficiência e bom funcionamento da Unidade de Saúde.

b) Manual de Rotinas para Administração Financeira

De modo a padronizar as rotinas operacionais Departamento Administrativo e Financeiro da Unidade de Saúde, evitando as não conformidades, deverão ser seguidas as seguintes rotinas financeiras:

i. Quadro demonstrativo de previsão de pagamentos e recebimentos diários com utilização das mais evoluídas ferramentas do gerenciador financeiro do Banco do Brasil.

ii. Controle e emissão do fluxo de caixa, registro e indicação das prováveis movimentações de ingressos e desembolsos de caixa.

iii. Conciliação bancária diária.

iv. Elaboração e emissão do relatório mensal de provisão de fornecedores, e encaminhamento à área de contabilidade.

v. Realização eventual de contatos com fornecedor, referente a pagamentos em atraso, objetivando a negociação de prazo, isenção de juros e multas.

vi. Levantamento de pagamentos e recebimentos, constatando as irregularidades e emissão de relatórios para subsidiar decisões gerenciais e da diretoria.

vii. Manter contato permanente com os bancos, visando o estreitamento do relacionamento com a emissora.

viii. Elaboração, controle, emissão de dados e relatórios para otimizar desempenho e tomadas de decisão da gerência.

ix. Programação, controle e realização de pagamentos diversos, elaborando, conferindo e emitindo ordens de pagamentos.

x. Acompanhamento da execução financeira, efetuando as necessárias deduções das ações orçamentárias.

A equipe de trabalho será composta por contadores, advogados e profissionais administrativos, tendo como atribuição adotar padrões e métodos formais de organização, avaliação e controle dos recursos financeiros e materiais de acordo com normas e procedimentos estabelecidos, além de controlar as contas a pagar e a receber e saldo das contas bancárias; preparar, mensalmente, a prestação de contas do plano de aplicação de recursos recebidos; emitir, conferir e registrar os comprovantes de pagamento e recebimento; preparar os pagamentos autorizados; elaborar relatórios das contas de caixa e bancos, extraindo um resumo da movimentação e do saldo dos valores. Serão utilizados os mais modernos recursos tecnológicos para garantir a efetividade dessas ações.

Neste aspecto, também é interessante mencionar que a equipe de trabalho estará empenhada em cumprir a previsão de economia com o insumo energia elétrica, mencionado no item 1.2.1 desta proposta, no Projeto 5 – ESG – EcoHospital, indispensável para todo o hospital, reduzindo a relevância da sua representatividade de cerca de 80% (oitenta por cento) para em torno 50% (cinquenta por cento) no orçamento mensal da Unidade de Saúde.

c) Divisões do Setor Financeiro:

i. Contas a Pagar

A adequada administração das Contas a Pagar tem por finalidade informar sobre o vencimento dos compromissos, prioridades de pagamento e montante dos valores a pagar. Um bom gerenciamento dos pagamentos depende da exatidão e precisão dessas informações. Para que seja garantida a confiabilidade necessária, faz-se importante a completa integração entre o departamento Financeiro e as demais áreas da Unidade de Saúde (geradoras de pagamentos). O processo deve seguir os seguintes passos:

- conferência e aprovação do pagamento (atividades realizadas pela área que deu origem ao evento a ser pago). As demais são executadas pelo próprio Financeiro;
- cadastramento, agendamento e controle dos prazos e montantes de pagamento;
- autorização e efetivação do pagamento;
- conciliação e baixa do pagamento.

Os conceitos de provisionamento, previsão e realização devem estar bastante claros durante todo o processo. Além disso, para que seja garantido o cumprimento do orçamento, adotaremos na Unidade de Saúde limites por área para compra de produtos ou serviços conforme previstos no orçamento anual.

1.2.4.c.i.1. **Procedimentos para pagamento - principias atividades a realizar**

- elaborar a programação financeira;
- relacionar todos os pagamentos agendados para liquidação no decorrer da semana, observando se a documentação está correta, completa e devidamente autorizada;
- conferir cada processo de pagamento observando os títulos cuja cobrança estiver a cargo de bancos, emitindo o boleto para liquidação deles.;
- realizar conciliação bancária;
- emitir extratos via "on-line" ou solicitar aos bancos;
- lançar no sistema os débitos relativos a taxas bancárias, avisos de créditos, entre outros;

- emitir relatório bancário a cada duas vezes por semana;
- posição de pagamento de títulos;
- solicitar mensalmente através de ofícios de cartório de protesto de títulos, certidão negativa quanto a posição de liquidação;
- elaboração de fluxo de caixa;
- emitir relatório de desembolso ao final de cada mês para consolidação gerencial;
- realizar o pagamento da folha de salários, como também dos respectivos encargos sociais;
- proceder a atualização das contas dos prestadores de serviços; e
- enviar ao setor de arquivo os protocolos e enviar para a contabilidade os documentos fiscais para contabilizar.

1.2.4.c.i.2. **Procedimento fiscal de recebimento da nota fiscal**

- prazo de validade da nota fiscal; e
- nota fiscal sem rasuras.

1.2.4.c.i.3. **Procedimento tributário**

- realizar conferência da GPS para recolhimento (CNPJ, razão social, código do pagamento, etc.).
- realizar conferência do DARF para recolhimento (CNPJ, razão social, código do pagamento, etc.).
- observar os casos em que se aplica a retenção de 1,5% ou 1% do imposto de renda retido na fonte sobre as notas fiscais dos prestadores de serviço de pessoa jurídica, conforme determina o RIR/99.
- identificar a data de apuração e a data de recolhimento do IR, PIS, COFINS, CSLL retido.
- observar os casos em que se aplica a retenção de PIS (0,65%), COFINS (3%), CSLL

(1%), conforme determina a Lei no 10.833/2003 e suas alterações.

- acompanhar o recolhimento dos INSS retidos das notas fiscais, tendo como data de vencimento até o dia 20 do mês subsequente ao mês de emissão da respectiva nota, ou se possível, realizar recolhimento de imediato tão logo seja feita a retenção; e
- observar os casos em que se aplica a retenção de 11% do INSS, conforme determina Instrução Normativa SRP n°3, de 14 de julho de 2005 - DOU de 15.07.2005. Nos casos em que não se aplica a retenção de 11% do INSS, deverá ser solicitada uma cópia autenticada da GFIP/ GPS desta empresa para conferência e constatação das obrigações fiscais e previdenciárias, e seu enquadramento com as determinações do art. 148, da Instrução Normativa SRP no 3, de 14 de julho de 2005.

1.2.4.c.i.4. **Cuidados**

- garantir que toda a documentação financeira esteja devidamente atualizada no ERP, facilitando assim o cumprimento de fluxos e auditorias;
- caso a Nota Fiscal recebida não atenda aos critérios acima estabelecidos, comunicar de imediato ao encarregado do setor; e
- ao efetuar o pagamento de prestação de serviços, verificar se está de acordo a Instrução Normativa SRP n°3, de 14 de julho de 2005.

ii.Contas a Receber

A conta a receber é um registro que informa a existência de determinada quantia a receber de alguém em uma determinada data. O processo de Contas a Receber trata de toda a entrada de receita na Unidade de Saúde.

O bom andamento das atividades relacionadas a esse processo depende do controle e da garantia de recebimento dos montantes devidos nos prazos acordados. A fim de gerenciar corretamente o Contas a Receber da Unidade de Saúde, a área Financeira deve cadastrar 3 níveis de recebimentos: as contas provisionadas; as previstas e as realizadas. Conceitualmente falando, a diferença básica entre elas é:

- Provisões: estimativas de prazos e valores a receber baseadas nos dados históricos da

corporação e nas suas metas empresariais;

- Previsões: também são estimativas. Entretanto, nesse momento já se baseiam em documentos (títulos a receber); e
- Realizados: são os recebimentos já efetivados, ou seja, já é possível confirmá-los na conta bancária da empresa.

1.2.4.c.ii.1. **De onde vêm as Receber**

As contas a receber virão das faturas emitidas mensalmente as SMS, SE e MS contratantes, conforme contrato a ser firmado entre as partes.

1.2.4.c.ii.2. **Para onde vão as contas a receber**

As contas a receber são controladas através de um processo chamado recebimento do sistema. Uma conta a receber pode sofrer um ou mais recebimentos ou pode até permanecer no estado de conta a receber se for o interesse do usuário.

1.2.4.c.ii.3. **Utilidades de um sistema de contas a receber**

A utilização de um sistema de contas a receber traz ao usuário uma série de benefícios:

- rastreamento de contas a receber por data de vencimento;
- rastreamento de contas a receber vencidas;
- rastreamento de contas a receber a vencer;
- controle de contas bancárias; e
- controle de caixa.

1.2.4.c.ii.4. **Qualidade de crédito e cobrança**

Deve ser analisada a evolução histórica dos prazos médios de atraso em relação aos prazos médios de faturamento.

iii.Conciliação bancária e como proceder à conciliação

É um comparativo entre as movimentações existentes em uma conta bancária e as existentes no controle financeiro. Sabemos, por exemplo, que existe um atraso natural entre a emissão de um cheque e sua compensação pelo banco. Este atraso refletirá no saldo temporariamente incorreto o qual a conciliação bancária deve demonstrar. As diferenças encontradas na conciliação bancária devem ser corrigidas. Uma nova movimentação deve ser feita se o lançamento estiver presente no banco e não estiver no controle financeiro (taxa bancária - por exemplo). Se um lançamento não tiver sido compensado pelo banco, ele deve ser destacado no controle financeiro, como pagamentos não apresentados.

iv.Programação financeira

A programação financeira compreende um conjunto de providências com o objetivo de ajustar o ritmo de execução do orçamento ao fluxo provável de recursos financeiros, assegurando a execução dos programas anuais de trabalho, com base nas diretrizes e regras estabelecidas pelos programas de ação setoriais, assim a programação deve ser feita semanalmente e enviada ao financeiro.

v.Fluxo de Caixa

O fluxo de caixa é a previsão de entradas e saídas de recursos monetários, por um determinado período. Essa previsão deve ser feita com base nos dados levantados nas

projeções econômico-financeiras atuais da Unidade, levando, porém em consideração a memória de dados que respaldará essa mesma previsão. O principal objetivo dessa previsão é fornecer informações para a tomada de decisões, tais como: prognosticar as necessidades de captação de recursos bem como prever os períodos em que haverá sobras ou necessidades de recursos. Resumidamente, podemos afirmar que o fluxo de caixa é a demonstração visual das entradas e saídas de recursos financeiros, distribuídos pela linha do tempo futuro.

Para montagem da projeção do fluxo de caixa iremos considerar os seguintes dados:

- entradas;
- contas a receber;
- empréstimos contraídos;
- recursos financeiros da CHS João Paulo II;
- saídas;
- contas a pagar;
- despesas gerais de administração (custos fixos);
- amortização de empréstimos; e
- compras à vista.

A projeção como o acompanhamento, será realizada mês a mês, trimestre a trimestre, ano a ano ou até mesmo em bases diárias. Além de permitir analisar a forma como a Unidade de Saúde desenvolve sua política de captação e aplicação de recursos, o acompanhamento entre o fluxo projetado e o efetivamente realizado, permite identificar as variações ocorridas e as causas dessas variações.

vi.Projeção do Fluxo de Caixa

O fluxo de caixa será construído a partir das informações relativas a todas as saídas e entradas de caixa já conhecidas e as projetadas. Na elaboração do fluxo de caixa, precisaremos dispor internamente de informações organizadas que permitam a visualização

das contas a receber e das contas a pagar. O fluxo de caixa tem como finalidade compilar as informações, convergindo os dados financeiros gerados nas diversas áreas da organização. A seguir destacamos o modelo de fluxo de caixa, que utilizaremos e está disponível no sistema que será implantado na Unidade de Saúde.

1.3. Incrementos da atividade

1.3.1. Projetos de incrementos de metas sem aumento de custos

a) Projeto 1 - Resolução das Queixas Recebidas, Aumentar em 15%

Boa parcela das reclamações advindas dos atendimentos hospitalares do SUS advém de problemas de atendimento, principalmente em razão de descaso ou demora para obtenção de atendimento satisfatório.

Nesse sentido, a CHS João Paulo II, utilizando uma abordagem holística para o atendimento aos usuários, pretende criar um ambiente mais humanizado na forma de lidar com os pacientes, nesse sentido, humanizar a assistência significa agregar à eficiência técnica e científica os valores éticos, além de respeito e solidariedade ao ser humano.

Com essa forma de atuação em mente, a CHS João Paulo II irá implementar no HUGO seu projeto Opine +, objetivando, por meio de empresa terceirizada, realizar as pesquisas de satisfação do usuário e relatório periódico de demandas apresentadas, agindo de forma transparente e isenta na apresentação desses resultados.

O planejamento da assistência deve sempre valorizar a vida humana e a cidadania, fazendo a leitura das informações repassadas dentro desse contexto, não permitindo que os números frios se percam em meras análises estatísticas.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde entende por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e enfatiza a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão, trazendo o usuário para que ele seja não mais o mero objeto da gestão hospitalar, mas também parte do ente assistencial.

Com essa mudança no modelo de atenção e, portanto, no modelo de gestão, dessa forma, gestores e equipes de profissionais poderão buscar no usuário não apenas números a acrescer sua carga de trabalho, mas parceiros na busca de soluções coletivas para a melhoria no atendimento e no bem-estar dos usuários e funcionários.

Para isso, trabalharemos com os seguintes pilares:

i. Gestão participativa: desenvolver padrões de cuidados mais humanizados para os usuários requer formas de relações institucionais mais humanizadas também entre funcionários e chefias, entre os próprios colegas e pessoas que trabalham nas mesmas áreas, com formações e responsabilidades diferentes.

ii. Formação de Grupos de Trabalho de Humanização (GTH): formados por profissionais da Unidade de Saúde, da chefia dos setores e serviços, técnicos da área médica e não médica (assistentes sociais, psicólogos, agentes da enfermagem, encarregados técnico-administrativos) e pessoal de apoio (segurança, limpeza, cozinha, etc.) de modo a se contar com uma participação equitativa de representantes de diferentes categorias profissionais, campos disciplinares e graus hierárquicos, trazendo a discussão um aspecto macro da gestão hospitalar em todas as etapas do atendimento.

iii. Estimular a participação da comunidade e de entidades da sociedade civil nas ações de humanização dos serviços, trazendo o usuário para que esteja presente na Unidade de Saúde, não apenas nos momentos em que demanda o serviço e, normalmente, há um senso de urgência envolvido em suas ações, mas sim em momentos em que a possibilidade de entendimento e empatia pelos profissionais envolvidos se torne possível e soluções externas possam ser apresentadas e aproveitadas.

Dessa forma, buscamos com que a aproximação do usuário à Unidade de Saúde gere uma maior identificação destes com ela, reduzindo as reclamações em, pelo menos 15%, criando um ambiente de atendimento mais humano e reduzindo custos que seriam direcionados a responder procedimentos administrativos e judiciais, além de garantir maior tranquilidade aos funcionários, os quais poderão atuar mais bem escudados pela direção.

b) Projeto 2 – Programa Saúde e Qualidade de Vida – Aumento da Satisfação do Usuário em 10%

O programa será implantado com o objetivo de expandir a atuação da Unidade de Saúde para um papel preventivo e educacional, se abrindo para a presença da comunidade na forma de treinamentos, palestras e cursos rápidos.

A forma de atuação será por meio de campanhas para prevenção e controle de doenças, o que facilitará o diagnóstico precoce e evitará complicações graves, abordando a identificação e controle de doenças como a diabetes, hipertensão e outras doenças que impactam na demanda de atendimentos de urgência e emergência, mas que, se controladas desde o início e com um acompanhamento regular, podem permitir aos pacientes uma melhor qualidade de vida.

Dessa forma, a comunidade verá a Unidade de Saúde como um local de apoio e conforto no acompanhamento de doença, criando um vínculo de confiança no paciente para que o controle de sua condição seja facilitado, diminuindo sobremaneira episódios graves que geram a demanda por procedimentos de urgência e riscos de sequelas pelo inadequado acompanhamento.

Dentro destas campanhas e, também, por meio de uma política de portas abertas e tratamento humano, os pacientes poderão fazer exames de rotina de forma facilitada, retirar

medicamentos, buscar auxílio para melhora de sua alimentação e hábitos cotidianos, tudo com vistas a melhorar sua qualidade de vida e bem-estar próprio e familiar.

c) Projeto 3 – 100% Revisão de Óbitos

Utilizando da mesma abordagem humanista e holística, a Unidade de Saúde irá certificar que os prontuários dos pacientes que vierem a óbito sejam revisados pela comissão de prontuários e comissão de óbitos de forma mais ampla e humana possível.

O objetivo será analisar os óbitos na Unidade de Saúde por meio de uma revisão de todos os procedimentos e condutas profissionais realizadas, não apenas da área médica, focando na qualidade das informações como um todo, não apenas dos atestados de óbitos, mas também de prontuários, fichas de atendimento, indicação de tempo de espera, queixas de familiares, etc.

Como última etapa, quando necessário, serão analisados os laudos de necrópsia realizados no serviço de verificação de óbitos ou no Instituto Médico Legal, quando necessário, encaminhando para análise do Diretor Técnico, os casos que necessitem de esclarecimentos em relação às condutas médicas adotadas e, quando necessário, encaminhar os casos para a Comissão de Ética Médica e aos conselhos profissionais competentes.

A forma de trabalho dos grupos buscará reduzir as mortes ocorridas na Unidade de Saúde quando advindas de falhas ou deficiências no fluxo de trabalho e, nos casos em que não se constatar qualquer problema dessa natureza, possibilitar a criação de registros precisos e eficientes que permitam redução da exposição legal da Unidade de Saúde e dos profissionais,

além de segurança aos familiares e amigos do paciente, efetivando a abordagem humanística da gestão da Unidade de Saúde mesmo na ocorrência do evento mais gravoso do atendimento médico.

A mortalidade em serviço de saúde expressa o resultado do processo assistencial, no entanto, esse resultado sofre a interação de uma série de processos assistenciais e gerenciais extremamente complexos e cuja influência no resultado final é difícil de ser mensurada, tais como o estabelecimento de condutas sem o esclarecimento diagnóstico adequado, infecções, uso inadequado de medicamentos, manutenção deficiente de equipamentos médicos e sistemas de infraestrutura, iatrogenias, entre outros.

Considerando as atividades diárias de uma instituição de saúde, inúmeras ações podem ser objeto de atenção e fonte de informação para processos de avaliação de qualidade e melhoria de desempenho, desta forma ajudando a reconhecer e sanar as falhas do processo assistencial.

Como iniciativas proativas para obtenção da verificação de 100% dos óbitos ocorridos na unidade de saúde, serão realizadas as seguintes atividades:

- Busca ativa das Declarações de Óbitos (DO);
- Promover melhoria da qualidade de preenchimento da DO através de diretrizes básicas e orientações elaboradas pelas comissões internas;
- Elaborar relatórios que permitam identificar o perfil de mortalidade da unidade.

d) Projeto 4 – Programa Saúde e Qualidade de Vida – Redução dos atendimentos de Urgência em 10%

O programa será implantado com o objetivo de expandir a atuação da Unidade de Saúde para um papel preventivo e educacional, utilizando a experiência básica de que, sem a participação direta na comunidade, não será possível uma efetiva melhora nos serviços médicos prestados.

Visando melhorar os serviços oferecidos no HUGO, a CHS João Paulo II, utilizando de sua filosofia de trabalho, aliada ao conceito de Projeto Lean nas Emergências, sugerido pelo Ministério da Saúde, tomará medidas para melhorar o fluxo de pacientes na unidade, tendo como premissa a melhoria dos processos de tempo e valor.

O projeto tem como principal objetivo garantir que os fluxos de trabalho da unidade ganhem melhor dinamismo, eliminando os desperdícios com as atividades de baixo valor agregado, otimizando sua velocidade de execução com as ferramentas de tecnologia disponíveis.

O primeiro objetivo do processo é garantir que os pacientes que adentrarem a unidade de saúde tenham um destino mais rápido, seja ele a efetiva internação ou o direcionamento para áreas ambulatoriais, de apoio ou mesmo outras unidades da rede de atenção básica em saúde, sempre com foco na qualidade do atendimento e segurança do paciente.

Parte da atuação também envolverá a utilização das estruturas da CHS João Paulo II, principalmente sua abordagem educacional, possibilitando às equipes treinamentos contínuos

que facilitarão o diagnóstico precoce de condições mais graves, evitando complicações de longo prazo e reduzindo danos.

Além da metodologia Lean e conceitos humanísticos adotados pela CHS João Paulo II, o projeto também engloba o protocolo de capacidade plena, denominado *daily huddle*, reuniões de equipe diárias de até 10 minutos, nas quais se discutem estratégias de fluxo de atendimento e dificuldades enfrentadas, fazendo com que as trocas de experiências produzam resultados mensuráveis no atendimento, tanto na redução de tempo quanto na quantidade de atendimentos de urgência equivocadamente classificados.

Além disso, durante a execução, são implementados indicadores de gestão, medindo a superlotação a partir do número de leitos, volume de pacientes e tempo de passagem pela urgência até a internação, tudo isso devidamente controlado pelas ferramentas de TI disponíveis na unidade de saúde.

Essa mudança de abordagem dos profissionais da unidade de saúde, invariavelmente levarão a comunidade a ver a Unidade de Saúde como um local de apoio e conforto no acompanhamento de doenças, criando um vínculo de confiança no paciente para que o controle de sua condição seja facilitado, diminuindo a lotação do hospital e a quantidade de atendimentos de urgência ou de gravidade.

e) Projeto 5 - EcoHospital

i.Introdução

Nos últimos três anos, as preocupações com temas ambientais, sociais e éticos ou de governança ("ESG"), com impacto nos aspectos da sustentabilidade do planeta e da nossa comunidade, têm crescido vertiginosamente.

Não é por acaso que os fatores ESG ganharam um espaço enorme na nossa agenda estratégica, que levou à materialização do projeto CHS - Energia, em parceria com uma empresa estratégica de desenvolvimento de energia limpa.

Com maior visibilidade e o crescimento da importância do tema, é imprescindível separar as propostas que, de forma equivocada e até superficial, são apresentadas em sede de chamamentos públicos, com abordagens inadequadas, de pouco resultado e até *greenwashing*, procurando convencer os avaliadores que são organizações sociais ecologicamente corretas, quando não o são.

Como estratégia ESG - EcoHospital, enquanto ação correta e de credibilidade que gera resultados no curto, médio e longo prazo e valor para a organização, para as suas partes interessadas e para o meio ambiente, passou a ser uma realidade.

A implementação do projeto ESG - EcoHospital contribui para tornar o equipamento de saúde mais responsável, engajado com a sustentabilidade e com a nova economia.

Desta forma, o ESG - EcoHospital materializa o caso e a estratégia da Associação Beneficente João Paulo II de implementação dos fatores ESG na nossa organização, independente do porte da unidade específica.

A nossa organização, perfeitamente alinhada com o desafio "Quem se importa, Ganha!", bem como, de forma genérica com os ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – assume uma jornada de inovação e transformação do nosso serviço/negócio, envolvendo uma construção de redução de custos operacionais, inclusão, ética e ambientalmente sustentável, que visa maior qualidade de vida para todos.

Desta forma, estamos a consolidar a nossa habilidade de implementar práticas de gestão que alinhem resultado e regularidade/solvabilidade, propósito e transparência.

A Associação Beneficente João Paulo II, juntamente com sua parceira estratégica em energia, tem a responsabilidade e os projetos para realizar ações climáticas positivas, construindo um futuro mais sustentável e resiliente, alocando investimentos onde ele precisa estar, diminuindo o impacto de um custo operacional de grande expressividade.

A relação umbilical com o meio ambiente no ESG - EcoHospital materializa a otimização da eficiência energética e promoção do conceito GreenHospital.

ii.O que é energia fotovoltaica?

A energia fotovoltaica é uma fonte energética obtida por meio da conversão direta da luz solar em eletricidade. O efeito fotoelétrico foi relatado pelo físico Edmond Becquerel, em 1839. Este efeito pode ser entendido como o aparecimento de uma tensão elétrica nas extremidades da estrutura de um material semicondutor, produzida pela absorção da luz. A célula solar ou fotovoltaica é a unidade fundamental desse processo de conversão da luz solar em energia elétrica.

A energia fotovoltaica é considerada um tipo de energia renovável e limpa, que pode ser gerada para autoconsumo em instalações pequenas ou para abastecer estabelecimentos e indústrias em grandes usinas fotovoltaicas. Assim, além de instaladas em residências, as células solares também podem ser conectadas à rede de energia, ocasionando uma importante diminuição de custos. Nos casos de produção excedente, ou seja, quando os painéis produzem mais energia do que demandado, é possível realizar a venda desse excedente para a rede elétrica.

iii.O que é uma usina solar?

Usina solar é um termo utilizado para descrever um sistema fotovoltaico de grande porte, projetado para a geração e comercialização de energia elétrica. Nesse empreendimento, a produção ocorre a partir de células solares, dispositivos capazes de converter a radiação solar diretamente em eletricidade por meio do efeito fotovoltaico, como explicado acima.

Em geral, uma usina solar é formada por uma grande quantidade de células fotovoltaicas. Elas podem ser fixas ou possuir um sistema que acompanha o movimento do Sol, chamado de *tracker*, que garante um melhor aproveitamento da energia solar durante o dia. Importa perceber que a usina solar possui um papel fundamental na descentralização e democratização da energia elétrica. É uma tecnologia importante para a transição energética mundial, principalmente para o Brasil, por conta da sua localização, que permite uma alta incidência de raios solares.

Introduzimos esta explanação acerca das usinas solares por conta da modalidade de fazenda solar adotada neste Projeto ESG – EcoHospital. Por mais que os conceitos não se confundam, consideramos importante esta rápida introdução para que o conceito das fazendas, que está mais bem explicado no capítulo próprio, seja compreendido, resumidamente, como sendo uma versão menor das usinas.

iv.Quanto custa uma usina solar?

Estima-se que uma usina solar com capacidade de 1 MW custe entre R$ 4 mi e R$ 5 mi. No entanto, alguns fatores como área de instalação, potência instalada e aspectos climáticos impactam o valor de implantação do projeto. Mesmo assim, tem-se com uma de suas maiores vantagens a de ser uma usina com longa vida útil, mais de 25 anos. De forma que, embora possuam um custo inicial elevado, seu retorno sobre o investimento pode ser verificado em poucos anos de operação.

v.Energia Solar no Brasil – por que é importante?

A energia solar no Brasil vem crescendo rapidamente. Há diversos benefícios econômicos e ambientais que estão impulsionando o crescimento desta fonte de energia renovável.

A energia solar no Brasil representa apenas 1,7% de toda a matriz energética nacional. Contudo, o número de sistemas fotovoltaicos instalados no nosso território tem crescido consistentemente, apesar de ainda ocupar um espaço tímido, frente ao potencial que possui no nosso país.

Majoritariamente, no Brasil, a energia solar está sendo utilizada em residências, como instrumento na redução da conta de luz, seja por meio da energia térmica, aquecendo água, ou com a utilização da energia fotovoltaica, gerando eletricidade.

O Brasil é o país com maior nível de irradiação solar do planeta, o que se consolida numa vantagem por conta do extenso potencial energético a partir da energia solar e pelos níveis de incidência solar superiores aos de países que desenvolvem projetos fotovoltaicos com mais frequência, como Alemanha, França e Espanha. Assim, a geração de energia fotovoltaica pode ser largamente explorada no país, já que conta com grandes recursos fundamentais para isso.

Estima-se que, em 2024, o território brasileiro contará com cerca de 887 mil sistemas de energia solar conectados à rede, estabelecendo uma maior economia em relação às distribuidoras convencionais, sem contar a manutenção e preservação ambiental do país.

vi.Evolução do Brasil na produção de energia solar

O Brasil tem um potencial gigantesco para a produção de energia solar e, em virtude dos esforços do governo e da iniciativa privada, o país caminha para utilizar o seu potencial de se tornar uma verdadeira potência no mercado de energia fotovoltaica.

Segundo dados da Associação Brasileira de Energia Solar Fotovoltaica (ABSOLAR), o setor gerou 130 mil novos empregos no Brasil entre 2012 e 2019.

Atualmente, são mais de 285.000 sistemas fotovoltaicos ligados à rede, o que contribuiu para que a produção de energia elétrica fotovoltaica batesse recordes, mantendo uma média diária de 753,1 MW. Durante 2019, o Brasil alcançou a 16ª posição no ranking mundial.

A energia solar no Brasil tem sido utilizada como mecanismo de economia da conta de luz, na redução da sobrecarga de redes distribuidoras e na diminuição de impactos ambientais, seja em residências, estabelecimentos comerciais ou indústrias.

Tornando-se cada vez mais comum, é possível tomar proveito da energia solar por meio da energia térmica, aquecendo água ou com a energia fotovoltaica, gerando eletricidade e acarretando a vantagem de preservar o meio ambiente, além de gerar empregos em todo o território nacional.

vii.Localização da Energia Solar Fotovoltaica no Brasil

A energia solar no Brasil está localizada, principalmente, nos estados de Minas Gerais, Piauí, Bahia e Ceará. Goiás também compõem a lista, porém têm geração de energia menor do que os outros citados.

O Brasil recebe uma insolação (número de horas de brilho do Sol) superior a 3000 horas por ano, sendo que na região Nordeste há uma incidência média diária entre 4,5 e 6 kWh. É o país com a maior taxa de irradiação solar do mundo.

A Agência Nacional de Energia Elétrica (Aneel) divulga um gráfico sobre a energia solar no Brasil com o ranking dos estados que utilizam essa fonte renovável de energia em todo o território brasileiro, acessível pelo site: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjc4OGYyYjQtYWM2ZC00YjllLWJlYmEtYzdkNTQ1MTc1NjM2IiwidCI6IjQwZDZmOWI4LWVjYTctNDZhMi05MmQ0LWVhNGU5YzAxNzBlMSIsImMiOjR9

Segundo a ANEEL, atualmente, o número de empreendimentos com outorga, ou seja, que receberam autorização ou concessão para produção de energia fotovoltaica em Goiás é de 149, com capacidade de geração de 6.700.828 KW, ocupando a 6ª posição no ranking nacional. Goiânia possui 03 empreendimentos com singelos 1.020 KW de potência instalada.

O Estado de Minas Gerais é disparado o líder nacional, com 685 empreendimentos outorgados, com capacidade de geração de 42.478.728,68 KW, o que representa cerca de sete

vezes a capacidade outorgada em Goiás. O Estado pode melhorar sua posição no ranking nacional, com potencial de crescimento haja vista os números de Minas Gerais (43 KW), Bahia (24 KW), Piauí (18 KW), Ceará (16 KW) e Rio Grande do Norte (11 KW).

Importante verificar que Minas Gerais lidera com uma potência outorgada superior à soma de Bahia, Piauí, Rio Grande do Norte e Ceará, sem que conte com os mesmos benefícios de irradiação solar encontrada no Nordeste ou no Centro-Oeste. Goiás encontra-se bastante atrás de estados que compartilham de semelhantes condições de insolação, mas com situações econômicas, territoriais e sociais que podemos arguir serem menos favorecidas, o que nos permite concluir pelo grande potencial de avanço desse Estado, em um curto período.

Vejamos, portanto, que o Estado de Goiás possui um potencial enorme de contribuir para a melhoria e para redução do impacto ambiental da matriz energética brasileira em um médio prazo, consubstanciado numa posição geográfica privilegiada (alto nível de insolação) e num favorável ambiente de negócios; ingredientes fundamentais para propiciar que o nosso Estado possa assumir uma posição de vanguarda e liderança na contribuição para a geração de mais energia limpa.

viii. Evolução do Brasil no ranking mundial

Essa evolução fez com que o Brasil galgasse posições no ranking mundial de países que mais investem em energia fotovoltaica, além do ranking geral de países, no que se refere à capacidade de geração de energia solar.

Com o aumento dos investimentos no Brasil, em 2019, o país subiu para a 12ª posição na categoria de capacidade adicionada. Ainda, na categoria de capacidade instalada acumulada, o país atingiu a 16ª posição. No ranking mundial de países com mais energia potencial acumulada da fonte solar fotovoltaica, o Brasil vem de uma longa escalada, figurando em 26º em 2017; 21º em 2018, 16º lugar em 2019 e alcançando o 8º lugar em 2023. Desta feita, é possível afirmar que a energia solar é extremamente promissora e lucrativa, principalmente considerando o potencial do território nacional.

ix. Vantagens da energia solar

A primeira e principal vantagem da energia solar é que ela é indefinidamente renovável. Não há preocupação com qualquer limitação para a fonte desta energia, de modo que toda produção de energia que conte com a utilização da radiação solar não terá preocupações quanto à sua escassez, ao contrário do que ocorre com outras fontes de energia.

Seguindo com as vantagens, vemos que essa disponibilidade não requer nenhum tipo de adaptação, pois, nas áreas de maior insolação, a energia solar é abundante e independente de intervenção humana; ao contrário do que ocorre com as outras matrizes energéticas, como, por exemplo, as hidrelétricas nas quais são necessárias alterações relevantes em todas as regiões que são inundadas para a criação das barragens.

Outro importante fator é a disponibilidade gratuita do calor do sol, sem a necessidade de nenhum tipo de controle de suas fontes ou redução de insumo em casos de utilização. Novamente, nas hidrelétricas, a construção das barragens implica em prejuízos para a fauna, a flora e as comunidades locais, enquanto para utilizar da energia solar, o ser humano não precisa desenvolver nenhuma forma de intervenção, além da melhor maneira de captar a luz emitida pelo Sol.

Além de tudo isso, a energia solar é considerada uma forma limpa de produzir energia. Como se argui, isso não significa que ela não gere impacto algum, mas certamente ela não emite poluentes na atmosfera e sua pegada de carbono é muito inferior às demais modalidades, além de estar passível de grande evolução tecnológica, que poderá, num futuro próximo, desenvolver materiais que causem menor impacto para a fabricação dos painéis. Por esse motivo, a sua utilização significa uma menor emissão de gases-estufa na atmosfera em comparação com outras fontes de energia.

Para a produção de energia solar, não são necessárias grandes áreas e tampouco qualquer tipo de desmatamento, nem mesmo nas grandiosas usinas solares. Estas, entretanto, precisam estar localizadas em áreas ermas por causa do grande calor gerado no ambiente ao seu redor.

Por fim, destaca-se também a baixa necessidade de manutenção que a tecnologia da energia solar possui e que está cada vez mais avançada. Em geral, a durabilidade dos equipamentos utilizados é elevada, embora os custos de reposição das peças e materiais sejam altos em casos de problemas de funcionamento.

Segundo o infográfico publicado pela ABSOLAR, em 2021, os principais benefícios da fonte solar fotovoltaica ao Brasil foram:

I. mais de 8,4 GW operacionais desde 2012;
II. mais de R$44 bi em novos investimentos privados;

III. mais de 254 mil novos empregos gerados;
IV. mais de R$12,1 bi em arrecadação de tributos; e
V. mais de 8,3 milhões de toneladas de CO^2 evitados.

x.Desvantagens da energia solar

Dentre as desvantagens do uso da energia solar, podemos destacar: (i) o custo acentuado que a sua tecnologia possui; (ii) o armazenamento das placas solares é ainda pouco eficiente; (iii) as relações em torno da produção dos equipamentos, pois as placas solares demandam uma grande extração de minérios, tais como o zinco; e (iv) a elevada dependência climática.

Vemos que, para o projeto ESG – EcoHospital a maioria destes fatores de desvantagem serão evitados, pois (i) os custos com investimentos serão arcados pela parceira privada, mesmo se beneficiando a Unidade de Saúde com a redução do seus custos com energia elétrica; (ii) o clima no Estado de Goiás é muito favorável; (iii) a empresa parceira é comprometida com o investimento em novas tecnologias; e (iv) a parceria se baseia na redução dos impactos ambientais gerados pela atividade da Unidade de Saúde e, por consequência, da fazenda solar que a abastecerá.

De todo modo, no geral, especialistas em fontes de energia ainda afirmam que o uso da energia solar é positivo. E, como podemos esperar, alguns de seus problemas poderão ser diminuídos no decorrer dos avanços tecnológicos que serão inevitáveis. (https://brasilescola.uol.com.br/geografia/vantagens-desvantagens-energia-solar.htm)

xi.Razões de implantação do Projeto ESG - EcoHospital

No Brasil, de forma geral, mas principalmente em empresas com grande produção industrial, o custo da energia elétrica representa uma parcela importante do orçamento mensal do negócio. A partir dessa realidade, gestores precisam buscar alternativas para reduzir esse custo.

Vale a pena ressaltar, também, que as empresas estão sendo mais cobradas por adotarem atitudes favoráveis ao meio ambiente, seja pelo seu público consumidor, pelo

mercado e, mais ainda, por uma autorresponsabilidade. Sendo, nesse caso, a utilização de energia solar um ótimo fator de comprometimento.

As ações de economia de energia elétrica são sempre bem-vindas, mesmo que mínimas como apagar as luzes ao sair dos ambientes, desligar maquinário que não esteja em uso e utilização de lâmpadas e equipamentos mais econômicos. Mas, no geral, estas ações são insuficientes para ocasionar a redução esperada e bem distantes da economia que pode ser alcançada com a utilização dos sistemas fotovoltaicos.

Além do ambiente corporativo individualizado, é sensível o aumento do custo da energia elétrica no país. De acordo com a ANEEL, entre 2001 e 2019, a energia elétrica subiu incríveis 230% (duzentos e trinta por cento), enquanto a inflação do período foi de 189% (cento e oitenta e nove) por cento. E este período é anterior à pandemia. Segundo dados da Associação dos Grandes Consumidores Industriais de Energia e de Consumidores Livres (Abrace), nos últimos 5 anos, o custo da energia elétrica, no Brasil, aumentou cerca de 47%.

Por isso, a energia solar se torna uma boa opção para substituir a energia elétrica produzida a partir de combustíveis fósseis. Tanto considerando uma atitude benéfica para o meio ambiente, quanto em redução de custos para as empresas.

A energia solar se consubstancia no sistema de conversão da energia gerada pelos raios solares em energia elétrica. Com o sistema instalado, é possível que a empresa seja responsável ou participe da geração da sua própria fonte de eletricidade, o que reduz consideravelmente os custos de energia elétrica.

Apesar do alto custo envolvido, o Brasil é um país com alta disponibilidade de recursos solares. Portanto, fizemos os necessários cálculos de viabilidade econômica do Projeto ESG - EcoHospital para garantir que o investimento realizado consegue ser recuperado no longo prazo, ainda que pela empresa parceira.

Primeiro, verificamos que a radiação solar emitida na localização a instalar o sistema fotovoltaico, como um dos fatores mais importantes para determinar a viabilidade econômica, é favorável. Assim, confirmando que a região Nordeste é a que mais se destaca nos índices de irradiação solar.

Outros pontos considerados no cálculo de viabilidade econômica foram a tecnologia disponível, os custos associados (instalação, manutenção, armazenamento de energia, etc), os apoios públicos e a legislação vigente. Cada localização possui determinados incentivos ou isenções fiscais que devem ser considerados nos cálculos, como fizemos.

xii.Objetivos do Projeto ESG – EcoHospital

Este projeto possui os seguintes objetivos:

I. redução de custos;
II. maior previsão do orçamento de insumos;
III. melhoria ao meio-ambiente;
IV. servir de modelo ESG;
V. liderança do Município de Goiânia e do Estado de Goiás na valorização da energia renovável;

Nossa proposta é tornar a Unidade de Saúde como a primeira Unidade de Saúde eco sustentável, do ponto de vista do uso de energia limpa do Brasil.

A utilização de energia solar permitir a utilização de ar-condicionado nas 24h operacionais em 365 dias/ano, mantendo as temperaturas entre os 18 e 20º diminui-se a umidade e inibindo o crescimento de microorganismos, promovendo o decréscimo de bactérias abaixo de 9.000 por pé cúbico, atendendo assim aos padrões de segurança necessários.

De início, a previsão de economia com o insumo energia elétrica, fundamental para todo o funcionamento do hospital e um dos insumos de maior relevância, é baixar a sua representatividade de cerca de 80% (oitenta por cento) para entorno de 50% (cinquenta por cento) no orçamento mensal, durante a Primeira Fase do projeto, e de uma redução ainda maior após a entrega da Segunda Fase do projeto.

O abastecimento da Unidade de Saúde por energia solar será implantado por meio de contrato de fornecimento de energia e prestação de serviços com a **B - Energy S.A**. A proponente já possui acordo firmado com a empresa parceira, a qual está comprometida a instalar uma usina na modalidade de fazenda solar dedicada ao abastecimento de energia elétrica da Unidade de Saúde, fornecendo à Unidade de Saúde 100% (cem por cento) da energia elétrica que o hospital necessita durante o período de geração da usina.

Importante mencionar que as atuais previsões de redução de custos com a energia elétrica são estimadas, pois se faz necessário passarmos por um período de controle, com os custos sendo geridos e monitorados de perto pelas equipes combinadas da CHS e de nossa parceira fornecedora de energia limpa **B - Energy S.A**, para que seja possível estabelecer o real proveito econômico que se sucederá.

A fazenda solar é uma usina fotovoltaica que se enquadra como minigeradora no segmento de geração distribuída, destinada à venda ou aluguel de lotes de painéis solares para pessoas e empresas do mercado cativo que desejam gerar a própria energia para reduzir os custos de energia elétrica sem um sistema próprio.

No caso de produção excedente, a parceira poderá vender à rede de distribuição de energia elétrica tradicional ou para terceiros. Em momentos de menor insolação e nos horários noturnos, nos quais a disponibilidade de energia produzida pela usina será menor do que a necessidade da Unidade de Saúde ou nula, o hospital poderá consumir da energia proveniente da distribuidora concessionária, pois ele se manterá sempre conectada à esta rede, ao menos enquanto a Segunda Fase do Projeto ESG -EcoHospital não estiver pronta.

Há significativas vantagens na contratação por esta modalidade de fazenda solar sobre a instalação e utilização de painéis solares no telhado do hospital, como podemos elencar de forma exemplificativa abaixo:

- a área de telhado disponível na Unidade de Saúde é insuficiente para acomodar a quantidade de painéis solares necessários para atender a demanda do hospital;
- a área de telhado disponível na Unidade de Saúde não disponibiliza semelhante exposição à luz do sol frente ao que pode ser captado pela fazenda solar;
- o investimento necessário para realizar o projeto não sairá do erário público;
- o risco do empreendimento será incorrido pela empresa parceira e não pelo Estado de Goiás; e
- com painéis solares no telhado da Unidade de Saúde fica inviável a execução da Segunda Fase do projeto, que prevê a utilização de baterias de alto rendimento para abastecer o hospital fora dos horários de irradiação solar.

xiii. Fases de Implantação do Projeto ESG -EcoHospital

O projeto será implantado em duas fases:

1.3.1.e.xiii.1. Primeira Fase

Nesta primeira fase, a empresa parceira se compromete a investir na instalação da fazenda solar e conectá-la diretamente à Unidade de Saúde, abastecendo o hospital com segurança nos horários de produção da usina.

Conforme já mencionado, a empresa parceira se compromete a fornecer 100% (cem por cento) da energia demandada pelo hospital, nos horários de produção da usina. Contudo, nos horários noturnos ou prejudicados por fatores climáticos, é necessário, ainda, que a Unidade de Saúde utilize da energia proveniente da distribuidora local como complemento.

Até o fim do 2º semestre de 2024, a usina deverá estar em funcionamento e interligada à Unidade de Saúde, gerando os benefícios previstos no projeto.

1.3.1.e.xiii.2. Segunda Fase

Na segunda fase do projeto, a parceira terá instalado baterias de altíssimo rendimento para armazenar a energia excedente produzida na fazenda solar, a fim de continuar fornecendo energia limpa à Unidade de Saúde mesmo nos horários noturnos ou de baixa irradiação solar, com o objetivo de praticamente anular a necessidade de uso de energia proveniente de fontes tradicionais pelo hospital.

A finalização desta etapa do projeto propiciará à gestão da Unidade de Saúde uma redução ainda maior dos custos com energia elétrica, prevista para afetar significativamente para baixo, os gastos atuais estimados do hospital. A entrega desta Segunda Fase do projeto está prevista para o 1º semestre de 2025.

A conclusão deste projeto tornará revolucionário o modo de abastecimento energético da Unidade de Saúde, colocando-a e o Estado de Goiás na vanguarda mundial da gestão de saúde, servindo de modelo de excelência na gestão energética, no cuidado com o meio-ambiente e no uso racional dos recursos públicos.

f) Projeto 6 - Queimados

Uma das maiores tradições e orgulho do Brasil é, também, motivo de preocupação por parte da saúde pública, durante a época dos festejos de São João, as práticas de acender fogueiras e soltar fogos de artifício trazem consigo os perigos de queimaduras graves, ferimentos (até mesmo com perda de membros), além de problemas respiratórios para uma parcela da população, principalmente crianças.

A CHS João Paulo II propõe, então, abrir à população antes e durante esses períodos festivos para orientar a comunidade dos riscos que essas atividades representam, já que a média de atendimentos para queimaduras com bombas e outros dispositivos similares diários nos dias de festejos de São João se elevam em até dez vezes.

Assim, essa campanha terá como objetivo informar a população da necessidade de evitar a utilização desse tipo de artefato ou que, ao menos, seu uso deve ser responsável, evitando que sejam utilizados próximos a crianças ou pessoas com mobilidade reduzida, além da orientação de que fogos de artifício não devem ser manipulados ou acesos enquanto se faz uso de bebidas alcoólicas.

g) Projeto 7 - Alcoolismo e Tabagismo

O alcoolismo e o tabagismo são dois hábitos nocivos à saúde do indivíduo e daqueles mais próximos a ele, com causas e consequências das mais diversas, além de serem responsáveis por inúmeros problemas de saúde capazes de levar a óbito.

Considerando então a abordagem humana que a CHS João Paulo II planeja gerir a Unidade de Saúde, o combate a esses males será realizado de forma constante, focado principalmente na população mais jovem, evitando que crianças e adolescentes se iniciem nesses vícios e, desde muito novos, passem a carregar um fardo que pode acompanhá-los por toda a vida.

A aproximação ao tema será feita por toda a Unidade de Saúde, não apenas o corpo médico, garantido que a saúde física e mental da comunidade seja plenamente atendida para que ele encontre o apoio necessário para evitar, diminuir ou mesmo superar essa condição de vício, permitindo uma melhora na qualidade de vida própria e de sua família.

h) Projeto 8 - Serviço de Nutrição e Dietética (SND)

O SND presta assistência nutricional e fornece refeições balanceadas voltadas às necessidades de cada cliente, visando a satisfação e recuperação da saúde.

O SND fornecerá aos pacientes e colaboradores alimentação adequada, em quantidade e qualidade, que atenda às necessidades nutricionais dos indivíduos, promovendo não só a cura, mas a prevenção de diversas doenças, tendo como responsabilidade planejar, implantar, coordenar e supervisionar as atividades de pré-preparo, preparo e distribuição, zelando pela qualidade e segurança alimentar.

Serão estabelecidos procedimentos de Boas Práticas para serviços de alimentação a fim de garantir as condições higiênicas sanitárias do alimento preparado, seguindo a Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004 conforme descrição abaixo.

i. Diagnóstico nutricional

Para que as necessidades dos pacientes sejam plenamente atendidas durante seu período de permanência na Unidade de Saúde, será realizada a identificação e classificação do estado nutricional, denominada de Avaliação Nutricional, a qual será realizada por breve

entrevista realizada para identificar preferências, intolerâncias, aversões, alergias, tabus, condições do apetite e da mastigação e funcionamento do trato gastrointestinal.

Utilizando o Protocolo Mínimo De Avaliação Nutricional, baseado nas informações fornecidas pela Avaliação Nutricional, pelos marcadores bioquímicos e pela história clínica, o paciente poderá ser diagnosticado como:

- sem desnutrição;
- com desnutrição presente (leve, moderada ou grave); ou
- em risco de desenvolver desnutrição.

Será então estabelecida uma conduta nutricional individualizada, a qual deve ser estabelecida a partir do Cálculo de Necessidades Energéticas e Nutricionais e adequada a cada doença e/ou situação clínica.

Definidas as demandas e necessidades nutricionais do paciente, o Serviço de nutrição poderá fornecer 4 alimentações diárias (café, almoço, lanche e jantar) aos serviços da Unidade de Saúde, conforme horários pré-estabelecidos e demandas nutricionais dos pacientes, assim promovendo a distribuição adequada e reduzindo desperdício de alimentação.

ii. Assistência Nutricional Integral

Visando garantir a qualidade e a totalidade da assistência nutricional integral dos pacientes hospitalizados, serão estabelecidos critérios para a inclusão do paciente no plano de assistência nutricional após a realização do diagnóstico nutricional, seguido de intervenção, acompanhamento e alta nutricional.

Todos os pacientes atendidos deverão ter registro em prontuário da prescrição dietética e sua evolução nutricional.

iii. Terapia Nutricional

A terapia nutricional (TN) é importante para corrigir ou minimizar a desnutrição energético-proteica, prevenindo complicações infecciosas, melhorando a cicatrização, reduzindo o tempo de internação, dos custos de tratamento e da mortalidade, neste contexto é importante garantir que o paciente receba o valor calórico total prescrito e determinado

individualmente para sua recuperação e ou manutenção do seu estado nutricional em um prazo de 72 horas.

Utilizando o conceito de Medicina Baseada em Evidências, a nutrição enteral precoce é considerada recomendação de nível 1. No entanto, há dificuldades para a administração da terapia nutricional enteral em pacientes críticos, principalmente no período inicial da internação (primeiras 72 horas). Nesse caso, deve-se avaliar a possibilidade de introdução da dieta enteral mínima (nutrição enteral trófica), utilizando o método de infusão contínua (bomba de infusão) de 10 a 30 ml/h.

iv. Definição de Nutrição Enteral

Considera-se nutrição enteral o alimento para fins especiais, rico em nutrientes, que poderá ser administrado de maneira contínua, intermitente ou em "bolus" considerando o estado do paciente, localização da sonda, tipo de dieta, necessidades nutricionais e alimentação por via oral concomitante.

Implantação e Monitoramento da Terapia Nutricional Enteral (TNE)

- **Frequência**

- implantação: após a indicação de TNE;
- monitoração: diária.

- **Materiais necessários**

- protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado;
- prontuário do paciente;
- pastas catálogo;
- balança, estadiômetro e fita métrica;
- calculadora.

- **Etapas**

1. avaliar o paciente, conforme critérios estabelecidos no Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado;

2. fazer a prescrição dietoterápica enteral na evolução multiprofissional;
3. prescrever a fórmula enteral no formulário de prescrição de sondas, na Unidade de Nutrição Clínica.
4. verificar a variação das medidas antropométricas (peso, circunferências e dobras cutâneas) a cada 7 dias;
5. avaliar a capacidade funcional;
6. realizar exame físico e monitorar exames laboratoriais, medicamentos utilizados, interação fármaco-nutriente, conforme Protocolo de atendimento nutricional do paciente hospitalizado;
7. avaliar funcionamento do trato gastrointestinal;
8. verificar a infusão da dieta enteral no registro da enfermagem da prescrição médica e colher informações do próprio paciente e/ou acompanhante, para monitorar a infusão real e a adequação em relação ao prescrito pelo profissional nutricionista;
9. decidir pela manutenção, substituição ou suspensão da fórmula enteral utilizada e descrever em conduta nutricional.

i) Projeto 09 - Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico – SADT

O Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia, ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) é uma modalidade de prestação de serviços na área da saúde que tem como objetivo de esclarecer o diagnóstico ou realizar procedimentos terapêuticos específicos para pacientes internos e externos ou de emergência do serviço.

Como a CHS João Paulo II adota uma política de papel zero, a SADT será organizada por um sistema informatizado que registra todos os serviços realizados, além de manter arquivos atualizados sobre os pacientes atendidos e procedimentos solicitados.

Os exames dos pacientes internados serão realizados conforme a prescrição médica e atendendo a todas as necessidades, de acordo com as normas e rotinas determinadas, sendo disponibilizados os seguintes recursos diagnósticos:

- laboratório Clínico;
- radiologia;
- ultrassonografia Ginecológico;
- ultrassonografia Cardiológico;
- tomografia;
- endoscopia Digestiva (vídeo endoscópio);

- sala de Recuperação Endoscópica;
- mamografia; e
- eletrocardiograma.

Em relação aos exames laboratoriais, serão realizados:

- hemograma;
- coprocultura e PPF;
- coproparasitológico;
- VDRL;
- sorologia para hepatite B e C;
- glicemia; e
- colesterol e triglicérides.

De modo a melhor organizar o fluxo interno da unidade, o procedimento padrão para a entrega de exames seguirá com as seguintes diretrizes:

- coleta de exames disponível durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde, com agilidade para recolher e processar os exames em duas horas (exames possíveis, respeitados os critérios técnicos);
- os resultados dos exames devem ser enviados por meio de sistema informatizado;
- a Unidade de Saúde deverá ser informatizada de forma que os profissionais tenham acesso às informações do paciente (procedimentos realizados, documentação, etc.) a qualquer tempo por meio do ERP padronizado da CHS João Paulo II; e
- a Unidade de Saúde deverá ser estruturada para oferecer laudos de resultados da forma mais ágil possível.

j) Projeto 10 - Urgência e emergência CHS 48 HORAS (CHS48)

Em termos de saúde, "urgência" e "emergência" são dois conceitos distintos que descrevem diferentes níveis de gravidade e prontidão no atendimento e assistência em saúde.

Uma situação de urgência refere-se a uma condição clínica que requer atenção da equipe médica imediata, mas não apresenta risco imediato à vida ou membros. Exemplos de situações de urgência incluem febre alta, dor moderada a severa, cortes superficiais, torções, sintomas de gripe, entre outros. Embora sejam situações urgentes, esses casos geralmente podem ser tratados em um pronto-socorro ou centro de atendimento de urgência, onde os pacientes são atendidos com base na ordem de chegada (MS/SAS, 2013).

Já uma situação de emergência, por outro lado, envolve uma condição clínica grave e potencialmente fatal que requer atendimento médico imediato para evitar complicações sérias ou a perda de vida. Exemplos de emergências médicas incluem ataques cardíacos, derrames, traumatismos graves, hemorragias incontroláveis, falta de ar intensa, envenenamento grave, entre outros (MS/SAS, 2013).

Neste sentido, a triagem na urgência e emergência ocupa lugar importante como processo crucial para se determinar a ordem de atendimento dos pacientes com base na gravidade de suas condições clínicas. O objetivo da triagem é garantir que os recursos disponíveis sejam alocados de forma eficiente e resolutivo, para que pacientes mais urgentes recebam atendimento imediato (MS/SAS, 2013).

i.Cuidados holísticos em saúde do CHS48

Como vocação, a Associação Beneficente João Paulo II envida seus esforços para proporcionar uma atenção multiprofissional ao paciente, através de uma abordagem integrada e humanizada, viabilizando uma rede de diálogo permanente com reais transformações coletivas. Nosso amplo conhecimento do setor de saúde internacional nos permite oferecer um portfólio de serviços para administrar com eficiência unidades hospitalares de pequeno e grande porte.

Os cuidados holísticos em saúde estão em nosso DNA e fazem parte de nossa gênese e cultura. Trabalhamos com uma abordagem integrativa e abrangente que considera a pessoa como um todo, levando em conta os aspectos físicos, mentais, emocionais e espirituais da saúde. Nossa abordagem reconhece que todos esses aspectos estão interligados e podem afetar o bem-estar geral de uma pessoa.

A CHS João Paulo II promove assistência com abordagem centrada na pessoa. Os cuidados holísticos focam a individualidade de cada indivíduo, levando em consideração seus valores, crenças, necessidades e objetivos. O profissional de saúde trabalha em parceria com o paciente para desenvolver um plano de cuidados personalizado.

Ressaltamos que os cuidados holísticos não substituem a medicina convencional, mas podem complementar e melhorar os tratamentos tradicionais.

ii.Equilíbrio e prevenção do CHS48

A promoção do equilíbrio é fundamental nos cuidados holísticos. Isso envolve prevenir doenças e promover um estilo de vida saudável, através da alimentação adequada, atividade física regular, sono de qualidade, gerenciamento do estresse e outras práticas preventivas.

iii.Integração de diferentes abordagens do CHS48

Os cuidados holísticos geralmente combinam diferentes terapias e abordagens, tanto convencionais quanto complementares. Isso pode incluir medicina convencional, medicina alternativa, terapias mente-corpo, práticas energéticas, acupuntura, meditação, entre outros.

iv.Tratamento dos sintomas e das causas subjacentes

Em vez de apenas tratar os sintomas de uma condição, os cuidados holísticos buscam identificar e tratar as causas subjacentes do problema de saúde. Isso envolve uma compreensão mais profunda da pessoa como um todo e pode exigir mudanças no estilo de vida, hábitos alimentares e abordagens terapêuticas específicas.

v.Ênfase na saúde mental e emocional

Os cuidados holísticos reconhecem a importância da saúde mental e emocional na saúde geral. A abordagem inclui o apoio psicológico, aconselhamento, terapia e práticas que promovam o bem-estar emocional, como a meditação, o relaxamento e a arte terapia.

vi.Autocuidado e empoderamento

Os cuidados holísticos encorajam o autocuidado e o empoderamento do paciente. Isso envolve educar e capacitar as pessoas a assumirem responsabilidade pela sua própria saúde, tomar decisões informadas e adotar hábitos de vida saudáveis.

vii.Atenção em traumatologia e ortopedia

A traumatologia e ortopedia são especialidades médicas que se dedicam ao diagnóstico e tratamento de lesões e doenças relacionadas ao sistema músculo-esquelético. Na emergência, essas especialidades desempenham um papel fundamental no atendimento a pacientes com lesões traumáticas agudas, como fraturas ósseas, luxações articulares, lesões ligamentares e lesões de tecidos moles.

Quando um paciente com uma lesão músculo-esquelética chega à emergência, os médicos traumatologistas e ortopedistas são responsáveis por avaliar a gravidade da lesão e iniciar o tratamento apropriado. Eles podem realizar exames físicos e solicitar exames de imagem, como radiografias, tomografias computadorizadas ou ressonâncias magnéticas, para obter informações detalhadas sobre a lesão e sua extensão.

Com base nos resultados dos exames, os especialistas em traumatologia e ortopedia podem realizar procedimentos de redução, imobilização ou estabilização das lesões. Isso pode envolver a manipulação cuidadosa dos ossos e articulações para reposicioná-los corretamente,

o uso de talas, gessos ou órteses para imobilizar a área afetada, ou até mesmo a realização de procedimentos cirúrgicos emergenciais, se necessário.

Além do tratamento imediato das lesões, os médicos traumatologistas e ortopedistas na emergência também têm a responsabilidade de gerenciar a dor dos pacientes, prescrever medicamentos apropriados, fornecer orientações sobre cuidados pós-tratamento e encaminhar os pacientes para acompanhamento especializado após a alta da emergência.

É importante ressaltar que a traumatologia e a ortopedia são especialidades amplas, e os médicos podem se especializar em áreas específicas, como trauma de alta energia, ortopedia pediátrica, cirurgia do quadril, cirurgia da coluna vertebral, entre outras. Essa especialização adicional permite que os profissionais lidem com casos mais complexos e ofereçam tratamentos especializados aos pacientes na emergência.

viii. Principais causas de atendimentos na urgência e emergência ortopédica

As principais causas de atendimentos na urgência e emergência ortopédica podem variar de acordo com a região e as características da população atendida. No entanto, algumas das causas mais comuns incluem:

- Fraturas ósseas: Fraturas são uma das principais razões pelas quais as pessoas buscam atendimento ortopédico de urgência. Elas podem ocorrer devido a quedas, acidentes automobilísticos, atividades esportivas ou lesões traumáticas.
- Luxações e entorses: Luxações ocorrem quando os ossos de uma articulação são deslocados, enquanto as entorses envolvem danos nos ligamentos que sustentam as articulações. Ambas as condições podem ser bastante dolorosas e requerem atendimento médico imediato.
- Lesões esportivas: Atletas e pessoas envolvidas em atividades físicas intensas estão sujeitos a uma variedade de lesões ortopédicas. Isso inclui distensões musculares, rupturas de tendões, lesões no menisco e outras lesões relacionadas a esportes.
- Lesões por trauma: Acidentes automobilísticos, quedas graves, lesões por armas de fogo ou cortantes e outros tipos de traumas podem levar a lesões ortopédicas significativas que exigem atenção médica de emergência.

- Infecções ósseas e articulares: Infecções ósseas (osteomielite) e infecções articulares (artrite séptica) podem ocorrer devido a infecções bacterianas ou fúngicas. Essas infecções podem ser graves e requerem tratamento urgente para evitar complicações.
- Lesões na coluna vertebral: Lesões na coluna vertebral, como fraturas vertebrais ou lesões medulares, podem resultar de acidentes, quedas ou traumas. Essas lesões são potencialmente graves e requerem avaliação e tratamento imediatos.
- Síndrome compartimental: A síndrome compartimental é uma condição em que a pressão aumenta dentro de um compartimento muscular, comprimindo os nervos e os vasos sanguíneos. Pode ocorrer após uma lesão muscular ou fratura e requer tratamento urgente para evitar danos permanentes.

Qualquer suspeita de lesão ortopédica grave deve ser avaliada e as intervenções devem ocorrer o mais rápido possível.

ix.Modelo de gestão hospitalar CHS48

A Associação Beneficente João Paulo II é reconhecida por sua capacidade de disrupção. Promovemos mudanças significativas e transformadoras no setor saúde que impulsionaram unidades hospitalares administradas por nossa organização.

Em nosso portfólio de boas práticas e ferramentas de gestão, lançamos mão ao uso de tecnologias da informação e digitalização de processos que tem contribuído para transformar nossos serviços de saúde, melhorando a eficiência, a qualidade e o acesso aos cuidados. A digitalização de registros médicos, o uso de telemedicina, a análise de big data e a inteligência artificial são exemplos de tecnologias que estão impactando os serviços por nós administrados.

Com nossa visão e cultura de cuidados holísticos em saúde, temos produzido cada vez mais uma medicina de precisão, onde buscamos personalizar os tratamentos com base nas características individuais dos pacientes, como seu perfil genético, ambiental e de estilo de vida. A disrupção nesse campo envolve a aplicação de testes genéticos avançados, terapias direcionadas e a utilização de dados personalizados para oferecer tratamentos mais eficazes e personalizados. Estas práticas têm proporcionado maior resolutividade e um ganho substancial aos pacientes e aos gestores dos SUS ao quais firmamos parcerias.

Nossa proposta visa sobretudo desenvolver uma abordagem diferenciada do lugar comum, para além do convencional. Temos produzido modelos e abordagens cirúrgicas diversas, e identificamos com originalidade fluxos e condutas médicas que identificaram as causas das falhas nas metodologias aplicadas na assistência hospitalar no SUS. Desenvolvemos processos de trabalho que lograram êxito em impedir que os equívocos rotineiros sejam reproduzidos, conduzindo a gestão da clínica num processamento de melhoria contínua em âmbito quantitativo e qualitativo, o que significa maior resolutividade e a redução de custos de operação de forma visível. O Hospital Municipal Alfredo Abrahão em Anápolis-GO tem se destacado inspirando gestores municipais, estaduais e nacional por sua interoperabilidade e inovação de uma nova dinâmica hospitalar de perfil cirúrgico.

O que o modelo CHS48 comprova, não obstante às complexidades inerentes aos serviços de urgências e emergências cirúrgicas, que é possível prestar serviços de saúde no SUS de maneira confiável, eficiente, resolutivo e de qualidade, com ênfase na melhoria de processos de assistência, sempre com melhoria contínua da gestão à luz de nosso propósito que é fazer o bem, ser feliz e consolidar a prosperidade de todos que orbitam nossa comunidade e nossos serviços.

Com o conceito CHS48 ao qual a Associação Beneficente João Paulo II singularmente idealizou, iremos eliminar no HUGO as imperfeições dos processos de avaliação e conduta em pacientes politraumatizados nas urgências e emergências, com a solução efetiva para o nosso paciente em 48 horas.

Após a abordagem inicial conforme protocolo internacional conhecido como "ABCDE", é dada continuidade na avaliação e tratamento do paciente de acordo com a gravidade de suas lesões e das necessidades de seu quadro clínico. Através de exames complementares, como radiografias, ultrassonografias, tomografias computadorizadas, e a realização de intervenções específicas, como imobilização de fraturas, drenagem de hemotórax ou cirurgia emergencial, assistiremos os pacientes com todas as intervenções cirúrgicas necessárias em 48 horas, tendo suas necessidades atendidas neste lapso de tempo, abreviando o interstício entre acolhimento inicial de urgência e emergência e as intervenções cirúrgicas indicadas ao quadro clínico do politraumatizado atendido no HUGO.

Todo atendimento ao politraumatizado será realizado por equipes altamente treinadas e experientes. Lançaremos mão da memória operacional e assistencial que será descrita e revisada pelas experiências vivenciadas ao longo das últimas décadas dos profissionais que consolidaram as suas carreiras no ambiente desenhado pela unidade hospitalar que é referência no Centro-Oeste brasileiro.

Seguindo as diretrizes e protocolos estabelecidos pelas sociedades clínicas e órgãos reguladores, almejamos a promoção da integralidade da atenção, a racionalização dos gastos, a otimização dos recursos e a equidade na assistência tendo a saúde como um direito de todos, reconhecendo e incorporando as dinâmicas sociais, econômicas e os fluxos assistenciais pré-existente, aperfeiçoando, melhorando suas aplicações e implementando as inovações exitosas de nosso conceito CHS48, aliando teoria e práxis na oferta de serviços de forma integral, equânime, resolutivo e eficiente.

Iremos qualificar a porta de entrada de urgência e emergência do HUGO, integrando a unidade hospitalar junto a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Goiás, com um novo modelo de atenção às urgências, com centralidade da assistência ao paciente de forma humanizada e holística. Essa compreensão contribuirá para que o conhecimento técnico-científico seja considerado nas decisões de gestão para que atores internos (profissionais) com larga experiência e contribuição no HUGO, possam expressar, participar e contribuir com o processo gestor da unidade. Os atores externos (usuários) terão suas necessidades expressas e atendidas através da participação do controle social no SUS e de entidades representativas que desejarem contribuir e participar do processo de implantação e evolução do CHS48.

Os pacientes politraumatizados e afins serão tratados de forma holística, resolutiva, com a alteração da abordagem e encaminhados para suas casas, com a solução definitiva e com o tratamento finalizado. A complexidade é inerente aos serviços de urgência e emergência em traumato-ortopedia e o CHS48 garantirá que todos os processos sejam identificados e tratados de forma objetiva. Qualquer complexidade adicional é revista como uma oportunidade para ampliar e melhorar o processo/modelo CHS48. Estamos conscientes e convictos de que a aplicação do CHS48 conduzirá ao movimento de qualidade e resolutividade que o HUGO necessita.

x.Passo a passo da assistência CHS48

A Associação Beneficente João Paulo II reconhece que é crucial o atendimento ao paciente politraumatizado nas primeiras 48 horas. Nesse interstício de tempo, com as devidas condutas necessárias, é possível garantir a estabilização e o tratamento adequado das lesões. Essas intervenções clínicas visam abordar imediatamente as ameaças à vida, minimizar as complicações e prevenir danos adicionais. Dentre as principais intervenções clínicas durante esse período, nossa proposta destaca:

1.3.1.j.x.1. Equipe de urgência e emergência CHS48:

- ACOLHIMENTO NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA COM AVALIAÇÃO PRIMÁRIA: é aplicado o protocolo ATLS (Advanced Trauma Life Support) identificando e tratando imediatamente as lesões com risco de vida. Conforme protocolo internacional conhecido como "ABCDE" são realizadas as principais etapas da avaliação, que envolvem garantir uma via aérea permeável, estabelecer uma respiração adequada, assegurar uma circulação eficiente, identificar deficiências neurológicas e expor completamente o paciente para realizar uma avaliação completa;
- REANIMAÇÃO: realizada com base na avaliação da via aérea, respiração e circulação. A administração de oxigênio suplementar, a ventilação adequada e a reposição volêmica com fluidos intravenosos são realizadas para estabilizar o paciente e corrigir a hipovolemia;
- CONTROLE DE HEMORRAGIAS E IMEDIATA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA: uma das principais causas de morte em pacientes politraumatizados. O controle rápido e eficaz da hemorragia é essencial. Isso pode ser feito por meio da aplicação de pressão direta, utilização de torniquetes em membros com hemorragia descontrolada e a imediata realização de procedimentos cirúrgicos para controlar a fonte de sangramento;
- PREVENÇÃO DE INFECÇÕES: feridas abertas e quebras da barreira cutânea aumentam o risco de infecções. A limpeza e cobertura apropriadas das feridas, além da administração de profilaxia antibiótica, são medidas importantes para prevenir infecções e evitar prolongamento da internação do paciente;
- AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA: Exames de imagem, como radiografias, tomografias computadorizadas, ultrassonografias, ressonâncias magnéticas são realizados para auxiliar na identificação e na avaliação de lesões específicas. Isso permite um diagnóstico mais preciso e direcionado, garantido que dentro das primeiras 48h após o acolhimento o paciente receberá toda a devida atenção das equipes e todas as intervenções cirúrgicas necessárias para a devida resolução do caso. Sem sequelas ou com o mínimo de prejuízo possível à saúde do paciente;

1.3.1.j.x.2. Equipe cirúrgica CHS48:

- AVALIAÇÃO DE EQUIPE ESPECIALIZADA CHS48: Dependendo das lesões identificadas, uma segunda abordagem entrará em ação através de consultas especializadas e abordagem multiprofissional até 48h após o acolhimento do paciente na unidade hospitalar;
- CONFIGURAÇÃO DA EQUIPE CHS48: Equipe cirúrgica formada por plantonistas 24h de segunda a segunda, composta por profissionais especializados em cirurgia que estão prontos para atender casos que requerem intervenção imediata devido a situações de urgência ou emergência médica e/ou continuidade aos serviços de pronto atendimento, com intervenções imediatas até 48h após a chegada do paciente na unidade hospitalar. Essas equipes são formadas por diferentes membros, cada um desempenhando um papel específico no processo cirúrgico;
- O OBJETIVO PRINCIPAL: Fornecer atendimento rápido e eficaz a pacientes que precisam de intervenção cirúrgica imediata para salvar vidas ou tratar condições médicas graves com sua completa solução e encaminhamento do paciente para casa com seu caso totalmente resolvido;
- CIRURGIAS DE ALTA COMPLEXIDADE: Serão realizadas pela EQUIPE CHS48, formada por ortopedistas-traumatologistas, neurocirurgiões, cirurgiões torácicos, cirurgiões vasculares, buco-maxilo facial, fisioteraputas, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros, para um tratamento adequado de lesões específicas dentro das primeiras 48h de acolhimento do paciente. Esses são apenas alguns dos membros que podem compor a Equipe CHS48. A composição exata da equipe pode variar dependendo das necessidades do hospital, do tipo de cirurgia e da gravidade da situação.

xi.Orthopedic Resolutional Results (EQUIPE MULTI ORR´s)

A Associação Beneficente João Paulo II compreende que através da implantação da Equipe CHS48 a quase totalidade dos casos de urgência e emergência serão tratados e completamente resolvidos nas primeiras 48h, otimizando os serviços e a oferta de leitos hospitalares, possibilitando a composição de uma terceira equipe chamada de ORR sigla em inglês que traduzida significa **RESULTADOS RESOLUTIVOS ORTOPÉDICOS**.

ORR´s terão as seguintes configurações e formatação:

xii.Orthopedic Resolutional Results (EQUIPE MULTI ORR´s)

- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL ORR´s: As Equipes Multi ORR´s, terão papel fundamental nas intervenções cirúrgicas de características em cirurgias eletivas. Serão compostas por diversos profissionais de saúde que trabalharão em conjunto para realizar procedimentos cirúrgicos planejados, ou seja, aqueles que podem ser agendados com antecedência;
- ENCAMINHAMENTOS VIA RAS: É importante ressaltar que a disponibilidade de cirurgias eletivas de alta resolutividade pode variar de acordo com o sistema de saúde de cada país e a capacidade dos hospitais e profissionais médicos. Em alguns casos, pode haver listas de espera ou critérios específicos para a realização dessas cirurgias, considerando a gravidade da condição do paciente e a disponibilidade de recursos médicos. Sempre consulte um médico para obter informações específicas sobre sua situação de saúde e a possibilidade de realizar uma cirurgia eletiva.
- FORMATAÇÃO DA EQUIPE ORR: Uma equipe cirúrgica típica para cirurgias eletivas em traumatologia e ortopedia que incluirá os seguintes membros: cirurgião ortopédico, anestesiologista, enfermeiro circulante, instrumentador cirúrgico, enfermeiro instrumentador, técnico em radiologia, profissionais de apoio, fisioterapeutas, entre outros, pois a composição exata da equipe cirúrgica pode variar de acordo com as necessidades do hospital, a natureza da cirurgia e a disponibilidade de recursos.

xiii.Resolution Results In Surgeries (EQUIPE MULTI RRS´s)

A Associação Beneficente João Paulo II compreende que através da implantação da Equipe CHS48 a quase totalidade dos casos de urgência e emergência serão tratados e completamente resolvidos nas primeiras 48h, otimizando os serviços e a oferta de leitos hospitalares, possibilitando a composição de uma terceira equipe chamada de RRS sigla em inglês que traduzida significa RESULTADOS RESOLUTIVOS EM CIRURGIAS.

As RRS´s terão as seguintes configurações e formatação:

- EQUIPE MULTIPROFISSIONAL RRS´s: As Equipes Multi RRS´s, terão papel fundamental nas intervenções cirúrgicas de características em cirurgias eletivas. Serão

compostas por diversos profissionais de saúde que trabalharão em conjunto para realizar procedimentos cirúrgicos planejados, ou seja, aqueles que podem ser agendados com antecedência;

- ENCAMINHAMENTOS VIA RAS: É importante ressaltar que a disponibilidade de cirurgias eletivas de alta resolutividade pode variar de acordo com o sistema de saúde de cada país e a capacidade dos hospitais e profissionais médicos. Em alguns casos, pode haver listas de espera ou critérios específicos para a realização dessas cirurgias, considerando a gravidade da condição do paciente e a disponibilidade de recursos médicos. Sempre consulte um médico para obter informações específicas sobre sua situação de saúde e a possibilidade de realizar uma cirurgia eletiva.
- FORMATAÇÃO DA EQUIPE RRS: Uma equipe cirúrgica típica para cirurgias eletivas em traumatologia e ortopedia, neurocirurgia, cardiologia, ginecologia e obstetrícia, cirurgia geral, entre outros, que incluirá os seguintes membros: cirurgião ortopédico, geral, cardiologista, neurologista, ginecologista obstetra, anestesiologista, enfermeiro circulante, instrumentador cirúrgico, enfermeiro instrumentador, técnico em radiologia, profissionais de apoio, fisioterapeutas, entre outros, pois a composição exata da equipe cirúrgica pode variar de acordo com as necessidades do hospital, a natureza da cirurgia e a disponibilidade de recursos.

Com o CHS48 acrescentamos um estágio de trabalho holístico e não de retrabalho, gerenciando condutas e minimizando problemas ao qual o paciente politraumatizado infalivelmente é acometido. A abordagem clássica infelizmente tem se mostrado ineficiente e pouco resolutiva. Os custos e complexidade inerentes aos processos de hospitalização, tem crescido vertiginosamente, tornando o sistema obsoleto, não satisfatório e insalubre, no contexto da RAS e da saúde pública como um todo. Embora outras abordagens assistenciais possam ter atenuado os problemas, estão longe de chegar à causa da raiz dos problemas. Surpreendentemente, contudo, isso tem sido revertido com o modelo CHS48 idealizado genuinamente pela Associação Beneficente João Paulo II. Temos encontrado respostas na teoria do trabalho idealizado por nós através de nosso posicionamento holístico característico do Modelo de Gestão Hospitalar CHS, acrescentando-se o Modelo CHS48.

Com isso, o CHS48 aplica uma abordagem bem diferente da convencional, eliminando os vícios dos processos anteriores,identificando problemas e criando soluções para o nosso paciente em 48 horas. Com tratamento holístico, resolutivo, com alteração da abordagem de forma eficiente, encaminhamos nossos pacientes para seio de suas famílias com a solução finalizada, evitando-se ao máximo que esse paciente torne-se um potencial usuário eletivo dos serviços de saúde, ocupando leitos que poderiam estar disponíveis para os atendimentos de urgência e emergência.

O conhecimento dos critérios específicos às circunstâncias, decorre de que a Associação Beneficente João Paulo II dispõe de expertise funcional hospitalar e procura ainda integrar os ativos e a memória das unidades de saúde, que dispõem de ativos que contribuíram de forma direta e/ou indireta para os sucessos verificados ao longo da história assistencial do HUGO, desencadeando uma gama de constatações fundamentais, evitando algumas decepções operacionais reconhecendo na comunidade de trabalhadores que constitui o HUGO ao longo de seus mais de trinta anos de existência, o alicerce para a disrupção e inovação a que nos propomos empreender na unidade.

A Associação Beneficente João Paulo II não "cria" tarefas, nós as descobrimos e as desenvolvemos. As tarefas, modelos e obrigações do CHS48, são intrinsecamente duradouras e extrinsecamente contínuas. As dinâmicas sociais e os avanços da medicina podem mudar de modo radical com o passar do tempo e nosso processo de trabalho no Modelo CHS48 descreve um melhor conhecimento do complexo conjunto de necessidades sociais, emocionais e funcionais dos pontos que constituem a RAS de Goiás e dos pacientes nela incluídos, em circunstâncias diversas. A adoção de novas tecnologias irá melhorar nossa abordagem, solucionando problemas e ações a serem desenvolvidas no dia-a-dia do HUGO, sem deixarmos de nos preocupar em conhecer, reconhecer e desenvolver o trabalho básico, característico do SUS.

Somos gestores no SUS, com capacidade de inovação demonstrada, habituados a um contexto de escassez, sem fontes complementares de receita operacional, conhecedores do trabalho e dos desafios que temos pela frente. Compreendemos que o nosso modelo de gestão hospitalar nos possibilita analisar de forma detalhada os prós e contras e as relações com os benefícios que são essenciais e urgentes àqueles que irão buscar os serviços no HUGO com este novo serviço de Modelo CHS48.

A Associação Beneficente João Paulo II passou a atuar também no Estado de Goiás no ano de 2021, mais propriamente na cidade de Anápolis-GO. Aceitamos o desafio de reformular e inovar o Hospital Municipal Jamel Cecílio (HMJC), que estava envolto ao descrédito. Assumimos o trabalho de modificar o conceito de assistência hospitalar na rede SUS do município, com o propósito de evoluir a unidade hospitalar de um perfil meramente clínico (pronto socorro), para uma unidade de perfil cirúrgico.

No dia 09 de novembro de 2021, a Associação Beneficente João Paulo II firmou parceria com a Prefeitura Municipal de Anápolis para abertura e gestão do Hospital Alfredo Abrahão, em substituição ao antigo HMJC.

Pela primeira vez, cirurgias que antes eram feitas somente por unidades prestadoras de serviços privados começaram a ser disponibilizadas na rede municipal por uma unidade de saúde 100% SUS.

Foram realizados procedimentos cirúrgicos nas áreas de pediatria, urologia, vascular, ginecologia, neurocirurgia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, proctologia, além de cirurgias plásticas e gerais (hérnias, vesículas, entre outras), não realizadas anteriormente na unidade de saúde administrada diretamente pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA).

QUADRO 6: PROCEDIMENTOS HOSPITALARES DO SUS, AIH´s APROVADAS E VALOR TOTAL SEGUNDO GRUPO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, COMPARATIVO ENTRE HOSPITAL MUNICIPAL JAMEL CECÍLIO E HOSPITAL ALFREDO ABRAHÃO:

UNIDADE HOSPITALAR	GESTÃO	PERÍODO ANALISADO	CIRURGIAS REALIZADAS	VALOR TOTAL (R$)
Hospital Municipal Jamel Cecílio	Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis	MAI/2020 A OUT/2021	507	290.899,32
Hospital Alfredo Abrahão	CHS João Paulo II	NOV/2021 A ABR/2023	4.732	2.963.110,88

Fonte: DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH, 2023.

Como é possível observar no Quadro 6, desde sua abertura em 9 de novembro de 2021, até a competência abril de 2023 (período de 18 meses), o HAA, sob gestão da Associação Beneficente João Paulo II, realizou 4.732 internações para realização de procedimentos cirúrgicos com faturamento SUS totalizando R$ 2.963.110,88.

Números amplamente superiores aos do antigo HMJC nos dezoito (18) meses anteriores, gerido diretamente pela SEMUSA. O HMJC foi descontinuado, dando lugar ao HAA administrado pela Associação Beneficente João Paulo II.

Fizemos a diferença e mudamos a perspectiva de oferta para a perspectiva da demanda, o que significa que deixamos de prestar serviços e passamos a responder às

necessidades da RAS. Estamos convictos de que o Modelo CHS48 tem o melhor planejamento estratégico para melhorar e ampliar a assistência hospitalar no HUGO.

Ressaltamos que cada unidade de saúde é única e pode enfrentar desafios específicos. Portanto, é essencial adaptar essas sugestões às necessidades e realidades do HUGO, buscando sempre melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços prestados.

Com o CHS48 iremos dinamizar a gestão de leitos hospitalares na unidade com uma menor média de internação, através das várias estratégias que podem ser adotadas. Otimizarmos o fluxo de atendimento dos pacientes desde a entrada no hospital até sua alta, identificando gargalos, implementando medidas para reduzir o tempo de espera em cada etapa através do modelo CHS48.

O estabelecimento de Equipes Multi 48h proporcionará abordagem colaborativa, melhorando comunicação e a coordenação entre os membros da equipe, facilitando a tomada de decisões e agilizando o tratamento dos pacientes, abreviando seu tempo de internação e cuidado. O CHS48 irá proporcionar a identificação de pacientes que possam receber alta mais cedo com segurança, desenvolvendo programas de acompanhamento pós-alta para garantir um cuidado contínuo. Isso liberará leitos para novos pacientes que necessitam de internação, promovendo alta precoce com segurança e resolutividade.

Esse novo protocolo de atendimento padronizado concebido pelo CHS48, desenvolverá atendimento padronizados para os principais diagnósticos e procedimentos médicos. Isso ajudará a garantir uma abordagem consistente e eficiente, evitando atrasos desnecessários e erros de comunicação.

O monitoramento e gestão de leitos acontecerá em tempo real, lançando mão de sistemas de informação hospitalar para monitorar a ocupação dos leitos. Isso permitirá uma gestão mais efetiva, identificando oportunidades para transferências, alta antecipada ou remanejamento de pacientes, de forma a otimizar a utilização dos recursos disponíveis com vistas a resolutividade de todos os casos em 48h.

O acompanhamento próximo dos pacientes de forma holística irá prevenir complicações e minimizar a necessidade de hospitalização, em colaboração com os serviços de apoio, como serviços de transporte, serviços de assistência domiciliar e cuidados paliativos, para oferecer alternativas de cuidado que possam reduzir a necessidade de internação hospitalar.

Essas intervenções clínicas são diretrizes gerais e poderão variar de acordo com a gravidade das lesões e a disponibilidade de recursos em cada contexto clínico. O atendimento ao paciente politraumatizado é uma situação emergencial que requer equipes multidisciplinares treinadas e recursos adequados para proporcionar o melhor cuidado possível. Com o método CHS48 a Associação Beneficente João Paulo II tem logrado êxito e irá revolucionar a porta de entrada e a gestão de leitos do HUGO.

k) Projeto 11 - RIAS-Rede Integrada de Assistência à Saúde

Boas práticas administrativas requerem a construção de um sistema integrado de gestão e assistência que consiga articular as diferentes práticas identificadas nas regiões de saúde sejam elas de âmbito distrital, municipal, regional ou estadual.

É possível garantir atenção de qualidade favorecendo a integralidade na assistência com utilização racional dos recursos disponíveis, interligando e interconectando equipamentos públicos de saúde de um mesmo distrito sanitário, de um município, de uma microrregião ou de uma macrorregião de saúde.

Com a Rede Integrada de Assistência à Saúde (RIAS), desejamos proporcionar articulação e integração de todos os equipamentos públicos de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliando e qualificando o acesso humanizado e integral aos usuários do SUS em situação de urgência e emergência, de forma que o atendimento seja ágil, oportuno e resolutivo.

i.Objetivos

Proporcionar assistência integral através de equipamentos públicos dirigidos à promoção de saúde na região adstrita, com intuito de promover enfrentamento aos riscos e agravos existentes em sua população, através de um conjunto integrado de ações e serviços do poder público municipal e/ou estaduais, possibilitando respostas aos diversos problemas de saúde de uma comunidade.

Propósito

Apoiar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Goiás e de Goiânia na preparação, contenção, resposta e mitigação nas urgências e emergências, envolvendo as pessoas, famílias e comunidades, bem como os profissionais de saúde e outros atores setoriais e intersetoriais.

ii. Regionalização da oferta de serviços de urgência e emergência

A regionalização é uma importante ferramenta como estratégia fundamental na lógica do planejamento com oferta de serviços em escala de modo descentralizado e hierarquizado. Possibilita a reorganização da assistência em módulos assistenciais, articulado em redes de atenção, através de linhas de cuidado, com territórios definidos em espaços organizativos e responsabilização sanitária.

Através da descentralização das pequenas urgências, podemos contribuir para a execução da assistência numa perspectiva loco-regional, possibilitando a organização dos serviços em territórios sanitários regionais com maior resolutividade e eficiência, facilitando o processo de oferta dos serviços com equidade, diminuindo o tempo de espera por atendimentos no Pronto Socorro do HUGO.

Os pontos de atenção da Rede de Urgência e Emergência irão compor a RIAS, constituindo-se em unidades funcionais caracterizadas por condições tecnológicas diferenciadas e específicas, com campo de ação bem definido, dispondo de pontos de apoio diagnósticos e terapêuticos, buscando garantir a efetividade e a qualidade da atenção.

Com isso, a RIAS visa fortalecer as relações entre gestores, usuários e trabalhadores proporcionando comunicação aberta e honesta, o estabelecimento de metas e objetivos comuns, o incentivo ao diálogo e à negociação, a busca por soluções criativas e a mediação por terceiros imparciais.

iii. Estratégias a serem utilizadas na RIAS

Qualificar as portas de entrada de urgência e emergência hospitalares bem como as portas de emergência. Integrar a RAS com um novo modelo de atenção às urgências, com centralidade da assistência no pronto atendimento do HUGO. Essa compreensão contribuirá para que o conhecimento técnico-científico seja considerado nas decisões de gestão para que atores internos (profissionais) e atores externos (usuários) possam ter suas necessidades expressas e atendidas.

Qualificar a atenção e assistência ao paciente crítico e/ou grave, qualificando a Sala Vermelha e a Unidade de Terapia Intensiva, organizando e ampliando os leitos de estabilização, observação e retaguarda.

Qualificar a atenção através da criação de linha de cuidado cardiovascular, cerebrovascular e traumato-ortopédica, articulando a rede de atenção primária à saúde e o HUGO por meio de regulação de urgência e regulação ambulatorial e de leitos hospitalares.

Reorganizar a oferta de serviços, intervindo na oferta mais ágil e efetiva no cuidado nas grandes urgências hospitalares, através da implantação da classificação de risco, gestão eficiente de leitos, implantação de protocolos clínicos.

Criar o Comitê Gestor de Atenção às Urgências composto pelo coordenador municipal da RUE, representante da Organização Social que irá gerir a unidade, os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, representantes da Defesa Civil Municipal e Estadual e gestor municipal e estadual da área de trânsito.

Todos os movimentos de implantação, coordenação e execução da RIAS implicará em estabelecer um vínculo mais consistente entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário da RAS, para que gestores e demais atores possam, por meios de arranjos formais e informais, verticais e horizontais, aplicar instrumental teórico-metodológico e de ação na construção de um verdadeiro sistema de saúde locorregional em nível municipal e estadual.

Com a constituição da RIAS almejamos a promoção da integralidade da atenção, a racionalização dos gastos, a otimização dos recursos e a equidade na assistência tendo a saúde como um direito de todos, reconhecendo e incorporando as dinâmicas sociais, econômicas e os fluxos assistenciais existente, aperfeiçoando e melhorando suas aplicações, aliando conceito e práxis na oferta de serviços de forma integral, equânime, resolutivo e eficiente.

iv.Componentes e interface da RIAS

A interface da RIAS contará com conjunto de unidades que prestam assistência em saúde, incluindo unidades de apoio diagnóstico e terapêutico de serviço próprio e conveniado ao SUS, unidades de apoio logístico como SAMU 192, as portas de entradas da rede básica de saúde e as unidades ambulatoriais de assistência especializada que, articuladas entre si, promoverão interface de apoio às urgências e emergências no HUGO.

A construção dessa rede de atenção, aqui denominada RIAS, vem contribuir para o processo de regionalização e integralidade do cuidado, contemplando ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde, além de favorecer amplamente o acesso em tempo oportuno aos pacientes que mais necessitam.

Serão incorporadas as redes de comunicação e infraestrutura da RUE do município e do estado, colocando em funcionamento os serviços em perfeita harmonia, com fluxo regulado e

efetivo de atenção aos usuários. Para tanto, deve-se instituir protocolos e fluxos de acordo com a realidade da RUE local e a denominada "nosologia prevalente", atendendo e minorando o conjunto de agravos que são mais frequentes nos atendimentos.

Deverão ser garantidas as condições de infraestrutura mínima para o funcionamento adequado desses serviços de atenção às condições de urgências e emergências, compatibilizando a economia de escala e equidade no acesso, trazendo resolubilidade da região em média complexidade e adequando as portas de entrada para a efetiva condução dos casos de alta complexidade e os de média complexidade pactuados e programados para assistência em outras unidades de saúde e de outros municípios.

A RIAS irá se estruturar colaborando e fortalecendo o arranjo híbrido da RUE, aproveitando-se da dispersão dos serviços de atenção básica para promover articulação nos serviços previstos para este nível de atenção. E também organizando os processos de trabalho nos arranjos concentrados no HUGO em articulação com o SAMU 192, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, que concentrados geram economia de escala ao município e ganho de eficiência dos recursos disponibilizados na rede.

I) Projeto 12 - AMEM-AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

A implantação da RIAS visará o contínuo aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde de modo a produzir efetivos benefícios na aplicação de suas diretrizes e metas, promovendo ganho substancial na ampliação do acesso e na qualidade da assistência prestada à população.

O Ambulatório de Especialidades Médicas (AMEM) do HUGO oferecerá atendimento ambulatorial especializado em diversas áreas da medicina. Este serviço permitirá que pacientes com condições específicas sejam atendidos por médicos especializados em suas áreas de interesse, em um ambiente hospitalar seguro e equipado. O AMEM funcionará como hospital dia de forma integrada com outros setores do hospital, como laboratórios de análises clínicas, diagnóstico por imagem, unidade de terapia intensiva, entre outros, garantindo assim assistência integral e de qualidade aos pacientes. Além disso, o ambulatório de especialidades também pode oferecer consultas médicas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, acompanhamento de doenças crônicas, reabilitação, entre outros serviços, dependendo das necessidades de cada paciente.

A relação entre AMEM e atenção primária à saúde será de complementaridade e colaboração mútua, visando garantir a melhor assistência à saúde para a população. Dessa forma, o AMEM e a atenção primária à saúde irão se integrar e se complementar. Usuários que necessitarem de tratamentos mais complexos serão encaminhados pelos serviços de atenção primária ao AMEM, onde receberão atendimentos especializados. Os pacientes acompanhados no ambulatório que necessitarem de cuidados mais simples, serão encaminhados para a atenção primária à saúde.

Dentro do conceito de atenção quaternária hospitalar, os pacientes no pós-internação receberão uma forma avançada de atendimento médico que visa oferecer cuidados altamente especializados e complexos para pacientes que apresentam condições de saúde que exigem

acompanhamentos e tratamentos extremamente especializados. Serão utilizadas infraestrutura e equipamentos de última geração, além de equipes multidisciplinares altamente capacitadas, incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros profissionais de saúde. A atenção quaternária no pós-internação será voltada para casos de saúde mais complexos, utilizado em situações em que as outras formas de tratamento se mostrarem ineficazes ou insuficientes para o caso em questão.

Assim, a alta hospitalar compreenderá o acompanhamento do paciente em todas as suas necessidades, para somente após sua completa recuperação encaminhá-lo à atenção básica ou outro serviço especializado da RAS de Gravatá. Iremos ofertar assistência avançada de atendimento médico com tratamentos especializados e complexos para pacientes com condições de saúde que necessitam de maior atenção no pré e pós internação hospitalar.

m) Projeto 13 - RCTC-Rede de Ciência e Tecnologia Clínica

Será montada no HUGO infraestrutura de conhecimento direcionada para unidade hospitalar com vistas aos melhores cuidados em saúde. Com a RCTC asseguramos a comunicação, a colaboração e o desenvolvimento de novos conhecimentos assistenciais e de cuidados, favorecendo os aspectos biopsicossociais, beneficiando a atenção terapêutica. Com este novo arranjo político-institucional iremos proporcionar interlocução entre educação e saúde, oferecendo conhecimento, numa grande cidade, numa mega-unidade hospitalar através de uma mega rede de conhecimento educacional de cunho internacional, o que tornará o HUGO numa unidade hospitalar global.

Através da RCTC, asseguraremos à unidade hospitalar, conjunto de profissionais médicos com experiências e vivências assistenciais internacionais, praticadas na rede de hospitais universitários que fazem parte da nossa rede colaborativa, integrando práticas de diagnóstico ou prognóstico, bem como otimizando terapêuticas específicas para os quadros clínicos identificados.

A aprendizagem como elemento propulsor do desenvolvimento ganhará novos contornos, conectando as equipes médicas e não médicas, o Comitê de Especialistas Através da Telemedicina, para matriciamento de casos na RAS, eliminando as falsas urgências hospitalares em toda rede de saúde de Goiás e de Goiânia, promovendo medicina de ponta com o que há de mais atual no ensino médico superior no mundo. Promovendo-se assim, atuação pelas equipes do HUGO junto à população interna e externa do hospital, na promoção e proteção da saúde e na recuperação e reabilitação de doentes.

n) Projeto 14 - CHS Postgraduate Medical School com LLLS (Life Long Learning System)

De modo a integrar ainda mais competência a sua plataforma de serviço, foi criada a CHS - Postgraduate Medical School que tem o objetivo de promover e desenvolver a pós-graduação, pesquisa e estudos, organizar congressos, seminários e workshops em todas as áreas do saber no território nacional e/ou estrangeiro, individualmente ou em parceria/cooperação.

As principais atribuições da CHS - Postgraduate Medical School são as de promover projetos de formação avançada e investigação/pesquisa, gerir unidades de prestação de serviços na área da saúde humana, a nível nacional e/ou internacional.

O estágio é ato educativo escolar supervisionado desenvolvido no ambiente de trabalho, através de atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, as quais se dão pela participação em situações reais de trabalho, com o objetivo de complementar o ensino e a aprendizagem, com o acompanhamento de professor-orientador e profissional habilitado, proporcionadas aos estudantes que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação.

A CHS João Paulo II, entendendo a importância de seu papel social, considera que o estágio, além de um ato educacional, é também uma oportunidade de repassar a futuros profissionais seus valores e forma de atuação, fazendo com que a experiência de estágio seja mais completa e duradoura do que apenas um período de acompanhamento de profissionais estabelecidos.

Dessa forma, foi criado o CHS - Postgraduate Medical School, uma iniciativa pioneira do grupo CHS João Paulo II que visa criar laços com instituições nacionais e internacionais para desenvolver, em suas unidades de gestão, uma cadeia educacional duradoura, competente e replicadora de valores humanos, auxiliando a inserção no mercado

de trabalho da saúde de profissionais capazes de atender a população com competência técnica plena e humanista.

Em relação específica ao estágio, o CHS - Postgraduate Medical School atenderá as determinações legais para essa atividade, especificamente o previsto nos artigos 1º, 2º e 3º da Lei nº 11.788/08, que regulamenta o estágio educacional em âmbito nacional:

> *Art. 1º Estágio é ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educandos que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos.*
>
> *§ 1º O estágio faz parte do projeto pedagógico do curso, além de integrar o itinerário formativo do educando.*
>
> *§ 2º O estágio visa ao aprendizado de competências próprias da atividade profissional e à contextualização curricular, objetivando o desenvolvimento do educando para a vida cidadã e para o trabalho.*
>
> *Art. 2º O estágio poderá ser obrigatório ou não-obrigatório, conforme determinação das diretrizes curriculares da etapa, modalidade e área de ensino e do projeto pedagógico do curso.*
>
> *§ 1º Estágio obrigatório é aquele definido como tal no projeto do curso, cuja carga horária é requisito para aprovação e obtenção de diploma.*
>
> *§ 2º Estágio não-obrigatório é aquele desenvolvido como atividade opcional, acrescida à carga horária regular e obrigatória.*
>
> *§ 3º As atividades de extensão, de monitorias e de iniciação científica na educação superior, desenvolvidas pelo estudante, somente poderão ser equiparadas ao estágio em caso de previsão no projeto pedagógico do curso.*
>
> *Art. 3º O estágio, tanto na hipótese do § 1o do art. 2odesta Lei quanto na prevista no § 2odo mesmo dispositivo, não cria vínculo empregatício de qualquer natureza, observados os seguintes requisitos:*
>
> *I – matrícula e frequência regular do educando em curso de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e nos anos finais do ensino fundamental, na modalidade*

profissional da educação de jovens e adultos e atestados pela instituição de ensino;

II – celebração de termo de compromisso entre o educando, a parte concedente do estágio e a instituição de ensino;

III – compatibilidade entre as atividades desenvolvidas no estágio e aquelas previstas no termo de compromisso.

§ 1º O estágio, como ato educativo escolar supervisionado, deverá ter acompanhamento efetivo pelo professor orientador da instituição de ensino e por supervisor da parte concedente, comprovado por vistos nos relatórios referidos no inciso IV do caput do art. 7º desta Lei e por menção de aprovação final.

§ 2º O descumprimento de qualquer dos incisos deste artigo ou de qualquer obrigação contida no termo de compromisso caracteriza vínculo de emprego do educando com a parte concedente do estágio para todos os fins da legislação trabalhista e previdenciária.

Para a área de residência médica, seguiremos os conceitos básicos trazidos pela Lei n.º6.932/81, que regulamenta essa atividade no país, novamente observando os artigos 1º a 3º:

Art. 1º A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional.

§ 1º As instituições de saúde de que trata este artigo somente poderão oferecer programas de Residência Médica depois de credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 2º É vedado o uso da expressão residência médica para designar qualquer programa de treinamento médico que não tenha sido aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

§ 3º A Residência Médica constitui modalidade de certificação das especialidades médicas no Brasil. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013)

§ 4º As certificações de especialidades médicas concedidas pelos Programas de Residência Médica ou pelas associações médicas submetem-se às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

(Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013) (Regulamento) (Regulamento)

§ 5º As instituições de que tratam os §§ 1o a 4o deste artigo deverão encaminhar, anualmente, o número de médicos certificados como especialistas, com vistas a possibilitar o Ministério da Saúde a formar o Cadastro Nacional de Especialistas e parametrizar as ações de saúde pública. (Incluído pela Lei nº 12.871, de 2013) (Regulamento) (Regulamento)

Art. 2º Para a sua admissão em qualquer curso de Residência Médica o candidato deverá submeter-se ao processo de seleção estabelecido pelo programa aprovado pela Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 3º O médico residente admitido no programa terá anotado no contrato padrão de matrícula:

a) a qualidade de médico residente, com a caracterização da especialidade que cursa;

b) o nome da instituição responsável pelo programa;

c) a data de início e a prevista para o término da residência;

d) o valor da bolsa paga pela instituição responsável pelo programa.

Conforme já citado, a CHS João Paulo II, por meio de seu projeto CHS - Postgraduate Medical School atuará oferecendo oportunidades de estágio obrigatório, não-obrigatório, atividades de extensão, monitorias e de iniciação científica por meio de sua ampla expertise e conhecimento do mercado médico, não ficando presa a convênios pré-determinados e restritos, mas sim oferecendo oportunidades constantes de aprendizado.

A instituição irá, periodicamente, publicar editais de chamamento público com o intuito de oferecer oportunidades de estágio e treinamentos técnicos, inclusive com participação em seus projetos de inovação e pesquisa, garantindo assim ampla oportunidade de divulgação desse conhecimento aos profissionais da área.

Os editais envolvendo estas oportunidades seguirão a demanda da unidade, buscando aproveitar ao máximo os recursos de todas as áreas disponíveis, integrando essa dinâmica interna aos acordos pontuais a serem realizados com instituições de ensino interessadas em oferecer essas oportunidades a seus alunos.

Para a residência médica, o programa promoverá duas seleções públicas anuais, para ingresso de residentes no início de cada semestre letivo, conforme a demanda de oportunidades surgidas por área de especialização da Unidade de Saúde.

Os editais contemplarão a quantidade de vagas disponíveis, responsável médico, instituição de ensino parceira, duração do programa, carga horária e valor da bolsa, de modo a atender plenamente o previsto na Lei n.º6.932/81.

A seleção contemplará as seguintes etapas:

- Análise de currículo.
- Avaliação teórica; e
- Entrevista.

Todas as etapas obedecerão aos critérios de transparência e publicidade aplicáveis, utilizando-se de métodos de avaliação padronizados a garantir que a seleção ocorrerá de maneira imparcial e técnica, respeitando os princípios da administração pública e, principalmente, os mais elevados princípios éticos e morais característicos da CHS João Paulo II.

A CHS João Paulo II apresenta, no âmbito da CHS - Postgraduate Medical School o seu Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral, demonstrando a capacidade técnica e educacional da organização, principalmente seu foco em transformar o HUGO em Hospital Escola, seguindo todas as determinações da Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015 do Ministério da Saúde.

i.Programa de mestrado e doutorado internacional em saúde

De modo a continuar ampliando a qualidade de seus profissionais e se manter atento aos mais atualizados modelos de gestão e procedimentos médicos, a CHS João Paulo II possui relacionamento com diversos institutos internacionais do ensino de saúde como a Università Cattolica del Sacro Cuore, UCL – Université Catholique de Louvain, University of Notre Dame, Universidad de Navarra, University of Copenhagen e Uppsala Universitet.

Essas parcerias proporcionam ao instituto um diferencial significativo com relação aos seus concorrentes, considerando que a qualidade de ensino que é capaz de oferecer supera em muito aquela que seria obtida em programas regulares de residência ou estágios médicos, diante da amplitude que uma interação internacional com profissionais com experiência e vivência em outros ambientes e realidades pode oferecer.

Nesse sentido, os programas de Mestrado e Doutorado Internacional em Saúde que a CHS João Paulo II oferece através do CHS - Postgraduate Medical School representa um benefício duradouro a população dos Municípios de Goiás, tendo em vista que será voltada aos

profissionais que farão atendimento na própria Unidade de Saúde, proporcionando educação de nível internacional sem a necessidade de deslocamento desses funcionários.

Outro aspecto que se busca com a implantação deste Programa é a produção e reprodução de conhecimento técnico interdisciplinar, oferecendo treinamentos internos, visitas técnicas, cursos e outras formas de interação entre a Unidade de Saúde e a comunidade.

Desta maneira, acreditamos que o CHS - Postgraduate Medical School pode proporcionar uma evolução técnica significativa à Unidade de Saúde com a implantação de seu Programa de Mestrado e Doutorado Internacional em Saúde, oferecendo a melhora educacional sem os impactos de sua transformação em um Hospital Escola.

ii. Parcerias com instituições para desenvolvimento de projetos de pesquisa na área de saúde pública

A CHS João Paulo II entende seu relevante papel no processo de desenvolvimento da ciência, tecnologia e inovação nas Unidades de Saúde que gerimos; por essa razão, instituímos uma Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, ativamente buscando parcerias com instituições e seus atores estratégicos para contribuir na implementação deste desenvolvimento científico e tecnológico em saúde pública, de uma forma que seja possível deixar frutos para a nova geração.

As pesquisas na área de saúde pública constituem etapas desse processo, que contribuem no fortalecimento das competências da CHS João Paulo II e na criação de estruturas de gerenciamento para a pesquisa e inovação tecnológica no âmbito das referidas unidades, propiciando condições institucionais para o nascimento e desenvolvimento de iniciativas nesse escopo de atuação.

Por essa razão, a CHS João Paulo II possui relacionamento com diversos institutos internacionais e nacionais do ensino de saúde como as internacionais Università Cattolica del Sacro Cuore, UCL – Université Catholique de Louvain, University of Notre Dame, Universidad de Navarra, University of Copenhagen e a Uppsala Universitet e as nacionais sendo a Universidade Estadual de Goiás, a Universidade Federal de Goiás, e UNIRV - Universidade Rio Verde e a UniEvangélica, no Estado de Goiás, e a Uninassau, Faculdade de Medicina de Olinda, UPE, UNICAPE, UFPE em Pernambuco.

O escopo maior das parcerias seguirá no sentido da inovação científica e tecnológica em saúde, buscando soluções modernas para reduzir o risco de procedimentos médicos, maximizar a utilização dos insumos e equipamentos à disposição e buscar o desenvolvimento de técnicas capazes de melhorar o bem-estar dos pacientes e reduzir os tempos de internação de forma segura.

iii.Programa de pesquisas estratégicas na área de saúde pública

Uma das iniciativas é o Programa de Pesquisas Estratégicas na área de Saúde Pública, já implementado em outras unidades geridas pela CHS João Paulo II, o qual possui os seguintes objetivos:

- Contribuir com desenvolvimento científico e tecnológico e formação profissional em saúde, em consonância com as políticas de Educação, de Saúde e de Ciência, Tecnologia e Inovação.
- Implementar um modelo de gestão de pesquisas para nossas unidades de saúde que assegure sua institucionalização, efetividade e transparência no processo de aprovação, desenvolvimento, execução orçamentária e monitoramento, em consonância com as Boas Práticas.
- Estimular, no âmbito da Unidade de Saúde, a realização de pesquisas clínicas em insumos estratégicos para Sistema Único de Saúde.

Propomos fazer com que o Programa se torne um dos pilares de inovação da Diretoria da CHS João Paulo II, tornando a Unidade de Saúde um celeiro de talentos e tecnologia, melhorando os índices de atendimento e atraindo profissionais de indiscutível qualidade para capitanear as iniciativas, as quais serão, no futuro, parte do acervo técnico da Unidade de Saúde.

iv.Programa de pesquisas de técnicas inovadoras na área de saúde pública

Outra iniciativa que a CHS João Paulo II planeja implementar em todas suas Unidades de Saúde é a busca constante por empresas e instituições de tecnologia para firmar parcerias capazes de criar ou desenvolver inovações que impactem no atendimento aos pacientes de forma direta ou indireta.

É inegável que, por mais que se adote procedimentos e técnicas modernas na gestão hospitalar, ainda existem muitos caminhos nos quais a tecnologia pode reduzir riscos, melhorar custos e proporcionar maior conforto e segurança aos pacientes.

O desenvolvimento de instrumentos cirúrgicos é um dos caminhos que a CHS João Paulo II já encontrou para diferenciar sua gestão e criar melhorias palpáveis no atendimento ao público, tendo participado ativamente no desenvolvimento de técnicas e equipamentos que, posteriormente, passaram a fazer parte do inventário permanente das Unidades geridas.

Dessa forma, por meio do contato direto com a comunidade e a publicação periódica de estudos e trabalhos técnicos, propõe-se a criação de um programa permanente, que gerará resultados durante toda a Diretoria da CHS João Paulo II.

v. Apresentação de projeto em educação permanente com vista à capacitação da equipe interdisciplinar da unidade de saúde

A Educação Permanente visa satisfazer todas as demandas por capacitação e treinamento dos colaboradores que se beneficiam dela, resultando de forma eficiente na otimização dos serviços prestados pela CHS João Paulo II, gerando resultados positivos ao público atendido e entregando ativos permanentes a Unidade de Saúde por meio de profissionais capacitados para replicar seus conhecimentos e experiência no longo prazo.

1.3.1.n.v.1. Finalidade:

A finalidade do Projeto de Educação Permanente é atualização dos profissionais da CHS João Paulo II, de modo a fomentar a integração entre as equipes multidisciplinares, desenvolvendo assim o potencial existente em todos os colaboradores da organização, visando à melhoria constante no padrão de atendimento aos usuários.

1.3.1.n.v.1.1. Objetivo Geral

Promover a capacitação, atualização, aprimoramento e desenvolvimento do potencial e competências essenciais para o alcance da excelência no desempenho profissional de toda equipe da Unidade de Saúde, utilizando-se de uma ampla rede de instituições de ensino capazes de fornecer cursos de diversas complexidades aos profissionais.

1.3.1.n.v.1.2. Objetivos específicos

1. identificar demandas por capacitação e treinamento nas diversas áreas da instituição;
2. planejar e elaborar programas e projetos de atualização para os diversos profissionais da instituição;
3. estabelecer critérios para a realização de cursos de atualização e aperfeiçoamento externos, priorizando os temas e áreas conforme a demanda por atividades;

4. elaborar os cronogramas referentes às atividades mensais;
5. planejar, receber e encaminhar profissionais externos na realização de visitas técnicas nas dependências da CHS João Paulo II;
6. incentivar, fomentar e orientar os diversos profissionais da organização a participarem das atividades educativas, na qualidade de instrutor;
7. solicitar a participação de profissionais das áreas específicas, como instrutores, para ministrar cursos, palestras, seja na instituição ou em unidades externas;
8. identificar, cadastrar e capacitar, por área específica, instrutores da própria instituição para ministrarem cursos e treinamentos específicos;
9. elaborar material institucional para as devidas atividades de treinamento;
10. promover uma divulgação estruturada do material didático de atualização entre os profissionais da CHS João Paulo II;
11. estimular o repasse e divulgação dos conhecimentos adquiridos em eventos, congressos e cursos pelos profissionais liberados para participação nos mesmos;
12. estabelecer em conjunto com as coordenações e diretorias, os referidos objetivos, critérios e instrumentos de avaliação para as diversas atividades de atualização, com enfoque na verificação do alcance dos objetivos;
13. acompanhar e avaliar o desenvolvimento das atividades de atualização e desenvolvimento;
14. organizar e realizar eventos científicos (seminários, jornadas, simpósios etc.) e específicos das categorias de servidores existentes na instituição;
15. participar da elaboração de certificados e atestados para profissionais participantes de programas de atualização e eventos específicos;
16. articular com as demais instituições de saúde, favorecendo a troca de experiências e contribuindo para o processo de atualização e aperfeiçoamento dos servidores;
17. viabilizar a realização de visitas técnicas dos funcionários, a fim de aprimorar a troca de experiências e fomentar a absorção de diversas técnicas e modelos de trabalho;
18. acompanhar os estágios juntamente com os supervisores;
19. recepcionar estudantes de administração de enfermagem e de estágio curricular;
20. acompanhar e avaliar o processo de sistematização da assistência de enfermagem, propondo as devidas medidas de melhoria;
21. elaborar, em conjunto com a direção da CHS João Paulo II, o plano anual de metas para atualização dos profissionais da instituição;
22. avaliar o plano anual de metas, redimensionando as atividades necessárias; e
23. participar na elaboração dos manuais de rotinas e procedimentos.

1.3.1.n.v.1.3. Processo de Desenvolvimento das Pessoas

O processo descrito a seguir será realizado anualmente para definição do Programa de Treinamento e dos Planos Individuais de Desenvolvimento da CHS João Paulo II.

1.3.1.n.v.1.3.1. Planejamento estratégico

Os planos de ação, que deverão ser implementados no próximo ano, desdobrados a partir das ações estratégicas, serão analisados para identificação da necessidade ou desenvolvimento da força de trabalho, incorporada às necessidades estratégicas da organização no Processo de Desenvolvimento de Pessoas.

1.3.1.n.v.1.3.2. Análise e priorização das necessidades de treinamento

1.3.1.n.v.1.3.2.1. **Genéricas:** A partir das diretrizes estratégicas definidas para a Unidade serão estabelecidos os treinamentos de caráter genérico, que deverão ser realizados por todos os colaboradores.

1.3.1.n.v.1.3.2.2. **Por área e equipes:** Separadamente, os coordenadores de área reunirão suas equipes para em conjunto discutirem as necessidades de treinamento e autoestudo do grupo;

Os treinamentos identificados farão parte do programa anual de treinamento e do plano de desenvolvimento individual.

1.3.1.n.v.1.3.3. Consolidação das necessidades de treinamento

As necessidades de treinamento serão consolidadas em processo de revisão que se iniciará nas reuniões das coordenações de áreas e Diretoria, quando serão eliminadas as redundâncias e possíveis discrepâncias em relação às necessidades de desempenho da Unidade de Saúde em longo prazo.

1.3.1.n.v.1.3.4. Definição do programa anual de treinamento

O setor pessoal avaliará e definirá com a Diretoria, em relação aos recursos disponíveis e às necessidades levantadas, quais programas serão oferecidos internamente e quais deverão ser procuradas externamente, cabendo a Diretoria a aprovação deles.

1.3.1.n.v.1.3.5. Avaliação do processo de educação, treinamento e desenvolvimento

Ao final de cada ano, será realizado um workshop com representantes de diversos níveis e áreas, para avaliar os resultados atingidos, pontos fortes e pontos fracos. Os dados levantados nas práticas citadas serão analisados e definidas ações de melhoria a serem implementadas no ano seguinte.

Os principais indicadores que serão utilizados para avaliação dos processos serão:

1.
2. investimento em programas de desenvolvimento de pessoas (r$/ membro da força de trabalho);
3. treinamento por membro da força de trabalho (hora/ano);
4. resultados das pesquisas de avaliação de aprendizagem (retenção de treinamentos).

1.3.1.n.v.1.3.6. Programas de treinamento

Alguns programas de treinamento estão previamente definidos por mostrarem-se alinhados ao foco estratégico adotado no modelo de Diretoria da CHS João Paulo II, que é melhorar continuamente a qualidade dos serviços e manter a equipe de trabalho capacitada, motivada e comprometida com a prestação de serviços de alta penalidade. Os treinamentos que farão parte do Programa Anual de Treinamento serão identificados a partir do primeiro mês após assinatura do contrato, gerando o Programa de Treinamento e Plano Individual de Desenvolvimento.

Previamente, viabilizamos alguns programas de treinamento considerados primordiais para que a equipe da CHS João Paulo II esteja apta a prestar serviços de qualidade a população usuária, conforme relação de treinamentos do anexo específico.

1.3.1.n.v.1.3.7. Programa de integração de novos membros

Para os novos membros da força de trabalho, será realizado um programa de integração, cujo conteúdo básico é composto por:

1. palestra de 3 horas para apresentação da Unidade, sua história, missão, visão, valores e filosofia de trabalho;
2. visita a todas as áreas; e
3. treinamento de 4 horas sobre procedimento de segurança e controle de infecções hospitalares.

Em seguida, serão realizadas atividades localizadas, de acordo com as necessidades específicas de cada um:

A. Para os membros do corpo clínico, será definido o tutor, um profissional da mesma equipe de trabalho do novo colaborador, que terá a responsabilidade de orientá-los em relação aos procedimentos adotados na CHS João Paulo II;
B. Os membros da enfermagem, seja qual for a sua experiência anterior, serão submetidos a um curso de reciclagem em técnicas de enfermagem, com duração de 16 horas em sala de aula e pelo menos 40 horas de acompanhamento a um(a) enfermeiro(a) da CHS João Paulo II. Também faz parte deste treinamento um programa de autoestudo, que deverá ser cumprido antes do modulo em sala de aula;
C. As pessoas das áreas de apoio são integradas em suas atividades pela chefia imediata, que tem a responsabilidade de preparar os novos colaboradores para exercer sua função, de acordo com os processos em que irão trabalhar;
D. As pessoas que trabalham para empresas e serviços terceirizados também devem participar de uma integração com os processos com os quais estarão envolvidas, coordenada pelo líder de equipe ou gerente responsável.

1.3.1.n.v.1.3.8. Dimensão educacional e aprendizagem ao longo da vida na CHS - JOÃO PAULO II

Na Associação Beneficente João Paulo II, enquanto organização visionária, investimos e temos que continuar a investir mais agressivamente no capital humano, através de atitudes de recrutamento intensivo, projeto universidade para todos, treinamento dos nossos funcionários, através da CHS - Terapias da Saúde Learning School e desenvolvimento profissional com a implementação CHS - Postgraduate Medical School.

Estes últimos são os Centros Educacionais/Aprendizado - CHS, que somente assumem a designação internacional pelo fato de adotarem, desde o início, uma metodologia b-learning, ou seja, blend learning e com a associação a entidades de ensino internacionais.

Todas as dinâmicas que envolvem a nossa comunidade CHS vão gerar a necessidade de investimento permanente e diferenciado nas pessoas/equipes o que alavancou a nossa dimensão CHS - Postgraduate Medical School.

Esta dimensão ajudará as unidades que constituem a nossa comunidade a se conectarem, a ampliarem o conhecimento durante cada ano operacional, construindo uma grande e consolidada solução de saúde.

As nossas oportunidades educacionais baseiam-se nos recursos, de dimensão significativa, que constituem o nosso ecossistema, constituído pelo nosso COREM - Comissão de Residência Médica, a rede das nossas parcerias universitárias, unidades hospitalares com a dimensão clínica e de pesquisa, dedicado a ajudar e a atender às necessidades dos nossos colaboradores nos diferentes níveis.

Desta forma a nossa comunidade CHS assume um marcado carácter educativo e docente, manifestado na colaboração com diferentes faculdades de medicina.

A maioria dos nossos especialistas são docentes e preceptores dessas faculdades.

Temos organizada a nossa COREM, sendo submetida a sua aprovação, decorrente da autonomia alcançada face aos anteriores COREM, nomeadamente da FMO - Faculdade de Medicina de Olinda, no próximo mês de março de 2023, quando da abertura oficial para as proposituras, no Estado de Goiás, com vista à formação de médicos especialistas nas áreas de Clínica Médica, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetrícia e Pediatria.

A CHS - Postgraduate Medical School recebe, recorrentemente, Doutores estrangeiros para os diferentes programas de pós-graduação.

1.3.1.n.v.1.3.9. Formação contínua para os profissionais de saúde

A comunidade CHS oferece atividades de formação contínua ao longo do ano operacional visando responder às necessidades de formação dos nossos colaboradores. Anualmente oferecemos aos nossos profissionais cursos organizados em áreas de formação com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente.

Aprenda quando deseja e ao seu ritmo. Mantenha a sua formação.

1.3.1.n.v.1.3.10. Residências

Os residentes têm aconselhamento personalizado durante todo o ano operacional. Atualmente, com mais de 20 residentes em diferentes especialidades, são desenvolvidos os programas sob a supervisão dos seus tutores e preceptores, bem como da COREM.

O controle de qualidade e verificação do seu treinamento é realizado de várias maneiras:

1. avaliação contínua mantida pelo tutor ao longo do ano como resultado de um aconselhamento e prática personalizada;
2. avaliação anual realizada pela COREM e instituição de ensino superior, para o efeito; e
3. avaliações elaboradas pelos próprios residentes sobre o trabalho assistencial, de pesquisa e de ensino realizado por eles.

1.3.1.n.v.1.3.11. Programas de mestrado e doutorado

A nossa escola de Pós-graduação oferece programas de mestrado e doutorado para atender às necessidades dos nossos médicos, cientistas-clínicos e outros profissionais, nas áreas de pesquisa orientada aos pacientes, operações e qualidade e segurança nos cuidados de saúde.

Todos os graus combinam formas inovadoras de pedagogia dos principais professores das instituições de ensino superior, em colaboração com as aplicações práticas nos centros médicos e hospitais que constituem a nossa rede.

Estes programas de pós-graduação preparam médicos para assumir papeis de liderança em seu local de trabalho e para liderar projetos de alto nível.

Com os nossos ensaios clínicos, aspiramos gerar conhecimento que possa influenciar a perspectiva e a terapia no ato de cuidar dos pacientes.

Os ensaios clínicos de técnica cirúrgica ou abordagem terapêutica são pesquisas realizadas em pacientes que visam descrever ou verificar os efeitos dessas abordagens inovadoras, para definir a sua eficácia e segurança.

Para destacar a relevância deles, é importante notar que quase todas as dinâmicas são resultado direto de pesquisa.

Em suma, a nossa dimensão educacional está projetada para ajudar os nossos colaboradores a avançarem nas carreiras profissionais de saúde, mantendo-se atualizados sobre os mais recentes avanços em pesquisa médica e prática clínica.

Para a dimensão do HMAA, a CHS João Paulo II oferecerá 3 programas de mestrado e 2 programas de doutorado, cujos programas informando ementas, matérias, duração e demais informações básicas seguem em anexo a esta proposta. Desejamos ampliar nosso escopo para o Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO).

o) Projeto 15 - CHS - Cores da Saúde

As campanhas de saúde contra doenças e riscos em geral, as quais envolvem a adoção de cores dos meses para representar cada uma das temáticas que será discutida no mês, exemplo do maio amarelo, outubro rosa, o novembro azul, tomaram uma grande dimensão e acabaram por se tornar familiares a uma significativa parcela da população, criando, para os institutos de saúde, uma ferramenta para conscientizar a população sobre a necessidade do cuidado a si mesmo e a seus familiares, amigos e entes queridos.

Apesar de não existir um calendário oficial estabelecido sobre a cor de cada mês, associações médicas de especialidades utilizam essa ferramenta para trazer mais conhecimento à população sobre os riscos de algumas doenças e condições que podem ser controladas ou até mesmo evitadas, inclusive inserindo a discussão sobre outras situações relevantes como acidentes e comportamentos de risco.

A disseminação das campanhas ocorre, sobremaneira, de acordo com o engajamento da mídia, empresas, clínicas, hospitais, indústria farmacêutica, organizações não governamentais, instituições públicas ou privadas e até com a participação de monumentos que são iluminados com a cor do mês. Ou seja, quanto maior for a divulgação, maior é a chance de que a cor escolhida seja fixada na mente das pessoas associada imediatamente à sua causa.

É nesse ponto então que o Projeto Cores da Saúde foi pensado, utilizando a fama criada por essas campanhas para fornecer orientações e ferramentas diretamente à população, por meio de eventos temáticos que se desenvolverão a cada mês, nos termos do calendário proposto no cronograma.

Trata-se de um projeto que não possui custos extraordinários envolvidos, muito pelo contrário, todas as atividades farão parte dos eventos do próprio Ministério da Saúde e, aproveitando-se da publicidade gerada por esses eventos, pode-se firmar parcerias com outros

entes públicos e com a iniciativa privada local de diversas áreas para obter maior amplitude das ações e oferecimento de serviços à população abrangida pela Unidade de Saúde.

Dessa forma, acreditamos que este será um projeto abrangente, capaz de permitir um satisfatório atendimento aos cidadãos, tornando-os mais próximos da Unidade de Saúde, ao mesmo tempo em que oferecerão benefícios a longo prazo.

i.Cronograma:

Mês	Cor	Objetivo
Janeiro	Branco	Importância do cuidado da saúde mental
Fevereiro	Roxo	Conscientização sobre o lúpus, fibromialgia e mal de Alzheimer
Março	Azul	Prevenção ao câncer colorretal
Abril	Verde	Conscientização sobre a segurança no trabalho
Maio	Amarelo	Prevenção aos acidentes de trânsito
Junho	Vermelho	Importância e incentivo a doação de sangue
Julho	Amarelo	Prevenção e conscientização sobre as hepatites virais
Agosto	Dourado	Informação sobre o aleitamento materno
Setembro	Vermelho	Prevenção das doenças cardiovasculares
Outubro	Rosa	Conscientização sobre o câncer de mama
Novembro	Azul	Combate ao câncer de próstata
Dezembro	Laranja	Combate ao câncer de pele

2. FA2 - ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA PELA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II

2.1. Ações voltadas a qualidade objetiva

2.1.1. Monitoramento dos serviços e ações de saúde voltadas à Qualidade Objetiva

O monitoramento dos serviços e ações de saúde voltadas à Qualidade Objetiva é fundamental para garantir que os sistemas de saúde estejam cumprindo seus objetivos de proporcionar atendimento de alta qualidade aos pacientes e à comunidade em geral.

Qualidade Objetiva refere-se a medidas concretas e mensuráveis de qualidade nos serviços de saúde, tais como indicadores clínicos, taxas de mortalidade, taxas de infecção hospitalar, tempo de espera, entre outros. Aqui estão algumas diretrizes gerais e o passo a passo de aplicação da busca pela qualidade objetiva ao qual a CHS João Paulo II utiliza para o monitoramento desses serviços e ações:

a) Identificação de indicadores de qualidade objetiva: busca identificar os indicadores relevantes para a unidade de saúde em questão. Eles podem variar dependendo do contexto, como hospitais, clínicas, serviços de atenção primária ou programas específicos de saúde.

b) Coleta de Dados: Estabelece sistemas de coleta de dados confiáveis para cada indicador. Isso pode incluir registros médicos eletrônicos, relatórios periódicos, auditorias e pesquisas de satisfação do paciente.

c) Análise e Avaliação: realiza-se análise regular dos dados coletados para avaliar o desempenho em relação aos indicadores de qualidade objetiva. Utilizamos ferramentas estatísticas e análises comparativas para identificar tendências e áreas que necessitam de melhoria.

d) Estabelecimento de Metas: Define-se metas específicas para cada indicador de qualidade, com base em benchmarks internos ou padrões nacionais/internacionais, quando aplicável.

e) Ações de Melhoria: Desenvolve-se planos de ação para melhorar os indicadores que não atingem as metas estabelecidas. Isso pode envolver treinamento de equipe, mudanças nos processos de atendimento, aquisição de equipamentos ou outras medidas corretivas.

f) Monitoramento Contínuo: Mantém-se um ciclo contínuo de monitoramento, avaliação e melhoria. A qualidade objetiva é uma preocupação constante e incorporada à cultura de nossa organização.

g) Comunicação e Transparência: Publicização constante dos resultados e progressos na melhoria da qualidade aos stakeholders, incluindo pacientes, profissionais de saúde e gestores. A transparência é essencial para construir confiança e garantir prestação de contas em nossas atividades.

h) Envolvimento dos Profissionais de Saúde: Envolvemos nossos profissionais de saúde no processo de monitoramento e melhoria da qualidade. Eles desempenham um papel fundamental na implementação das mudanças necessárias.

i) Aprendizado e Inovação: Disseminamos a cultura de abertura ao constante aprender com os erros e inovar na abordagem à qualidade objetiva. A melhoria contínua é uma parte essencial de nossa cultura organizacional

j) Aderência a Normas e Regulamentações: Certificamos constantemente as práticas de monitoramento e melhoria contínua em conformidade com as normas e regulamentações locais e nacionais relacionadas à qualidade dos serviços de saúde.

O monitoramento da Qualidade Objetiva dos serviços de saúde é um processo complexo e contínuo que tem comprometimento de toda a nossa organização. Através desse monitoramento, é possível garantir que os pacientes recebam o melhor atendimento possível e que os recursos sejam utilizados de maneira eficiente.

2.1.2. Comissão de Residência Médica (COREME)

Os programas de residência médica desempenham um papel fundamental na formação de médicos altamente qualificados e especializados, garantindo que eles estejam preparados para fornecer cuidados de alta qualidade aos pacientes em suas respectivas especialidades. São programas de treinamento pós-graduado destinados a médicos que desejam se especializar em uma determinada área da medicina.

Um programa de Residência Médica é importante por várias razões cruciais:

a) Formação especializada: A Residência Médica oferece treinamento intensivo e especializado em uma determinada área da medicina, permitindo que os médicos adquiram conhecimentos e habilidades avançados em sua especialidade escolhida.

b) Aprendizado prático: Durante a residência, os médicos têm a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos na escola de medicina em situações clínicas reais. Isso inclui a realização de procedimentos médicos, diagnósticos e tratamentos sob supervisão, o que ajuda a desenvolver habilidades práticas essenciais.

c) Supervisão e mentoria: A Residência Médica fornece um ambiente estruturado em que os residentes são supervisionados e orientados por médicos experientes. Essa orientação é fundamental para o desenvolvimento de competências clínicas e aprimoramento do raciocínio clínico.

d) Preparação para a prática independente: Através da residência, os médicos são gradualmente preparados para a prática independente. Isso inclui a gestão de casos complexos, a tomada de decisões clínicas autônomas e a responsabilidade pelo cuidado dos pacientes.

e) Certificação e credenciais: Concluir com sucesso um programa de Residência Médica é geralmente um requisito para a obtenção de certificações de especialidade e credenciais profissionais. Isso é fundamental para se tornar um especialista reconhecido em uma área específica da medicina.

f) Melhor atendimento ao paciente: Médicos que passaram por uma Residência Médica estão mais bem preparados para oferecer cuidados de alta qualidade aos pacientes, pois têm um conhecimento mais profundo em sua área de especialização e experiência prática relevante.

g) Pesquisa e inovação: Muitos programas de residência incentivam a pesquisa clínica e a participação em estudos clínicos. Isso promove a inovação na área médica e ajuda a avançar o conhecimento médico.

h) Networking e colaboração: Durante a residência, os médicos têm a oportunidade de estabelecer contatos profissionais e colaborar com outros profissionais de saúde, o que pode ser benéfico ao longo de suas carreiras.

A CHS João Paulo II compreende que um programa de Residência Médica é essencial para a formação avançada de médicos, garantindo que eles adquiram as habilidades, o conhecimento e a experiência necessários para oferecer cuidados de qualidade aos pacientes em suas respectivas especialidades. Além disso, contribui para a melhoria contínua da prática médica e para o avanço da medicina como um todo.

Por entender que residência médica e a qualidade na gestão hospitalar são dois aspectos essenciais para o funcionamento eficaz e seguro de instituições de saúde, apresentamos os seguintes Programas de Residência Médica, aprovados recentemente pelo Ministério da Educação, fruto de nossa atuação com excelência no Hospital Municipal Alfredo Abrahão em Anápolis-GO.

i) PARECER SISCNRM Nº: 409/2023

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: MUNICIPIO DE ANAPOLIS - **UF:** GO		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: ANESTESIOLOGIA		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 409/2023	**PROCESSO Nº:** 2023-737	**APROVADO EM:** 31 de Agosto de 2023

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de ANESTESIOLOGIA para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Brasília (DF), 26 de Agosto de 2023

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 31 de Agosto de 2023

Dra. VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE
Secretária - Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

j) PARECER SISCNRM Nº: 413/2023

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: MUNICIPIO DE ANAPOLIS - **UF:** GO		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 413/2023	**PROCESSO Nº:** 2023-738	**APROVADO EM:** 31 de Agosto de 2023

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Brasília (DF), 24 de Agosto de 2023

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 31 de Agosto de 2023

Dra. VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE
Secretária - Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

k) PARECER SISCNRM Nº: 414/2023

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR
DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA

INTERESSADO: MUNICIPIO DE ANAPOLIS - **UF:** GO		
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA: MEDICINA INTENSIVA		
ASSUNTO: Credenciamento Provisório de Programa de Residência Médica		
PARECER SISCNRM Nº: 414/2023	**PROCESSO Nº:** 2023-1367	**APROVADO EM:** 31 de Agosto de 2023

I - RELATÓRIO

A Secretaria Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM recebeu solicitação para Credenciamento Provisório do programa de Residência Médica - PRM supracitado.

Como consequência, foi realizada visita de avaliação in loco, tendo como resultado o relatório de vistoria do programa.

II - ANÁLISE DA RELATORIA DA CNRM

Após análise da documentação em tela, a relatoria da CNRM manifestou-se da seguinte forma:

• Favorável ao Credenciamento Provisório do PRM de MEDICINA INTENSIVA para: R1 - 2 vagas, R2 - 2 vagas e R3 - 2 vagas.

Brasília (DF), 29 de Agosto de 2023

III - CONCLUSÃO DO PLENÁRIO

O Plenário da CNRM aprovou, na íntegra, a manifestação da relatoria.

Brasília (DF), 31 de Agosto de 2023

Dra. VIVIANE CRISTINA ULIANA PETERLE
Secretária - Executiva da Comissão Nacional de Residência Médica

I) REGIMENTO INTERNO DA RESIDÊNCIA MÉDICA

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1° A Residência Médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização lato sensu organizados em Programas de Residência, caracterizada por treinamento em serviço sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional de acordo com a Lei n.º. 6.932 de 07 de julho de 1981.

Art. 2º Os Programas de Residência Médica são coordenados pela COREME - Comissão de Residência Médica, cumprindo as disposições emanadas da Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM.

Art. 3º Os Programas de Residência Médica têm como objetivos fundamentais e indivisíveis:

I. Aperfeiçoamento progressivo do padrão profissional e científico do médico;

II. Melhoria da assistência médica à comunidade nas áreas profissionalizantes.

Art. 4º Os Programas de Residência Médica tem como finalidade:

I. Aprimorar habilidades técnicas e práticas clínicas para a capacidade de tomar decisões;

II. Desenvolver atitudes que permitam identificar fatores somáticos, psicológicos e sociais que interferem na manutenção da saúde;

III. Desenvolver ações de prevenção e promoção em saúde e qualidade de vida nas diferentes áreas de conhecimento;

IV. Promover a integração dos Residentes em equipe médica e multiprofissional, guardada a diversidade das competências e habilidades de cada profissão;

V. Estimular a capacidade de aprendizagem independente e de participação em Programas de Educação Continuada;

VI. Estimular a capacidade crítica da atuação profissional, considerando seus aspectos científicos, éticos e sociais.

Art. 5º Para cumprir com as exigências legais impostas às instituições de saúde responsáveis por Programas de Residência, contará com uma Comissão de Residência Médica - COREME;

Art. 6º Os Programas de Residência Médica terão início e término conforme calendário vigente da CNRM.

CAPÍTULO II

DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 7º A Comissão de Residência Médica – COREME é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica-CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os Programas de Residência Médica da Instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562 de 15 de setembro de 2011.

Art. 8º Os Programas de Residência Médica serão coordenados por uma Comissão de Residência Médica - COREME, constitui órgão competente para manter os entendimentos com a Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, através de suas Secretarias Executivas - Resolução CNRM nº. 15/82. 6.

Art. 9º Compete à COREME:

I. Planejar a criação de novos Programas de Residência Médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a serem oferecidas;
II. Coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;
III. Avaliar periodicamente os Programas de Residência Médica da instituição de saúde;

IV. Participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada;

V. Tomar ciência e providências em relação às resoluções dos órgãos superiores;

VI. Zelar pela adequação do Residente à estrutura de funcionamento do hospital e pelo bom relacionamento com a administração do hospital, exercendo o papel mediador sempre que necessário;

VII. Acatar a escolha entre os pares dos Programas, conduzir a nomeação e substituição de Supervisores dos Programas de Residência Médica;

VIII. Propor normas para avaliação do desempenho dos Residentes baseadas em conceitos de Andragogia, com a garantia de devolutiva, permitindo o crescimento dos Residentes no transcurso do programa;

IX. Discutir e aprovar a lista de oferta de professores, a grade curricular e as ementas das disciplinas, obedecendo às regras emanadas da CNRM;

X. Manifestar-se sobre questões de matrícula, avaliação de desempenho e disciplinar;

XI. Promover integração técnica dos Programas de Residência;

XII. Intermediar as propostas de convênios com outras Instituições e a Gerência de Ensino e Pesquisa;

XIII. Responder a todos os questionamentos da CNRM;

XIV. Divulgar, cumprir e fazer cumprir todas as normas emanadas deste Regimento Interno.

SEÇÃO I

DA COMPOSIÇÃO DA COREME

Art. 10. A Comissão de Residência Médica será composta por:

I. Um Coordenador Geral, que será o Presidente, e seu respectivo Vice - Coordenador Geral;

II. Um Supervisor de cada área dos Programas de Residência Médica e seu respectivo Vice Supervisor;

III. Um representante geral dos Médicos Residentes, eleito entre os demais representantes de cada Programa de Residência Médica;

IV. Um Representante da Direção do Hospital.

Art. 11. Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado, ou que não compareça a 3 (três) reuniões seguidas ou no prazo de 1 (um) ano por mais de 4 (quatro) vezes alternadas, sem justificativa legal.

SEÇÃO II

DA COORDENAÇÃO GERAL

Art. 12. O Coordenador da COREME deverá ter experiência na supervisão de Médicos Residentes e domínio da legislação sobre Residência Médica de acordo com a RESOLUÇÃO CNRM Nº 16, DE 30 DE SETEMBRO DE 2022.

Parágrafo único. O Coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de Supervisores de Programas de Residência Médica da instituição de saúde, podendo ser um dos Supervisores ou vice Supervisor ou Preceptor, em atividade, de um dos Programas.

Art. 13. A presidência da Comissão será exercida pelo Coordenador, na ausência deste, pelo Vice Coordenador.

Art. 14. Compete ao Coordenador da COREME:

I. Coordenar as atividades da COREME;
II. Convocar e presidir as reuniões;
III. Encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;
IV. Coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica da instituição;
V. Representar a COREME junto à CEREM;
VI. Encaminhar trimestralmente a CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica da instituição;
VII. Divulgar, coordenar e organizar as reuniões;
VIII. Exercer voto de qualidade quando houver empate nas votações;
IX. Estar sempre atualizado com as Normas e Resoluções dos Órgãos Superiores;

X. Participar, ou fazer-se representar, nas reuniões convocadas pelos Conselhos Nacionais;

XI. Cumprir e fazer cumprir o Regimento dos Programas de Residência.

Art. 15. Compete ao Vice Coordenador da Comissão:

I. Representar o Coordenador em sua ausência e impedimento;

II. Realizar as atividades determinadas pela Comissão.

SEÇÃO III

DA ESCOLHA E MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 16. A eleição de Coordenador e Vice- Coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos de acordo com a RESOLUÇÃO CNRM Nº 16, DE 30 DE SETEMBRO DE 2022:

I. A COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião especifica de eleição;

II. As candidaturas deverão ser registradas na secretaria da COREME, até 7 dias antes da eleição;

III. A eleição será realizada em reunião da COREME, convocada extraordinariamente para o pleito, e será presidida pelo Coordenador da COREME;

IV. Caso o Coordenador da COREME seja candidato a eleição, um membro (Supervisor de Programa) não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

V. A votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

VI. Em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

§ 1º O Médico Residente é inelegível aos cargos de Coordenador e vice Coordenador da COREME.

§ 2º Os mandatos de Coordenador e vice Coordenador têm duração de três anos, sendo permitida uma recondução ao cargo.

§ 3º O vice Coordenador da COREME tem que ser médico especialista, com experiência em programas de residência médica e ter domínio pleno das legislações de residência médica.

Art. 17. A eleição/escolha/indicação de Supervisor/Coordenador de área e vice Supervisor/Coordenador de área de cada Programa de Residência Médica, obedecerá aos seguintes requisitos:

I. Serão indicados 1 (um) Supervisor de cada área e seu Vice, dentre os Docentes/ Preceptores do hospital para cada Programa de Residência Médica desta instituição;

II. O Supervisor de cada Programa e seu Vice, serão indicados pelos seus pares dentro de cada Programa de Residência Médica, para mandato de dois anos sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo;

III. Os Preceptores deverão assinar o formulário de apenas uma chapa na secretaria da COREME em período previamente estipulado, sendo que, havendo assinaturas do mesmo Preceptor em mais de um formulário, estas serão invalidadas;

IV. No caso de única composição de Supervisor e seu Vice em uma determinada área, para ser eleita deverá ser indicada por maioria simples do grupo de Preceptores da respectiva área, ou seja, 50% mais 01 (um), deve assinar concordando;

V. Quando existir duas ou mais composições de Supervisor e seu Vice em uma área, a composição eleita/indicada será a que obtiver maior número de assinaturas de seus pares.

Parágrafo único. Ao tempo certo a COREME divulgará a abertura da data e as normas para indicação de Supervisor e Vice de cada Programa de Residência Médica de acordo com os trâmites descritos.

Art. 18. A eleição do representante geral dos Médicos Residentes, de cada Programa de Residência Médica, obedecerá aos seguintes requisitos:

I. Anualmente em abril, a COREME, estipulará prazo, para que se indique dentro de cada Programa de Residência Médica, um representante e seu vice para mandato de 1 (um) ano, podendo ser prorrogado por mais 1 (um) ano;

II. Os interessados em ser representante geral e vice representante geral dos Residentes, devem colher ao tempo indicado pela COREME, as assinaturas de seus pares em "formulário de indicação";

III. O candidato a representante e seu respectivo vice, devem entregar na data estipulada pela COREME, o "formulário de indicação", com as assinaturas de seus pares;

IV. É expressamente vedado a cada Residente de Programa de Residência Médica indicar mais de uma composição de representante e vice, ou seja, assinar em mais de um "formulário de indicação";

IV. No caso de única composição de representante e seu vice em uma determinada área, para ser eleita deverá ser indicada por maioria simples do grupo da respectiva área, ou seja, 50% mais 01 (um), deve assinar concordando;

V. No caso de duas ou mais composições de representante e seu vice em uma área, será eleita/indicada a que obtiver maior número de assinaturas de seus pares.

Parágrafo único. O representante dos Médicos Residentes deverá estar regularmente matriculado em Programa de Residência Médica.

Art. 19. O representante da instituição de saúde e seu suplente serão indicados pela Superintendência do hospital, para mandato de dois anos sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

SEÇÃO IV

DO FUNCIONAMENTO DA COREME

Art. 20. A Comissão de Residência Médica reger-se-á por este Regimento Interno após sua aprovação pela autoridade competente.

Art. 21. A Comissão de Residência Médica reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade mínima bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da Comissão poderá solicitar a realização de reunião extraordinária.

Art. 22. Salvo nos casos de aprovação de proposta de alteração deste Regimento, nos quais serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus membros, as demais deliberações serão tomadas por voto favorável da maioria simples dos membros presentes.

SEÇÃO V

DOS RECURSOS

Art. 23. De toda decisão da Comissão de Residência Médica caberá recurso aos órgãos superiores competentes - Gerência de Ensino e Pesquisa, Diretoria e Comissão Nacional de Residência Médica.

Art. 24. Os Recursos Serão Interpostos Dentro Do Prazo Corrido E Improrrogável De 10 (Dez) Dias (Quando Outro Prazo Não For Estabelecido Em Norma Específica), Não Tendo Efeito Suspensivo, A Não Ser Que, A Critério Do Conselho Gestor, Da Imediata Execução Do Ato Ou Deliberação, Possa Resultar Lesão Irreparável De Direitos.

SEÇÃO VI

DA SUPERVISÃO

Art. 25. Cada Programa de Residência Médica (PRM) ficará sob a responsabilidade de um Supervisor e seu Vice, que devem ser médicos Preceptor de cada área de atuação.

Parágrafo único. Os Supervisores de área serão escolhidos entre os Preceptores da Residência Médica de cada área específica. Para ser Supervisor, o Preceptor deve estar cadastrado junto à COREME e exercendo suas funções de Preceptoria há pelo menos seis meses, esta mesma regra se aplica ao direito a votos dos Preceptores.

Art. 26. Compete ao Supervisor do Programa de Residência Médica:

I. Coordenar, organizar e supervisionar a implantação do Programa de Residência em conformidade com a legislação;

II. Manter atualizadas as fichas dos Residentes e todas as normas e resoluções emanadas pelos respectivos Conselhos Nacionais;

III. Zelar pelo bom andamento das atividades práticas e didáticas;

IV. Aplicar a avaliação de cada Residente, a partir dos critérios estabelecidos;

V. Participar das reuniões da COREME, sempre que convocado;

VI. Fazer cumprir todas as determinações provenientes dos respectivos Conselhos Nacionais e locais;

VII. Verificar junto aos Preceptores o resultado da avaliação individual dos Residentes sob sua responsabilidade ao final de cada estágio;

VIII. Elaborar escalas de plantão e férias no início de cada ano do PRM;

IX. Elaborar, anualmente, o Programa de Residência Médica em sua especialidade;

X. Promover a integração dos Residentes com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos) e demais serviços;

XI. Deliberar quanto a licenças e afastamentos solicitados por Residentes, que só podem ser concedidos se de acordo com as normas da COREME;

XII. Avaliar e tomar providências cabíveis em relação a eventuais faltas cometidas por Residentes ou Preceptores, que comprometam o bom funcionamento dos Programas de Residência, resguardados os direitos e as atribuições dos Coordenadores dos serviços do hospital;

XIII. Encaminhar a sua respectiva Comissão as faltas de maior gravidade;

XIV. Encaminhar ao Coordenador Geral da COREME:

a. Frequência mensal dos Residentes;

b. Os casos de cancelamento da bolsa de residência em tempo hábil;

c. A relação anual de Residentes com as respectivas férias;

d. A avaliação de aprendizado trimestral individual de cada Residente de acordo com a área;

e. As solicitações quanto as questões disciplinares;

f. Os pedidos de licença para afastamento dos Residentes.

SEÇÃO VII

DA PRECEPTORIA

Art. 27. Os Preceptores dos PRM desempenharão a função de Supervisores durante o treinamento em serviço (estágio), exercendo papel de orientador de referência para os Residentes. Deverá ser graduado em medicina, especialista, e ter experiência na área de atuação e ser integrante do Corpo Clínico do hospital.

Art. 28. Compete aos Preceptores:

I. Orientar e supervisionar diretamente o treinamento do Residente em sua área;

II. Acompanhar o treinamento do Residente em todas as etapas;

III. Auxiliar o Residente na resolução de problemas de natureza ética, surgidas durante o treinamento;

IV. Participar das tarefas de avaliação do aprendizado, determinadas pelo Supervisor;

V. Observar a pontualidade e a frequência do Residente de acordo com o cronograma de atividades, e comunicar a COREME e o Supervisor do PRM eventuais irregularidades como atrasos e faltas;

VI. Avaliar em conjunto com o Supervisor o desempenho do Residente na sua área;

VII. Organizar e participar das atividades didático-teóricas, como seminários, protocolos, sessões anátomo-clínicas;

VIII. Fornecer a avaliação do Residente, em formulário estipulado pela COREME, assim que encerrar o estágio do Residente sob sua Preceptoria;

IX. Responder e assinar pareceres, quando solicitado, em qualquer setor do Hospital acompanhado pelo Médico Residente;

X. Participar de elaboração e execução do concurso de Residência Médica, juntamente com os membros da COREME quando solicitado.

CAPÍTULO III

DOS MÉDICOS RESIDENTES DA ADMISSÃO E MATRÍCULA

Art. 29. O Programa de Residência Médica tem como pré-requisitos diploma de graduação em instituição de ensino superior reconhecida ou validada pelo MEC e registro no respectivo conselho profissional da área.

Parágrafo único. Os candidatos estrangeiros deverão apresentar no ato da matrícula documento de sua situação legal no Brasil.

Art. 30. O ingresso no PRM se dará por meio de processo seletivo, composto por Prova teórica e/ou avaliação curricular.

Art. 31. Os candidatos aprovados serão classificados conforme as notas obtidas e serão convocados conforme o número de bolsas disponíveis para o programa de Residência em que concorreram.

Parágrafo único. Havendo vagas remanescentes os aprovados que excederem o número de vagas/bolsas poderão ser convocados no prazo de validade do certame, conforme ordem de classificação.

Art. 32. O prazo de validade do concurso depende de norma especifica a ser divulgada pelo CNRM;

Art. 33. No ato da matrícula o candidato deverá assinar termo de compromisso individual.

Art. 34. Ao Médico Residente será concedida a bolsa garantida pelo Art. 4º da Lei Nº. 6.932/1981.

SEÇÃO I

DOS DIREITOS

Art. 35. São direitos dos Médicos Residentes:

I. Aperfeiçoar-se tecnicamente de acordo com o Programa de Residência estabelecido, com orientação, durante o programa do Supervisor e dos Preceptores do PRM;

II. Ter conhecimento do Regulamento do PRM;

III. Receber alimentação na forma estabelecida, respeitando os horários e os locais pré-fixados;

IV. Receber bolsa de estudo, com as características previstas na legislação vigente, segundo o valor fixado pela Comissão Nacional de Residências Médicas, por força dos credenciamentos dos Programas de Residência Médica, estando vinculados ao Regime Geral de Previdência Social, como contribuinte individua;

V. Receber certificado correspondente à especialização, desde que apresente o Trabalho de Conclusão de Curso, obtenha a aprovação e faça as devidas correções propostas pela banca.

Art. 36. O Médico Residente deverá cumprir jornada de trabalho de até 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluindo um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão, e fará jus a um (1) dia de folga semanal.

Parágrafo primeiro. Os Programas de Residência Médica nas áreas básicas terão a duração de 2880 horas anuais das quais 10 a 20% desenvolver-se-ão como atividades teóricas sob a forma de

seminários, cursos, reuniões anátomo-clínicas e reuniões de revisão e atualização bibliográfica periódicas; 80-90% serão cumpridas sob forma de treinamento em serviço.

Parágrafo segundo. As atividades teórico-práticas elaboradas pelos Supervisores de área, em regime de rodízio com seus respectivos cronogramas, uma vez submetidas e aprovadas pela Comissão de Residência Médica, serão implantadas ao início de cada ano, para seu efetivo cumprimento integral pelos Supervisores, Preceptores e Médicos Residentes, dentro da sua jornada de trabalho.

Parágrafo terceiro. Todas as atividades a serem desenvolvidas pelos Médicos Residentes serão diretamente supervisionadas por Preceptores, os quais serão sempre médicos e/ou professores pertencentes ao corpo clínico do hospital.

Parágrafo quarto. O Residente que tenha cumprido plantão noturno, no mínimo, 12 (doze) horas, terá direito a descanso de 6 (seis) horas, com início imediatamente após o cumprimento do plantão noturno e transferência do plantão para profissional habilitado.

Art. 37. O Médico Residente fará jus a 30 (trinta) dias consecutivos de férias por ano de atividade.

Art. 38. O Médico Residente terá direito a afastamento em situações especificas:

Parágrafo único. A interrupção do Programa de Residência Médica por parte do Médico Residente, seja qual for a causa, justificada ou não, não o exime da obrigação de, posteriormente, completar a carga horária total de atividade prevista para o aprendizado, a fim de obter o título de especialista, respeitadas as condições iniciais de sua admissão.

I. Conforme o caso, por licença paternidade de 5 (cinco) dias ou por licença maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo, o hospital, prorrogar, nos termos da Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, quando requerido pela Médica Residente, o período de licença-maternidade em até 60 (sessenta) dias;

II. O Médico Residente terá direito a afastamento para tratamento de saúde. Afastamentos superiores a 15 (quinze) dias acarretarão em suspensão da bolsa, devendo a remuneração ser requerida junto a Previdência Social- INSS pelo Médico Residente;

III. 8 (oito) dias de dispensa em decorrência de casamento ou de falecimento do cônjuge, companheiro, pais, madrasta ou padrasto,

filhos, enteados, menor sob uarda ou tutela, irmãos e avós, não sendo exigida a reposição dos dias de ausência;

IV. Participação em congressos científicos ou de ordem organizacional, desde que formalmente solicitado em formulário próprio com os respectivos comprovantes de inscrição e traslado, com a anuência do Preceptor de estágio (caso esteja em rodízio optativo) e do Supervisor do PRM correspondente para obtenção de licença das atividades. Ao retorno do evento, o Médico Residente deverá entregar cópia de certificado de participação a COREME em 15 dias. Estas participações não poderão exceder a duas vezes ao ano, e não acarretarão reposição;

V. Para todos os pedidos de licença até 15 dias, o Médico Residente deverá encaminhar a COREME o Pedido de Licença com anuência do Supervisor, no prazo de 2 (dois) dias após o início do afastamento. Para afastamentos acima 15 dias, os quais implicam na suspensão da bolsa até o retorno do Médico Residente as suas atividades, deverá ter o Pedido de Anuência do Supervisor do PRM e encaminhar a COREME;

VI. O Médico Residente terá direito a realizar um ou mais estágios optativos, dentro ou fora da instituição, por um período de no máximo 30(trinta) dias por ano e só poderá ser concedido a partir do segundo ano do Programa de Residência Médica, devendo ter a anuência do Supervisor do seu Programa com o aceite formal da Instituição de Ensino credenciada pelo MEC onde ocorrerá a entrega da avaliação à COREME em até quinze dias após o retorno.

§1º A necessidade de afastamento deverá ser comprovada em até 1 (um) dias após seu termino, conforme o caso, através de certificado do evento, certidão de casamento ou atestado de óbito.

§2º Situações não contempladas nos itens acima serão definidas em reunião ordinária da COREME.

SEÇÃO II

DOS DEVERES

Art. 39. São deveres do Médico Residente:

I. Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no programa;

II. Manter relacionamento ético com os Residentes do Programa, bem como com os demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde;

III. Participar das atividades programadas de acordo com o rodízio de estágios, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos Supervisores e Preceptores;

IV. Responsabilizar-se pelo cumprimento das atividades de seu Programa de Residência;

V. Cumprir rigorosamente a carga horária e os horários que lhe forem atribuídos, em conformidade com seu Programa de Residência;

VI. Obedecer às Normas do Código de Ética e todas as Resoluções oriundas do Conselho Federal de Medicina;

VII. Comparecer a todas as reuniões convocadas pelas autoridades superiores, Comissão de Residência, Coordenador e Preceptores do Programa;

VIII. Cumprir as disposições regulamentares gerais do hospital e de cada Serviço onde o Programa está sendo realizado;

IX. Prestar colaboração ao Serviço no qual estiver desenvolvendo estágio, fora do horário de trabalho, quando em situações de emergência;

X. Levar irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas nos serviços, ao conhecimento das autoridades superiores;

XI. Assinar diariamente a ficha de presença;

XII. Atuar com dedicação, zelo e responsabilidade no cuidado aos usuários e no cumprimento de suas obrigações;

XIII. Usar vestimenta adequada nas dependências dos cenários de atividades da Residência e crachá de identificação em local de fácil visibilidade;

XIV. Zelar pelo patrimônio dos Serviços onde o Programa está sendo realizado, devendo responder por possíveis perdas ou danos;

XV. Reportar aos Preceptores eventuais dúvidas ou problemas no decorrer do Programa;

XVI. Avaliar o corpo docente e a Residência Médica como um todo em reuniões regulares coordenadas pelos seus representantes e apresentar as conclusões à Supervisão e à Comissão de Residência;

XVII. Prestar colaboração à Unidade onde estiver lotado, fora do horário de trabalho, quando em situação de emergência;

XVIII. Agir com urbanidade, discrição e lealdade;

XIX. Responsabilizar-se pelo controle de sua avaliação ao final de cada estágio no PRM, verificando mensalmente a sua pasta pessoal de notas.

SEÇÃO III

DAS VEDAÇÕES

Art. 40. É vedado aos Residenes:

I. Ausentar-se do local onde esteja exercendo suas atividades sem a autorização de seu Preceptor e Supervisor;

II. Retirar sem prévia anuência da autoridade competente, qualquer objeto ou documento do hospital;

III. Tomar medidas administrativas sem autorização por escrito de seus Superiores;

IV. Conceder à pessoa estranha ao hospital o desempenho de atribuições que sejam de sua responsabilidade;

V. O exercício de qualquer outra atividade não ligada à Residência nos horários estipulados para sua permanência de acordo com seu PRM.

SEÇÃO IV

DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 41. Os Médicos Residentes ficarão sujeitos a sanções disciplinares, sendo consideradas a natureza, a gravidade e os danos decorrentes da infração cometida, da seguinte forma:

I. Advertência verbal;
II. Advertência escrita;
III. Suspensão;
IV. Desligamento.

§ 1º As penas a que se refere o presente Artigo serão aplicadas sucessivamente conforme a ordem de acontecimentos. Entretanto, se houver maior gravidade do caso a aplicação das mesmas será discutida em reunião da COREME, podendo ser aplicadas sem que haja esta sucessão.

§2º As penas referidas no item I e II, podem ser aplicadas pelo Supervisor do PRM, pelo Coordenador geral da COREME, e pelo Preceptor desde que em comum acordo com o Supervisor do PRM.

§ 3º As penas referidas nos itens III e IV devem ser requeridas pelo Preceptor e/ou Supervisor do PRM, e discutidas em Reunião da COREME. Nos casos em que julgar necessário, o caso será encaminhado à CEREM-PB e/ou CNRM.

§ 4º Será assegurado ao Médico Residente, o direito de ampla defesa e do contraditório.

§ 5º A reincidência acarreta a aplicação de penas hierarquicamente mais graves.

§ 6º Todas as penalidades aplicadas serão comunicadas à COREME e registrada no histórico do Médico Residente.

§ 7º Após 3 (três) advertências consecutivas, sendo um referente aos incisos I, II, e III o Residente que cometer mais uma infração independente da gravidade será automaticamente desligado do PRM.

Art. 42. Além das penas descritas no art. 41 as penas previstas na legislação geral poderão incidir sobre o infrator, de acordo com o Código Penal Brasileiro, Código Civil Brasileiro e o Código de Ética Médica e legislações vigentes, mormente as relacionadas à instituição pública e aos servidores públicos.

Art. 43. A pena de suspensão por até 30 (trinta) dias será aplicada em caso da falta grave ou reincidência. Está penalidade será indicada pelo Supervisor do PRM e aprovada pela Coordenação da COREME.

Parágrafo único. A pena de suspensão pode variar de 08 (oito) a 30 (trinta) dias, os quais serão acrescidos ao tempo de duração do programa, e nesta eventualidade, sem direito ao recebimento da bolsa. Não podendo o mesmo ser reposto no período de férias.

Art. 44. A pena de Desligamento será aplicada a qualquer tempo do período da Residência Médica, tendo como critérios, um ou mais dos itens abaixo relacionados:

I. Falta de assiduidade reincidente e após suspensão;
II. Insubordinação grave, independente de pena prévia;
III. Ofensa física em serviço, salvo comprovadamente em legítima defesa, independente de pena prévia;
IV. Infringir o Código de Ética Médica, independente de pena prévia, após apreciação da Comissão de Ética do hospital;
V. Cassação ou suspensão do registro profissional;
VI. Quando comprovadas dificuldades insuperáveis no relacionamento com pacientes, Residentes, corpo clínico, enfermagem e/ou funcionários;
VII. Abandono das atividades da Residência Médica, pelo período de 4 (quatro) dias, sem justificativa legalmente aceitável.

§1º A aplicação de desligamento (expulsão) é de competência da COREME.

§2º A pena de desligamento (expulsão) do Programa de Residência Médica implica suspensão do recebimento da bolsa, bem como do Certificado de Conclusão de Residência Médica.

§3º Ao Médico Residente será assegurada ampla defesa, ficando impedido de receber o Certificado de conclusão da Residência Médica até decisão definitiva do procedimento disciplinar.

Art. 45. Da aplicação de pena disciplinar caberá recurso, no prazo de 10 (dez) dias a contar da data de ciência, do hospital, não havendo entendimento sobre a matéria caberá recurso a CEREM GO e a CNRM.

Art. 46. Em caso de recusa pelo Médico Residente em assinar o documento formalizando a penalidade, o mesmo poderá ser assinado por duas testemunhas, e ficará caracterizada a ciência do Residente da mesma.

CAPÍTULO IV

DA AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES

Art. 47. A frequência exigida nas atividades teóricas-práticas é de 100%, com exceção dos períodos em que foram concedidas licenças para as quais não se exige reposição.

Art. 48. No Programa deverá ser cumprido pelo Residente um total de 2880 horas por ano referentes às atividades teóricas-práticas.

§ 1º Cabe a cada Supervisor definir os critérios de avaliação de cada Médico Residente, em conformidade com as normas da COREME e da CNRM, contemplando avaliações teóricas, práticas e conceituais de Preceptores de cada estágio.

§ 2º O sistema de avaliação e acompanhamento dos Médicos Residentes será contínuo e somativo e constará de boletim de aproveitamento trimestral, onde serão atribuídas notas, considerando: frequência, trabalho, conhecimento (teórico-prático), relacionamento e aprendizado. E ainda de prova realizada ao final de cada ano do PRM escolhido.

§ 3º A média final obtida pelo Médico Residente deverá ser igual ou superior a sete (07) para sua aprovação para o ano subsequente de treinamento do PRM.

CAPÍTULO V

DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Art. 49. Todos os Residentes obrigatoriamente deverão elaborar Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia: Pesquisa Qualitativa, Pesquisa Quantitativa, Pesquisa Exploratória, Relato de Caso com Revisão Integrativa, Revisão Sistemática com Metanálise) de acordo com a área específica de cada PRM, ou elaboração e publicação de artigo científico em revista indexada, no mínimo B2, desde que o mesmo seja realizado no período em que o médico esteja cursando a residência médica e que o mesmo seja autor principal. Em se tratando de Relato de Caso com Revisão Integrativa, deverá haver anuência do Supervisor do PRM. Além disto, todo o Trabalho de Conclusão de Curso deverá ser redigido conforme as normas da ABNT.

§1º Fica estabelecido o prazo máximo para submissão do pré-projeto ao hospital o último mês do término do primeiro ano do PRM. Nos PRM com três anos de duração, fica estabelecido o último mês no segundo ano do PRM.

§2º Fica estabelecido que as apresentações dos Trabalhos de Conclusão de Curso serão até o mês de novembro, que antecede o final do PRM. A apresentação deverá ser marcada na secretaria da COREME com 15 dias úteis de antecedência.

Art. 50. O Orientador do Trabalho de Conclusão de Curso deverá ser vinculado a instituição e ter título de Mestre ou Doutor e ser aprovado pela COREME.

Art. 51. Serão admitidos, no máximo, 4 (quatro) alunos por professor orientador.

Art. 52. Compete ao Professor Orientador:

I. Orientar os Residentes na organização e execução de seu plano de estudos;
II. Orientar os processos de pesquisa dos Médicos Residentes;
III. Dar assistência aos Médicos Residentes na elaboração e na execução de seu projeto de pesquisa e do artigo científico, respeitando os critérios estabelecidos pela COREME;
IV. Cabe ao orientador e ao Médico Residente convidar os membros que comporão a banca de avaliação.

Parágrafo único. A banca será composta obrigatoriamente por três membros, sendo o orientador e dois convidados, com titulação de mestre ou doutor. Em situações especiais, um dos componentes da banca poderá ser especialista com grande experiência comprovada na área de conhecimento do Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia).

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 53. Este Regimento Interno poderá ser alterado sempre que houver necessidade de adequações para aprimoramento do serviço, após aprovação da COREME e dos Conselhos Superiores competentes.

Art. 54. Os casos omissos serão resolvidos pela COREME, e em caso de necessidade serão encaminhados a CEREM GO e CNRM.

Art. 55. O presente Regimento entrará em vigor na data da sua aprovação

2.1.3. Comissão de Controle de Infecção hospitalar – CCIH

a) Proposta de Constituição da CCIH

A CCIH, órgão colegiado, tem por objetivo definir as políticas e diretrizes gerais do sistema de prevenção e controle das infecções hospitalares e a função de assessoramento para o desenvolvimento de ações que visem à redução máxima da incidência e gravidade das infecções hospitalares.

Compete a CCIH realizar as seguintes atividades:

- **i.** elaborar, implementar e monitorar o programa de controle de infecção hospitalar;
- **ii.** implantar um sistema de vigilância epidemiológica para monitoramento das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- **iii.** implementar e supervisionar normas e rotinas, visando a prevenção e o controle das infecções relacionadas à assistência à saúde;
- **iv.** promover treinamentos e capacitações do quadro de profissionais da Unidade de Saúde, no que diz respeito à prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde, através de educação continuada;

v. participar, em cooperação com a comissão de farmácia e terapêutica, da elaboração de políticas de utilização de antimicrobianos, saneantes e materiais médico-hospitalares, contribuindo para o uso racional destes insumos;

vi. realizar investigação epidemiológica de surtos e implantar medidas imediatas de controle e contenção;

vii. elaborar, implementar e supervisionar normas e rotinas objetivando evitar a disseminação de germes hospitalares, por meio de medidas de isolamento e contenção, divulgando e monitorando normas e rotinas visando a prevenção e o tratamento adequado das infecções hospitalares, divulgando periodicamente, relatórios dirigidos à autoridade máxima da instituição e às chefias dos serviços, contendo informações sobre a situação das infecções relacionadas à assistência à saúde na Unidade de Saúde.

b) **Proposta de Regimento interno da CCIH**

i. Coordenador: OLEGÁRIO INDEMBURGO DA SILVA VIDAL - CPF/MF nº 598.243.286-53:

ii. vice-Coordenador: SANCLER OTONI DE OLIVEIRA - CPF/MF nº 862.961.081-68

1.1.2. Proposta de Regimento interno da CCIH

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR (CCIH)

CAPÍTULO I - DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) é um órgão de assessoria da Diretoria da instituição e de execução das ações de controle de infecção hospitalar.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Art. 2º **-** A CCIH, órgão colegiado, tem por objetivo definir as políticas e diretrizes gerais do sistema de prevenção e controle das infecções hospitalares e a função de assessoramento para o desenvolvimento de ações que visem à redução máxima da incidência e gravidade das infecções hospitalares.

CAPÍTULO III - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º **-** A CCIH possuirá a seguinte composição:

I. 02 Médicos indicados pela Diretoria Executiva da Instituição;
II. 01 Técnico Superior de Enfermagem, representante do serviço;
III. 01 Técnico Superior de Farmácia, representante do serviço;
IV. 01 Técnico Superior de Laboratório, representante do serviço; e
V. 01 Representante da Administração.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º **-** São competências da CCIH:

I. elaboração, implementação, manutenção e avaliação do Programa de Controle de Infecção Hospitalar;

II. execução de atividades de vigilância epidemiológica e de controle das infecções dos serviços;

III. detecção dos casos de infecção hospitalar, de acordo com critérios de diagnóstico estabelecidos previamente;

IV. realizar investigação epidemiológica de casos e surtos, sempre que indicado, e implantar medidas imediatas de controle;

V. conhecer as principais infecções hospitalares observadas no serviço e saber reconhecer as taxas aceitáveis de ocorrência de infecção hospitalar para determinados serviços;

VI. opinar na elaboração dos instrumentos normativos dos procedimentos assistenciais;

VII. adequar, implementar e supervisionar as normas e rotinas técnico operacionais, visando à prevenção das infecções hospitalares;

VIII. capacitar o quadro de colaboradores para a prevenção e controle das infecções hospitalares;

IX. elaborar e divulgar, regularmente, relatórios e comunicar, periodicamente, à autoridade máxima da instituição e às chefias de todos os setores da CHS João Paulo II, a situação do controle das infecções hospitalares;

X. elaborar, implementar e supervisionar a aplicação de medidas de precaução e de isolamento;

XI. opinar na política de utilização de antimicrobianos, germicidas e materiais médico-hospitalares para a Unidade de Saúde;

XII. emitir parecer técnico prévio relativo a mudanças e reformas da área física com repercussão no controle de infecções;

XIII. cooperar com o órgão de gestão do SUS, bem como fornecer prontamente, as informações epidemiológicas solicitadas pelas autoridades competentes; e

XIV. notificar ao Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária do organismo de gestão do SUS, os casos e surtos diagnosticados ou suspeitos de infecções associadas à utilização de insumos e produtos industrializados.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CCIH deverá reunir-se ordinariamente a cada trinta dias, em calendário a ser definido pelos seus membros e, extraordinariamente, sempre que necessário.

§1º - As reuniões serão efetivadas com um mínimo 05 de seus membros presentes e as decisões tomadas por maioria deverão ser lavradas em atas.

§2º - Todas as resoluções da CCIH serão submetidas à apreciação da Diretoria. Os membros executores serão responsáveis pela aplicação e seguimento das resoluções aprovadas.

Art. 6º - A CCIH deverá funcionar em dias úteis e em horário administrativo supervisionando os serviços e fazendo busca ativa de eventos adversos.

Art. 7º - Caberá à Diretoria da CHS João Paulo II:

I. constituir formalmente a CCIH;

II. nomear os componentes da CCIH por meio de ato próprio;

III. designar o presidente ou coordenador da CCIH;

IV. propiciar a infraestrutura necessária à correta operacionalização da CCIH;

V. aprovar e fazer respeitar o regimento interno da CCIH;

VI. garantir o cumprimento das recomendações formuladas pela coordenação Estadual;

VII. fomentar a educação e o treinamento de todo o pessoal da CHS João Paulo II.

Art. 8º - O Cronograma Anual de Atividades da Comissão será estabelecido conforme demanda da Unidade de Saúde e necessidade de atenção localizada conforme atuação dos departamentos e demais comissões.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Diretoria, nos limites de suas atribuições.

Art. 10 - Nenhum colaborador lotado na CHS João Paulo II poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 11 - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pela CCIH, Diretoria e SMS e SE e sua publicação.

a) Cronograma Anual da CCIH

Propõe-se para esta comissão o seguinte cronograma:

- **i.** reuniões ordinárias mensais da CCIH;
- **ii.** elaboração do Plano Anual de Trabalho da CCIH para o ano seguinte, a ser realizado na reunião ordinária de dezembro;
- **iii.** elaboração de relatórios mensais para Diretoria Médica;
- **iv.** reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão, preferencialmente em novembro e maio;
- **v.** elaboração e envio de relatórios mensais dos indicadores epidemiológicos a Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde (mensalmente); e
- **vi.** realização de visitas técnicas mensais nos diversos setores assistenciais da CHS João Paulo II.

2.1.4. Comissão de Revisão de Óbitos

a) Proposta de Constituição da Comissão Revisão de Óbitos

A comissão tem por finalidade analisar as causas dos óbitos ocorridos na Unidade de Saúde, objetivando identificar os possíveis fatores determinantes da sua ocorrência, mantendo e respeitando a privacidade, a confidencialidade e o sigilo das informações.

O fundamento, legislação e base para sua composição, funcionamento e objetivo será a RESOLUÇÃO CFM nº 2.171/2017, tendo como foco o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e, em especial, do prontuário do paciente, impactando em uma contínua melhoria do processo diagnóstico e terapêutico através de análise crítica dos óbitos ocorridos, além de atender aos preceitos básicos de registro de documentação ético-profissional.

O conhecimento das causas e dos processos envolvidos na ocorrência do óbito são aspectos de grande relevância e contribuem para o aprimoramento da atenção e do cuidado na Unidade de Saúde. Possibilitam ainda, o aperfeiçoamento dos registros hospitalares e especial

do prontuário do paciente. A Comissão de Revisão de Óbitos é um órgão subordinado diretamente à Diretoria da Unidade de Saúde e tem por finalidade analisar os óbitos, os procedimentos e condutas profissionais realizadas, bem como a qualidade de informações dos atestados de óbitos.

b) Proposta de Regimento Interno da Comissão de Revisão de Óbitos

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE REVISÃO DE ÓBITOS

CAPÍTULO I - DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Revisão de Óbitos atende à Resolução Interministerial MEC/MS n° 2.400 de 2 de outubro de 2007, que torna obrigatória a criação da Comissão de Avaliação de Óbitos nas instituições de saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Medicina CFM n.º2.171/2017.

CAPÍTULO II DA FINALIDADE

Art. 2º - A Comissão de Revisão de Óbitos – CRO tem o objetivo de analisar os óbitos ocorridos na CHS João Paulo II, os procedimentos e condutas profissionais realizadas e a qualidade das informações dos atestados de óbito. Trata-se de instrumento de detecção da qualidade do atendimento ao paciente, demonstrando suas falhas e apontando soluções prioritárias.

CAPÍTULO III - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A CRO possuirá a seguinte composição:

I. 01 Membro do corpo médico (obrigatoriamente agindo como presidente)
II. 01 Membro do corpo de enfermagem
III. 01 Membro de outra área de saúde da unidade

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 4º - A CRO terá as competências de:

I. avaliar a qualidade da assistência prestada a partir da análise dos óbitos da CHS João Paulo II;
II. avaliar os óbitos ocorridos na Unidade de Saúde;
III. detectar a ocorrência de eventos adversos (acidentes ou falhas operacionais) que venham a comprometer a qualidade da assistência, indicando a necessidade de revisão dos processos assistenciais;
IV. emitir parecer sobre os óbitos ocorridos e cujo resultado deverá ser discutido previamente com a CEM, encaminhando-o posteriormente à chefia do Serviço responsável pelo atendimento do paciente;
V. avaliar se a terapêutica instituída foi adequada ao diagnóstico inicial e evolução do quadro do paciente;
VI. exercer o poder fiscalizador do cumprimento das recomendações constantes de seus pareceres;
VII. arquivar os pareceres e demais documentos em local designado para esse fim, por cinco anos no mínimo;
VIII. analisar a totalidade de óbitos da Unidade e dos laudos necroscópicos, quando existirem, visando conhecer as suas causas;
IX. manter atualizadas as estatísticas de mortalidade geral e hospitalar.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 5º - A CRO estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias, que ocorrerão mensalmente, encaminhando-o a Diretoria Médica da CHS João Paulo II. Poderá reunir-se de forma extraordinária quando solicitado.

Art. 6º - O Cronograma de atividades da CRO será determinada conforme as necessidades da unidade de saúde, sendo obrigatória a realização de, ao menos, uma sessão ordinária mensal.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 7º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a CRO procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 8º - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 9º - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Diretoria, nos limites de suas atribuições.

Art. 10 - Nenhum colaborador lotado na CHS João Paulo II poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 11 - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelas Diretoria e Departamento de Assistência Médica-DAM da CHS João Paulo II e sua publicação.

c) Cronograma Anual da Comissão de Revisão de Óbitos

Propõe-se para a CRO o seguinte cronograma:

- reuniões ordinárias mensais da CRO;
- elaboração do Plano Anual de Trabalho da CRO para o ano seguinte em dezembro;
- elaboração de relatórios mensais para Diretoria, cujo conteúdo será votado na reunião ordinária mensal; e
- reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão, preferencialmente em dezembro e junho.

2.1.5. Comissão de Avaliação de Prontuários

a) Proposta de Constituição da Comissão Avaliação de Prontuários

A Comissão de Prontuários visa atender a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.638/2002, que define prontuário médico como o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

A Comissão de Prontuários é um órgão de assessoria e deverá manter estreita relação com a Comissão de Ética Médica da Unidade de Saúde, com a qual deverá discutir os resultados das avaliações realizadas, agindo para padronizar os formulários que compõem o prontuário da Unidade de Saúde e definição de ordem de arrumação dos prontuários na Unidade de Saúde.

A Comissão de Prontuários tem por finalidade dispor de um conjunto de padrões apropriados para garantir a qualidade das informações da assistência no registro dos cuidados prestados, bem como a segurança legal e jurídica da informação registrada no prontuário do paciente.

b) Proposta de Regimento Interno da Comissão Avaliação de Prontuários

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

CAPÍTULO I - DA NATUREZA

Art. 1º - A Comissão de Avaliação de Prontuários (“CAP”) está regulamentada pela Resolução do CFA n° 1638/2002, que define o prontuário do paciente como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e

científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multidisciplinar e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

CAPÍTULO II - DA FINALIDADE

Art. 2° - Terá a função de revisar e avaliar o conjunto de informações, registros e documentos gerados durante a estadia do paciente na Unidade de Saúde, relativos à assistência a ele prestada.

CAPÍTULO III - DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Art. 3º - A CAP possuirá a seguinte composição:

I. 01 representante da Coordenação Administrativa;
II. 01 representante do Arquivo Médico;
III. 01 representante de Enfermagem; e
IV. 01 Médico (obrigatoriamente agindo como presidente).

Art. 4º - A CAP terá um mandato de dois anos e será constituída por membros efetivos e suplentes, representantes do Corpo Clínico e da Equipe de Saúde, arquivista ou responsável pela guarda da documentação e representante da área jurídica da Unidade de Saúde.

Art. 5º - Um dos membros desta comissão, designado pela Diretoria, será o Presidente, o qual será escolhido entre aqueles que já serviram a comissão, em período não inferior a um ano.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 6º - Terá como principais competências:

I. elaborar normas, analisar, emitir pareceres, realizar avaliações e auditorias, promover ações educativas e de divulgação sobre questões relativas às informações sobre os pacientes;

II. avaliar a organização dos conjuntos documentais; forma de processamento, acesso e utilização das informações contidas no prontuário do paciente;

III. estabelecer normas para manutenção e adequação dos Arquivos Nosológicos e outros sistemas de registros de informações de morbimortalidade hospitalares;

IV. desenvolver e recomendar um plano para revisão periódica, anexando amostra dos registros que serão documentados para os padrões acima;

V. definir e supervisionar o método de classificação adotado;

VI. avaliar a qualidade dos registros para fins de prova, informação, estudos e pesquisas;

VII. determinar, com base na legislação em vigor, respectivos prazos de guarda e a destinação;

VIII. estabelecer critérios para análise e avaliação dos documentos e sua destinação final, considerando os requisitos previstos na legislação pertinente;

IX. recomendar ao Responsável Técnico, ação disciplinar quanto aos prontuários que:

i. estão abaixo do padrão e critério estabelecido;

ii. apresentam complementação em desacordo com o padrão e critério estabelecidos.

iii. revisar, periodicamente, a tabela de temporalidade e destinação de documentos, em função da produção ou supressão de novos documentos e da evolução da legislação e dos procedimentos médicos.

iv. garantir para o serviço de arquivos de prontuários o funcionamento de os sete dias da semana manhã e tarde com profissionais capacitados, fichas especificas, sistema de arquivamento controle e protocolos; e

v. garantir banco de dados de todo o controle de arquivamento e respectivos protocolos em sistema informatizado;

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º - A CAP estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias que ocorrerão mensalmente, encaminhando à Diretoria e ao DAM da CHS João Paulo II, podendo reunir-se de forma extraordinária quando convocada pelo seu presidente.

Art. 8º - O cronograma de atividade anual da CAP será estabelecido por meio de portaria própria, atendendo a obrigatoriedade de reuniões ordinárias mensais, além das reuniões extraordinárias, quando necessárias, e apresentação regular de informações e documentos internos relevantes ao acompanhamento de sua atividade.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 9º - Nos casos de afastamento definitivo ou temporário de um de seus membros efetivos, a CAP procederá à convocação do suplente pelo tempo que perdurar o afastamento.

Art. 10° - Nos casos de vacância do cargo de presidente ou de secretário, far-se-á nova escolha, pelos membros efetivos, para o cumprimento do restante do mandato.

Art. 11° - Os casos omissos neste Regimento Interno serão resolvidos pela Diretoria, nos limites de suas atribuições.

Art. 12° - Nenhum colaborador lotado na CHS João Paulo II poderá alegar o desconhecimento deste Regimento Interno ou das suas determinações.

Art. 13º - Este Regimento entrará em vigor após aprovação pelo DAM da CHS João Paulo II e sua publicação.

c) Cronograma Anual da Comissão de Avaliação de Prontuários

O cronograma anual da CAP conterá:

1. reuniões ordinárias mensais da CAP;
2. elaboração do Plano Anual de Trabalho da CAP para o ano seguinte a ser realizado na reunião ordinária de dezembro;
3. reuniões trimestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão, preferencialmente na última semana do último mês daquele trimestre.

2.1.6. Comissão de Farmácia

a) Proposta de Constituição da Comissão de Farmácia

Tendo em vista que os medicamentos constituem uma das tecnologias em saúde que estão em constante inovação, trazendo a necessidade de ações concretas que qualifiquem o processo de seleção, bem como o uso seguro e racional dessas tecnologias dentro da instituição. A criação da Comissão de Farmácia nos hospitais se dá como uma importante ferramenta de atuação neste contexto.

A Comissão de Farmácia é uma instância colegiada, de natureza técnico-científica, permanente, de caráter consultivo e deliberativo, que tem por finalidade assessorar o gestor e a equipe de saúde em assuntos referentes a medicamentos, visando garantir seu uso seguro e racional.

Para tanto, realiza como atividades principais a seleção de medicamentos da instituição (com base em critérios pré-estabelecidos), elaboração do formulário ou guia farmacoterapêutico, validação de protocolos terapêuticos, apoio à assistência farmacêutica, ações educativas permanentes, dentre outras, sendo assim um importante instrumento para que o gestor possa tomar melhores decisões acerca dos medicamentos e demais insumos farmacêuticos utilizados na instituição.

Como escopo maior, a Comissão de Farmácia busca contribuir no processo de cuidado à saúde, por meio da prestação de assistência ao paciente com qualidade, que vise ao uso

seguro e racional de medicamentos, conforme preconiza a Política Nacional de Medicamentos, regulamentada pela Portaria nº 3.916/1998, do Ministério da Saúde.

b) Proposta de Regimento Interno da Comissão de Farmácia e Terapêutica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é um órgão vinculado à gestão da Unidade de Saúde, de natureza consultiva, deliberativa e educativa, de caráter permanente, cujas ações devem estar voltadas para a seleção e promoção do uso racional e seguro de medicamentos.

Art. 2º - A CFT tem a finalidade de assessorar a governança do hospital e auxiliar na consolidação de todas as políticas e práticas de utilização de medicamentos e outros produtos, por meio da regulamentação e padronização dos medicamentos utilizados no hospital, além de implementar política institucional para uso racional de medicamentos, visando contribuir para a melhoria na qualidade da assistência prestada à saúde.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 3º - São objetivos da CFT:

I. desenvolver políticas relacionadas à avaliação, seleção e ao uso de medicamentos;
II. apoiar o processo de aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos; e
III. auxiliar na elaboração de programas de capacitação relacionados à utilização de medicamentos no âmbito institucional;
IV. promover o uso seguro e racional de medicamentos, baseando-se em critérios preconizados pelo Protocolo de Segurança na

Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, publicado em 06/10/2021.

Art. 3º - Na escolha dos integrantes da CFT pela Diretoria, ouvidos o DAM e DCT, deverão ser observados critérios que permitam reunir entre seus integrantes um conhecimento técnico amplo, visto que a natureza da análise envolve toda prática médica/farmacêutica.

CAPÍTULO III – DA COMPOSIÇÃO

Art. 4º - A CFT será constituída por profissionais da Unidade de Saúde. Terá uma composição multidisciplinar e multiprofissional, devendo contar com componentes executores e um número variável de membros ligados à assessoria técnica, como profissionais de saúde especialistas em diversas áreas os quais serão solicitados de acordo com a demanda de pareceres sobre solicitação de padronização de medicamentos. Será composta por membros executores, sendo estes profissionais da área da saúde, de nível superior, nomeados pela Superintendência, e por membros consultores, sendo estes profissionais de saúde, de nível superior com conhecimento de farmacologia, terapêutica, clínica médica e de economia em saúde que façam parte do quadro funcional da Unidade de Saúde.

§ 1º - Os membros executores serão divididos em dois conselhos, o conselho Executivo e Conselho Administrativo.

§ 2º - Os membros do Conselho Executivo, indicados pela Superintendência, serão encarregados da execução das ações programadas pela Comissão, dentre eles serão escolhidos o Presidente, o Vice Presidente e o Secretário Executivo.

São membros do Conselho Executivo:

I. médico;

II. farmacêutico;

III. enfermeiro;

IV. membro do Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente.

§ 3º - Os membros consultores serão especialistas na área a ser consultados, vinculados a Unidade de Saúde, como também representante dos seguintes setores:

I. comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

II. unidade de Farmácia Clínica;

III. unidade de Abastecimento e Dispensação Farmacêutica;

IV. unidade de Gestão de Riscos Assistenciais e Setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente;

V. especialistas de cada serviço na Unidade de Saúde.

§ 4º - Para indicação dos membros deverão ser considerados aspectos como, competência técnica, habilidades e perfil.

§ 5º - O mandato dos membros será de 02 anos, com direito à recondução, contados a partir da data de publicação da Portaria.

§ 7º - Sempre que o assunto discutido for de complexidade em que se faça necessário maior conhecimento técnico ou conhecimento em áreas específicas, poderá ser solicitada a colaboração de outros profissionais internos ou externos à instituição, visando à melhor consecução das atividades, estes poderão, eventualmente, participar das reuniões como membros consultivos, com direito à voz.

§ 8º - A Comissão poderá convidar profissional ou entidades que colaborem com o desenvolvimento de ações voltadas a regulamentar o processo de seleção de medicamentos e promoção de uso terapêutico adequado, sempre que julgar necessário.

§ 9º - A fim de assegurar a sustentabilidade das ações voltadas a regulamentar o processo de seleção de medicamentos e promoção de uso terapêutico adequado na Unidade de Saúde.

§10 - A finalização do mandato dos membros efetivos poderá ocorrer por interesse do membro ou da instituição.

§ 11 - O membro que acumular 03 faltas não justificadas consecutivas, no período de 06 meses, será desligado da Comissão e deverá ser substituído em até 30 dias.

§ 12 - A designação dos membros da Comissão será precedida, sem prejuízo de outras formalidades, do preenchimento do Termo de Compromisso e Confidencialidade e da Declaração de Potenciais conflitos de Interesse.

§ 13 - Os membros da CFT não poderão receber brindes, prêmios ou outras vantagens pessoais, proporcionados pela indústria farmacêutica e/ou por distribuidores de medicamentos.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 5º - São competências da CFT:

I. assessorar a governança do hospital em assuntos relacionados ao uso racional de medicamentos;

II. selecionar e padronizar medicamentos de acordo com a realidade da instituição e com base nos critérios estabelecidos;

III. manter atualizada a lista de medicamentos padronizados;

IV. elaborar o Guia Farmacoterapêutico;

V. revisar o Guia Farmacoterapêutico, pelo menos, a cada 02 anos, mantendo atualizadas as versões impressas e eletrônicas;

VI. divulgar as atualizações da seleção para os demais setores da Unidade de Saúde;

VII. estabelecer critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e demais insumos farmacêuticos na relação de produtos presentes no guia farmacoterapêutico;

VIII. definir os critérios para inclusão de medicamentos e demais produtos farmacêuticos na categoria "padronizado de uso restrito", considerando custos, riscos para a segurança do paciente, demanda de prescrição por especialista, etc.;

IX. avaliar a incorporação de novos medicamentos e produtos farmacêuticos na lista padronizada da Unidade de Saúde, considerando justificativas apresentadas pelo solicitante e parecer técnico-científico;

X. avaliar e deliberar, em relação aos aspectos farmacoterapêuticos, sobre os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, elaborados pelos serviços, câmaras técnicas ou outras comissões;

XI. participar das atividades de garantia de qualidade relacionadas a aquisição, distribuição e uso de medicamentos;

XII. normatizar os critérios e a sistemática de utilização de medicamentos e demais produtos farmacêuticos não incluídos na relação de produtos padronizados no hospital ou padronizados de uso restrito;

XIII. disciplinar as visitas da indústria farmacêutica no hospital (representantes, publicações promocionais, distribuição de amostras grátis e doações de medicamentos), conforme políticas internas e externas;

XIV. assessorar as diversas áreas da instituição quanto às questões relacionadas a medicamentos e demais produtos farmacêuticos, incluindo as áreas administrativa e jurídica nas demandas que envolvam o uso de medicamentos;

XV. participar das investigações de eventos adversos graves relacionados ao uso de medicamentos ou outros produtos farmacêuticos;

XVI. considerar os dados do setor de Vigilância em Saúde e Segurança do Paciente, acerca das notificações sobre o risco identificado no uso dos medicamentos, como um dos subsídios para as atividades da Comissão;

XVII. desenvolver e apoiar ações de promoção do uso racional de medicamentos e demais insumos farmacêuticos;

XVIII. colaborar e participar das atividades de educação permanente da equipe de saúde;

XIX. participar das atividades de auditorias ou monitoramento sobre a utilização de medicamentos de uso restrito;

XX. elaborar e divulgar instrumentos educativos;

XXI. construir e monitorar indicadores do uso de medicamentos selecionados.

CAPÍTULO V - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 6º - São atribuições do Presidente:

I. convocar e presidir as reuniões da CFT;

II. tomar parte das discussões e votação e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;

III. representar a CFT em suas relações internas e externas;

IV. assinar todos os documentos oficiais emitidos pela CFT;

V. aprovar "ad referendum", nos casos de manifestação de urgência;

VI. assessorar a Superintendência, quando solicitado;

VII. indicar previamente o seu substituto, quando estiver impossibilitado de comparecer às reuniões;

VIII. encaminhar à Diretoria, ao DAM e ao superintendente da Unidade de Saúde relatórios periódicos mensais das ações desenvolvidas pela CFT;

IX. emitir pronunciamento da CFT quanto às questões relativas a medicamentos;

X. discutir e encaminhar tarefas para os demais membros da Comissão;

XI. cumprir e fazer cumprir as determinações deste regimento.

Art. 7º - São atribuições do Vice-Presidente:

I. representar e desenvolver as atividades do Presidente na ausência deste;

II. colaborar com o Presidente no cumprimento dos objetivos da CFT e no exercício de suas funções.

Art. 8° - São atribuições do Secretário Executivo:

I. registrar em ata as resoluções da Comissão;

II. manter arquivo da documentação relacionada à CFT;

III. encaminhar as solicitações recebidas aos membros da CFT para análise prévia às reuniões;

IV. protocolar documento em nome da Comissão;

V. encaminhar o cronograma de reuniões aos membros da Comissão;

VI. ler a ata da reunião anterior e submetê-la à apreciação da Comissão.

CAPÍTULO VI – DO FUNCIONAMENTO E DA ORGANIZAÇÃO

Art. 9º - A CFT estabelecerá seu calendário de reuniões ordinárias, podendo reunir-se de forma extraordinária quando necessário.

Art. 10 - O cronograma de atividade anual da CFT será estabelecido conforme as necessidades da Unidade de Saúde, tendo a obrigatoriedade de, ao menos uma reunião ordinária mensal.

Art. 11 - Na escolha dos integrantes da CFT, deverão ser observados critérios que permitam reunir entre seus integrantes um conhecimento técnico amplo, visto que a natureza da análise envolve toda prática médica/farmacêutica.

Art. 12 - A Comissão reunir-se-á ordinariamente 01(uma) vez ao mês, e, extraordinariamente, sempre que necessário, por convocação do Presidente ou solicitada pela maioria dos membros executivos, devendo todas as reuniões serem registradas em forma de ata.

§ 1º - As convocações para as reuniões ordinárias serão enviadas pelo Secretário da CFT, conforme definição de calendário previamente aprovado dentre seus membros.

§ 2º - A pauta da reunião será encaminhada com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

§ 3° - As reuniões extraordinárias serão convocadas com até 48 horas de antecedência, por solicitação do presidente ou por, pelo menos, a metade mais um de seus membros.

§ 4° - A agenda e material suplementar (incluindo as atas das reuniões anteriores) serão preparados pelo secretário (a) e submetido aos membros da Comissão em tempo hábil para avaliação destes antes de cada reunião.

Art. 13 - A Comissão poderá convidar para as reuniões os profissionais (do hospital ou não) que possam contribuir de forma especializada ou com seus conhecimentos, habilidades e julgamentos, nunca havendo conflito de interesses.

Art. 14 - As reuniões serão iniciadas com a presença mínima de metade mais um, do total de seus membros.

Parágrafo único – Não havendo quórum, deverá ser registrada em ata a suspensão da reunião, o motivo e a assinatura dos presentes e feita nova convocação.

Art. 15 - De preferência, as questões serão decididas por consenso. Na impossibilidade de consenso, depois de esgotada a argumentação técnica, baseada em evidências científicas, as recomendações e pareceres da CFT serão definidas pela maioria simples do total dos seus membros presentes, na ocasião das reuniões ordinárias e extraordinárias.

Art. 16 - A votação será nominal, sendo que cada membro titular terá direito a um voto, transferível a seu suplente, quando de sua ausência.

§ 1° - Quando da existência de conflitos de interesse declarados, o membro não poderá emitir parecer ou participar da votação sobre o medicamento ou produto farmacêutico relacionado ao conflito.

§ 2° - Em caso de empate em votação, a decisão será dada pelo voto do Presidente.

§ 3° - Membros consultivos não terão direito a voto.

Art. 17 - As recomendações e pareceres da CFT serão submetidas à apreciação da Diretoria da Unidade de Saúde.

Art. 18 - O membro que não se julgar suficientemente esclarecido quanto à matéria em exame, poderá pedir vistas ao processo, propor diligências ou adiamento da votação.

Parágrafo único – O prazo de vista será até à próxima reunião ordinária ou aquele deliberado em reunião pela CFT para atendimento das necessidades de cada caso.

Art. 19 - Os membros da CFT deverão ter independência na tomada de decisões no exercício das suas funções.

Art. 20 - Deve ser mantida interface com outras comissões ou núcleos existentes, em assuntos relacionados ao uso de medicamentos.

Art. 21 - As ações da Comissão deverão ser comunicadas aos diversos profissionais envolvidos no cuidado aos pacientes.

Art. 22 - A Comissão deve ser organizada e operacionalizada de maneira que assegure a objetividade e credibilidade nas suas recomendações.

Art. 23 - Ao formular políticas de uso de medicamentos para o hospital, a Comissão deve estar atenta ao conteúdo e mudanças em diretrizes e políticas de organizações e corporações profissionais, agências governamentais e outros quando necessário.

Art. 24 - Os assuntos tratados pela Comissão deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

Art. 25 - A CFT deverá estabelecer formulários-padrão para solicitação de alteração na padronização de medicamentos, pareceres técnicos, bem como fluxo de trabalho.

Art. 26 - A CFT deverá divulgar indicadores para avaliação do processo de seleção de medicamentos no seu hospital, anualmente ou mediante demanda institucional.

Art. 27 - A CFT, observada a legislação vigente, estabelecerá normas complementares relativas ao seu funcionamento e à ordem dos trabalhos.

Parágrafo único: Recomenda-se que os documentos sejam amplamente divulgados na instituição, de fácil acesso e com fluxograma estabelecido e difundido para todos os envolvidos no processo.

CAPÍTULO VII – DA PADRONIZAÇÃO, INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE MEDICAMENTOS

Art. 28 - Além das particularidades da Unidade de Saúde, a CFT considerará a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), bem como os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, evidências científicas e Diretrizes das Sociedades Medicas Brasileiras e Internacionais, como referências para a seleção de medicamentos e demais insumos farmacêuticos.

Art. 29 - A seleção de medicamentos para a padronização será baseada nos critérios de eficácia, segurança, qualidade e custo obtidos através de revisões sistemáticas para avaliar evidência clínica ou ainda através de análise de decisão, sempre que necessário.

§ 1° - A seleção de antimicrobianos deverá ser realizada em conjunto com a Comissão/Serviço de Controle de Infecção Hospitalar.

§ 2° - A seleção de medicamentos não deve contemplar medicamentos em fase de estudo, mesmo em unidades hospitalares em que se desenvolva pesquisa farmacológica.

§ 3° - A padronização oriunda da seleção de medicamentos passará por revisão, minimamente a cada 02 (dois) anos ou quando necessário for.

Art. 30 - A CFT deverá estabelecer procedimento e fluxo para o processo de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos da lista de padronização, bem como critérios detalhados e prazos.

§ 1° - A solicitação de inclusão/substituição e exclusão de medicamentos na padronização deverá ser feita através de formulário próprio e encaminhada à CFT.

§ 2° - Para a inclusão deverão ser observados, minimamente, dentre os critérios, os seguintes pontos:

I. registro na ANVISA, quando aplicável;

II. valor terapêutico comprovado, com suficientes informações clínicas em condições controladas, sobre a atividade terapêutica e perfil de segurança;

III. entre medicamentos de igual eficácia, selecionar os de maior efetividade, aqueles com menor toxicidade relativa, maior comodidade de administração e menor custo;

IV. entre medicamentos de uma mesma classe farmacológica, definir um representante com propriedade que atenda os critérios prévios; em alguns casos, incluir mais de um representante com propriedades equivalentes, com o intuito de propiciar a competitividade entre diferentes fornecedores;

V. composição perfeitamente conhecida, excluindo-se, sempre que possível, as associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justifiquem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior do que a soma dos efeitos dos produtos individuais;

VI. denominação pelo princípio ativo, preferencialmente, conforme Denominação Comum Brasileira (DCB), ou, na falta desta, conforme Denominação Comum Internacional (DCI);

VII. informações suficientes sobre as características farmacocinéticas, farmacodinâmicas e farmacotécnicas;

VIII. estabilidade em condições de estocagem, uso e facilidade de armazenamento;

IX. preferência de medicamentos clinicamente apropriados para o tratamento de mais de uma enfermidade;

X. estar disponível no mercado nacional;

XI. formas farmacêuticas, apresentações e dosagem que facilitem a comodidade e favoreçam a segurança para a administração aos pacientes a que se destinam, o cálculo da dose a ser administrada e o fracionamento ou a multiplicação das doses;

XII. priorizar as apresentações que contemplem maiores possibilidades de aproveitamento dos medicamentos;

XIII. considerar o Art. 25 deste regimento;

XIV. evitar como critério de inclusão a chamada "experiência pessoal", pois ela tem reduzido poder em quantificar os benefícios dos medicamentos.

§3° - A exclusão de medicamentos da lista de padronização deverá seguir critérios técnicos e ocorrer sempre que houver:

I. desvantagens farmacológicas e/ou econômicas comparativamente a outros produtos disponíveis no mercado;

II. fármaco não prescrito nos últimos doze meses a pacientes internados na Unidade de Saúde;

III. medicamentos que tiveram sua comercialização proibida por órgão competente (nacional ou internacional) ou que os riscos da utilização excedam os benefícios;

IV. eliminar da padronização medicamentos que, em pesquisa interna de farmacovigilância, tenha apresentado índice preocupante de ocorrência de reações adversas em pacientes;

V. fármacos com evidências de efeitos tóxicos ou outros efeitos adversos significativos, havendo alternativas mais seguras.

CAPÍTULO VIII – DA SOLICITAÇÃO DE COMPRA DE MEDICAMENTO NÃO-PADRONIZADO

Art. 31 - Caso exista a necessidade de aquisição de medicamento, que não conste na relação de medicamentos padronizados da CHS João Paulo II, deverá ser realizada solicitação mediante justificativa, em formulário próprio.

§ 1° - As solicitações de compra de medicamentos não-padronizados deverão ser exclusivamente para atendimento a situações individuais não planejáveis, ou seja, onde não seja caracterizado falta de planejamento da instituição.

§ 2° - A solicitação deverá ser avaliada pela CFT, com envolvimento da CCIH caso se trata de antimicrobiano.

CAPÍTULO VIII – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 32 - Os casos omissos, surgidos na aplicação do presente Regimento Interno, serão encaminhados, acompanhados de parecer da CFT.

Art. 33 - A CFT tem poder deliberativo de vetar a compra de medicamentos que se mostrarem ineficazes terapeuticamente e/ou com qualidade duvidosa, por solicitação da Farmácia, dos médicos ou por amostragem através dos seguintes critérios:

I. laudo técnico do medicamento realizado em Laboratório oficial;

II. preenchimento do formulário de queixa técnica da ANVISA com todas as informações pertinentes como lote e descrição do procedimento.

Art. 34 - A CFT é autônoma e competente para incluir qualquer medicamento na padronização, desde que sejam seguidos os critérios estabelecidos.

Art. 35 - As resoluções da CFT terão caráter normativo e deverão ser cumpridas pelo corpo clínico.

Art. 36 - Este Regimento poderá ser modificado por proposição de qualquer membro da comissão, devendo ser votado por maioria simples.

Art. 37 - O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

b) Cronograma Anual da Comissão de Farmácia

O cronograma anual da CFT conterá:

i. reuniões ordinárias mensais da CFT;
ii. elaboração do Plano Anual de Trabalho da CFT para o ano seguinte na reunião ordinária de dezembro; e
iii. reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade, objetivos e pareceres emitidos pela comissão, preferencialmente nos meses de novembro e maio.
iv. mês daquele trimestre.

2.1.7. Comissão de Proteção Radiológica

a) Proposta de Regimento Interno da Comissão de Proteção Radiológica

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

CAPÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES, OBJETIVOS E CARACTERÍSTICAS

Art. 1° A Comissão de Proteção Radiológica da Unidade de Saúde estará diretamente vinculada à Diretoria da CHS João Paulo II.

Art. 2° Esta Comissão seguiu as recomendações da RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA, que objetiva estabelecer os requisitos sanitários para a organização e o funcionamento dos serviços de radiologia

diagnóstica ou intervencionista, e regulamentar o controle das exposições médicas.

Art. 3° A Comissão de Proteção Radiológica é de natureza multidisciplinar e tem como principal atribuição revisar de forma sistemática o Programa de Proteção Radiológica da Unidade de Saúde, observando a correta aplicação das legislações vigentes e uso consciente da radiação ionizante.

CAPÍTULO II - DAS FINALIDADES

Art. 4° São finalidades da Comissão de Proteção Radiológica:

I. atender as determinações RDC (Resolução da Diretoria Colegiada) 330 de 20 de dezembro de 2019 da ANVISA e da norma regulamentadora nº 32 do Ministério da Economia.

II. revisar sistematicamente o programa de proteção radiológica para garantir que os equipamentos sejam utilizados e os procedimentos executados observando-se os regulamentos vigentes de proteção radiológica;

III. recomendar as medidas cabíveis para garantir o uso seguro dos equipamentos emissores de radiação ionizante existentes na instituição;

Ser um órgão de assessoria técnica diretamente vinculado à Superintendência.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 5° Esta comissão é composta por membros do quadro funcional da Unidade de Saúde e deve ser integrada por, no mínimo:

I. um supervisor de proteção radiológica;

II. um representante da gestão da Unidade de Saúde;

III. um representante da Unidade Ocupacional e de Segurança do Trabalho (SOST).

Art. 6° Os membros exercerão seus mandatos por dois anos, sem receberem qualquer tipo de remuneração adicional, considerando-se o relevante interesse público pertinente às atribuições exercidas pelos mesmos.

§ 1º A substituição de membros dar-se-á por portaria do superintendente para o tempo que restar do mandato.

§ 2º A ausência de um membro da comissão a duas reuniões consecutivas ou a três alternadas, ao longo de um mesmo ano, sem justificativa, implicará perda do mandato;

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 7° São atribuições dos membros da Comissão de Proteção Radiológica:

I. analisar e emitir parecer sobre os assuntos que lhe forem solicitados;

II. realizar revisões no programa de proteção radiológica da Unidade de Saúde;

III. convocar os serviços envolvidos caso existam informações conflitantes;

IV. assessorar a superintendência em assuntos tocante à proteção radiológica;

V. definir anualmente metas de melhorias no programa de proteção radiológica;

VI. promover cursos e palestras de conscientização e capacitação para colaboradores da instituição, envolvidos ou não com o uso de radiação ionizante;

VII. discutir problemas diversos referente ao uso das radiações ionizantes e à radioproteção.

Art. 8° São atribuições do presidente da Comissão de Proteção Radiológica:

I. convocar e presidir as reuniões;

II. representar a Comissão em suas relações internas e externas;

III. participar das discussões e votações e, quando necessário, exercer o direito de voto de desempate;

IV. indicar membros pertencentes ou não a comissão para realização de laudos, levantamento e emissão de pareceres necessários à consecução da finalidade da comissão;

Parágrafo único: O vice-presidente exercerá as mesmas atribuições do presidente, nas suas ausências e impedimentos legais (férias, afastamento, capacitações).

Art. 9° São atribuições da secretaria da comissão:

I. organizar a ordem do dia;

II. lavrar e assinar as atas das reuniões;

III. receber e protocolar os processos e expedientes;

IV. providenciar o cumprimento das diligências determinadas;

V. elaborar relatório semestral das atividades da comissão para envio a superintendente;

VI. convocar os membros da comissão para as reuniões ordinárias e extraordinárias, que deverá conter a pauta das reuniões;

VII. realizar outras funções solicitadas pelo presidente relacionadas ao serviço.

Art. 10° São atribuições dos demais membros da comissão:

I. comparecer às reuniões, proferir voto e pareceres;

II. estudar e relatar, nos prazos estabelecidos, as matérias que lhes forem atribuídas pela presidência;

III. requerer votação de matéria em regime de urgência.

IV. executar tarefas que lhes forem atribuídas pela presidência.

V. os membros poderão nomear um suplente para que possa deliberar junto a comissão em caso de ausência, desde que previamente informado e justificado.

CAPÍTULO V - DAS REUNIÕES E ORGANIZAÇÃO

Art. 11° As reuniões serão realizadas em caráter ordinário, mensalmente, em dia, local e horário pré-estabelecidos, de acordo com a conveniência de seus membros, e a convocação deverá ter, pelo menos, três quarenta e oito horas de antecedência.

Art. 12° As reuniões extraordinárias poderão ser convocadas pelo presidente ou a pedido de qualquer membro da comissão, com 24 horas de antecedência.

Art.13° Na ausência do presidente ou de seu vice, os membros da comissão, a seu critério, poderão realizar a reunião.

Art. 14° . Para apreciação e estudos preliminares de assuntos específicos, poderá ser solicitado junto a administração a participação de convidado ou consultor, o qual apresentará parecer sobre determinado assunto.

Art. 15° As reuniões serão realizadas com a presença da maioria absoluta dos membros presentes à reunião.

Art. 16° A participação na Comissão é voluntária, porém, em sendo aceito o encargo, a participação nas reuniões, que deverão ocorrer no horário de expediente, será obrigatória.

Art. 17° O quorum mínimo para deliberação será de 3 membros efetivos.

Art. 18° As reuniões da comissão deverão ser registradas em atas, incluindo assuntos discutidos, decisões tomadas, demandas e lista de presença, devendo estar sob guarda da secretaria da comissão.

Art. 19° As deliberações da comissão serão consubstanciadas em relatórios que deverão ser enviados à Diretoria da CHS João Paulo II e arquivadas para consultas posteriores.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20° Os casos omissos deste regimento serão discutidos e resolvidos pela comissão.

Art. 21° Este regimento Interno entra em vigor na data de sua publicação.

2.1.8. Comissão de Residência Médica

a) Proposta de Regimento da Comissão de Residência Médica

REGIMENTO DA COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

CAPÍTULO I - DA CONCEITUAÇÃO

Art. 1º A Comissão de Residência Médica - COREME da CHS João Paulo II é uma instância auxiliar da Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM e da Comissão Estadual de Residência Médica - CEREM, estabelecida em instituição de saúde que oferece programa de residência médica para planejar, coordenar, supervisionar e avaliar os programas de residência médica da

instituição e os processos seletivos relacionados, nos termos do Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011.

Parágrafo único. A COREME é o órgão responsável pela emissão dos certificados de conclusão de programa dos médicos residentes, tendo por base o registro no sistema de informação da CNRM.

CAPÍTULO II - DA COMPOSIÇÃO

Art. 2º A COREME da CHS João Paulo II é um órgão colegiado constituído por:

I. um coordenador e um vice coordenador;

II. um representante do corpo docente/supervisor por programa de residência médica credenciado junto à Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM;

III. um representante da diretoria do (NOME DO SERVIÇO); e

IV. um representante dos médicos residentes por programa de residência médica.

Parágrafo único. Os grupos referidos nos incisos II, III e IV indicarão suplentes à COREME, que atuarão nas faltas e impedimentos de seus respectivos titulares.

CAPÍTULO III - DAS ATRIBUIÇÕES E COMPETÊNCIAS DA COREME

Art. 3º São competências da COREME da CHS João Paulo II:

I. planejar a criação de novos programas de residência médica na instituição, manifestando-se sobre a conveniência em fazê-lo, o seu conteúdo programático e o número de vagas a serem oferecidas;

II. coordenar e supervisionar a execução de processo seletivo para os programas de residência médica da instituição, de acordo com as normas em vigor;

III. avaliar periodicamente os programas de residência médica da Unidade de Saúde a qual estiver responsável;

IV. elaborar e revisar o seu regimento interno e regulamento;

V. participar das atividades e reuniões da CEREM, sempre que convocada; e

VI. emitir certificados de conclusão de programa dos médicos residentes.

do coordenador

Art. 4º O coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da CHS João Paulo II com experiência na supervisão de médicos residentes e domínio da legislação sobre residência médica.

Parágrafo único. O coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica da CHS João Paulo II.

Art. 5º Compete ao coordenador da COREME:

I. coordenar as atividades da COREME;

II. convocar reuniões e presidi-las;

III. encaminhar à instituição de saúde as decisões da COREME;

IV. coordenar o processo seletivo dos programas de residência médica da CHS João Paulo II;

V. representar a COREME junto à CEREM; e

VI. encaminhar trimestralmente à CEREM informações atualizadas sobre os programas de residência médica da CHS João Paulo II.

DO VICE-COORDENADOR

Art. 6º O vice-coordenador da COREME deverá ser médico especialista integrante do corpo docente da CHS João Paulo II, com experiência em programas de residência médica.

Parágrafo único. O vice-coordenador da COREME será eleito pelo conjunto de supervisores de programas de residência médica da CHS João Paulo II.

Art. 7º Compete ao vice coordenador da COREME:

I. substituir o coordenador em caso de ausência ou impedimentos; e

II. auxiliar o coordenador no exercício de suas atividades.

DO REPRESENTANTE DO CORPO DOCENTE/SUPERVISOR

Art. 8º O representante do corpo docente deverá ser médico especialista, supervisor de programa de residência médica da CHS João Paulo II.

Parágrafo único. O representante do corpo docente será indicado pelo conjunto dos preceptores do programa de residência médica representado.

Art. 9°. O supervisor de programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente das instituições conveniadas à CHS João Paulo II.

Parágrafo único. O supervisor do programa de residência médica será responsável pela gestão do programa.

Art. 10 Compete ao representante do corpo docente/supervisor:

I. elaborar anteprojeto da programação das atividades que deverá ser discutido e aprovado pela Comissão de Residência Médica – COREME

II. zelar pelo fiel cumprimento do Programa de Residência Médica –PRM, suas normas técnicas, administrativas, disciplinares, organizando escala de atividades e férias do Médico Residente e Preceptores, compatibilizando as diversas atividades do Programa de Residência Médica – PRM e aplicando eventuais medidas disciplinares;

III. promover a revisão e evolução contínua do programa de residência médica representado, de acordo com a legislação, as políticas de saúde, a ética médica, as evidências científicas e as necessidades sociais.

IV. avaliar com regularidade e continuidade os Médicos Residentes, apresentando relatórios trimestrais à COREME. Avaliar anualmente os preceptores e as diversas atividades do Programa de Residência Médica – PRM, apresentando conclusões à COREME;

V. representar o programa de residência médica da CHS João Paulo II nas reuniões da COREME;

VI. auxiliar a COREME na condução do programa de residência médica que representa;

VII. mediar a relação entre o programa de residência médica e a COREME.

DO PRECEPTOR DE PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

Art. 11. O preceptor do programa de residência médica deverá ser médico especialista, integrante do corpo docente de alguma das instituições vinculadas à CHS João Paulo II.

Parágrafo único. O preceptor do programa de residência médica será designado no projeto pedagógico do programa cadastrado no sistema da CNRM.

Art. 12 Compete ao Preceptor do Programa:

I. orientar e supervisionar o médico residente em todas as atividades, avaliá-lo de forma continuada e estimular seu desenvolvimento técnico-profissional e ético;

II. colaborar com a programação e execução das atividades teóricas do Programa de Residência Médica – PRM;

III. participar das reuniões a que forem convocados pelo Representante do Corpo Docente/Supervisor do Programa de Residência Médica ou pela Comissão de Residência Médica, contribuir para o bom andamento dos programas, em harmonia com as normas técnicas, administrativas e disciplinares da CHS João Paulo II.

DO REPRESENTANTE DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 13. O representante dos médicos residentes deverá estar regularmente matriculado em programa de residência médica de alguma das instituições conveniadas pela CHS João Paulo II.

Art. 14. Compete ao representante dos médicos residentes:

I. representar os médicos residentes nas reuniões da COREME;

II. auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e

III. mediar a relação entre os médicos residentes e a COREME

DO REPRESENTANTE DO CHS JOÃO PAULO II

Art. 15. O representante da CHS João Paulo II deverá ser médico integrante de sua diretoria.

Art. 16. Compete ao representante da CHS João Paulo II:

I. representar a CHS João Paulo II nas reuniões da COREME;

II. auxiliar a COREME na condução dos programas de residência médica; e

III. mediar a relação entre a COREME e a CHS João Paulo II.

CAPÍTULO IV - DA ESCOLHA E DO MANDATO DOS MEMBROS DA COREME

Art. 17. A eleição de coordenador e vice coordenador da COREME obedecerá aos seguintes requisitos:

IV. a COREME, trinta dias antes do término do mandato, fixará reunião específica de eleição;

V. as candidaturas deverão ser registradas até sete dias antes da eleição;

VI. a eleição será presidida pelo coordenador da COREME;

VII. caso o coordenador da COREME seja candidato à eleição, um membro do corpo docente, não candidato, será escolhido para presidir a reunião;

VIII. a votação será realizada em primeira chamada com maioria absoluta, e em segunda chamada com qualquer número de membros votantes;

IX. em caso de empate, o presidente da reunião terá voto de qualidade.

Parágrafo único. O médico residente é inelegível aos cargos de coordenador e vice-coordenador da COREME.

Art. 18. Os mandatos do coordenador e do vice coordenador têm duração de 02 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 19. O representante do corpo docente/supervisor e seu suplente serão indicados pelos seus pares, dentro de cada programa de residência médica, para mandato de dois anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 20. O representante da CHS João Paulo II e seu suplente serão indicados pela diretoria, para mandato de 02 (dois) anos, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art. 21. O representante dos médicos residentes de cada programa e seu suplente serão indicados pelos seus pares, para mandato de um ano, sendo permitida uma recondução sucessiva ao cargo.

Art 22. Substituir-se-á compulsoriamente o representante de qualquer categoria que se desvincule do grupo representado.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO DA COREME

Art. 23. A COREME reger-se-á por meio de regimento interno e regulamento devidamente aprovados pelo órgão.

Art. 24. A COREME reunir-se-á, ordinariamente, com periodicidade bimestral, ou extraordinariamente, a qualquer momento, com prévia divulgação da pauta da reunião e registro em ata.

Parágrafo único. Qualquer membro da COREME poderá solicitar a realização de reunião extraordinária.

CAPÍTULO VI - DOS DIREITOS E DEVERES DOS MÉDICOS RESIDENTES

Art. 25. São deveres dos Médicos Residentes:

I. cumprir o regulamento da Comissão de Residência Médica – COREME;

II. obedecer às normas internas da instituição ou outra unidade hospitalar ou serviço onde estiver estagiando;

III. cumprir com pontualidade as atividades assistenciais ou teórico-científicas previstas no respectivo Programa de Residência Médica ou decididos pela Comissão de Residência Médica – COREME;

IV. justificar junto à sua supervisão e/ou Comissão de Residência Médica – COREME eventuais faltas;

V. completar a carga horária total prevista, em caso de interrupção do Programa de Residência Médica por qualquer causa, justificada ou não.

VI. eleger anualmente seus representantes junto à Comissão de Residência Médica – COREME.

Art. 26. São direitos dos Médicos Residentes:

I. receber bolsa de estudos mensal conforme definido pela legislação vigente;

II. possuir condições adequadas para repouso e higiene pessoal durante os plantões;

III. alimentação; e

IV. ter carga horária de atividade de 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluindo um máximo de 24 (vinte e quatro) horas de plantão; e atividades teórico práticas, sob forma de sessões de atualização, seminários, correlações clínico-patológicas ou outras, compreendendo um mínimo de 10% e um máximo de 20% do total;

V. ter folga pelo período mínimo de 6 horas, após período de plantão noturno de 12 horas, logo após transferir a outro profissional médico, de igual competência, a responsabilidade pela continuidade da assistência médica;

VI. não realizar plantão de sobreaviso;

VII. licenças:

a) licença-paternidade de 5 (cinco) dias ou à licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias, podendo esta ser prorrogada por 180 dias por solicitação da Médica Residente;

b) licença para casamento, mediante apresentação da certidão de casamento, pelo período de 08 dias corridos;

c) licença por nojo de parentes de até segundo grau, mediante apresentação de atestado de óbito, pelo período de 08 dias corridos;

d) licença para prestação de serviço militar pelo período de 01 ano;

e) licença para realização do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB - pelo período de 01 ano; e

f) licença para tratamento de saúde mediante atestado médico.

§1º: O período máximo de licença permitido será de 01 ano. Independente da causa se o período ultrapassar a um ano o

médico residente será automaticamente desligado do programa;

§2º: Independente do período e da causa do afastamento o médico residente deverá cumprir o mesmo período e as atividades perdidas no final do programa;

VIII. o pagamento da bolsa será pago o período de reposição somente no caso de licença maternidade e nos casos de afastamento por motivo de doença pelo mesmo período em que a bolsa foi paga pelo INSS;

IX. fazer jus a 01 (um) dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos de férias, por ano de atividade;

X. participar de congressos, estágios, cursos, seminários ou outras atividades de interesse científico e/ou representação de classe desde que submetida à análise do Supervisor e da Comissão de Residência Médica – COREME, e sem prejuízo para as atividades do Programa de Residência Médica;

XI. avaliar anualmente o corpo docente e a Residência Médica como um todo em reuniões regulares coordenadas pelos seus representantes e apresentar as conclusões à supervisão e à Comissão de Residência Médica – COREME;

CAPÍTULO VII - DO REGIME DISCIPLINAR

Art. 27. O Regime disciplinar da Residência Médica compreende:

I. advertência Verbal;

II. advertência Escrita;

III. suspensão;

IV. exclusão.

§ 1º – A definição das penalidades a serem aplicadas é de competência da Comissão de Residência Médica – COREME, sempre registradas em ata podendo d advertência verbal ser aplicada ao Supervisor do Programa, reservando-se a aplicação das medidas mais rigorosas mencionadas nos incisos II, III e IV, do "Caput" deste artigo à Comissão de Residência Médica – COREME

§ 2º – Faltas de caráter administrativo deverão ser encaminhadas aos Supervisores dos Programas de Residência Médica, ou à Comissão de Residência Médica – COREME para as providências cabíveis.

§ 3º – Todo processo disciplinar deverá obedecer ao princípio da ampla defesa, podendo o médico residente recorrer junto à Comissão de Residência Médica – COREME ou em caráter excepcional a Comissão Estadual de Residência Médica.

CAPÍTULO VIII - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 29. Este Regulamento respeita a legislação específica sobre Residência Médica e portarias e pareceres da CNRM. Em caso de contrariar as normatizações referidas acima, sempre prevalecerá a legislação da CNRM.

Art. 30. Os casos omissos serão julgados pela COREME que poderá dar decisão terminativa ou solicitar avaliação da Diretoria da CHS João Paulo II.

2.1.9. Comitê Transfusional

a) Proposta de Regimento Interno do Comitê Transfusional

REGIMENTO INTERNO DO COMITÊ TRANSFUSIONAL

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E FINALIDADE

Art. 1º O Comitê Transfusional (CT) da Unidade de Saúde é um órgão de natureza técnico educativo, não-punitivo, atualizado na prática hemoterápica e hemovigilância, aberto a comunidade hospitalar para consultas e auxílio na discussão e resolução de problemas em hemoterapia.

Art. 2º O Comitê Transfusional (CT) da Unidade de Saúde é vinculado à Diretoria da CHS João Paulo II.

Art. 3º O Comitê Transfusional (CT) da Unidade de Saúde tem por finalidade monitorar, no âmbito do hospital, a prática hemoterápica, incluindo a atividade educacional e de hemovigilância.

Art. 4º O Comitê Transfusional (CT) orienta-se pela:

I. resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, RDC Nº 34 de 11 de junho de 2014, que dispõe que todos os serviços de saúde que realizem procedimentos transfusionais e possuam serviço de hemoterapia devem constituir um comitê transfusional do qual faça parte um representante do serviço de hemoterapia. O serviço de saúde que realize transfusão, mas não possua serviço de hemoterapia deverá participar das atividades do comitê transfusional relacionado ao serviço de hemoterapia que o assiste ou constituir o seu próprio comitê.

Art. 5º O Comitê Transfusional (CT) reger-se-á por este regimento, devidamente aprovado pelos membros que a compõem.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art. 6º O Comitê Transfusional (CT) tem por objetivos:

I. elaborar protocolos de atendimento de rotina hemoterápica;

II. monitorar e avaliar, continuamente, a prática hemoterápica, incluindo a atividade educacional e de hemovigilância;

III. atentar ao uso seguro e racional do sangue e dos hemocomponentes, bem como, as melhores práticas e procedimentos hemoterápicos e à segurança transfusional;

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 7º O Comitê Transfusional (CT) será composto por um grupo multiprofissional, indicado pela Diretoria da CHS João Paulo II.

Art. 8.º O Comitê Transfusional (CT) poderá ser constituído por membros consultores e membros executivos:

I. os membros consultores poderão ser consultados quando os demais membros julgarem necessário.

II. os membros consultores deverão ter expressivo conhecimento dos assuntos correlatos às finalidades da comissão.

III. os membros executivos deverão constituir:

a) representatividade dos serviços ou especialidades, que, frequentemente, prescrevem transfusão de hemocomponentes;
b) médicos e/ou enfermeiros dos principais serviços que compõem o hospital;
c) um representante técnico do laboratório;
d) um funcionário administrativo;
e) um representante do serviço hemoterápico;
f) representantes de setores educacionais (ex.: residência médica);
g) representantes de outras áreas indicadas: Hematologia, Traumatologia, Anestesiologia, Pronto Atendimento, Intensivismo, Cardiologia.

IV. os membros executivos deverão reunir-se periodicamente para tratar de assuntos pertinentes ao Comitê.

V. a substituição de qualquer membro, poderá ser a qualquer tempo.

Art. 9º O Presidente do Comitê Transfusional (CT) deverá ser um dos membros executivos, indicado pela Superintendência, ou por seus pares, preferencialmente, não ser o representante do serviço de hemoterapia, para evitar conflito de interesses.

Art.10 O mandato dos membros do Comitê Transfusional (CT) será pelo período de 02 anos, podendo ser reconduzido, conforme decisão da Diretoria Executiva.

CAPÍTULO IV - DAS COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES

Art. 11 São competências do Comitê Transfusional (CT):

I. desenvolver ou validar protocolos para unificação de condutas e rotinas relativas à hemoterapia e hemovigilância.

II. promover a educação continuada nos aspectos principais da hemoterapia e hemovigilância.

III. monitorar e avaliar, continuamente, a prática hemoterápica e de hemovigilância.

IV. atentar ao uso seguro e racional do sangue e dos hemocomponentes, bem como, às melhores práticas e procedimentos hemoterápicos e à segurança transfusional.

V. fazer a revisão crítica da prática hemoterápica na instituição por meio de auditoria prospectiva, concorrente ou retrospectiva das solicitações de hemocomponentes.

VI. acompanhar a monitoração, investigação e notificação dos incidentes transfusionais imediatos e tardios.

VII. elaborar relatório anual de atividades da comissão e divulgar para a comunidade hospitalar.

VIII. elaborar o seu próprio regimento interno, com base na legislação que a regulamenta, ou nas necessidades da instituição.

IX. reunir-se, periodicamente, para discutir assuntos pertinentes à comissão.

X. definir agenda anual de reuniões.

XI. controlar a frequência dos participantes nas reuniões.

Art. 12 São atribuições do Presidente do Comitê Transfusional (CT):

I. convocar e presidir as reuniões ordinárias e extraordinárias.

II. representar o Comitê junto à Diretoria da instituição, ou indicar seu representante.

III. fazer cumprir o regimento.

IV. ter o voto de qualidade nas decisões do Comitê, além do seu voto.

V. subscrever todos os documentos e resoluções do comitê, previamente aprovada pelos membros.

CAPÍTULO V - FUNCIONAMENTO E ORGANIZAÇÃO

Art. 13 As reuniões ordinárias do Comitê Transfusional (CT) serão trimestrais, com data, local e horário previamente definidos e informados, ou extraordinárias, sempre que houver necessidade.

§ 1º As reuniões do comitê deverão ser registradas em atas e arquivadas, em meio físico ou eletrônico junto a Superintendência, contendo data, horário, nome e assinatura dos membros presentes, resumo do expediente e decisão tomada.

§ 2º Os assuntos tratados pelo Comitê deverão ser guardados em sigilo ético por todos os membros.

§ 3º Caberá à Superintendência prover local e assessoramento para a realização das reuniões.

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14 A saída ou ingresso de qualquer membro do Comitê deve ser encaminhada por solicitação escrita ao Presidente e registrada em ata na próxima reunião.

Art. 15 Este regimento poderá ser alterado por eventuais exigências de adoção de novas legislações pertinentes ao assunto ou por necessidades da instituição.

Art. 16 O presente regimento entrará em vigor na data de sua publicação.

2.1.10. Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

a) Proposta de Regimento Interno da Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

CAPÍTULO I - DAS FINALIDADES

Art. 1º A Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde do Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), vinculada, respectivamente, à Gerência de Resíduos, Setor de Hotelaria, Divisão de Logística e Infraestrutura e Gerência Administrativa, tem por finalidade auxiliar Diretoria da CHS João Paulo II na definição das ações que visem à implantação, implementação e

manutenção do Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS), de acordo com as normas vigentes.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 2º Compete à CGRSS:

I. elaborar o Plano de Ação, em conjunto com a Gerência de Resíduos, para implementação do PGRSS da Unidade de Saúde;

II. acompanhar e fazer cumprir o PGRSS;

III. estabelecer programas de metas e atividades para o gerenciamento dos resíduos, definindo os prazos para sua implantação e cumprimento;

IV. desenvolver, juntamente com a Diretoria da CHS João Paulo II, a efetividade do plano e divulgar seus resultados regularmente;

V. avaliar, periódica e sistematicamente, o Plano de Ação para o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde da Unidade;

VI. colaborar com a Diretoria da CHS João Paulo II, contribuindo nos treinamentos, com vistas a obter capacitação adequada do quadro de funcionários e profissionais nas questões referentes ao gerenciamento de resíduos;

VII. trabalhar em conjunto com a Diretoria da CHS João Paulo II a atualização anual do PGRSS da Unidade de Saúde;

VIII. auxiliar a Diretoria da CHS João Paulo II na normatização de rotinas do manejo de todos os tipos de resíduos gerados na Instituição;

IX. auxiliar a Diretoria da CHS João Paulo II na elaboração e na implantação das normas de segurança para manipulação e transporte dos resíduos, supervisionando seu cumprimento;

X. auxiliar os diversos setores da Unidade de Saúde em todas as questões que envolvam o gerenciamento de resíduos;

XI. estabelecer critérios de fiscalização do cumprimento das atividades descritas no PGRSS em conjunto com a Diretoria da CHS João Paulo II;

XII. cooperar com os órgãos de gestão do meio ambiente a nível municipal, estadual e federal, bem como fornecer, prontamente, as informações solicitadas pelas autoridades competentes;

XIII. cumprir e fazer cumprir o PGRSS e demais normas da Unidade de Saúde.

CAPÍTULO III - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º A CGRSS será nomeada pela Diretoria da CHS João Paulo II para um mandato de dois anos, sendo permitida a recondução, é composta pelos seguintes membros:

I. o gerente de resíduos, como coordenador;

II. um representante da Empresa Terceirizada de Limpeza e Conservação, indicado pela Empresa;

III. seis integrantes, representando as diversas áreas da Instituição, indicados por suas respectivas chefias.

§ 1º O vice-presidente e secretário da comissão serão eleitos por maioria simples dos votos de todos os membros da comissão e terão mandato de dois anos, permitida a recondução, pelo mesmo período.

§ 2º O não comparecimento de qualquer membro da comissão a três reuniões consecutivas ou a seis alternadas em um período de um ano, sem justificativa, permitirá a solicitação de seu desligamento e uma nova indicação.

§ 3º A desistência de um dos integrantes deverá ser relatada por meio de um comunicado interno (CI) e encaminhada ao presidente da comissão.

§ 4º Em caso de vacância definitiva de um dos integrantes, deverá haver a indicação de um novo representante, pela área que ele representa, dentro de no máximo trinta dias.

§ 5º A comissão terá autonomia para a indicação do novo integrante, caso este prazo expire sem a indicação.

CAPÍTULO IV - DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 4º São atribuições do presidente da CGRSS e do vice-presidente, nas ausências e impedimentos legais do presidente:

I. convocar reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. coordenar os trabalhos da comissão;

III. votar e emitir voto de qualidade, no caso de empate;

IV. indicar integrantes para funções ou tarefas específicas;

V. representar a CGRSS ou indicar representantes;

VI. supervisionar e assinar relatórios, convites, atas e outros documentos;

VII. manter registro das atas das reuniões e dos pareceres emitidos;

VIII. cumprir e fazer cumprir este Regimento;

IX. indicar um ou mais integrantes para elaboração de relatórios.

Art. 5º São atribuições do secretário da comissão:

I. preparar as pautas, secretariar e agendar as reuniões da Comissão;

II. preparar as atas das reuniões, submetendo-as à aprovação dos demais integrantes;

III. expedir ato de convocação, conforme indicação do presidente;

IV. executar outras atividades que lhe sejam atribuídas pela Comissão;

V. proceder ao registro de dados e informações autorizados para fins de divulgações;

VI. auxiliar o presidente durante as sessões plenárias e prestar esclarecimentos que forem solicitados durante debates;

VII. encaminhar expediente aos interessados dando ciência dos despachos e decisões proferidas nos respectivos processos;

VIII. elaborar os atos decorrentes das deliberações da comissão;

IX. substituir o vice-presidente da comissão em suas ausências e impedimentos legais.

Art. 6º Compete aos integrantes da CGRSS:

I. comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias;

II. analisar projetos e emitir pareceres, relatando-os aos demais integrantes da Comissão, para discussão e deliberação, no prazo máximo de quinze dias;

III. encaminhar quaisquer matérias que tenham interesse de submeter à Comissão, devendo estas ser entregues ao secretário da Comissão com antecedência mínima de doze horas da reunião;

IV. requisitar aos demais membros da comissão informações que julgarem relevantes para o desempenho de suas atribuições;

V. justificar ausência com antecedência;

VI. elaborar relatório de atividades da Comissão e o planejamento de atividades futuras, quando solicitados;

VII. propor à presidência medidas que julgar necessárias ao bom andamento dos trabalhos.

VIII. auxiliar na implementação do PGRSS;

IX. substituir o secretário da Comissão nas ausências e impedimentos legais.

CAPÍTULO V - DO FUNCIONAMENTO

Art. 7º A CGRSS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, sempre que convocado pelo presidente ou por requerimento da maioria de seus integrantes.

Art. 8º A CGRSS reunir-se-á com a presença da maioria simples de seus integrantes e as deliberações serão tomadas pelo voto favorável da maioria simples dos presentes à reunião.

Parágrafo único. Para alterações neste regimento, serão necessários 2/3 de votos favoráveis do total de seus integrantes.

Art. 9º As convocações das reuniões ordinárias e extraordinárias da CGRSS serão feitas com a antecedência mínima de quarenta e oito horas, por telefone ou via e-mail, sendo necessária a divulgação na mesma antecedência em quadro interno da Unidade de Saúde ou outro meio eletrônico.

§ 1º A antecedência de quarenta e oito horas poderá ser abreviada para até vinte e quatro horas, em caso de motivos excepcionais, justificados no documento de convocação e apreciados no início da reunião convocada.

§ 2º O termo de convocação das reuniões deverá ser obrigatoriamente acompanhado da pauta da reunião e das informações e documentos vinculados à sua apreciação.

§ 3º As reuniões extraordinárias realizar-se-ão independentemente de "quórum", em segunda chamada, a serem iniciadas após 15 (quinze) minutos do horário de início previsto.

§ 4º No caso de cancelamento da reunião ordinária ou suspensão de suas atividades por falta de "quórum", uma nova reunião só poderá ser convocada para, no mínimo, 24 horas depois do horário de cancelamento ou suspensão.

Art. 10. De cada reunião será lavrada ata que, após aprovada na reunião ordinária subsequente, será subscrita pelo presidente e

assinada por todos os seus integrantes presentes na reunião a que se refere.

Art. 11. Se houver quórum mínimo de integrantes, e declarada aberta à sessão, proceder-se-á a apreciação da ata da reunião anterior e, não havendo emendas ou impugnações, a ata será considerada aprovada.

Art. 12. Na ata das sessões da CGRSS, deverão constar:

I. a natureza da sessão, dia, hora e local de sua realização e o nome de quem a presidiu;

II. os nomes dos integrantes presentes, bem como os dos que não compareceram, mencionando, a respeito destes, se foi ou não justificada a ausência;

III. o resumo das discussões, porventura travadas na ordem do dia e os resultados das votações.

Art. 13. Encerrada a discussão de uma matéria, essa será votada, sendo deliberada por maioria simples de votos dos presentes à reunião.

§ 1º O voto do integrante é obrigatório, consistindo em manifestação favorável ou contrária.

§ 2º Por questão de foro ético, qualquer integrante da CGRSS poderá se declarar impedido de votar nas deliberações que, direta ou indiretamente, digam respeito a seus interesses particulares ou de seus parentes (sanguíneos, legais ou por afinidade) em até segundo grau, inclusive seu cônjuge ou companheiro (a).

CAPÍTULO VI - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 14. Os casos omissos serão resolvidos pelo Presidente da CGRSS, mediante referendo dos demais membros em decisão colegiada de maioria simples.

Art. 15. Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação.

2.1.11. Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA)

a) Proposta de Constituição da CIPA

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da Unidade de Saúde será formada para atender ao estabelecido no artigo 167 da Consolidação das Leis do Trabalho (Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943), colaborando com a Instituição na prevenção de acidentes, eliminando e/ou reduzindo os riscos.

A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes - CIPA é formada por colaboradores indicados pela Diretoria Executiva da Instituição e outra parcela eleita pelos empregados, treinados para colaborar na prevenção de acidentes de trabalho.

A CIPA tem como atribuições:

i. identificar os riscos do processo de trabalho e elaborar os Mapas de Riscos.
ii. discutir os acidentes ocorridos.
iii. sugerir medidas de prevenção.
iv. promover e zelar pelas medidas de segurança.
v. despertar o interesse dos colaboradores pela prevenção, fomentando um comportamento preventivo.

b) Proposta de Regimento Interno da CIPA

REGIMENTO INTERNO DA CIPA

CAPÍTULO I - DA CONSTITUIÇÃO, OBJETIVOS E ORGANIZAÇÃO

Art. 1º - A Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA - da CHS – João Paulo II tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

Art. 2º - A CIPA CHS – João Paulo II será composta por representantes do empregador e dos empregados, de acordo com o dimensionamento previsto no Quadro I da Norma Regulamentadora nº 05 NR – 05, aprovada pela Portaria 3214 de 08 de junho de 1978.

§ 1º - Os representantes da CHS – João Paulo II, titulares e suplentes, serão indicados pela Diretoria.

§ 2º – Os representantes dos empregados, titulares e suplentes, serão eleitos em escrutínio secreto, do qual participem, independentemente de filiação sindical, exclusivamente os empregados interessados, com vínculo CHS – João Paulo II e regidos pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho CLT.

Art. 3º - O mandato dos membros eleitos da CIPA terá a duração de um ano, permitida uma reeleição.

Art. 4º - É vedada a dispensa arbitrária ou sem justa causa do empregado eleito para cargo de direção da Comissão Internas de Prevenção de Acidentes, desde o registro de sua candidatura até um ano após o final de seu mandato.

Parágrafo único: O suplente da CIPA goza da garantia de emprego prevista no art. 10, II, "a", do ADCT a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, Art. 5º - Serão garantidas aos membros da CIPA condições que não descaracterizem suas atividades normais na empresa, sendo vedada a transferência para outro estabelecimento sem a sua anuência, ressalvado o disposto nos parágrafos primeiro e segundo, do art. 469, da CLT.

Art. 6º - A Diretoria designará entre seus representantes o Presidente da CIPA, e os representantes dos empregados escolherão entre os titulares o vice-presidente.

Art. 7º - A CIPA não poderá ter seu número de representantes reduzido, bem como não poderá ser desativada pelo empregador, antes do término do mandato de seus membros, ainda que haja redução do número de

empregados da Unidade de Saúde, exceto no caso de encerramento das atividades do estabelecimento.

CAPÍTULO II - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 8º – Compete à CIPA:

I. identificar os riscos do processo de trabalho, e elaborar o mapa de riscos, com a participação do maior número de trabalhadores;

II. elaborar plano de trabalho que possibilite a ação preventiva na solução de problemas de segurança e saúde no trabalho;

III. participar da implementação e do controle da qualidade das medidas de prevenção necessárias, bem como da avaliação das prioridades de ação nos locais de trabalho;

IV. realizar, periodicamente, verificações nos ambientes e condições de trabalho visando a identificação de situações que venham a trazer riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores;

V. realizar, a cada reunião, avaliação do cumprimento das metas fixadas em seu plano de trabalho e discutir as situações de risco que foram identificadas;

VI. divulgar aos trabalhadores informações relativas à segurança e saúde no trabalho;

VII. participar das discussões promovidas pela Unidade de Saúde, para avaliar os impactos de alterações no ambiente e processo de trabalho relacionados à segurança e saúde dos trabalhadores;

VIII. requerer ao empregador, a paralisação de máquina ou setor onde considere haver risco grave e iminente à segurança e saúde dos trabalhadores;

IX. colaborar no desenvolvimento e implementação do PCMSO e PPRA e de outros programas relacionados à segurança e saúde no trabalho;

X. divulgar e promover o cumprimento das Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho e Emprego, bem como cláusulas de acordos e convenções coletivas de trabalho, relativas à segurança e saúde no trabalho;

XI. participar, em conjunto com o empregador, da análise das causas das doenças e acidentes de trabalho e propor medidas de solução dos problemas identificados;

XII. requisitar ao empregador e analisar as informações sobre questões que tenham interferido na segurança e saúde dos trabalhadores;

XIII. requisitar à Unidade de Saúde as cópias das CAT emitidas;

XIV. promover, anualmente a Semana Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho; e

XV. participar, anualmente, em conjunto com a Unidade de Saúde, de Campanhas de Prevenção da AIDS e outras campanhas relacionadas com a segurança e saúde do trabalhador.

Art. 9º - Cabe ao empregador proporcionar aos membros da CIPA os meios necessários ao desempenho de suas atribuições, garantindo tempo suficiente para a realização das tarefas constantes do plano de trabalho.

Art. 10 - Cabe aos empregados:

I. participar da eleição de seus representantes;

II. colaborar com a gestão da CIPA;

III. indicar à CIPA ao empregador situações de riscos e apresentar sugestões para melhoria das condições de trabalho; e

IV. observar e aplicar no ambiente de trabalho as recomendações quanto à prevenção de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

Art. 11 - Cabe ao presidente da CIPA:

I. convocar os membros para as reuniões da CIPA;
II. coordenar as reuniões da CIPA, encaminhando ao empregador as decisões da comissão;
III. manter o empregador informado sobre os trabalhos da CIPA;
IV. coordenar e supervisionar as atividades de secretaria;
V. delegar atribuições ao vice-presidente;

Art. 12 - Cabe ao vice-presidente:

I. executar atribuições que lhe forem delegadas;
II. substituir o Presidente nos seus impedimentos eventuais ou nos seus afastamentos temporários;

Art. 13 - O presidente e o vice-presidente da CIPA, em conjunto, terão as seguintes atribuições:

I. cuidar para que a CIPA disponha de condições necessárias para o desenvolvimento de seus trabalhos;
II. coordenar e supervisionar as atividades da CIPA, zelando para que os objetivos propostos sejam alcançados;
III. delegar atribuições aos membros da CIPA;
IV. divulgar as decisões da CIPA a todos os trabalhadores do estabelecimento;
V. encaminhar os pedidos de reconsideração das decisões da CIPA; e
VI. constituir a comissão eleitoral.

Art. 14 - O secretário da CIPA terá por atribuição:

I. acompanhar as reuniões da CIPA e redigir as atas apresentando-as para aprovação e assinatura dos membros presentes;
II. preparar as correspondências; e

III. outras que lhe forem conferidas.

CAPÍTULO III - DO FUNCIONAMENTO

Art. 15 - A CIPA terá reuniões ordinárias mensais, de acordo com o calendário preestabelecido.

Art. 16 - As reuniões ordinárias da CIPA serão realizadas durante o expediente normal da empresa e em local apropriado.

Art. 17 - A quantidade mínima de membros necessária para as deliberações da CIPA deverá ser de 50% mais um, do total de componentes.

Art. 18 – Em caso de empate no processo de votação das deliberações da CIPA, cabe ao presidente o voto de desempate.

Art. 19 - As reuniões da CIPA terão atas assinadas pelos presentes com encaminhamento de cópias para todos os membros.

Art. 20 - As atas devem ficar no estabelecimento à disposição da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego.

Art. 21 - Reuniões extraordinárias deverão ser realizadas quando:

I. houver denúncia de situação de risco grave e iminente que determine aplicação de medidas corretivas de emergência;
II. ocorrer acidente do trabalho grave ou fatal; e
III. houver solicitação expressa de uma das representações.

Art. 22 - As decisões da CIPA serão preferencialmente por consenso.

Parágrafo único. Não havendo consenso, e frustradas as tentativas de negociação direta ou com mediação, será instalado processo de votação, registrando-se a ocorrência na ata da reunião.

Art. 23 - Das decisões da CIPA caberá pedido de reconsideração, mediante requerimento justificado.

Art. 24 - O pedido de reconsideração será apresentado à CIPA até a próxima reunião ordinária, quando será analisado, devendo o presidente e o vice-presidente efetivar os encaminhamentos necessários.

Art. 25 - O membro titular perderá o mandato, sendo substituído por suplente, quando faltar a mais de quatro reuniões ordinárias sem justificativa.

Art. 26 - A vacância definitiva de cargo, ocorrida durante o mandato, será suprida por suplente, obedecida a ordem de colocação decrescente que consta na ata de eleição, devendo os motivos ser registrados em ata de reunião.

Art. 27 - No caso de afastamento definitivo do presidente, o empregador indicará o substituto, em dois dias úteis, preferencialmente entre os membros da CIPA.

Art. 28 - No caso de afastamento definitivo do vice-presidente, os membros titulares da representação dos empregados, escolherão o substituto, entre seus titulares, em dois dias úteis.

Art. 29 - Caso não existam suplentes para ocupar o cargo vago, o empregador deve realizar eleição extraordinária, cumprindo todas as exigências estabelecidas para o processo eleitoral, exceto quanto aos prazos, que devem ser reduzidos pela metade.

Art. 30 - O mandato do membro eleito em processo eleitoral extraordinário deve ser compatibilizado com o mandato dos demais membros da Comissão.

Art. 31 - O treinamento de membro eleito em processo extraordinário deve ser realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

CAPÍTULO IV - DO PROCESSO ELEITORAL

Art. 32 – Compete ao empregador convocar eleições para escolha dos representantes dos empregados na CIPA, no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias antes do término do mandato em curso.

Art. 33 - O presidente e o vice-presidente da CIPA constituirão dentre seus membros, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término

do mandato em curso, a Comissão Eleitoral - CE, que será a responsável pela organização e acompanhamento do processo eleitoral.

Art. 34 - O processo eleitoral observará as seguintes condições:

I. publicação e divulgação de edital, em locais de fácil acesso e visualização, no prazo mínimo de 55 (cinquenta e cinco) dias antes do término do mandato em curso;
II. inscrição e eleição individual, sendo que o período mínimo para inscrição será de quinze dias;
III. liberdade de inscrição para todos os empregados do estabelecimento, independentemente de setores ou locais de trabalho, com fornecimento de comprovante;
IV. garantia de emprego para todos os inscritos até a eleição;
V. realização da eleição no prazo mínimo de 30 (trinta) dias antes do término do mandato da CIPA, quando houver;
VI. realização de eleição em dia normal de trabalho, respeitando os horários de turnos e em horário que possibilite a participação da maioria dos empregados.
VII. voto secreto;
VIII. apuração dos votos, em horário normal de trabalho, com acompanhamento de representante do empregador e dos empregados, em número a ser definido pela comissão eleitoral;
IX. faculdade de eleição por meios eletrônicos; e
X. guarda, pelo empregador, de todos os documentos relativos à eleição, por um período mínimo de cinco anos.

Art. 35 - Havendo participação inferior a cinquenta por cento dos empregados na votação, não haverá a apuração dos votos e a comissão eleitoral deverá organizar outra votação que ocorrerá no prazo máximo de dez dias.

Art. 36 - Assumirão a condição de membros titulares e suplentes, os candidatos mais votados.

Art. 37 - Em caso de empate, assumirá aquele que tiver maior tempo de serviço no estabelecimento.

Art. 38 - Os candidatos votados e não eleitos serão relacionados na ata de eleição e apuração, em ordem decrescente de votos, possibilitando nomeação posterior, em caso de vacância de suplentes.

CAPÍTULO V - DO TREINAMENTO

Art. 39 - A empresa deverá promover treinamento para os membros da CIPA, titulares e suplentes, antes da posse.

Art. 40 - O treinamento de CIPA em primeiro mandato será realizado no prazo máximo de trinta dias, contados a partir da data da posse.

Art. 41 - As empresas que não se enquadrem no Quadro I, promoverão anualmente treinamento para o designado responsável pelo cumprimento do objetivo desta NR.

Art. 42 - O treinamento para a CIPA deverá contemplar, no mínimo, os seguintes itens:

I. estudo do ambiente, das condições de trabalho, bem como dos riscos originados do processo produtivo;
II. metodologia de investigação e análise de acidentes e doenças do trabalho;
III. noções sobre acidentes e doenças do trabalho decorrentes de exposição aos riscos existentes na empresa;
IV. noções sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida – aids, e medidas de prevenção;
V. noções sobre as legislações trabalhista e previdenciária relativas à segurança e saúde no trabalho;
VI. princípios gerais de higiene do trabalho e de medidas de controle dos riscos; e
VII. organização da CIPA e outros assuntos necessários ao exercício das atribuições da Comissão.

Art. 43 - O treinamento terá carga horária de vinte horas, distribuídas em no máximo oito horas diárias, sendo realizado durante o expediente normal da empresa e será ministrado pela SOST.

Art. 44 - Quando comprovada a não observância ao disposto nos itens relacionados ao treinamento, será determinada a complementação ou a realização de outro, em conformidade com às exigências do Ministério do Trabalho e Emprego, que será efetuado no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de ciência da empresa sobre a decisão.

Art. 45 – As omissões neste Regimento Interno, serão orientadas pela Norma Regulamentadora 05 (NR – 05) aprovada pela Portaria 3.214 de 08 de junho de 1978.

c) Cronograma Anual da CIPA

O cronograma anual da CIPA conterá:

i. confecção dos Mapas de Risco a ser realizada durante os dois primeiros meses de mandato da Comissão;
ii. elaboração do plano de trabalho na primeira reunião ordinária a ser realizada após a conclusão do Mapa de Risco;
iii. inspeções de segurança do trabalho mensais, utilizando-se dias alternados a cada mês, de modo a abranger todos os profissionais e setores da unidade; e
iv. reuniões ordinárias mensais para análise de eventuais acidentes de trabalho, reunindo-se extraordinariamente em caso de necessidade.

2.1.12. Promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador

a) Proposta de Constituição da CIPA

ttem por finalidade a promoção da saúde e a proteção da integridade do trabalhador no seu local de trabalho, tendo como objetivo introduzir as Práticas Humanizadas para a Saúde no trabalho dos colaboradores do Hospital, conforme a NR5 e a NR4.

A CHS João Paulo II planeja implantar a NR°32 (Norma Regulamentadora) na unidade de saúde, para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade.

A norma estabelece, por exemplo, que o funcionário seja informado dos riscos a que estão submetidos e que ao trabalhador dos serviços de saúde seja fornecido, gratuitamente, programa de imunização contra doenças transmissíveis, além de oferecer capacitação continuada aos trabalhadores sobre como proceder em caso de acidentes no trabalho. A norma prevê ainda que nenhum trabalhador deve iniciar suas atividades sem o uso dos equipamentos de proteção individual.

A NR-32 dispõe que a responsabilidade é solidária entre contratantes e contratados quanto ao seu cumprimento. Atinge não só os empregados próprios do Serviço de Saúde como também os empregados das empresas terceirizadas, cooperativas, prestadoras de serviço, enfim a todos os que trabalham na área de saúde, atividade de limpeza, lavanderia, reforma e manutenção, administrativos.

b) O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA)

Os objetivos do PPRA consistem em reconhecer, avaliar e controlar os riscos ambientais presentes nos locais de trabalho, preservando a saúde e a integridade física dos trabalhadores. Dentro desses objetivos, podemos citar 03 fatores fundamentais para a prevenção coletiva dos locais de trabalho:

I. Reconhecimento - esta etapa consiste no reconhecimento dos agentes ambientais que afetem a saúde dos trabalhadores, conhecendo-se os produtos envolvidos no processo, métodos de trabalho, layout das instalações, número de trabalhadores expostos e demais atividades laborais.

II. Avaliação - etapa em que se realiza a avaliação qualitativa e/ou quantitativa dos agentes ambientais existentes nos postos de trabalho a serem avaliados.

III. Controle - de acordo com os dados obtidos nas fases anteriores, esta se atém a propor e adotar medidas que visem à eliminação ou minimização do risco presente no ambiente. O objetivo final é manter todos os agentes ambientais sob controle, com monitoramentos periódicos e ações complementares, visando à perfeita integração do homem ao seu ambiente de trabalho.

c) Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO)

O PCMSO foi estabelecido pela Portaria nº 24/94 do MTbE/SSST.

O PCMSO refere-se à NR (Norma Regulamentadora) nº 7– NR7. É um programa que está diretamente relacionado à saúde do trabalhador no exercício de suas funções visando a saúde, bem-estar e qualidade de vida do trabalhador.

d) Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho (LTCAT)

O LTCAT tem como objetivo identificar a exposição aos agentes físicos, químicos, biológicos ou a associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física do trabalhador, para fins de concessão da aposentadoria especial. O LTCAT deve conter informações sobre a existência de tecnologia de proteção coletiva ou individual que diminua a intensidade do agente agressivo a limites de tolerância e recomendações sobre a sua adoção no respectivo estabelecimento.

2.1.13. Núcleo de Segurança do Paciente – NSP

No contexto do Núcleo de Segurança do Paciente as instituições hospitalares estão cada vez mais preocupadas em garantir um atendimento humanizado e seguro a seus pacientes, desse modo, a segurança do paciente tem recebido destaque com a implementação de medidas de prevenção à exposição aos riscos, e danos decorrentes da assistência à saúde.

As instituições de saúde se esforçam para desenvolver uma cultura de segurança do paciente e esperam que cada colaborador esteja preparado para identificar os potenciais

perigos e para realizar as mudanças necessárias, ou seja, eliminação, redução e controle dos riscos.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, de 1° de abril de 2013, com o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde, em todos os estabelecimentos de Saúde do território nacional, quer públicos, quer privados, de acordo com prioridade dada à segurança do paciente em estabelecimentos de Saúde na agenda política dos estados-membros da OMS e na resolução aprovada durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde.

O grau de complexidade que o cuidado de saúde atingiu não deixa mais espaço para uma gestão de Saúde não profissionalizada. Os descompassos entre os estabelecimentos de Saúde inadequadamente geridos e a necessidade de lidar profissionalmente com organizações que operam em condições de alto risco tendem a provocar crises cada vez mais frequentes.

Em que pese os inúmeros avanços alcançados nos anos de existência do SUS, é preciso reconhecer que existem problemas, em especial na qualidade dos cuidados. Considerando-se o impacto na saúde da população brasileira merecem destaque alguns programas nacionais de saúde como, por exemplo, os de imunização, de controle e de tratamento de pessoas com HIV positivo, a qualidade da Hemorrede e o controle do tabagismo.

O maior desafio do sistema expressa-se nos estabelecimentos de Saúde e em particular nos hospitais, com prontos-socorros das grandes cidades com demanda excessiva e hospitais de pequeno porte com baixa taxa de ocupação.

O desenvolvimento de estratégias para a segurança do paciente neste País depende do conhecimento e do cumprimento do conjunto de normas e regulamentos que regem o funcionamento dos estabelecimentos de Saúde, condição básica para que estes estabelecimentos possam dar novos passos, como a elaboração de planos locais de qualidade e segurança do paciente, com ações monitoradas por indicadores, gerido por uma instância (núcleo) responsável e de uma política de estímulo à utilização rotineira de protocolos e diretrizes clínicas.

A já mencionada Portaria MS/GM nº 529/2013 estabelece que um conjunto de protocolos básicos, definidos pela OMS, deva ser elaborado e implantado: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de Saúde; prevenção de quedas; úlceras por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Esses protocolos são os recomendados pela OMS, quer nos desafios globais – prática de higiene das mãos em estabelecimentos de Saúde; cirurgia segura, quer nas chamadas soluções de segurança para o paciente – medicamentos com nomes e embalagens semelhantes; controle de soluções eletrolíticas concentradas; garantia da medicação correta em transições dos

cuidados (conciliação medicamentosa); identificação do paciente; comunicação correta durante a transmissão do caso.

Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: o pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles. Infelizmente, as pesquisas que apontaram essas prioridades para a OMS vieram de países desenvolvidos, o que reforça a necessidade de desenvolver mais pesquisas no Brasil em segurança do paciente.

Esses protocolos constituem instrumentos para construir uma prática assistencial segura e são componentes obrigatórios dos planos (locais) de segurança do paciente dos estabelecimentos de Saúde, a que se refere à RDC nº 36, de 25 de julho de 2013 da Anvisa.

a) Proposta de Plano de Segurança do Paciente a ser implantado pela CHS João Paulo II

Nos termos da RDC n° 36/2013, o NSP é *"a instância do serviço de saúde criada para promover e apoiar a implementação de ações voltadas à segurança do paciente"*, consistindo em um componente extremamente importante na busca pela qualidade das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, tendo como um de seus objetivos a promoção e apoio a implementação de iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde.

É função primordial do NSP a integração das diferentes instâncias que trabalham com riscos na instituição, considerando o paciente como sujeito e objeto final do cuidado em saúde. Isto é, o paciente necessita estar seguro, independente do processo de cuidado a que ele está submetido. Ainda, consiste em tarefa do NSP, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactem nos riscos ao paciente.

O NSP tem como base os seguintes princípios e diretrizes:

1. a melhoria contínua dos processos de cuidado e do uso de tecnologias da saúde;
2. a disseminação sistemática da cultura de segurança;
3. a articulação e a integração dos processos de gestão de risco; e
4. a garantia das boas práticas de funcionamento do serviço de saúde dentro de seu âmbito de atuação.

O Núcleo de Segurança do Paciente será composto por:

1. 01 representante da Administração da Unidade;
2. 01 membro do corpo médico;
3. 01 membro do corpo de enfermagem; e
4. 01 membro do corpo farmacêutico.

O Núcleo de Segurança do Paciente terá como cronograma de atividade anual proposto ao menos as seguintes atividades:

1. reunião mensal da Comissão, tendo como sugestão a última segunda-feira do mês;
2. elaboração de relatórios mensais; e
3. reunião semestral com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade e objetivos do Núcleo de Segurança do Paciente;

Além de todo o imposto, dada a importância do NSP na estrutura de uma Unidade de Saúde, outras questões devem ser observadas quando de sua atuação:

1. apesar da composição mínima proposta, o NSP possui certo grau de liberdade em sua formação, para que as atividades sejam mais bem definidas e executadas;
2. a escolha do gestor indicado para o NSP deverá ser formalizada de modo a atender a apoiar as ações do NSP, garantindo capacidade instalada física e humana para o desenvolvimento do NSP;
3. cabe ao NSP, além das competências descritas na RDC nº. 36/20137, promover a investigação e a comunicação do risco nas situações legalmente previstas; e
4. a participação do paciente é premissa de sua segurança, assim como o retorno dos resultados das ações a ele estabelecidas.

2.1.14. Proposta de Comissão de Ética de Enfermagem

O objetivo da comissão será fiscalizar o desempenho ético da Enfermagem, tendo funções sindicantes, educativas e fiscalizadoras no desempenho ético da Medicina em sua área de abrangência dentro da Unidade de Saúde, normatizados através de Regimento Interno.

A comissão terá a finalidade de orientar, conscientizar, assessorar, emitir pareceres e a averiguar fatos relacionados ao exercício ético/profissional da categoria, baseando-se, para tanto, pelas seguintes diretrizes:

i. promover a divulgação dos objetivos da Comissão de Ética da Enfermagem;
ii. divulgar o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normas disciplinares e éticas do exercício profissional;
iii. promover elou participar de reuniões, seminários ou atividades similares, que visem a interpretação do Código de Ética e a conscientização de questões éticas e disciplinares, encaminhando as conclusões e recomendações ao COREN;
iv. assessorar a diretoria e coordenação da CHS João Paulo II, nas questões ligadas a ética profissional;
v. orientar a equipe de enfermagem sobre a necessidade de um comportamento ético/profissional e das implicações advindas de atitudes antiéticas;
vi. orientar clientes, familiares e demais interessados sobre questões éticas de enfermagem;
vii. promover e participar de atividades multiprofissionais referentes à ética;
viii. apreciar e emitir parecer sobre questões éticas de enfermagem;
ix. analisar e dar parecer sobre a questão ética de todos os projetos de pesquisas que envolvam profissionais de enfermagem;
x. zelar pelo exercício ético dos profissionais de enfermagem;
xi. fiscalizar o exercício ético da profissão;
xii. fiscalizar condições oferecidas pela instituição e sua compatibilidade com o desempenho ético-profissional;
xiii. fiscalizar a qualidade de atendimento dispensado a clientela pelos profissionais da enfermagem;
xiv. averiguar denúncias ou fato antiético de que tenha conhecimento;
xv. notificar o COREN sobre as irregularidades, reivindicações, sugestões e infrações éticas detectadas;
xvi. encaminhar anualmente ao COREN, relatório das atividades desenvolvidas; e
xvii. solicitar assessoramento da Comissão de Ética do COREN, sempre que necessário.

A comissão será formada por:

i. 01 (um) Presidente;
ii. 01 (um) Secretário;
iii. 01 Médico Clínico Geral;
iv. 01 Médico Pediatra; e
v. 01 Médico Cirurgia Geral.

a) Proposta de Cronograma Anual de Comissão de Ética de Enfermagem

O cronograma anual da Comissão de Ética da Enfermagem conterá:

i. reuniões ordinárias mensais da Comissão de Ética da Enfermagem na última quinzena de cada mês;
ii. elaboração do Plano Anual de Trabalho da Comissão de Ética da Enfermagem para o ano seguinte, preferencialmente na reunião ordinária de dezembro;
iii. elaboração de relatórios mensais para Diretoria e ao DAM; e
iv. reuniões semestrais com o Corpo Clínico para apresentação da finalidade e objetivos da comissão.

2.1.15. Núcleo Interno de Regulação (NIR)

O Núcleo Interno de Regulação é uma unidade técnico-administrativa que possibilita monitoramento do paciente desde a sua chegada à Unidade de Saúde, durante o processo de internação e sua movimentação interna e externa, até a alta hospitalar.

Principais atribuições do NIR:

- permitir o conhecimento da necessidade de leitos, por especialidades e patologias, gerindo as necessidades da Unidade de Saúde e regulação local;
- regular e gerenciar as diferentes ofertas hospitalares existentes, a saber: ambulatório, internação, urgência e emergência, agenda cirúrgica;

- subsidiar discussões tanto internas, como externas (Rede de Atenção à Saúde – RAS), que permitam o planejamento da ampliação e a readequação do perfil de leitos hospitalares ofertados;
- otimizar a utilização dos leitos hospitalares, mantendo a taxa de ocupação em limites adequados (evitando tanto ociosidade como superlotação) e controlando o tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, além de ampliar o acesso aos leitos e a outros serviços disponibilizados pela RAS;
- otimizar a ocupação das salas cirúrgicas;
- monitorar com finalidade de reduzir ao máximo o número de procedimentos eletivos cancelados/suspensos;
- estabelecer mecanismos de apoio na perspectiva da redução do tempo de espera entre a indicação de terapia cirúrgica e a realização do procedimento;
- auxiliar a gestão quanto ao controle e o uso racional de órteses, próteses e materiais especiais;
- estabelecer e monitorar o painel de indicadores da capacidade instalada hospitalar;
- promover o uso dinâmico dos leitos hospitalares, por meio do aumento de rotatividade e monitoramento das atividades de gestão da clínica desempenhadas pelas equipes assistenciais;
- permitir e aprimorar a interface entre a gestão interna hospitalar e a regulação de acesso hospitalar;
- qualificar os fluxos de acesso aos serviços e às informações no ambiente hospitalar;
- otimizar os recursos existentes e apontar necessidades de incorporação de tecnologias no âmbito hospitalar;
- promover a permanente articulação do conjunto das especialidades clínicas e cirúrgicas, bem como das equipes multiprofissionais garantindo a integralidade do cuidado, no âmbito intra-hospitalar;
- aprimorar e apoiar o processo integral do cuidado ao usuário dos serviços hospitalares visando ao atendimento mais adequado às suas necessidades; e
- apoiar as equipes na definição de critérios para internação e instituição de alta hospitalar responsável.

No geral, as estruturas hospitalares têm mantido o tempo médio de permanência em suas enfermarias muito alto, traduzindo-se em um excedente de usuários que fica represado nas emergências, causando também elevadas médias de permanência nesses locais, que por

falta de estrutura ou mesmo por terem sua capacidade instalada suplantada tem que ficar mal acomodados, ou em situações de improviso e precariedade.

Nessa perspectiva, a CHS – João Paulo II traz um olhar para dentro da instituição buscando a diminuição das médias de permanência e adoção de processos de cuidado pautados numa abordagem holística da gestão clínica, de modo a acomodar todas as necessidades e demandas internas.

Dentre as estratégias importantes estão a definição de um responsável pela coordenação do projeto terapêutico tanto nos setores de emergência, como também em outros setores, uma vez que uma unidade é reflexo da outra em sequência.

É muito importante a possibilidade de tornar os processos informatizados, por meio de prontuários eletrônicos e a disponibilização, na rede interna, dos resultados de exames, o que garante agilidade e redução de custos, o que é possível em razão da adoção de um ERP

Em face ao exposto, fica evidente que as atividades desenvolvidas pelo NIR favorecem a melhoria dos processos institucionais, a racionalização dos recursos, de acordo com a capacidade instalada, propicia o aumento da rotatividade dos leitos na unidade hospitalar com consequente ampliação do acesso, além de promover práticas assistenciais seguras, mediante a utilização de protocolos clínicos e instrumentos de boas práticas para elevar a qualidade do atendimento prestado ao usuário.

De modo a garantir maior amplitude ao NIR, as atividades transversais de regulação do acesso realizadas pelo NIR, de forma articulada com os pontos de atenção e as Centrais de Regulação, visam otimizar os recursos assistenciais disponíveis na unidade hospitalar.

Um dos objetivos da instituição do NIR busca a articulação com a RAS, realizando uma interface com as Centrais de Regulação Hospitalar e com outras instituições da rede hospitalar local, principalmente considerando a amplitude local da Unidade de Saúde.

Para pleno funcionamento do NIR será necessário o atendimento dos seguintes requisitos:

I. estabelecimento de equipe de referência multiprofissional nomeada institucionalmente, contendo ao menos 1 médico, 1 enfermeiro e 1 assistente social;
II. aprovação de um plano de ação; e
III. definição de indicadores prioritários para monitorar os processos do plano de ação e os resultados (Ex.: taxa de ocupação para monitoramento da

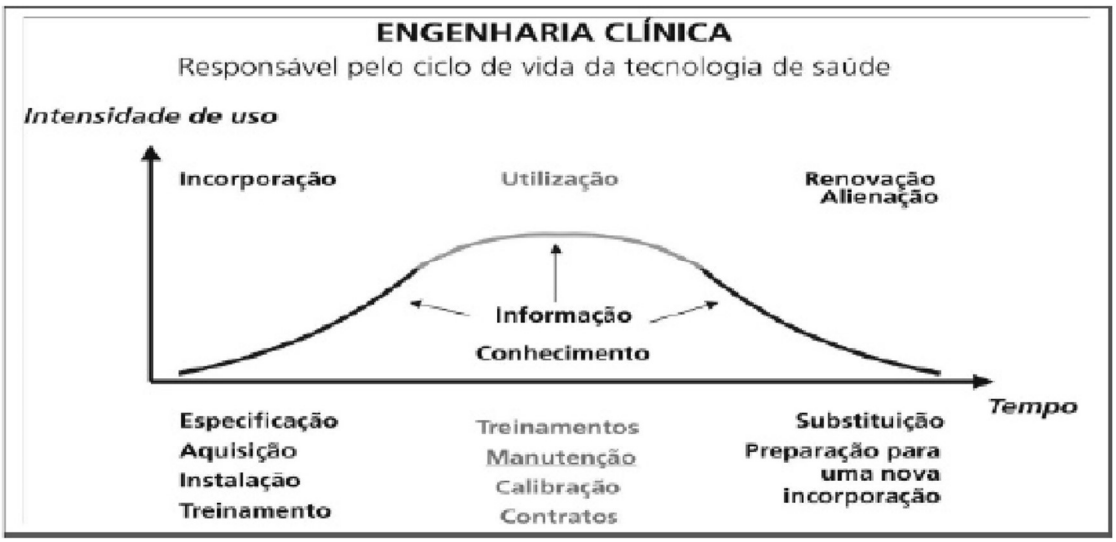
superlotação; tempo médio de permanência; giro de leito/rotatividade dos pacientes.

2.1.16. Núcleo de Engenharia Clínica

A Engenharia Clínica é responsável pelo acompanhamento de todo o ciclo de vida das tecnologias médicas por meio do processo para otimizar como a intensidade de uso afeta o controle da vida útil dos equipamentos.

A área de Engenharia Clínica, desta forma, possui extrema importância dentro do ambiente hospitalar, tendo em seus executores, os engenheiros clínicos, profissionais fundamentais dentro dos estabelecimentos assistenciais de saúde, pois são eles os responsáveis pelos projetos de gestão de todo parque tecnológico. Isso significa que esse profissional é responsável por todo o ciclo de vida dos equipamentos, incluindo a substituição, que deve ser feita de forma eficiente, uma vez que afeta diretamente a saúde financeira do estabelecimento.

De modo a ilustrar esta situação, verificamos que o ciclo de vida dos equipamentos hospitalares é composto por três etapas: incorporação, utilização e renovação dos equipamentos, como pode ser visto abaixo:



A ilustração do ciclo de vida dos equipamentos demonstra a importância da fase de utilização devidamente monitorada pelos Engenheiros Clínicos, tendo como principal tarefa

executar a manutenção dos equipamentos, devendo possuir dentro da equipe todos os instrumentos e profissionais necessários para que desempenhe sua função com efetividade.

Diante da necessidade de retomar o cuidado com os equipamentos em uma estrutura já existente, a CHS João Paulo II apresentará um plano de Engenharia Clínica que atenda os seguintes pontos, os quais serão levados em consideração quando de sua implantação:

- classificação dos equipamentos por grupos de compatibilidade;
- definição do plano de manutenção, incluindo a utilização de mão-de-obra terceirizada;
- especificação do perfil e cálculo do número de pessoas para o grupo de Engenharia Clínica;
- especificação da infraestrutura física e material necessária;
- cálculo dos custos de implantação e manutenção do grupo de Engenharia Clínica.

Cada procedimento será trabalhado em etapas para uma proposta final de implantação de uma equipe de manutenção, desta forma, será proposta uma reestruturação no núcleo de engenharia clínica da Unidade de Saúde, o qual seguirá as diretrizes abaixo.

A Engenharia Clínica é uma das áreas de apoio hospitalar e segundo a American College of Clinical Engineering-ACCE é a profissão que apoia e promove a segurança do paciente aplicando habilidades de engenharia e administração à tecnologia médico-hospitalar. Compete à Engenharia Clínica criar um programa de gerenciamento e supervisão para o serviço de manutenção, estabelecendo normas e padrões na instituição que preservem o uso seguro e eficiente do equipamento médico-hospitalar e de infra-estrutura, bem como de seus profissionais e usuários.

A figura 01 representa as atividades generalizadas que compõem a gestão de equipamentos médico-hospitalares.

I. **Aquisições:** é de extrema importância a aquisição adequada de um equipamento médico, para este atender às necessidades específicas e ao mesmo tempo não ser subutilizado. Na escolha do equipamento devem ser considerados diversos aspectos, desde a demanda clínica até a manutenção do mesmo durante seu ciclo de vida.

II. **Instalação:** a instalação adequada do equipamento é de extrema importância para a utilização do mesmo. A infra estrutura adequada, como rede elétrica, temperatura ambiente, umidade, entre outros, é fundamental para que o equipamento funcione corretamente.

III. **Treinamento:** a realização de treinamento com a equipe que manuseia o equipamento médico minimiza problemas básicos de utilização, facilitando o atendimento assistencial e reduzindo danos nos equipamentos.

IV. **Operação:** A engenharia clínica também é responsável por acompanhar procedimentos, caso seja demandado pela equipe assistencial.

V. Manutenção:

a. **Manutenção Preventiva:** Manutenção preventiva é uma manutenção planejada que previne a ocorrência corretiva. Deve ser realizado um planejamento de manutenções preventivas para todo o parque tecnológico.

b. **Manutenção Corretiva:** Trata-se de uma manutenção não periódica que variavelmente poderá ocorrer, a mesma possui suas causas em falhas e erros, que equipamentos dispõem nesta instância, trata da correção dos danos atuais e não iminentes.

c. **Calibração:** Calibração é o conjunto de operações que estabelece, sob condições especificadas, a relação entre os valores indicados por um instrumento de medição ou sistema de medição ou valores representados por uma medida materializada ou um material de referência, e os valores correspondentes das grandezas estabelecidas por padrões. Deve ser realizado um planejamento de calibração para todo o parque tecnológico.

VI. **Descarte:** após a avaliação adequada de que o equipamento não é mais apropriado para uso, este deve ser direcionado para descarte. O descarte dos equipamentos médicos no fim de vida deles deve ser realizado de forma correta, pois estes possuem componentes que não podem ser descartados no meio ambiente.

2.2. Monitoramento de Indicadores de Desempenho de Qualidade, de Produtividade e Econômico-Financeiros

Os indicadores de saúde são ferramentas que ajudam a descrever a situação atual de um determinado fenômeno ou problema, avaliam o desempenho da unidade envolvendo a instituição, recursos e metodologia de trabalho. São instrumentos de comparação, e verificação de mudanças ou tendências, avaliam a execução de ações planejadas durante um período.

Os indicadores de desempenho de qualidade, de produtividade e Econômico-Financeiros selecionados, serão monitorados através do sistema de informações que a CHS João Paulo II já possuí implantados em todas as unidades de saúde sob sua gestão, utilizando-os de base para as sistemáticas de aplicação, para a seleção de indicadores, bem como para as ações corretivas quando estas se fazem necessárias.

Abaixo se encontram os indicadores que serão aplicados na Unidade de Saúde e que também serão avaliados e pontuados para aplicação dos repasses financeiros, nos termos do edital de convocação:

INDICADORES DE QUALIDADE		
OBJETIVO	**INDICADOR**	**META**

ACOLHIMENTO AO USUÁRIO	Acolhimento com classificação de risco	Ao menos 10% da taxa mínima de Acolhimento com Classificação de Risco
	Satisfação do usuário	Mais de 90% de satisfação do usuário
	Taxa de Resolução das queixas recebidas	Mais de 80% de resolução das queixas recebidas
	Informação do resultado da pesquisa aos usuários da Unidade de Saúde e da produção assistencial	Fixação em quadro mensalmente
QUALIDADE DA INFORMAÇÃO	Taxa de Profissionais cadastrados no CNES	100% dos profissionais cadastrados
	Registro da produção no sistema SIA/SUS	100% de registros e máximo de 10% de glosas
	Entrega do Relatório de Prestação de Contas Mensal	Envio de relatório de Prestação de Contas Mensal até o dia 15 do mês subsequente
	Informação e Transparência	Relatório mensal todo dia 15 e informações publicadas no portal de transparência
	Doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória	Notificar e emitir Relatório de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória
QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA	Escala Médica	100% de cumprimento da escala

	Protocolos, consensos clínicos e linhas de cuidado sobre patologias e os processos que possam ser solucionados na Unidade de Saúde	Possuir protocolos assistenciais e de atendimento escritos, atualizados e assinados pelo Diretor / Responsável Técnico. Verificado em Visita técnica.
ENSINO E PESQUISA	Taxa de execução do plano de educação permanente	Mais de 90% das atividades previstas
	Integração ensino/serviço	Quantitativo de estudantes em estágio curricular obrigatório e/ou estágio de vivência da prática e/ou residência

2.2.1. Satisfação dos Pacientes e Acompanhantes

a) Acolhimento

i.Manual

Hospitalidade significa recepcionar pacientes e seus acompanhantes com amabilidade, acolhimento afável, transmitindo confiança com delicadeza e gentileza, características de um serviço humanizado e de elevada qualidade, por essa razão, todo o profissional CHS deverá apresentar elevada capacidade de acolhimento e atendimento.

Desta forma, todas as unidades prestadoras de cuidados de saúde necessitam de um diferencial para se destacarem, num enquadramento de elevada competitividade. Não basta fazer o normal, temos que fazer o melhor, pois o nosso compromisso é com a vida e com o aumento da busca pela qualidade na prestação de serviços de saúde.

É nossa obrigação, enquanto profissionais de Gestão de Saúde, contribuir de forma decisiva na alteração radical dessa percepção generalizada, que muitas vezes, infelizmente, caracteriza o SUS.

Para desenvolvermos práticas de acolhimento, temos que verdadeiramente acolher.

ii. Equipe necessária:

i. Recepcionista;
ii. Técnico de enfermagem;
iii. Enfermeiro(a); e
iv. Médico(a).

b) Horário de Funcionamento: 24 horas

A prática de Acolhimento constroi uma relação de confiança entre os diversos atores, identificados na prestação de cuidados de saúde.

Desta forma, deveremos implementar alguns dos nossos diferenciais:

i. receber o paciente, desde a sua chegada;
ii. responsabilizar-se integralmente por ele;
iii. acolher, escutar e fornecer sempre a resposta mais adequada;
iv. permitir que ele expresse suas preocupações e angústias;
v. garantir atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde;
vi. respeitar crenças e valores individuais identificados no processo de triagem; e
vii. relacionar-se com o paciente sempre pelo nome, demonstrando máximo respeito e evitando expressões que em determinadas situações são geradoras de constrangimento.

c) Instrução com Definição de Horários, Critérios e Medidas de Controle de Risco para as Visitas aos Pacientes

i.ORIENTAÇÕES PARA VISITANTES

Prezado visitante.

Com a meta de humanizar o atendimento dos pacientes e visitantes durante a sua permanência na unidade, promovendo bem-estar e segurança, objetivos maiores da CHS João Paulo II, será implantado este breve Manual de Normas e Rotinas relativos ao fluxo de horários, critérios e medidas de controle de risco das visitas nas salas de observação enfermarias e UTI's.

Em caso de dúvidas, sugestões, elogios e reclamações, a ouvidoria da unidade, estará disponível para auxiliar os usuários, ou ainda disponibilizar Formulário de Satisfação/Insatisfação que poderão ser depositados nas urnas que estarão espalhadas pela unidade.

Todo paciente tem o direito de ser visitado diariamente, nos horários previamente determinados, conforme tabela de horários estabelecidos pela unidade:

Sala Vermelha	Sala Amarela	Sala Pediátrica
11h às 11:30h. 16h às 16:30h. 20h às 20:30h.	11h às 11:30h. 16h às 16:30h. 20h às 20:30h.	11h às 11:30h. 16h às 16:30h. 20h às 20:30h.
1 pessoa por vez	2 pessoas por vez	2 pessoas por vez

No horário e momento das visitas se faz necessário a presença de um médico para fornecer esclarecimentos e explicações sobre o tratamento e evolução clínica do paciente aos visitantes e familiares.

Os horários de visita nas emergências serão liberados se não estiver ocorrendo algum procedimento médico de emergência, mesmo assim só após a higienização do ambiente.

Critérios para liberação dos visitantes:

i. estar no horário de visita ou devidamente autorizada formalmente pelo respectivo médico líder, enfermeiro líder ou assistente social;
ii. ser maior de 14 anos se desacompanhado de um adulto;
iii. não estar portando gêneros alimentícios;
iv. não apresentar sintomas de embriaguez ou utilização de drogas ilícitas;
v. não estar fumando;
vi. não estar abalada emocionalmente de forma a prejudicar o atendimento e tratamento do paciente (nestas situações, a CHS João Paulo II fornecerá o necessário apoio emocional a pacientes e visitantes para garantir a possibilidade de visita bem-sucedida);
vii. portar crachá de identificação adequado fornecido pela portaria (uso obrigatório), devolvendo-o ao término da visita;
viii. não portar objetos cortantes, armas de fogo ou qualquer equipamento de natureza semelhante.
ix. não trazer bebidas alcoólicas ou drogas, sendo permitidos apenas cigarros para uso próprio, sendo terminantemente vedado fornecê-los ao paciente;
x. utilizar equipamentos eletrônicos de forma racional durante a visita, de modo a não perturbe os demais pacientes da sala ou os profissionais durante seu trabalho; e
xi. os pacientes poderão receber visitas religiosas, desde que comuniquem previamente
xii. higienizar as mãos e retirar adornos.

d) Atendimento

i. Implantação de orientações quanto às formas de acomodação e conduta para os acompanhantes de idosos e portadores de necessidades especiais.

A visita aberta e o direito ao acompanhante compõem um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização presentes na Diretriz na Portaria GM/MS n° 3.39012, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNOSP), a Visita Aberta é definida como o acesso dos visitantes às unidades de internação em qualquer tempo, desde que negociado previamente entre usuário, profissionais, gestores e visitantes, de forma a garantir o elo entre o usuário e sua rede social de apoio.

Nos termos da política, cabe à Unidade de Saúde implantar a visita aberta, garantindo a ampliação do acesso dos visitantes, favorecendo a relação entre o usuário, familiares e rede social de apoio e a equipe de referência.

O acompanhante é descrito no documento HumanizaSUS como representante da rede social da pessoa internada que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde, considerando que Humanizar é cuidar do usuário como um todo, considerando seus contextos familiar e social, respeitando seus valores e aspectos culturais, sendo assim, é possível admitir que o objetivo desse dispositivo seja ampliar as possibilidades de acesso para os visitantes de forma a garantir o elo entre o sujeito, sua rede social e os demais serviços da rede de saúde. Buscando manter, mesmo que latente, o projeto de vida do sujeito durante o tempo de internação.

Uma vez que cada usuário faz parte de sistemas complexos e interconectados, a presença de amigos e da família (da rede social) durante a internação mantém a interação com esse meio, podendo favorecer a prestação do cuidado, uma vez que fortalece na pessoa hospitalizada sua identidade pessoal e sua autoestima.

A presença desses atores permite o levantamento de dados a respeito do estilo de vida do usuário, os quais podem ter contribuído para o surgimento da patologia. Com isso, são suscitados hábitos a serem modificados para recuperação e manutenção da saúde da pessoa internada e de sua família.

Amigos e familiares que acompanham todo o processo de cuidados da pessoa internada podem aumentar a autonomia do usuário. Os membros da família são orientados, pela equipe de saúde, quanto ao papel de cuidadores, contribuindo assim para a continuidade do cuidado em casa.

Visitantes e acompanhantes colaboram na observação das alterações do quadro clínico do usuário, comunicando-os à equipe multiprofissional.

Pessoas internadas menores de 18 anos de idade, tem assegurado o direito a um acompanhante, pais ou responsável, pelo artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, o direito ao acompanhante também é assegurado aos idosos (60 anos ou mais) internados, pelo artigo 16 do Estatuto do Idoso.

Parturientes têm direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS, de acordo com a Lei nº 11.108/05, de 07 de abril de 2016. O acompanhante no parto é a pessoa que a própria mulher escolhe para estar ao seu lado durante o processo. Evidências científicas demonstram que o apoio à mulher no momento do parto melhora as condições de nascimento, reduzindo a necessidade de cesáreas, a ocorrência de partos complicados, a duração do trabalho de parto, a depressão pós- parto e a utilização de analgésicos.

À pessoa com deficiência internada ou em observação é assegurado o direito a acompanhante ou a atendente pessoal, em tempo integral, de acordo com a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015

Outro ponto que deve ser ressaltado é o presente na Lei n° 9.982, de 14 de julho de 2000, que assegura nos hospitais da rede pública ou privada o atendimento religioso aos internados, em comum acordo com estes, ou com seus familiares, no caso dos sujeitos que já não mais estejam no gozo de suas faculdades mentais.

ii.Implantação de Serviço de Atendimento ao Usuário

O Serviço de Atendimento ao Usuário será implantado com a realização de pesquisa de satisfação de forma contínua, por meio de um questionário que avalia a percepção da qualidade do serviço pelos usuários.

Esse serviço de avaliação será denominado **Opine+** e é uma das maiores marcas da gestão CHS João Paulo II em todas as unidades de saúde geridas pela instituição.

Referido projeto utiliza os serviços de empresa terceirizada, tornando sua implantação, controle e avaliação de resultados completamente isenta de qualquer influência dos membros da gestão local ou mesmo da gestão centralizada da CHS João Paulo II, tornando-o eficiente e valorizando de forma precisa a opinião dos usuários.

Nesse sentido, os resultados das pesquisas serão analisados, identificando as possíveis falhas envolvendo os recursos humanos e promovendo a capacitação necessária dos funcionários, o diálogo individualizado, palestras educativas e programas de educação continuada.

As falhas relacionadas a infraestrutura e equipamentos serão repassadas aos setores responsáveis para serem resolvidas obedecendo os critérios de Imprescindível, Necessário e Recomendável.

A Pesquisa será realizada considerando os seguintes critérios:

i.agilidade na classificação de risco;
ii.agilidade no atendimento;
iii.acolhimento;
iv.confiança;
v.ambiência;
vi.enxoval; e

vii.alimentação.

A pesquisa deverá ser feita por meio de formulários disponibilizados aos usuários da Unidade de Saúde, em local de fácil acesso e próximo a caixa lacrada para inclusão da pesquisa concluída, não sendo obrigatória a identificação da pessoa que preencher o questionário.

A CHS João Paulo II se obriga a trazer os resultados das pesquisas de satisfação como item obrigatório em todas as reuniões ordinárias das equipes internas, além de convocar reunião extraordinária em casos que se identifiquem situações de gravidade que justifiquem ações imediatas.

iii.Implantação do sistema de referência e contrarreferência

O Sistema de Contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os processos de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde.

A elevada demanda de pessoas que procuram atendimento na Unidade de Saúde, inclusive de pacientes que correspondem ao perfil de atendimento na atenção básica, aumentam o tempo de espera do usuário, devido à priorização dos casos de risco de vida.

Após o atendimento médico, o paciente que corresponde ao perfil da atenção básica, é contra referenciado para as unidades de atenção básica do seu território de saúde com envio de formulário próprio da Instituição, preenchido pelo profissional responsável.

Esse sistema visa otimizar o funcionamento do sistema de saúde, proporcionando ao usuário adequado atendimento de continuidade do cuidado posterior, onde percebe-se que, apesar da existência de um sistema de referenciamento, os serviços de emergência estão cada vez mais funcionando como porta de entrada do sistema de saúde, recebendo todos os tipos de pacientes desde os realmente graves até os casos mais simples, que poderiam e deveriam ser resolvidos na atenção primária à saúde.

Sugestão de Plano de Implantação da Contrarreferência do paciente:

i. diagnóstico situacional da demanda de atendimentos não urgentes na Unidade de Saúde em intervalos de tempo específicos;
ii. determinar, através das comissões internas, fluxos de encaminhamento das demandas à atenção básica de forma humanizada e priorizando a qualidade no atendimento.

iii. elaborar planejamento de Implantação; e

iv. capacitar Equipe Multidisciplinar para implementar as ações do planejamento.

3. FA3 - ADEQUAÇÃO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS REFERENTES À QUALIFICAÇÃO TÉCNICA, ADEQUAÇÃO ENTRE OS MEIOS SUGERIDOS, SEUS CUSTOS, CRONOGRAMAS E RESULTADOS PRESUMIDOS

3.1. Monitoramento dos serviços e ações de saúde voltadas à Qualidade Subjetiva

A CHS João Paulo II prima também pelo monitoramento dos serviços e ações de saúde voltadas à Qualidade Subjetiva. Esta é uma parte essencial da gestão e avaliação da assistência à saúde. A Qualidade Subjetiva refere-se à experiência percebida pelos pacientes em relação aos cuidados de saúde, incluindo aspectos como satisfação, conforto, respeito, empatia e bem-estar emocional. O acompanhamento desses aspectos ajuda a garantir que os serviços atendam não apenas às necessidades clínicas, mas também ao bem-estar e à satisfação dos pacientes.

Aqui estão algumas etapas e considerações importantes para o monitoramento da Qualidade Subjetiva em serviços de saúde:

3.1.1. Coleta de dados: O monitoramento começa com a coleta de dados sobre a experiência dos pacientes. Inclui pesquisas de satisfação, entrevistas, *feedbacks* informais, reclamações e comentários em formulários de avaliação. Os dados são coletados de forma sistemática e regular para obter uma imagem precisa.

3.1.2. Indicadores de Qualidade Subjetiva: Desenvolvemos indicadores específicos que capturem a Qualidade Subjetiva, como a satisfação do paciente, o grau de empatia percebido, a acessibilidade dos serviços, o respeito à autonomia do paciente e a comunicação eficaz.

3.1.3. Envolver os pacientes: Incentivamos a participação ativa dos pacientes na avaliação da qualidade subjetiva. Incluímos a criação de grupos de pacientes consultivos, onde os pacientes podem compartilhar feedback e ideias.

3.1.4. Treinamento de profissionais de saúde: Garantimos que os profissionais de saúde recebam treinamento adequado em habilidades de comunicação, empatia e atendimento centrado no paciente para melhorar a Qualidade Subjetiva através de nossa CHS - Postgraduate Medical School.

3.1.5. Análise e relatório de dados: Realizamos regularmente análise dos dados coletados para identificar tendências, pontos fortes e áreas de melhoria. Apresentamos essas informações em relatórios para alta administração e a equipes de saúde.

3.1.6. Melhorias contínuas: Usamos os resultados do monitoramento para implementar melhorias contínuas nos serviços de saúde. Realizamos periodicamente revisão de políticas, procedimentos e treinamento.

3.1.7. Comparação com *benchmarks*: Comparamos os resultados de Qualidade Subjetiva com *benchmarks* nacionais ou internacionais para avaliar o desempenho em relação a outros prestadores de serviços de saúde.

3.1.8. *Feedback* aos profissionais de saúde: Fornecemos *feedback* aos profissionais de saúde com base nos resultados do monitoramento. Esta é uma ferramenta poderosa para incentivar a melhoria contínua da assistência.

3.1.9. Transparência: Compartilhamos os resultados do monitoramento com os pacientes e suas famílias, demonstrando um compromisso com a transparência e a prestação de contas.

3.1.10. Avaliação de resultados a longo prazo: Avaliamos constatemente como as experiências dos pacientes afetam sua adesão ao tratamento e os resultados de saúde a longo prazo.

A CHS João Paulo II acredita que monitorar a Qualidade Subjetiva dos serviços de saúde não apenas melhora a experiência do paciente, mas também pode levar a um melhor engajamento, resultados de saúde mais positivos e uma maior confiança na prestação de serviços de saúde.

3.2. **Organização de Serviços**

3.2.1. Serviço Assistencial

i.Atenção ao Usuário

A Pesquisa de Satisfação dos Usuários do Sistema Único de Saúde será um instrumento adotado pelo CHS - João Paulo II, tendo como principal objetivo conhecer o grau de satisfação dos pacientes que se utilizaram de serviços de saúde da Unidade de Saúde.

O método a utilizar será composto por:

- encaminhamento de cartas padronizadas aos usuários da Unidade de Saúde, cujos atendimentos serão registrados nos sistemas de informação em utilização;
- questionários de Satisfação anônimos, colocados em urnas de avaliação no balcão de atendimento da unidade.

Estas são estratégias para avaliar a dimensão subjetiva dos serviços prestados, isto é, a percepção do usuário sobre a Unidade de Saúde e os procedimentos ali realizados.

Entretanto, ao identificar as opiniões dos pacientes, suas percepções relativas às condições gerais da unidade (acomodações), às atitudes dos profissionais, ao tempo de espera para realização do procedimento, devem-se reconhecer que, apesar dos limites deste tipo de instrumento de pesquisa, seus resultados devem ser considerados, principalmente se comparados com os outros instrumentos de avaliação da qualidade dos serviços, além de permitir a identificação de possíveis irregularidades na prestação de serviços.

Temos consciência que a utilização destas metodologias, tem como principal objetivo estabelecer um canal direto de comunicação com o usuário do SUS, por meio do qual será possível obter informações úteis para o conhecimento da qualidade dos serviços de saúde da

unidade, auxiliar no aperfeiçoamento de sua gestão, na capacidade de tomada de decisões dos gestores e, assim, melhorar as características do atendimento prestado aos cidadãos.

Ao mesmo tempo, acreditamos que os resultados obtidos permitirão reconhecer publicamente e constituir de forma sistemática, ao órgão público de regulação, uma matriz de avaliação e classificação, enquanto elementos essenciais à constituição de um ranking no âmbito da rede pública, atendendo de forma plena os requisitos de publicidade e transparência necessárias.

No contexto exposto, cabe identificar regras e procedimentos, que entendemos como essenciais para o bom funcionamento da Unidade de Saúde:

ii. Recomendações aos Pacientes

1. permaneça com a pulseira de identificação entregue no ato da admissão/triagem;
2. não é permitido fechar as portas das salas de observação e dos banheiros;
3. não se ausente da unidade sem prévia autorização do enfermeiro responsável e sem acompanhamento da enfermagem;
4. não manusear nenhum equipamento instalado na unidade. qualquer dúvida, solicite apoio à enfermagem;
5. mantenha as grades da cama elevadas para manutenção da segurança e prevenção do risco de queda, especialmente em pacientes idosos; e
6. não é permitido atendimento de profissionais externos ao paciente durante a permanência na unidade.

iii. Cuidados para evitar Infecções Hospitalares:

- higienizar as mãos frequentemente, principalmente ao entrar e sair das áreas de atendimento e antes e depois que tiver contato com o paciente;
- evitar acompanhantes que estejam gripados, com diarreia ou qualquer outra doença infecciosa;
- respeitar as orientações médicas e da enfermagem, especialmente se o paciente estiver em precauções de isolamento;
- não circular nas áreas de observação de outros pacientes;
- não se sentar na cama do paciente;
- não trazer alimentos para o interior da unidade; inclusive nas áreas de espera;

- não utilizar aparelhos celulares dentro da unidade, devido ao risco de interferências nos equipamentos de monitorização, além de possível incomodo aos pacientes que necessitam de silêncio.

b) Direitos e Deveres do Paciente

i.Direitos do Paciente:

- o paciente tem direito a atendimento digno, atencioso e respeitoso por parte de todos os profissionais de saúde, sem preconceito de raça, credo, cor, idade, sexo, diagnóstico ou por qualquer outra forma de discriminação;
- o paciente tem direito a identificar o profissional por crachá preenchido com nome completo, função e cargo;
- o paciente tem direito às informações de maneira clara, simples e compreensivas, adaptadas à sua condição cultural, de modo a compreender as ações diagnósticas e terapêuticas, o que pode decorrer delas, a duração do tratamento, a localização de sua patologia e se existe necessidade de transferência para outra unidade hospitalar;
- o paciente tem o direito de consentir ou recusar procedimentos, diagnósticos ou terapias a serem nele realizados, devendo consentir de forma livre, voluntária e esclarecida, com adequada informação.
- quando ocorrerem alterações significantes no estado de saúde inicial ou da causa pela qual o consentimento foi dado, este deverá ser renovado. nos casos comprovados de incapacidade de manifestação consciente, o paciente deverá ser legalmente representado;
- o paciente tem direito de ter seu prontuário médico elaborado de forma legível e de consultá-lo de acordo com as normas estabelecidas pela instituição. Esse prontuário deve conter o conjunto de documentos padronizados do histórico do paciente, princípio e evolução da doença, raciocínio clínico, exames, conduta terapêutica, demais relatórios e anotações clínicas;
- o paciente tem direito à segurança e integridade física, limitada às condições de ação e instalações da instituição;
- o paciente tem direito ao acesso a exames, medicação, internação e outros procedimentos médicos, após finalização do processo de observação/atendimento;
- o paciente tem o direito de ter resguardados os seus segredos, por meio da manutenção do sigilo profissional, desde que isso não acarrete riscos a terceiros

ou à saúde pública;

- o paciente tem direito a manter sua privacidade, com atendimento em lugar adequado e conduta profissional que resguarde esta privacidade;
- o paciente tem direito de receber ou recusar assistência moral, psicológica, social e religiosa;
- o paciente tem direito a uma segunda opinião médica, a informações com a Enfermagem ou a Central de Relacionamento ao cliente, resguardando-se apenas a legislação aplicável e regimentos internos no caso de utilização de profissionais que não fazem parte do quadro da Unidade de Saúde.

ii.Deveres do Paciente

- o paciente e seu responsável legal tem o dever de dar informações precisas, completas e precisas sobre seu histórico de saúde, doenças prévias, procedimentos médicos anteriores e outros problemas relacionados à sua saúde;
- o paciente deverá informar as mudanças de seu estado de saúde aos profissionais responsáveis por seu tratamento;
- o paciente deverá demonstrar o entendimento das ações efetuadas ou propostas visando a cura dos agravos à sua saúde, a prevenção das complicações ou sequelas, sua reabilitação e a promoção de sua saúde, podendo fazer perguntas sempre que tiver dúvidas;
- o paciente deverá seguir as instruções recomendadas pela equipe multiprofissional que o assiste, sendo responsável pelas consequências de sua recusa;
- o paciente deverá conhecer e respeitar as normas e regulamentos da instituição por meio do Manual de Orientação ao Paciente;
- o paciente deverá respeitar os direitos dos demais pacientes, acompanhantes, funcionários e prestadores de serviços da instituição;
- o paciente deverá zelar e solicitar que seus acompanhantes também o façam pelas propriedades da unidade, colocadas à disposição para seu conforto e tratamento;
- o paciente deverá participar do seu plano de tratamento e alta hospitalar ou indicar quem o possa fazer;
- acompanhantes devem receber e utilizar identificação durante todo o período de permanência na unidade.
- os cuidados de saúde são, nos nossos dias, umas das atividades de maior

crescimento no mundo desenvolvido. Constitui um objetivo prioritário dos sistemas globais de Saúde, aumentar a sua eficiência e a sua eficácia.

- o fornecimento de serviços e a preservação sustentada da saúde, a nível individual e da coletividade, não constituem uma mera atividade econômica ou negócio - são, sem dúvida, uma das maiores responsabilidades sociais.
- atualmente, os cidadãos exigem menores tempos de espera no acesso e mais qualidade no atendimento. Os doentes esperam o melhor resultado do tratamento, pelo que desejam ser atendidos por clínicos competentes e atualizados, que lhes mereçam credibilidade e confiança, e ter acesso às mais recentes tecnologias e equipamentos de diagnóstico e de tratamento.
- os doentes admitidos aspiram a uma assistência médica e de enfermagem diferenciada, a um ambiente *"patient friendly"* e a um serviço de hotelaria de qualidade.

c) Qualidade por excelência

As organizações que dependem dos seus pacientes, devem compreender e monitorizar regularmente as suas necessidades ou insatisfações, satisfazer os seus requisitos, exceder as suas expectativas, atender à sua segurança.

A CHS tem investido fortemente em modelos independentes de Avaliação da Satisfação dos Pacientes, aplicados de uma forma transversal e homogênea em todas as Unidades.

A qualidade não é um fim, mas sim um meio, através do qual o CHS tem se desenvolvido e projetado esse desenvolvimento de uma forma positiva e competitiva perante o paciente.

A qualidade é um ciclo onde se desconhece o início e o fim, onde se sabe onde está e o que gradualmente terá que ser introduzido para melhorar.

O sucesso do Sistema de Gestão da Qualidade se assenta no compromisso inequívoco e motivação de todos para participar em programas de melhoria contínua, cujos resultados sejam sentidos em primeiro lugar pelo paciente, como também pelos colaboradores, parceiros e ente regulador.

Também na Saúde, aprender com a experiência e os erros é uma competência- chave para alcançar o sucesso, pois ao gerir a saúde dos pacientes assume-se um compromisso com a cultura da segurança e medir o que será feito, de modo a construir um ambiente hospitalar

mais próximo do doente e da família, mais seguro para todos e mais responsável para a comunidade.

No contexto anteriormente apresentado e conforme requerido pelo edital, a CHS João Paulo II apresenta a relação mínima de recursos humanos por categoria profissional, obedecendo a qualificação técnica exigida, a seguir detalhada:

c) Administrativo

a. Diretor Presidente – Pedro Alberto Paraíso de Almeida - CPF/MF – 700.928.784-82 - RNM – V951540T

b. Diretor Técnico – Alex Barcelos Fernandes - Médico - CRM-MG 13058 - CPF - 762.820.821-53

c. Coordenador Administrativo e Financeiro – Rafaela Poliana Silva - CPF – 011.088.304-71

d. Coordenadora de Enfermagem – Maria Luiza Santos Nascimento - CPF – 281.764.644-49 - COREN – 29945

e. Responsável pela Educação Continuada e COREME - Coordenação de Residência Médica – Olegário Indemburgo da Silva Rocha Vidal - CPF – 598.243.286-53 - COREN – 29945

f. Supervisor de Regulação – Lucas Serrano de Farias - CPF 048.511.804-11

g. Coordenadora Operacional de Faturamento – Elizabete Pontes da Fonseca - CRC - 024640/0 PE

h. Coordenador do DAL - Carlos Joaquim Carneiro de Matos - CPF - 709.263.414-80 RNM - G-0457332

i. Coordenador de Tecnologia de Informação (TI) – Patrícia Pereira da Silva - CPF – 029.168.664-85

j. Coordenadora de DP - Helena Leitão de Souza - CPF - 906.908.424-49

k. Coordenadora de RH – Jéssica Rayane De Albuquerque Souza CPF - 094.047.454-99

l. Coordenadora da Farmácia – Valéria Porto de Oliveira Chagas CPF - 464.284.614-04 - CRF/PE: 01555

m. Coordenadoras de Manutenção:

n. Gabriela Ramliz de Sousa CPF - 075.466.084-22

d) Modelo de Gestão e Metas:

A Gestão pela Qualidade Total corresponde a um tipo de gestão caracterizado pela procura permanente de introdução de melhorias graduais e contínuas nos processos e procedimentos já existentes, procurando sempre a excelência na qualidade.

Com a adoção na Unidade de Saúde, pretende-se demonstrar, no Município de Goiânia, em Goiás e no Brasil, de que forma o Modelo de Excelência EFQM, preconizado como uma ferramenta de autoavaliação e melhoria contínua das organizações, que ilustra o modo como uma utilização eficiente dos Meios conduz a Resultados Excelentes e como a avaliação desses resultados permite, numa ótica de *feedback*, desenvolver a inovação e aprendizagem; se torna também uma ferramenta útil para avaliar a taxa de qualidade da unidade.

Alcançar a excelência não é um conceito abstrato, está relacionado com as realizações tangíveis de uma organização naquilo que faz, na forma como o faz, nos resultados que alcança e na convicção de que estes resultados serão sustentados no futuro.

Para criar confiança de que os resultados de uma organização são sustentáveis, devem existir evidências de que o que a organização faz, e a forma como faz, tem uma base sólida; é sistemático e é revisto e melhorado continuamente.

A melhoria contínua constitui um dos princípios básicos sobre os quais se sustenta a Gestão da Qualidade Total (Total Quality Management - TQM), e independentemente da etapa de desenvolvimento em que se encontre a gestão da qualidade numa organização, é necessário que as decisões se tomem, a partir de uma informação objetiva, que torne imprescindível a realização de um exercício de avaliação que permita compreender tanto a situação de partida como a evolução dos resultados.

A European Foundation for Quality Management (EFQM) preconizou o Modelo de Excelência EFQM, como sendo uma excelente ferramenta de autoavaliação, que possibilita às organizações obterem um panorama abrangente da sua situação global num dado momento, fornecendo um valioso feedback acerca da eficácia das abordagens adotadas em todas as suas atividades, constituindo verdadeira força motriz para a melhoria.

A Associação Beneficente João Paulo II, adotará na Unidade de Saúde, como forma de diferenciação dos demais concorrentes à gestão desta, a implementação do modelo EFQM na sua nova versão, cujo esquema conceitual se apresenta: O Modelo EFQM é uma ferramenta baseada em nove critérios, apresentados na figura seguinte.

Cinco são os Critérios de Meios e abrangem as atividades e os esforços das organizações, o que fazem e como o fazem. Os demais são Critérios de Resultados e abrangem o que a entidade deseja alcançar.

Existe uma relação entre estas duas vertentes: os Resultados são causados pelos Meios e os Meios são melhorados utilizando o *feedback* dos Resultados.

O Modelo reconhece a existência de várias abordagens (Meios) para alcançar a Excelência sustentável em todos os aspectos do desempenho (Resultados).

O Modelo de Excelência EFQM baseia-se na seguinte premissa: Resultados excelentes no que se refere ao Desempenho, Clientes, Pessoas e Sociedade são alcançados através da Liderança na Condução da Política Estratégica, a qual é transferida através das Pessoas, das Parcerias e Recursos, e dos Processos.

No ciclo de aprendizagem subjacente ao Modelo, está implícito o *benchmarking* de práticas organizacionais mundiais e por isso, a autoavaliação baseada no Modelo possui potencial para produzir um panorama e uma referência corporativa abrangentes e valiosos.

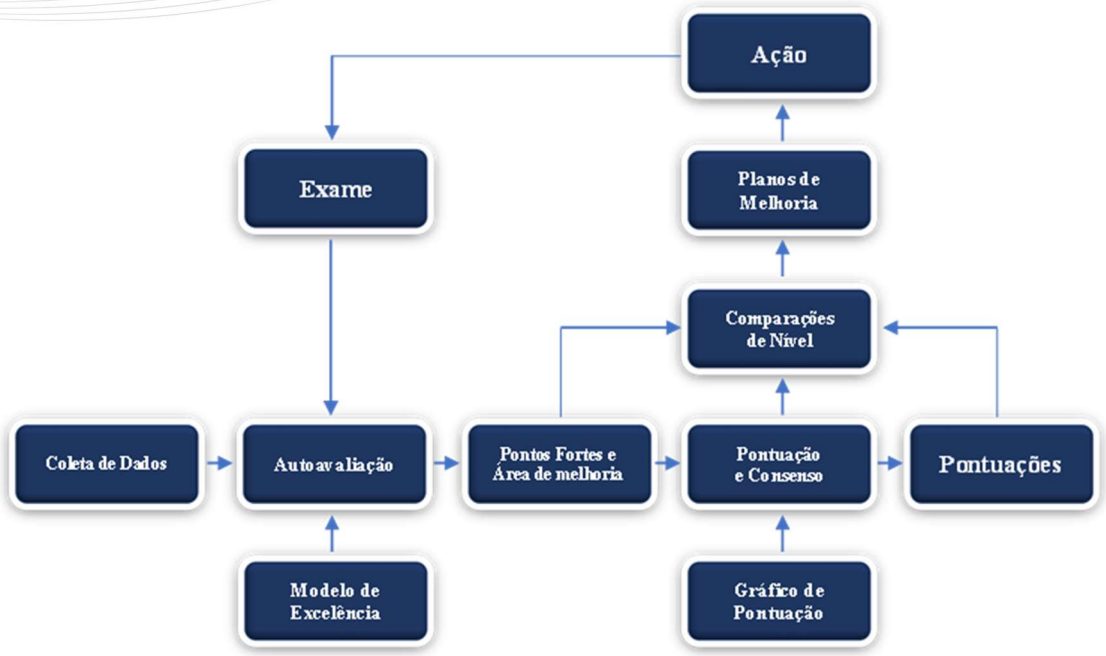
Para que uma organização possa maximizar os benefícios da adoção do Modelo de Excelência EFQM necessita, a priori, de interiorizar estes conceitos:

- Orientação para os Resultados: Excelência é alcançar resultados que encantam todos os stakeholders da organização.

- Focalização no Cliente: Excelência é criar valor sustentável para o cliente.
- Liderança e Constância de Propósitos: Excelência é liderança visionária e inspiradora, indissociada de uma constância de propósitos.
- Gestão por Processos e por Fatos: Excelência é gerir a organização através de um conjunto de sistemas, processos e fatos interdependentes e interrelacionados.
- Desenvolvimento e Envolvimento de Pessoas: Excelência é maximizar a contribuição dos colaboradores através do seu desenvolvimento e envolvimento.
- Aprendizagem, Inovação e Melhoria Contínuas: Excelência é desafiar o status quo e efetuar a mudança, utilizando a aprendizagem para desencadear a inovação e oportunidades de melhoria.
- Desenvolvimento de Parcerias: excelência é desenvolver e manter parcerias com valor acrescentado.
- Responsabilidade Social Corporativa: Excelência é exceder o enquadramento legal mínimo no qual a organização opera e empreender esforços para compreender e responder às expectativas dos stakeholders na sociedade.

e) O Modelo EFQM como ferramenta de avaliação da Gestão da Qualidade Total

O quadro do Modelo EFQM mostra claramente a relação existente entre a autoavaliação e a melhoria contínua, através da seta que vai no sentido direita-esquerda com o título de "Inovação e Aprendizagem".



A autoavaliação precisa, necessariamente, que se possua informação, referente tanto às atividades da organização como aos seus resultados, e da utilização de uma estrutura ou modelo de referência, de modo a revelar os aspectos que são pontos fortes da empresa, bem como áreas que precisam de melhoria.

A análise das causas que dão origem a necessidades de melhoria são chaves para tornar problemas em soluções, de modo a fechar o processo de autoavaliação e começar o próximo ciclo a partir de uma nova comparação num período posterior.

Outro dos argumentos que utilizamos para justificar a relação entre a autoavaliação através do Modelo EFQM e a TQM, é o fato da autoavaliação fornecer informações relevantes para o processo de planeamento estratégico e operacional de negócios, afirmando-se, deste modo, como um fator importante de competitividade.

No entanto, um aspecto importante no que toca à utilização do Modelo EFQM como ferramenta de avaliação da TQM: a utilização de um modelo estereotipado, que não é revisto pela organização de uma forma crítica e não é adaptado para refletir a sua situação específica, constitui um sinal negativo, ou seja, a autoavaliação se torna uma ferramenta estratégica, quando a organização que a utiliza é capaz de personalizar o modelo de referência.

O Modelo de Excelência EFQM adota uma abordagem de melhoria contínua, na medida em que ilustra de forma clara o modo como uma utilização eficiente dos Meios conduz a Resultados Excelentes, e como a avaliação desses resultados, permite, numa ótica de

feedback, desenvolver a inovação e aprendizagem, elementos essenciais para a obtenção de vantagens competitivas sustentáveis.

A Gestão pela Qualidade Total corresponde a um tipo de gestão caracterizado pela procura permanente de introdução de melhorias graduais e contínuas nos processos e procedimentos já existentes, procurando sempre a excelência na qualidade.

Da revisão da literatura efetuada e dos vários estudos, pôde-se confirmar que a TQM tem um impacto positivo no desempenho das empresas e o Modelo de Excelência EFQM permite avaliar esse fato.

Todos estes fatores integrados correspondem à filosofia TQM, logo pôde-se afirmar que o Modelo EFQM é uma ferramenta útil para a avaliação da TQM.

Todavia, a adopção da TQM, como já elucidado no decorrer da nossa proposta, supõe custos e transformações organizativas profundas e o decorrer de um certo tempo para permitir assimilar as mudanças, pelo que os responsáveis máximos da organização devem assegurar-se de que as suas organizações dispõem, para não cair em desânimo, da melhor compreensão possível deste conceito e das suas vantagens, assim como da sua inteira disponibilidade para atuar como líderes convencidos e entusiasmados durante todo o processo.

Em conclusão, a estrutura do modelo EFQM é baseada na lógica simples, mas poderosa, de fazer três perguntas:

I. "Porquê" essa organização existe? Que finalidade isso cumpre? Por que essa estratégia em particular? (Direção)
II. "Como" pretende cumprir seu Propósito e sua Estratégia? (Execução)
III. "O que" realmente alcançou até o momento? "O que" pretende alcançar amanhã? (Resultados).

Desta forma, poderemos concluir que a lógica do Modelo EFQM, o *"fio vermelho"*, é a conexão entre o Propósito e a Estratégia de uma organização e como isso é usado para ajudá-la a Criar Valor Sustentável para seus Stakeholders mais importantes e fornecer Resultados excelentes.

f) Gestão de Utentes:

Basicamente, pretende-se, com esta funcionalidade, o registro administrativo dos utentes e a gestão dos respectivos dados.

Deverá dar plena resposta ao seguinte conjunto de necessidades:

I. Inscrição do utente na Unidade de Saúde, possibilitando:

   a. Pesquisar o utente na base de dados de suporte. Caso o utente não faça parte integrante do referido sistema, deve ser permitida a sua inscrição, em condições tais que possa usufruir dos diversos recursos disponibilizados no âmbito da atuação da unidade;
   b. Registrar data/hora em que o utente se apresenta para a realização de atos clínicos (previamente agendados ou não), permitindo futura utilização dessa informação para obter indicadores sobre o desempenho da atividade assistencial da Unidade de Saúde;
   c. Registar a informação sobre o contato (presencial ou outro) relativo ao utente, para posterior análise estatística, ou outras;

II. Em casos de impossibilidade de permanência do utente nos serviços, registrar a hora de saída e tipificar o motivo de desistência da realização do ato clínico.

III. Gestão do processo de referenciação, garantido um balanço fidedigno das referências hospitalares efetuadas, por médico e por unidade de saúde.

g) Gestão de Agendas e Marcações

Este módulo deverá permitir satisfazer ao Planeamento de Agendas de modo a gerir a lista de marcações por profissional, independentemente do setor considerado, mas atendendo às regras estabelecidas para a configuração de agendas.

Relativamente a setores das agendas onde existem indisponibilidades, programadas ou não programadas, dos recursos humanos, devendo constituir-se como uma eficaz *"ferramenta"*

ao serviço da gestão dos recursos humanos de tal modo que continue a ser possível garantir uma eficaz resposta aos clientes utilizadores da Unidade de Saúde.

O agendamento de consultas de *"inter substituição"* é um exemplo desta necessidade.

Calendarizar atos clínicos, médicos ou de enfermagem, refletindo essa calendarização na mobilização dos recursos necessários à sua realização. Do ponto de vista do utente, haverá toda a vantagem em agendar, para horário sequencial, a prestação de cuidados médicos e de enfermagem;

A flexibilização do setor de agendamento deverá, igualmente, "blindar" alterações e procedimentos que possam "falsear" resultados, como hoje, por vezes, acontece.

h) Gestão de Marcações:

Registrar marcações, através da identificação do utente, do ato clínico (médico e/ou de enfermagem) a realizar e do tipo de consulta, por exemplo de âmbito geral ou outras, permitindo a associação automática dos recursos previstos, garantindo assim a execução deste procedimento no menor espaço de tempo possível;

Emitir uma comprovação da marcação efetuada que contenha a descrição do ato clínico, data e hora de realização, além da lista de requisitos que lhe estão eventualmente associados.

Visualizar e/ou imprimir a agenda relativa a um determinado período temporal (dia, semana ou outro período), que se encontra associada a um determinado recurso (profissionais, espaços físicos e/ou equipamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) e/ou determinado programa de saúde;

Uma gestão eficaz dos procedimentos administrativos relativos à anulação e alteração de marcações, permitindo:

- Libertação das vagas. Este processo inclui a alteração de marcações isoladas (por solicitação do utente), a alteração de marcações relativas a dias ou períodos (por indicação dos profissionais), a transferência de atos clínicos entre profissionais e as anulações de marcações de utentes por motivos devidamente justificados.
- Registro automático da não realização da consulta, classificando o respectivo

motivo: falta do utente, ou ausência de resposta do mecanismo de Inter substituição.

- As alterações ao agendamento deverão possibilitar posterior avaliação de todo o processo, designadamente absentismo dos utentes e profissionais, programado e não programado.

Emissão de alertas e avisos, possibilitando:

- Gerar mensagens de âmbito interno, nomeadamente o envio de alertas automáticos, que permitam dar conhecimento das alterações à agenda de um determinado profissional ou avisar os serviços responsáveis pela manutenção das mesmas sobre a indisponibilidade de um determinado recurso (humano e/ou material).

i) Processo Clínico Eletrónico (estatísticas)

Entende-se por Processo Clínico Electrónico (PCE) de um utente todo o conjunto de informação clínica resultante da prestação de cuidados de saúde que lhe foram prestados, seguindo uma lógica cronológica dos diversos acontecimentos, catalogada por local de realização, profissional envolvido e atos prestados.

No âmbito desta definição de requisitos funcionais, o PCE deve conter, para cada utente, toda a informação resultante da sua interação com diversos profissionais prestadores de cuidados de saúde, de forma a facilitar uma visão integral dos seus dados e servir de suporte à decisão clínica.

Adicionalmente, o PCE deve permitir que a informação registrada possa ser analisada recorrendo-se ao conceito de episódio, conforme critérios utilizados nas unidades de saúde.

Em termos de metodologia, um ato clínico pode ser organizado em três fases:

I. Observação: Fase inicial onde o profissional recolhe a informação proveniente do utente ou de outros profissionais, a qual pode ter um caráter subjetivo ou objetivo;
II. Decisão: Fase na qual o profissional, com base no conhecimento adquirido

na fase de observação, utiliza os seus conhecimentos científicos e experiência profissional para determinar um problema de saúde;

III. Plano de Intervenção: Última fase, na qual o diagnóstico é elaborado e o profissional define um determinado Plano de Intervenção.

O ponto de partida conceitual para o PCE deve ser o *Registro Clínico Orientado por Problemas*, que se assenta nos seguintes elementos:

Lista de problemas ativos e passivos, exprimíveis em texto livre ou com base numa das classificações referidas abaixo.

- Notas de seguimento utilizando a metodologia SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano).
- Folhas de resumo para áreas clínicas específicas, incluindo os exames complementares de diagnóstico e para os processos de prescrição. Este conceito será desenvolvido adiante.
- Classificações para registo de Motivos, Problemas e de Planos de Intervenção: ICPC - International Classification of Primary Care (www.fmrc.org.au/icpc2/)
- CIPS - Classificação Internacional de Problemas de Saúde ICNP/CIPE (International Classification for Nursing Practice) - International Council of Nurses (www.icn.ch/icnp.htm), para registro dos Fenómenos e Intervenções de Enfermagem;

Em suma, o PCE deve permitir o seguinte conjunto de funcionalidades:

I. Parametrização de formatos (normalizados) para preenchimento de informação clínica, específicos para cada perfil de atuação;

II. Customização de formatos para análise à informação constante do Processo Clínico e extração de conhecimento;

III. Parametrização de formatos para atualização e tratamento da informação à posteriori da realização do ato (Gestão do Ficheiro Clínico);

A integração de informação proveniente de diversas fontes e em diversos formatos; A garantia de privacidade, segurança e confidencialidade da informação sobre cada utente.

j) Prescrição eletrônica:

O objetivo principal da utilização deste formato é identificar o contexto da prescrição, nomeadamente se a prescrição foi efetuada por decisão médica durante o ato clínico ou a pedido do cliente/utente (receituário crónico), data e registo do pedido, local da prescrição, programa de saúde no âmbito do qual se fez o pedido (saúde infantil, saúde materna, planejamento familiar etc.).

Dessa forma, será feita a pesquisa do fármaco por DCI, nome comercial, grupo terapêutico ou forma farmacêutica e permitir observar a informação que caracteriza o medicamento selecionado, nomeadamente o princípio ativo, nome comercial, apresentação, forma farmacêutica, dosagem, preço, comparticipação do estado, laboratório etc.

Como outros objetivos, mencionamos:

- Ordenar a lista de fármacos com o mesmo princípio ativo, tendo em conta a dosagem e sua apresentação, considerando-se indispensável que a "base de dados" utilizada forneça estas informações e esteja permanentemente atualizada.
- Registrar os fármacos prescritos ao utente, permitindo que o profissional sinalize aqueles que fazem parte da lista de "prescrição crónica".
- Disponibilizar posologia típica para ser validada pelo médico.

k) Prescrição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT's):

- Identificar o contexto da prescrição, nomeadamente em relação ao utente, ao médico prescritor, data de registro, local (unidade de saúde ou domicílio), hipótese(s) de diagnóstico, medicação relevante, etc.
- Registrar a prescrição de MCDT's solicitados pelo médico prescritor.
- Registrar os resultados das análises laboratoriais.
- Disponibilizar mecanismos que garantam que os resultados de MCDT's já validados não possam ser alterados, sendo apenas possível acrescentar adendas com novas observações sobre os resultados.
- Avaliar os resultados obtidos por análise, quer por comparação com a gama

tipificada na codificação de análises, quer através da análise comparativa dos seus resultados para o mesmo utente ao longo do tempo.

- Associar ao Processo Clínico de cada utente os relatórios ou outros documentos provenientes de entidades exteriores à Unidade de Saúde que complementam a sua informação, nomeadamente relatórios de MCDT's emitidos por outras unidades de saúde, de forma a criar uma perspectiva temporal mais precisa. Um exemplo concreto está relacionado com os resultados dos exames analíticos efetuados de forma cíclica.

l) Dispensação de medicamentos:

- Emissão de formulários, permitindo:
- Emitir a prescrição de fármacos, com entrega da receita ao utente (sem qualquer necessidade de recorrer ao serviço administrativo para outros procedimentos burocráticos);
- Emitir o guia posológico;
- Emitir a prescrição de análises laboratoriais, com entrega ao utente da respectiva requisição em suporte de papel (sem qualquer necessidade de recorrer ao serviço administrativo para outros procedimentos burocráticos);
- Emitir a prescrição de MCDT's com entrega ao utente da respectiva requisição em suporte de papel (sem qualquer necessidade de recorrer ao serviço administrativo para outros procedimentos burocráticos).

m) Alertas e relatórios:

Emissão de alertas e avisos, possibilitando gerar mensagens de âmbito interno para partilhar com a equipe de enfermagem algum tipo de medicação e/ou ato a concretizar no âmbito da Unidade de Saúde e que impliquem uma articulação com esse mesmo grupo profissional.

Desta forma, a metodologia e consequentemente a atividade em todas as unidades CHS apresentam fundamentalmente três grandes dimensões:

I. A educação para a Saúde, reforçada pela natureza de unidades-escola

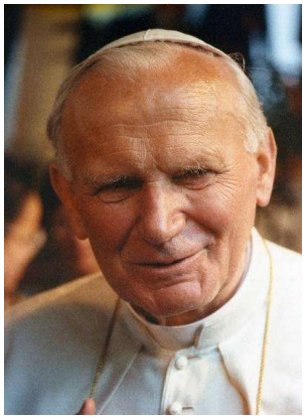
com o apoio científico e técnico de vários elementos pertencentes à rede IFCU - International Federation of Catholic Universities.

II. O cuidado absolutamente diferenciado, personalizado e humanizado com os doentes, durante a terapia de recuperação, materializada na abordagem integrada do paciente. A perfeita simbiose entre cuidar e tratar, o diálogo permanente entre ciência e um lugar de esperança perfumado com o acompanhamento espiritual e religioso.

III. O acompanhamento dos que, pela idade, condição clínica ou pela sua fase terminal, estão votados à solidão.

Este momento reforça a consciência de todos que futuramente prestarão serviços numa unidade CHS João Paulo II, do Lugar de Esperança que foi a Clínica Gemelli para o Santo Padre o Papa João Paulo II, quando se recuperava do atentado contra si.

Um período que deu origem a esse espantoso documento que constitui a Encíclica Salvifici Doloris, documento cada vez mais atual nos dias de hoje, em que o material se sobrepõe ao espiritual e o pragmatismo se sobrepõe ao ético.



"A medicina, enquanto ciência e, conjuntamente como arte de curar, revela no vasto terreno dos sofrimentos do homem o seu setor mais conhecido" - João Paulo II.

3.2.2. Funcionamento de outros serviços

a) Protocolos assistenciais de atenção médica

CHS - JOÃO PAULO II

SUMÁRIO

COLABORADORES 02
APRESENTAÇÃO 03
SUMÁRIO 04
Normas para plantões médicos e sobreavisos 05
1. ORGANIZAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS -
PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO MÉDICA 06
1.1. Procedimentos Médicos: Urgências Cardiológicas 07
1.2. Procedimentos Médicos: Emergência – Adulto 19
1.3. Procedimentos Médicos: Emergência- Pediatria 83
1.4. Procedimentos Médicos: Medicina Interna 105
1.5. Procedimentos Médicos: Urgências Cirúrgicas 181
1.6. Procedimentos Médicos: Traumato Ortopedia 200
Referências Bibliograficas 214

CHS - JOÃO PAULO II

Normas para plantões médicos e sobreavisos

As disponibilidades de médicos em sobreaviso devem obedecer normas de controle que garantam a boa prática médica e o direito do Corpo Clínico sobre sua participação ou não nessa atividade. A disponibilidade médica em sobreaviso deve ser remunerada.

O CHS JOAO PAULO II, no uso das atribuições, regulamenta as normas para plantões médicos e de sobreaviso em suas unidades de saúde.

CONSIDERANDO que a disponibilidade em sobreaviso é prática utilizada em muitos serviços médicos, objetivando otimizar o atendimento das variadas especialidades;

CONSIDERANDO a necessidade de se regulamentar a prática da disponibilidade em sobreaviso;

CONSIDERANDO que é direito do médico receber remuneração pela disponibilidade dos seus serviços profissionais;

CONSIDERANDO o teor do Parecer CFM nº 19/03, base da fundamentação desta resolução;

CONSIDERANDO a Resolução CFM nº 1.451/95;

RESOLVE:

Art. 1º Definir como disponibilidade médica em sobreaviso a atividade do médico que permanece à disposição da instituição de saúde, de forma não-presencial, cumprindo jornada de trabalho preestabelecida, para ser requisitado, quando necessário, por qualquer meio ágil de comunicação, devendo ter condições de atendimento presencial quando solicitado em tempo hábil.

Parágrafo único. A obrigatoriedade da presença de médico no local nas vinte e quatro horas, com o objetivo de atendimento continuado dos pacientes, independe da disponibilidade médica em sobreaviso nas instituições de saúde que funcionam em sistema de internação ou observação.

Art. 2º A disponibilidade médica em sobreaviso, conforme definido no art. 1º, deve ser remunerada de forma justa, sem prejuízo do recebimento dos honorários devidos ao médico pelos procedimentos praticados.

CHS - JOÃO PAULO II

Parágrafo único**.** A remuneração prevista no *caput* deste artigo deve ser estipulada previamente em valor acordado entre os médicos da escala de sobreaviso e a direção técnica da instituição.

Art. 3º O médico de sobreaviso deverá ser acionado pelo médico plantonista ou por membro da equipe médica da instituição, que informará a gravidade do caso, bem como a urgência e/ou emergência do atendimento, e anotará a data e hora desse comunicado no prontuário do paciente.

Parágrafo único. Compete ao diretor técnico providenciar para que seja afixada, para uso interno da instituição, a escala dos médicos em disponibilidade de sobreaviso e suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Art. 4º Em caso de urgência e/ou emergência, o médico que acionar o plantonista de sobreaviso deverá, obrigatoriamente, permanecer como responsável pelo atendimento do paciente que ensejou a chamada até a chegada do médico de sobreaviso, quando ambos decidirão a quem competirá a responsabilidade pela continuidade da assistência.

Art. 5º Será facultado aos médicos do Corpo Clínico das instituições de saúde decidir livremente pela participação na escala de disponibilidade em sobreaviso, nas suas respectivas especialidades e áreas de atuação.

Parágrafo único. Os regimentos internos das instituições de saúde não poderão vincular a condição de membro do Corpo Clínico à obrigatoriedade de cumprir disponibilidades em sobreaviso.

Art. 6º Compete ao diretor técnico e ao Corpo Clínico decidir as especialidades necessárias para disponibilidade em sobreaviso, de acordo com a legislação vigente.

Art. 7º Cabe aos diretores técnicos das instituições o cumprimento desta resolução.

Art. 8º Fica estipulado o prazo de 30 (trinta) dias, a partir da publicação desta norma, para a adequação dos serviços nela referidos, revogando-se as disposições em contrário.

CARUARU, 05 de Agosto de 2021

_____

Pedro Alberto Paraíso de Almeida

Diretor Presidente

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25

RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

EDITAL Nº 007/2021 – SEI 2300000214.000090/2021-34

CHS - JOÃO PAULO II

ORGANIZAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS

PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO MÉDICA

Os Protocolos Operacionais Padrão - POP's constituem importante ferramenta para organização do Corpo Clínico nas diversas áreas de atuação. Eles permitem que os procedimentos sejam padronizados, sistematizados e organizados passo a passo, de forma que os profissionais dispõem de um roteiro que lhes auxilia nas condutas e tarefas diárias. Eles são ainda, instrumento valioso no treinamento de profissionais recém admitidos.

Nossa proposta de POP's foi elaborada por uma Equipe Multidisciplinar que compõe nossa instituição com base nas diretrizes e normatizações do Ministério da Saúde, Conselhos de Classes e Especialistas da Área.

CHS - JOÃO PAULO II

1.1 Procedimentos Médicos: Urgências Cardiológicas

PROCEDIMENTO: Prevenção da Aterosclerose – Dislipidemia

RESPONSÁVEL: Médico Cardiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Levantamento bibliográfico no MEDLINE e INDEX MEDICUS Latino Americano.
Consulta as Diretrizes europeias do ano de 1998 e Americanas de 2001.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:
A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
C: Relatos e séries de casos clínicos.
D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:
Definir e recomendar os principais procedimentos utilizados na revenção da aterosclerose.

CLASSIFICAÇÃO DAS DISLIPIDEMIAS
A aterosclerose é doença multifatorial na qual as dislipidemias são um fator de risco modificável. A diminuição do LDL - colesterol (LDL-C) em indivíduos sob risco diminui a morbimortalidade relacionada a aterosclerose coronariana.

CLASSIFICAÇÃO LABORATORIAL 6 (D):
- Hipercolesterolemia isolada (aumento do colesterol total-CT e ou LDL-C);
- Hipertrigliceridemia isolada (aumento dos triglicérides-TG);
- Hiperlipidemia Mista (aumento do CT e dos TG);
- Diminuição isolada do HDL-colesterol (HDL-C) ou associada a aumento dos TG ou LDL-C.

Os valores de referência para o diagnóstico das dislipidemias em Adultos > 20 anos encontram-se na Tabela I:

TABELA I

Lipides	Valores	Categoria
CT	<200 200-239 ≥240	Ótimo Limítrofe Alto
LDL-C	<100 100-129 130-159 160-189 ≥190	Ótimo Desejável Limítrofe Alto Muito alto
HDL-C	<40 >60	Baixo Alto
TG	<150	Ótimo

CHS - JOÃO PAULO II

	150-200 200-499 ≥500	Limítrofe Alto Muito alto

CLASSIFICAÇÃO ETIOLÓGICA 6(D):

Dislipidemias Primárias

Origem genética: hipercolesterolemia familiar (HF), dislipidemia familiar combinada (DFC), hipercolesterolemia poligênica, hipertrigliceridemia familiar e síndrome da quilomicronemia.

Dislipidemias Secundárias

Causadas por outras doenças ou uso de medicamentos: hipotireoidismo, diabetes mellitus (DM), síndrome nefrótica, insuficiência renal crônica, obesidade, alcoolismo, icterícia obstrutiva, uso de doses altas de diuréticos, betabloqueadores, corticosteroides, anabolizantes. O tratamento dessas dislipidemias consiste em controlar a doença de base.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL DAS DISLIPIDEMIAS

O perfil lipídico é definido pelas determinações do CT, HDL-C, TG e, quando possível, do LDL-C* após jejum de 12 horas.

* Fórmula de Friedewald: LDL-C = CT -HDL-C -TG/5 (válida se TG < 400 mg/dL).

VARIAÇÕES NAS DOSAGENS DOS LÍPIDES

As variações podem ser analíticas 8(D), quando relacionadas a metodologia e procedimentos utilizados pelos laboratórios, e pré-analíticas, quando relacionadas a fatores intrínsecos do indivíduo, estilo de vida. uso de medicações, doenças associadas, jejum, exercícios e procedimentos de coleta e preparo da amostra. Deve-se levar em conta a variabilidade biológica para o CT, HDL-C (5%) e LDL-C (em tomo de 10%) e para os TG (25%) 6(D). Na presença de infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC), o perfil lipídico deve ser obtido nas primeiras 24 horas, pois além deste período seu valor poderá estar reduzido. Doenças infecciosas e cirurgias também podem atenuar os valores lipídicos. Medicamentos não devem ser suspensos, mas o álcool deve ser evitado nas 72 horas prévias.

NOVOS MARCADORES LABORATORIAIS DO RISCO CARDIOVASCULAR

Lipoproteína (a)

Esta lipoproteína tem sido associada a um risco maior de doença aterosclerótica. Todavia, devido a problemas metodológicos, não há indicação de sua determinação rotineira.

Homocisteína (BCY)

Elevações da HCY têm sido associadas a aterosclerose. Não há provas até o momento de que a diminuição da HCY reduza o risco de eventos ateroscleróticos, logo não deve ser determinada rotineiramente.

Fatores hemostáticos:

O fibrinogênio tem sido associado ao risco cardiovascular. Todavia, devido a sua alta variabilidade biológica a problemas metodológicos, não se recomenda sua determinação rotineira.

CHS - JOÃO PAULO II

Proteína C reativa de alta sensibilidade (PCR-as)

A PCR-as é um sensível marcador do processo inflamatório em indivíduos sadios e tem uma estabilidade comparável ao CT. Todavía, sua determinação para estimativa do risco cardiovascular não se aplica para fumantes, portadores de osteoartrose, obesos, diabéticos, mulheres em terapia de reposição hormonal (TRH), uso de anti-inflamatórios ou na presença de infecções. A PCR-as tem sido consistentemente associada ao risco, cardiovascular e sua determinação parece ser de utilidade na estratificação do risco de eventos coronários. São considerados de alto risco indivíduos com valores acima do terceiro quintil de distribuição na população. Nesses indivíduos deve ser considerada mudança agressiva do estilo de vida e controle dos fatores de risco presentes.

TABELA II

QUINTIL	PCR-as
1.	0,1 – 0,7 mg/L
2.	0,7 – 1,1 mg/L
3.	1,2 – 1,9 mg/L
4.	2,0 – 3,8 mg/L
5.	3,9 – 15,0 mg/L

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E DE METAS LIPÍDICAS DE TRATAMENTO PARA A ATEROSCLEROSE

O risco doença aterosclerótica é avaliado baseando-se na análise conjunta dos fatores de risco (FR) ou agentes causais para essa doença. A estratificação é feita pelo risco absoluto, ou seja, risco que tem uma pessoa de desenvolver um determinado evento clínico num período de tempo.

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO:

O LDL-C é considerado fator causal e independente de aterosclerose e sobre o qual devemos agir para diminuir a morbimortalidade. O poder preditor de risco e a meta lipídica adotada para prevenção irão variar dependendo da associação com outros FR. Os principais FR para a aterosclerose encontram-se na tabela I. A diretriz recomenda para todos os níveis de risco

CHS - JOÃO PAULO II

modificações no estilo de vida (MEV). A instituição do tratamento farmacológico dependerá do nível de risco, dos níveis do LDL-C, e da eficácia ou não das MEV em modificar os FR. Os níveis de prevenção são divididos em: prevenção primária, primária de alto risco (risco absoluto de eventos coronários ≥ 20% em dez anos) e secundária (diabéticos e portadores de aterosclerose).

TABELA III

Fatores de Risco para Aterosclerose que modificam as metas de LDL-C (D):
Fumo
Hipertenção Arterial Sistêmica (PA ≥ 140/90 mmHg)
HDL-C* < 40 mg/dL
Diabetes Mellitus (diabéticos são considerados como portadores de aterosclerose)
Idade (≥ 45 anos homens e ≥ 55 anos mulheres)
História familiar precoce de aterosclerose (parentes de primeiro grau < 55 anos homens e < 65anos mulheres)
HDL-C > 60 MG/dL são considerados um fator protetor devendo ser descontado um fator de risco da soma.

AS RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS SÃO AS SEGUINTES:

Baixo risco:

Risco absoluto de eventos < que 10% em dez anos. Geralmente são indivíduos com 1 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 md/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL-C < 130 mg/dL, entretanto, tolera-se LDL-C até 160 mg/dL.

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL e TG< 150 mg/dL (tabela IV).

Médio risco:

Risco de evento > 10%, porém menor do que 20% em 10 anos.

Geralmente indivíduos com 2 FR (excecutando DM) além do colesterol (LDL-C> 160mg/dL).

Prevenção Primária Meta: LDL < 130 rng/Dl (Tabela V)

Perfil desejado: CT <200 mg/dL, HDLC > 40 mg/d.L e TG < 150 mg/dL.

TABELA IV

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 159	MEV	6 Meses*
160 - 190	MEV	3 Meses*
> 190	Tratamento farmacológico	

*O tratamento farmacológico (TF) nessa faixa de risco é opcional e deverá ser iniciado a critério do médico, dependendo da intensidade dos FR: tabagismo importante (> 40 cigarros dia), história familiar importante, HDL-C muito baixo.

TABELA V

CHS - JOÃO PAULO II

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
Até 160	MEV	3 Meses
> 160	Tratamento farmacológico	

TABELA VI

Nível de LDL-C (mg/dL)	Orientação	Verificações
100 – 129*	MEV	3 Meses
> 130	Tratamento farmacológico	

* Nesses casos, não é obrigatório o início da TF imediatamente já nesses níveis. Se após 3 meses as metas não forem atingidas, recomenda-se iniciar a TF.

Alto risco:

Risco de evento maior ou igual a 20% em 10 anos ou acima de 20% extrapolando-se a idade para os 60 anos NRI* de vida (Tabela VI). Geralmente > de 2 FR (excetuando DM) além do colesterol (LDL-C > 160 mg/dL), principalmente homens coro idade acima dos 55 anos e outros FR associados. Nessa categoria também se incluem diabéticos e portadores de doença aterosclerótica coronária ou não (aneurisma de aorta, insuficiência vascular periférica ou doença cerebrovascular sintomática). Portadores de síndromes genéticas como a HF e DFC também se encontram nesse grupo. O cálculo do risco absoluto de eventos poderá ser feito pelo uso do escore de risco de Framingham (ERF) que avalia o risco de eventos coronários em 10 anos. O ERF dá urna ideia do risco de eventos coronários em diabéticos, entretanto, não é recomendado para se estabelecer a meta lipídica, já que a mesma nesses indivíduos é LDL-C < 100 mg/dL. Da mesma forma, o ERF não é indicado para os indivíduos portadores de manifestações clínicas da aterosclerose ou dislipidemias de origem genética.

TABELA VII

Passo 1

Idade	Homens	Mulheres
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Passo 2

Colesteral Total	Homens	Mulheres
< 160	-3	-2
160 – 199	0	0
200 – 239	1	1

Passo 4

PAS	PAD	Homens	Mulheres
< 120	< 80	0	-3
120 – 129	80 – 84	0	0
130 – 139	85 – 89	1	0
140 - 159	90 – 99	2	2
≥ 160	≥ 100	3	3

Quando os valores da PAS e PAD discordarem usar o mais alto.

Passo 5 e 6

Diabetes	Homens	Mulheres
SIM	2	4
NÃO	0	0
Fumo		
SIM	2	2
NÃO	0	0

CHS - JOÃO PAULO II

240 – 279	2	1
≥ 280	3	3

Passo 3

HDL-C	Homens	Mulheres
< 35	2	5
35 - 44	1	2
45 - 49	0	1
50 - 59	0	0
≥ 60	-1	-3

Passo 7 – Some os pontos

Idade + HDL-C + PAS ou
PAD +DM + Fumo = Total de Pontos

Prevenção Primária de Alto Risco e Prevenção Secundária Meta: LDL < 100mg/Dl.
Perfil desejado: CT < 200mg/dL, HDLC > 40mg/dL (HDL-C > 45mg/dL em Diabéticos) e TG < 150mg/dL (D).

USO DE ESCORES DE RISCO DE FRAMINGHAM COMO FERRAMENTA DE AUXÍLIO NA ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO DE EVENTOS CLÍNICOS CORONÁRIOS

Para urna melhor identificação do risco absoluto de eventos clínicos foi adotado o ERF como guia de avaliação. O ERF calcula o risco absoluto de eventos coronários (morte, IAM e angina pectoris) em 10 anos (tabela VII). São atribuídos pontos para idade, pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), CT, HDL-C, fumo (qualquer cigarro no último mês) e presença ou não de DM. Após o cálculo dos pontos deve-se consultar a tabela VIII para ambos os sexos.

TABELA VIII

Passo 8: Veja o risco absoluto nas tabelas.

Homens Pontos	Homens de Risco de DAC em 10 ANOS %	Mulheres Pontos	Mulheres de Risco DAC em 10 ANOS %
< -1	2	≤ -2	1
0	3	-1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4
7	13	6	5
8	16	7	6
9	20	8	7
10	25	9	8
11	31	10	10
12	37	11	11
13	45	12	13
≥ 14	53	13	15
		14	18
		15	20
		16	24

CHS - JOÃO PAULO II

17	≥ 27

TABELA IX

Risco de complicações metabólicas **(B)		
Sexo	**Aumentado**	**Muito Aumentado**
Homem	> 94 cm	> 102 cm
Mulher	> 80 cm	> 88 cm

Medida da cintura, e risco "aumentado" e "muito aumentado" para complicações metabólicas associadas à obesidade em caucasianos.

EXCESSO DE PESO, OBESIDADE E SÍNDROME PLURIMETABÓLICA

O excesso de peso (índice de massa corpórea -IMC> 25kg/m2), principalmente acúmulo de gordura na região abdominal, do tipo central ou androgênico, está associado a um maior risco de doença aterosclerótica. Geralmente, esses indivíduos apresentam: dislipidemia (TG elevado, HDL-C baixo, padrão tipo B da LDL), resistência à insulina e hipertensão arterial o que caracteriza a síndrome plurimetabólica. Portadores dessa síndrome apresentam risco elevado de aterosclerose. A medida da circunferência da cintura nos permite identificar portadores de obesidade androgênica (tabela IX). A cintura é uma medida que se apresenta como um marcador de risco para alterações metabólicas independente do índice de massa corpórea. Nesses indivíduos enfatizamos que a MEV que leve a perda de peso é de extrema.

NUTRIÇÃO

A terapia nutricional é importante parte da terapia das dislipidemias.

Hipercolesterolemia

Foi adotada a recomendação da "Associação Americana do Coração (Tabela X)".

Colesterol Alimentar e Ácidos Graxos:

O consumo do colesterol e dos ácidos graxos saturados (AGS) aumenta o LDL-C. Para reduzir a ingestão de colesterol e AGS, deve-se restringir o consumo de alimentos de origem animal (colesterol e AGS) e de óleos de dendê e coco (AGS).

Os ácidos graxos (AG) insaturados (AGD são representados pelas séries ómega-6 (linoléico e araquidômico), ômega-9 (oléico) e ómega-3 (a-linolénico, eicosapentaenóico-EPA e docosahexaenóico-DHA). Os ômega 6 são encontrados nos óleos vegetais, exceto os de coco, cacau e dendê. A substituição isocalórica dos AGS por AGI reduz o LDL-C e o HDL-C. Os AG monoinsaturados (ácido oléico) reduzem o LDL-C, sem, no entanto, diminuir o HDL-C. Suas principais fontes são os óleos de oliva e canola, azeitonas, abacate e oleaginosas (castanhas, nozes, amêndoas). O ômega-3 (EPA e DHA) é encontrado em peixes de águas frias. O ácido alinolénico encontra-se nos tecidos verdes das plantas, óleo de soja e de canola. O ómega-3 tem como efeito farmacológico a diminuição da trigliceridemia plasmática, entretanto, se consumirmos essas gorduras no lugar dos AGS, o colesterol do sangue irá

CHS - JOÃO PAULO II

baixar. Fontes de ómega-3: cavala, sardinha, salmáo (EPA e DHA) e óleos de soja e canola (ácido linolênico).

TABELA X (D)

Recomendações dietéticas para o tratamento das hipercolesterolemias:	
Nutrientes	**Ingestão recomendada**
Gordura total	25 a 35%
Ácidos Graxos Saturados	< 7% das calorias totais
Ácidos Graxos Polisaturados	>10% das calorias totais
Acidos Graxos Monoinsaturados	>20% das calorias totais
Carboidratos	50 a 60% das calorias totais
Proteínas	Aproximadamente 15% das calorias totais
Colestarol	< 200 mg/dia
Fibras	20 a 30 g/d
Calorias	Para atingir e manter o peso desejável

Ácidos graxos trans

Os ácidos graxos trans são sintetizados durante o processo de hidrogenação dos óleos vegetais na produção de margarinas e elevam o LDL-C e reduzem o HDL-C. As principais fontes são: margarinas duras, óleos e gorduras hidrogenadas e gorduras industriais que devem ser evitadas.

Fibras:

As fibras solúveis ajudam na eliminação do colesterol. A recomendação de ingestão de fibra alimentar total para adultos é de 20 a 30 g/dia, sendo em torno de 25% (6g) de fibra solúvel.

Fitosteróis

Os fitosteróis são esteróides vegetais. A ingestão de 3 -4 g/dia de fitosteróis promove a redução do LDL-C em 10-15% e é opção para o tratamento da hipercolesterolemia.

Antioxidantes e álcool:

Não há evidêcia de que a suplementação com antioxidantes previna a doença coronária. Não há indicação para o consumo de álcool para a prevenção da aterosclerose.

Dieta para a Hipertrigliceridemia:

Pacientes com níveis muito elevados de TG e que apresentem quilomicronemia, devem reduzir a ingestão de gordura total da dieta. Na hipertrigliceridemia secundária a obesidade ou diabetes, recomenda-se, respectivamente, dieta hipocalórica, restrição de carboidratos e compensação do diabetes. Recomenda-se restrição total do consumo de álcool.

EXERCÍCIO FÍSICO

CHS - JOÃO PAULO II

O sedentarismo constitui fator de risco para a aterosclerose. O exercício previne a doença aterosclerótica. Tanto a implementação de exercícios de alta como de baixa intensidade, realizados em faixas de 85 a 90% em torno de 50 a 70% do consumo máximo de oxigênio, respectivamente, podem reduzir os triglicérides e aumentar o HDL-C. Além disso, há melhora da condição cardiorrespiratória, melhora da composição corporal, redução da obesidade, do stresse, do nível catecolaminas e também do efeito benéfico na pressão arterial. Devem ser adotadas, com frequência de três a seis vezes por semana, sessões de em média 40 mim, de atividade física aeróbia. A zona alvo do exercício aeróbio deve ficar na faixa de 60 a 80% da frequência cardíaca máxima, observada em teste ergométrico, realizado na vigência dos medicamentos de uso corrente.

TABAGISMO

O tabagismo deve ser combatido de forma agressiva. O tratamento do tabagismo passa por duas etapas: abordagem cognitivo comportamental e farmacoterapia com nicotina ou bupropiona, segundo o consenso sobre a abordagem e tratamento do fumante promovido pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional do Câncer em 2001, que pode ser visitado no endereço da internet www .saúde.gov.br

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DAS DISLIPIDEMIAS
VASTATINAS OU ESTATINAS OU INIBIDORES DA HMG-COA REDUTASE

São os medicamentos de escolha para reduzir o LDL-C em adultos (18-55% em média). Elevam também o HDL-C de 5-15% e reduzem os TG de 7-30%. As vastatinas diminuem eventos isquêmicos coronários, necessidade de revascularização do miocárdio, mortalidade cardíaca e total e AVC (nos estudos de prevenção secundária). Consideramos que o benefício do uso das vastatinas é decorrente de um efeito de classe secundário a redução do LDL-C, embora alguns mecanismos possam diferenciar os diversos fármacos. Dessa maneira, para o tratamento adequado devem ser atingidas as metas de LDL-C propostas utilizando-se as doses necessárias (Lovastatina 20-80 mg, Sinvastatina 10-80 mg, Pravastatina 20-40mg, Fluvastatina 10-80 mg, Atorvastatina 10-80 mg). Uma vez estabelecido o tratamento, este deverá ser seguido por tempo indeterminado. As vastatinas devem ser suspensas caso haja aumento das aminotransferases > 3 vezes os valores normais, ou se há dor muscular ou aumento da creatinoquinase > 1 0 vezes o valor normal.

COLESTIRAMINA

A colestiramina nas doses 16-24 g/dia reduz o LDL-C (15-30%) e o risco de eventos coronários. É fármaco de escolha em crianças e como adjuvante às vastatinas. Não deve ser usada na hipertrigliceridemia.

FIBRATOS

São indicados no tratamento da hipertrigliceridemia endógena quando houver falha das MEV ou quando esta for muito elevada (>500mg/dL). As alterações lipídicas com as doses habituais de fibratos (Genfibrosila 600-1200 mg, Bezafibrato 400-600 mg/dia, Etofibrato 500 mg/dia, Fenofibrato 200 (micronisado)-250 mg/dia, Ciprofibrato 100 mg/dia), em média

CHS - JOÃO PAULO II

são: redução dos TG 30-60%, aumento do HDL-C 10-30% e diminuição do LDL-C 5-20%. No estudo VA-HIT38(A), a Genfibrosila diminuiu em 22% o risco de eventos coronários em homens com LDL-C < 140 mg/dL (média 111 mg/dL), HDL-C < 40 (média 32 mg/dL) e TG < 300 mg/dL (média 160 mg/dL). Nesse estudo, mais de 70% dos indivíduos apresentavam resistência à insulina e 25% eram diabéticos tipo II. Os efeitos foram atribuídos ao aumento do HDL-C. Dessa forma, os fibratos podem ser úteis na prevenção secundária em indivíduos comas características descritas.

ÁCIDO NICOTÍNICO

O ácido nicotínico diminui o LDL-C de 5%-25%, aumenta o HDL-C 10-35% e diminui os TG 20%-50%7(0). Na forma tradicional, utiliza-se a dose de 2 a 6 g/dia ajustadas conforme o efeito ou a tolerância A limitação ao uso do ácido nicotínico são frequentes efeitos colaterais que são rubor facial, hiperglicemia, hiperuricemia e alterações do trânsito intestinal. Deve ser utilizado com cuidado em diabéticos. No estudo de prevenção secundária "Coronary Drug Project", houve diminuição de 27% de redução nos eventos coronários.

ÓMEGA3

O ômega-3 reduz os TG. A dose mínima recomendada é de 4 gramas/dia O estudo GISSI demonstrou que a suplementação de lg/dia de ômega-3 reduziu em 10% os eventos cardiovasculares em portadores de doença arterial coronária.

FÁRMACOS ADJUVANTES PARA A PREVENÇÃO DA ATEROSCLEROSE CLÍNICA

São medicamentos que diminuem a morbimortalidade de indivíduos de alto risco e que devem ser prescritos na ausência de contra indicações.

ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)

O AAS nas doses acima de 100 mg/dia deve ser prescrito para indivíduos que se encontrem sob alto risco de eventos cardiovasculares. Indivíduos hipertensos devem ter a pressão controlada.

INIBIDORES DA ENZIMA DE CONVERSÃO (IECA)

Os IECA devem ser prescritos para indivíduos em prevenção secundária, principalmente os que apresentem disfunção ventricular esquerda ou para diabéticos que apresentem algum outro FR associado ou nefropatia

BETABLOQUEADORES (BB)

Os BB devem ser prescritos para indivíduos que sofreram IAM, principalmente os que apresentam disfunção ventricular.

DISLIPIDEMIAS EM GRUPOS ESPECIAIS

DOENÇA RENAL

A dislipidemia no nefropata aumenta a prevalência de doenças cardiovasculares e favorece a evolução para insuficiência renal terminal. As vastatinas são as drogas de escolha, reduzir o LDL-C. Fibratos são recomendados para o controle da hipertrigliceridemia, mas suas doses

precisam ser ajustadas para o nível de função renal, pois podem determinar miosite e rabdomiólise.

SIDA E INIBIDORES DE PROTEASE

Pacientes com SIDA apresentam aumento nos TG e redução do HDL-C. A dislipidemia é agravada pelos inibidores de protease (IP). Os fibratos e o ômega-3 podem ser utilizados nestes pacientes. As vastatinas podem modificar os níveis séricos e eficácia dos IP por compartilharem os mesmos sítios de metabolização hepática.

SÍNDROMES ISQUÊMICAS AGUDAS (SIA)

O perfil lipídico deverá ser determinado em todos os portadores de SIA, preferencialmente nas primeiras 24 horas após o evento. Após esse período, o LDL-C diminui. As vastatinas estão indicadas para os indivíduos no IAM ou angina instável se o LDL-C ≥ 130 mg/dL. Para os com LDL-C 100-129 mg/dL o uso fica a critério do médico e se LDL-C < l00 mg/dL não há indicação nesse momento. O LDL-C deverá ser reavaliado 2 meses após o evento agudo e seguidas as recomendações do item III.

IDOSOS (> 70 ANOS)

Nessa faixa etária, deve ser dada especial atenção ao afastamento de causas secundárias de dislipidemias, principalmente hipotireoidismo, diabetes melito e IRC. Os estudos de prevenção secundária com vastatinas mostram alta eficácia nessa faixa etária. Na prevenção primária, os dados disponíveis são ainda limitados, com benefício sugerido no estudo AFCAPS/TexCAPS.

MULHERES NO PERÍODO CLIMATÉRICO PÓS-MENOPAUSAL

Prevenção primária

A TRH melhora o perfil lipídico das mulheres após a menopausa e a maioria dos estudos observacionais revela que esta promove redução da morbimortalidade por doença cardiovascular. Entretanto, resultados de estudos prospectivos e controlados ainda não estão disponíveis. Não há indicação no momento da TRH para se prevenir a aterosclerose. A utilização de vastatinas é eficaz em mulheres com HDL-C baixo.

Prevenção secundária

Apesar da evidência de estudos observacionais, não há evidência de estudos prospectivos controlados de que a TRH traga benefício na prevenção secundária da aterosclerose, logo não está recomendada. As vastatinas diminuem a morbimortalidade em mulheres portadoras de aterosclerose.

GESTAÇÃO

Mulheres dislipidêmicas em idade fértil e sem contracepção adequada devem seguir orientação dietética e, se necessário, utilizar a colestiramina. Os fibratos devem ser considerados em casos de hipertrigliceridemia muito grave (TG > 1000 mg/dL).

MULHERES 20-45 ANOS E HOMENS 20-35 ANOS

CHS - JOÃO PAULO II

Nessas faixas etárias, a doença aterosclerótica é rara, exceto para os portadores de síndromes genéticas, fumantes importantes ou diabéticos. A MEV deve ser enfatizada em adultos jovens com LDL ≥ 130. Entretanto, deve-se considerar terapia hipolipemiante para indivíduos com LDL-C entre 160-189 mg/Dl, principalmente em fumantes. Aqueles com LDL-C > 190 mg/dL devem receber terapia hipolipemiante como os adultos mais velhos.

Tabela XI

Valores de referência para os lipides entre 2 a 19 anos (D)

Lipides	Idade (anos)	Valores (mg/dL)		
		Desejáveis	Limítrofes	Aumentados
CT		< 170	170 – 199	≥ 200
LDL-C		< 110	110 – 129	≥ 130
HDL-C	< 10	≥ 40	-	-
	10 – 19	≥ 35	-	-
TG	< 10	≤ 100	-	> 100
	10 – 19	≤ 130	-	> 130

CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Os lipídios devem ser dosados em crianças com parentes de 1 º grau com aterosclerose precoce, parentes de 1º grau com dislipidemias graves (C ≥ 300mg/dL ou TG≥ 400mg/dL); presença de pancreatite aguda, xantomatose, obesidade ou outros FR (Tabela XI).

DIETA (D)

Confirmada a dislipidemia, o tratamento dietético deverá ser iniciado após 2 anos de idade, priorizando as necessidades energéticas e vitamínicas próprias da idade. Deve se encorajar a ingestão de fibras e desestimular a de alimentos ricos em colesterol e gordura saturada. Havendo refratariedade à dieta, o uso de drogas hipolipemiantes para crianças acima de 10 anos pode ser considerado nas seguintes situações: dislipidemia familiar com LDL-C > 190mg/dL; antecedentes familiares de doença aterosclerótica prematura; 2 ou mais FR com LDL-C > 160mg/dL; na vigência de aterosclerose manifesta, com LDL-C > 130mg/dL. A colestiramina é a droga recomendável por não apresentar efeitos sistémicos na dose de 2mg/dia com dose máxima de 8mg/dia. As vastatinas, devido a pequena experiência atual, podem ser usadas em casos de HF grave (CT > 300 mg/dL) e/ou aterosclerose manifesta, nos quais o uso das resinas foi insastifatória. A quilomicronemia requer somente tratamento dietético. Em situações excepcionais, considerações sobre outras formas de tratamento incluem a plasmaferese, LDL aférese, anastomose ileal parcial e transplante hepático.

TRANSPLANTE CARDÍACO (TC)

A presença de dislipidemia após TC está associada a maior incidência de doença vascular do enxerto. Por outro lado, o uso de pravastatinas pode reduzir a progressão da vasculopatia, independente de redução do colesterol e também parece reduzir a incidência de rejeição.

CHS - JOÃO PAULO II

1.2. Procedimentos Médicos: Emergência -Adulto

PROCEDIMENTO: Abordagem da PCR

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente ventilado e com sistema circulatório ativo
- Determinar a causa da PCR

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

ABC Primário

- Manobras manuais para abertura de vías aéreas superiores com controle da coluna cervical.
- Ventilação com máscara (oxigênio suplementar - 51/min).
- Compressões Torácicas (massagem cardíaca externa).
- Procurar Fibrilação Ventricular e desfibrilar.
- Manter temperatura Corporal.

ABC Secundário

- Intubação orotraqueal.
- Ventilação via cânula orotraqueal com oxigênio a 100%.
- Acesso venoso (gelco n.16) e drogas (aminas vasoativas).
- Diagnóstico diferencial (e tratamento).

CUIDADOS

- Monitorizar o paciente com cardioscopia e oximetria de pulso
- Hemogasometria arterial.

AÇÕES CORRETIVAS

Corrigir possíveis distúrbios com base nos resultados da hemogasometria
A depender do rítmo, seguir para os protocolos específicos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Fibrilação e Taquicardia Ventricular sem Pulso

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas de vida
- Reverter o quadro de fibrilação e/ou taquicardia ventricular.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, desfibrilador, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma, material para curativo, material para intubação).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. ABC - Manter suporte básico de vida até desfibrilador conectado.
2. Desfibrilar até 3 vezes com 200,300 e 360 J para TV ou FV persistente.

CUIDADOS

- Preparar desfibrilador com gel condutor nas suas pás.
- Ao chocar o paciente ter certeza que estão todos da equipe afastados do paciente ou do leito.
- Hemogasometria e tratar possíveis alterações

AÇÕES CORRETIVAS

- Se TV ou FV refratária - Ver rotina para TV e FV refratária. (PMH 018/019)
- Se atividade elétrica sem pulso - Ver protocolo. (PMH 010)
- Se evoluir para assistolia - Ver protocolo. (PMH 009)

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Fibrilação Ventricular Persistente (refratária)

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas de vida
- Reverter o quadro de fibrilação e/ou taquicardia ventricular.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, eletrodos, equipos, seringas, agulhas, gelcos), gel condutor, medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (desfibrilador, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro), material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1 ABC
2 Intubação com cânula orotraqueal (7,0 -8,5)
3 Acesso venoso com gelco n.20
4 Desfibrilar com 360J
5 Adrenalina - 1 mg IV de 3/3 min.
6 Após a droga, fazer "flush" de solução salina e RCP por 30 seg.
7 Desfibrilar com 360J
8 Lidocaína 1 mg/kg IV até 3mg/kg
9 Desfibrilar com 360J

CUIDADOS

- Preparar desfibrilador com gel condutor nas suas pás.
- Ao chocar o paciente ter certeza que estão todos da equipe afastados do paciente ou do leito.
- Manter padrão: droga/choque.

AÇÕES CORRETIVAS

- Considerar Sulfato de Magnésio 1-2g IV em alcoólatras e uso de diuréticos, como também Amiodarona (dose de ataque) 5mg/kg IV.
- Se atividade elétrica sem pulso - Ver protocolo. (PMH 010)

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Assistolia

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas de vida.
- Reverter o quadro de assistolia ventricular.
- Diagnosticar causas da assistolia.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cânulas orotraqueais, sonda para aspiração, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, desfibrilador, respirador. monitor cardíaco, aspirador, estetoscópio, tensiometro) material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC
- Intubação com cânula orotraqueal (7,0- 8,5).
- Acesso venoso com gelco n.º 20.
- Confirmar assistolia em mais de urna derivação.
- Adrenalina- lmg IV de 3/3 min.
- Atropina 1 mg IV 3/3 min até 3mg.
- Considerar término de esforços após 30 min.

CUIDADOS

Considerar causas de assistolia:

- Hipóxia
- Hipercalemia ou hipocalemia
- Acidose
- Intoxicação exógena
- Hipotermia

AÇÕES CORRETIVAS

Manter RCP prolongada na hipotermia e na intoxicação por barbitúricos(+ 30min).

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Atividade Elétrica sem Pulso.

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas de vida.
- Reverter o quadro de atividade elétrica sem pulso.
- Atentar para eventuais causas da pseudodissociação.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cânula orotraqueal n.º 7,0, 7,5, 8,0 e 8,5/gelcos, equipos de soro, seringa de 2,5, 3,0, 5,0, 10 *ml,* agulhas 30X7, 30X8, tensiômetro, estetoscópio, garrote, medicamentos e equipamentos pertinentes (monitor cardíaco, desfibrilador).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC
- Intubação com cânula orotraqueal (7,0 - 8,5).
- Acessos venosos (2) com gelcos n.16 e 18.
- Adrenalina - 1 mg IV de 3/3 min,
- Se presente bradicardia:
- Atropina 1mg IV 3/3 min até 3mg.

CUIDADOS

Considerar causas de pseudodissociação:

- Hipovolemia
- Tamponamento cardíaco
- Acidose Metabólica
- "Overdose"
- Pneumotórax hipertensivo

AÇÕES CORRETIVAS

Considerar os respectivos tratamentos após confirmaruma das causas abaixo,:

- Hipovolemia - reposição com solução cristalóide inicialmente e após com colóide.
- Tamponamento cardíaco -pericardiocentese.
- Acidose Metabólica -bicarbonato de sódio -tratar causa.
- "Overdose" -tratar intoxicação.

CHS - JOÃO PAULO II

• Pneumotórax hipertensivo - descompressão com agulha, confirmar se possível, com RX de tórax em PA.

PROCEDIMENTO: Abordagem de Bradicardias

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas de vida.
- Reverter o quadro de bradicardia.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. ABC (suporte básico de vida).
2. 02 sob cateter 51/min.
3. Acessos venosos (2) com gelcos n.16 e 18.
4. Monitor cardioscópio, oximetria, PA e sinais vitais.
5. ECO de 12 derivações.
6. Determinar se instável ou estável.

Se Instável

Caso esteja consciente promover analgesia e sedação:

- Midazolan O,1 mg/kg IV.
- Morfina 3 a 4 mg IV
- Assim que possível marcapasso provisório transvenoso.
- Atropina 0,5 a 1mg IV.
- Dopamina 5 -20 ug/kg/min
- Adrenalina 2 - 10 ug/min.

Se Estável

- BAV de 3º grau ou 2º grau tipo II.
- Caso esteja disponível, deixar em "standby" o marcapasso externo transtorácico.

CUIDADOS

Atentar para sinais de instabilidade:

- Hipotensão arterial
- Choque
- Alteração sensorial

CHS - JOÃO PAULO II

- Insuficiência ventricular esquerda.
- Precordialgia

AÇÕES CORRETIVAS

Caso haja dificuldade de reverter o quadro e ausência de marcapasso externo ou transvenoso temporário, dever-se-á transferir o paciente para outra Unidade Hospitalar.

PROCEDIMENTO: Intubação em Situações Especiais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Intubar pacientes em situações especiais com menor risco de PCR

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringas, agulhas, gelcos, equipos de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiómetro, monitor cardíaco, desfibrilador, respirador, oxímetro de pulso, laringoscópio).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

PACIENTE HIPOVOLÊMICO

- Lidocaína 1 -2 mg/kg IV
- Ketamina 1 -2 mg/kg ou Etomidato 0,2 mg/kg
- Succinilcolina 1 -2 mg/kg ou Atracúrio 0,5 mg/kg

PACIENTE COM TCE

- Lidocaína 1 -2 mg/kg IV
- Tiopental 5 mg/kg
- Succinilcolina 1 -2 mg/kg ou Atracúrio 0,5 mg/kg

CUIDADOS

- Tiopental tem risco de hipotensão - Administração lenta;
- Manter monitorização com cardioscopia, oximetria e capnógrafia (se houver);
- Manter oximetria de pulso entre 95 e 100%.

AÇÕES CORRETIVAS

- Auscultar ambos hemitorax para diagnosticar possível intubação seletiva. Caso acontece, remover parcialmente a cânula, até que ambos os pulmões possam se expandir.
- Considerar intubação nasotraqueal em situações especiais.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Dor Torácica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar a etiologia da dor torácica
- Sedado a dor.
- Iniciar tratamento da eventual causa.

MATERIAL NECESSÁRIO

Laudo do Raio X, Exames laboratoriais, Material descartável (seringas, agulhas , gelcos, catéter de oxigênio, cateter de PVC, equipos de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (eletrocardiógrafo, estetoscópio, tensiômetro, termômetro).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Definir se a dor é Atípica ou Típica

Se Atípica:

l. ECG
2. Rx de tórax em PA.
3. Investigar diagnóstico diferencial (Dispepsia, Osteoartropatia de coluna, Afecção da parede muscular, Pleurisia, Embolia Pulmonar, Pneumotórax, Dissecção aórtica)
4. Medicar com AINS e liberar o paciente.

Se Típica:

1. Monitorizar o paciente.
2. Acesso venoso periférico com gelco 16 ou 18.
3. Cateter nasal com 02 à 51/min. e ECG
4. AAS 200mg via oral e Nitrato SL 5mg se PA sist.> 100 mrnHg
5. Caso dor não ceda e PA > 100 mmHg – Morfina 3 à 4 mg IV
6. Rx de torax em PA e Perfil e solicitar enzimas CPK e CK-MB (se disponíveis, 6/6hs).
7. Controlar arritmias ameaçadoras e tratar hipotensão/choque.

CUIDADOS

- Não fazer medicação intramuscular.
- Lembrar que o horário da dor deve ser contado a partir do início da dor e não da chegada a emergência
- Referir ao protocolo de definição de risco de IAM ou morte na dor torácica.

CHS - JOÃO PAULO II

AÇÕES CORRETIVAS

Transferir o paciente para Unidade Coronariana ou UTI para curva enzimática e definição terapêutica.

PROCEDIMENTO: Definição de risco de IAM ou Morte na Dor Torácica.

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar o grau de risco de um paciente com dor torácica de evoluir para IAM ou Óbito.
- Proporcionar o encaminhamento pertinente a cada paciente com dor típica.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringas, agulhas, equipos, gelcos, cateter de oxigênio) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro, eletrocardiógrafo)

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Indivíduos com dor típica de:

Baixo Risco

- Angina Crescente em intensidade ou duração e diminuição do limiar de dor
- Angina de início > que 2 semanas e < de 2 meses
- ECO normal ou inalterado

Risco Moderado

- Dor prolongada que se resolve
- Angina de repouso > 20 min ou aliviada com nitratos.
- Idade > 65 anos e alterações dinâmicas da onda T.

Alto Risco

- Dor prolongada sem alívio e EAP
- Dor com hipotensão e alterações dinâmicas do ST > 1mm em duas ou mais derivações do ECG.

Em pacientes com Risco Moderado e Alto Risco, considerar acrescer ao protocolo de dor típica: Heparina IV, Monocordil IV, Betabloqueador IV e Narcóticos IV.

CUIDADOS

- Não fazer medicação intramuscular.
- Atentar para uso cauteloso dos itens 2, 3 e 4, caso haja hipotensão.
- Lembrar que o horário da dor deve ser contado a partir do início da dor e não da chegada a emergência.

CHS - JOÃO PAULO II

AÇÕES CORRETIVAS

- Caso haja manutenção do quadro de choque cardiogênico considerar transferência para local onde haja Balão intraórtico e sala de cateterismo cardíaco.
- Transferir o paciente para Unidade Coronariana ou UTI para curva enzimática e definição terapêutica.

PROCEDIMENTO: Abordagem do estado de Choque.

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar a etiología do choque e retirar o paciente do estado emergencial.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de 0^2 e de PVC, intracath, gelcos, seringas, agulhas, equipos) material para curativo, medicamentos, soluções e equipamentos (tensiômetro, estetoscópio).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Medidas Gerais:

l. ABC
2. 02 sob cateter 5 lit/min, acesso venoso - 2 gelcos 14 e acesso venoso central por veia subclávia
3. Ausculta pulmonar.
4. Definir a etiologia.

Choque Cardiogênico

- Diminuição do enchimento cardíaco (Pneumotórax, Derrame Pericárdico, Miocardiopatia restritiva, Arritmia com baixo fluxo.)
- Diminuicño do esvaziamento cardíaco (Embolia Pulmonar, IAM).

Choque Hipovolêmico

- Perda do Sangue (Tratar a hemorragia), perda de Plasma (Pancreatites, queimaduras) e perda de cristalóides (vômitos, diarreias, fístulas e poliúria).
- Reposição de volume no Choque Hipovolêmico com Ringer Lactato, 1000 ml IV a 5 a 10 ml/s. Repetir se o paciente não melhorar ou iniciar transfusão de sangue se o doente não melhorar após a 2ª infusão.

Choque Distributivo

- Séptico (Expansão de volume, drogas vasoativas, monitorização hemodinâmica invasiva, Antibiótico)
- Anafilático (ver rotina)
- Neurológico (ver rotina)

CHS - JOÃO PAULO II

CUIDADOS

- Ao repor volume no choque hipovolêmico atentar para pacientes cardiopatas necessitam de drogas vasoativas.
- Monitorizar a PVC- (PVC pode chegar a 19cmH2O-padrão axilar).

AÇÕES CORRETIVAS

Caso haja intolerância a volume com congestão pulmonar (considerar distúrbio de contratilidade miocárdica): PAS<70mmHg ou sinais de choque - Dopamina 5 a 10 ug/kg/min. ou PAS70 a 100mmHg s/ choque -Dobutamina 5-10ug/kg/min.

PROCEDIMENTO: Reposição volêmica com hemoderivados

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reconhecer indicações e resultados esperados na transfusão de hemoderivados.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (gelcos, agulhas, seringas, equipos), medicamentos, soluções e hemoderivados, e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Concentrado de Hemácias

- Composição: Hemácias + 100rol de plasma -Cada Unid. eleva Hb em 1g Ht em 3 a 4%
- Volume: 250 ml
- Indicações: Aumentar a massa eritrocitária, Concentrado de Plaquetas (múltiplos doadores)
- Composição: 5,5 x 1010 cel/U - Espera-se elevação de 5000 plaquetas/mm3.
- Volume: 50 ml
- Indicações: Sangramentos devido a trombocitopenia

Plasma fresco congelado

- Composição: Plasma com todos os fatores de coagulação e complemento.
- Volume: 220 ml
- Indicações: Tratamento de distúrbios da coagulação.

CUIDADOS

- Realizar tipagem sanguínea e prova cruzada antes de repor com concentrado de hemácias.
- Havendo reação do tipo anafilática, referir ao protocolo de choque anafilático (PHM 001)

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem das Taquicardias

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERAD OS

- Reconhecer a taquicardia
- Diminuir o seu impacto sobre a morbi-mortalidade
- Reverter o paciente a ritmo sinusal ou arritmia sem risco de vida

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, desfibrilador, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma, material para curativo, material para intubação).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. ABC (Suporte básico de vida)
2. 02 sob cateter nasal a 5 lit/min
3. Acesso venoso com 2 geleos N.16
4. Monitorização com cardioscopia
5. Monitorização da PA
6. Monitorização de sinais vitais
7. Oximetria de Pulso.
8. ECG com 12 derivações e DII longo.
9. Definir se a taquicardia é Instável ou Estável

Instável

Hipotensão arterial, Choque, Alteração sensorial, Insuficiência Ventricular esquerda, precordialgia.

- FC >150bat/min.
- Se consciente, sedar com midazolan O,1 mg/kg IV + opiáceo (Fentanil O, 1 a 0,2 mg IV)
- Iniciar com 50J no "flutter" atrial ou taquicardia paroxística supraventricular.
- Demais arritmias: sequência de 100-200-300- 360 J.

Estável

- Definir se há complexos estreitos ou complexos largos.

CHS - JOÃO PAULO II

- Observação - Ver protocolo específico.

CUIDADOS

Manter material para intubação endotraqueal sempre disponível.

AÇÕES CORRETIVAS

Havendo dificuldade na identificação do tipo de complexo, contatar cardiologista.

PROCEDIMENTO: Abordagem das Taquicardias Estáveis

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconhecer a taquicardia, identificar as taquicardias de complexos estreitos e complexos largos e reverter o paciente a ritmo sinusal ou arritmia sem risco de vida.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável: cateter de O^2, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos e equipamentos (oxímetro de pulso, desfibrilador, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, eletrocardiógrafo) material para curativo e para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. ABC (Suporte básico de vida), 02 sob cateter nasal a 5lit/min e acesso venoso com 2 gelcos N.16
2. Monitorização com cardioscopia, da PA, de sinais vitais e oximetria de Pulso.
3. ECG com 12 derivações e DII longo.
4. Definir se a taquicardia estável tem complexos estreitos ou largos.

Complexos Estreitos

- Se fibrilação ou flutter atrial;
- Se a frequência ventricular não estiver elevada, deve-se apenas observar e estratificar.
- Se a FV estiver elevada -Amiodarona 5-10mg/kg e manter 600 a 1200 mg/dia.
- Se Taquicardia Supraventricular Paroxística: Manobra vagal: não revertendo - Amiodarona 5-10mg/kg.
- Manter infusão de 600-1200mg/dia: não revertendo -avaliar se há QRS alargado.
- Havendo QRS alargado -Lidocaína 1 a 1,5 mg/kg IV: não revertendo -realizar cardioversão elétrica sincronizada,
- Não havendo QRS alargado -Verificar PA. Caso esteja baixa deve-se realizar a cardioversão elétrica.
- Caso PA esteja normal ou elevada- Arniodarona 5 a 10mg/kg IV lento: não revertendo -realizar cardioversão elétrica sincronizada.

Complexos Largos

CHS - JOÃO PAULO II

Se taquicardia ventricular: lidocaína 1 mg/kg IV até 3mg/kg. Revertendo - manter lidocaína 1 a 4 mg/min em infusão contínua. Não revertendo - Amiodarona 5 a 10mg/kg IV lento. Revertendo - Amiodarona 600 a 1200mg/dia. Não revertendo - Cardioversão elétrica para pacientes instáveis.

CUIDADOS

Checar os níveis de K sérico e de digoxina. Na FA ou flutter, caso seja afastada intoxicação digitálica, pode-se acrescentar digital.

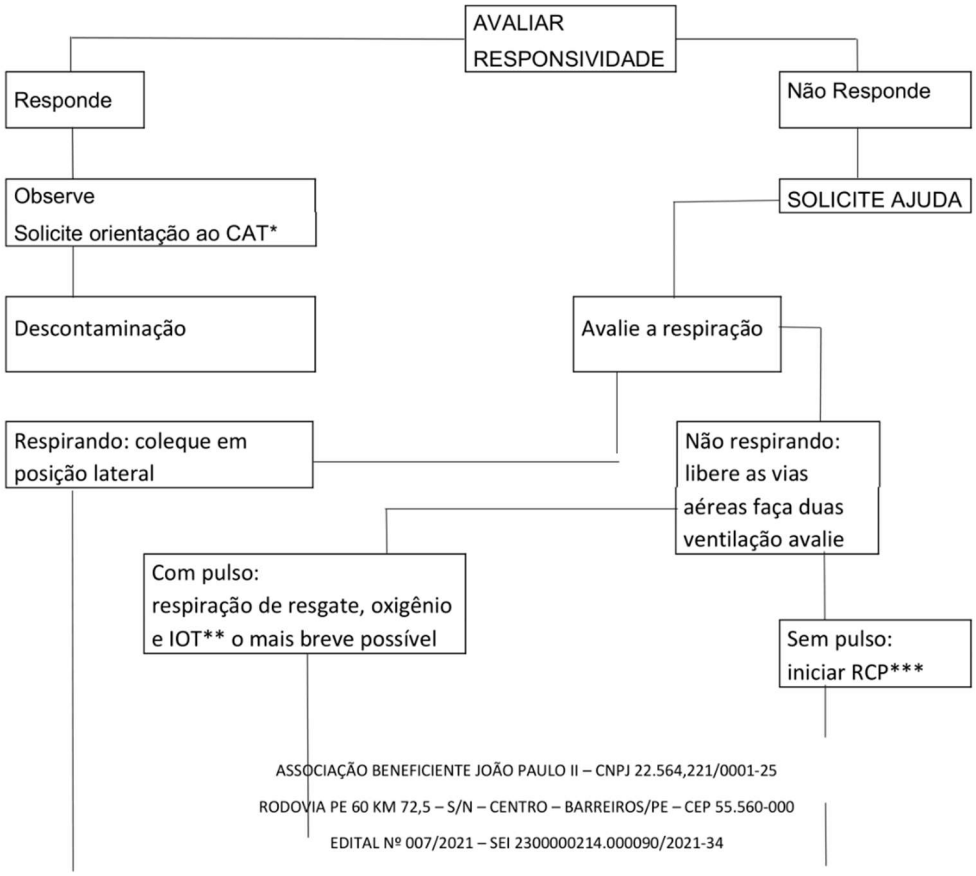
AÇÕES CORRETIVAS

Confirmando-se intoxicação digitálica deve-se suspender o digital e repor o potássio.

PROCEDIMENTO: Abordagem Inicial nas Intoxicações Exógenas

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

O primeiro atendimento é de primordial importância na sobrevida e prevenção de complicações ou sequelas. A abordagem inicial do paciente intoxicado difere muito pouco da preconizada pelos algoritmos universais para o paciente grave.



CHS - JOÃO PAULO II

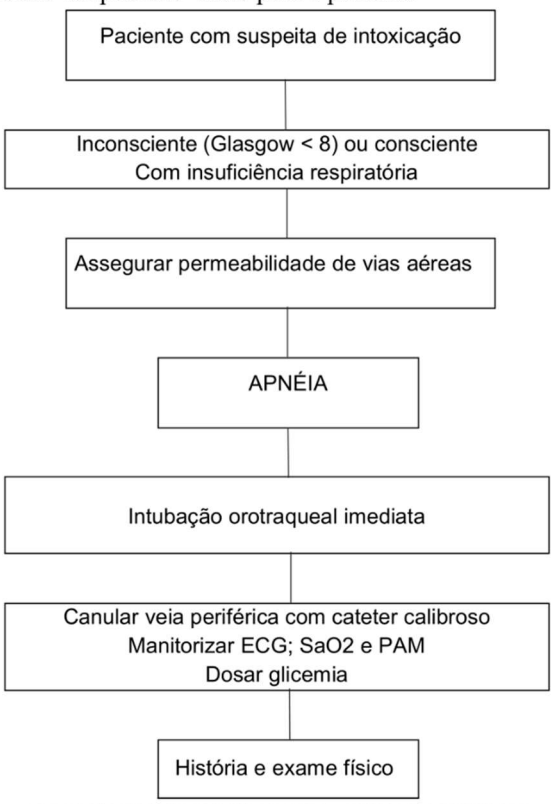
RCP*** com secesso

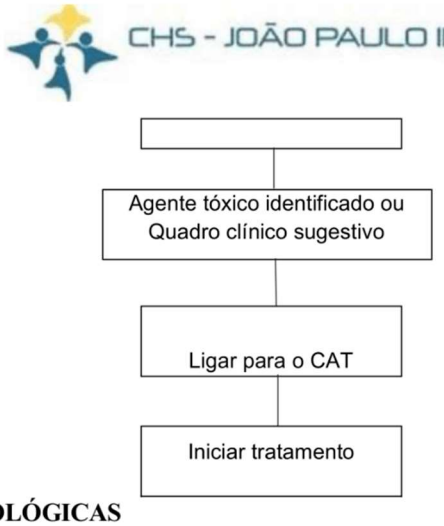
Ligar para a Central Anti Veneno

* CAT = Central Anti Venoso
** IOT = Intubação Ortraqueal
*** RCP = Reanimação Cardiopulmonar

ATENDIMENTO INICIAL INTRA -HOSPITALAR

O paciente intoxicado frequentemente representa uma emergência de início agudo, com comprometimento de múltiplos órgãos, se assemelhando frequentemente a pacientes politraumatizados. Além do tradicional ABC de reanimação, no paciente intoxicado são necessárias outras medidas gerais de desintoxicação, como a descontaminação e administração de antídotos. O médico deve sempre tentar identificar o agente tóxico, mas sua busca nao deve nunca retardar o inicio das medidas terapêuticas vitais para o paciente.





SÍNDROMES TOXICOLÓGICAS

O conhecimento das síndromes toxicológicas é essencial para o reconhecimento do agente intoxicante. A síndrome toxicológica é uma constelação de sinais e sintomas que sugerem urna classe específica de envenenamento.

SÍNDROME ESTIMULANTE

Inquietação, Verborreia, Atividade motora excessiva, Tremor, Insônia, Taquicardia, Alucinações.

SÍNDROME SEDATIVA - HIPNÓTICA

Sedação, Confusão mental, Delírio, Alucinação, Coma, Parestesias, Disestesias, Diplopia, Visão turva. Lentificação da fala, Ataxia, Nistagmo.

OPIÁCIO

Alteração do estado mental, Miose, Bradipnéia, Dispnéia, Bradicardia, Diminuição dos ruídos abdominais, Hipotermia.

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICA

Hipertermia, Íleo, Rubor, Taquicardia, Retenção urinária, Pele seca, Visão turva, Midríase, Diminuição dos ruídos abdominais, Mioclonia, Coreatetose, Psicose, Alucinações, Convulsão, Coma.

SÍNDROME COLINÉRGICA

Salivação, Lacrimejação, Liberação esfincteriana, Diarréia, Emese Broncorréia, Bradicardia.

CHS - JOÃO PAULO II

EFEITOS DAS TOXINAS

O campo de ação da substancia tóxica causadora do envenenamento é amplo, requerendo um grande conhecimento farmacológico e um adequado exame físico focado no nível de consciência e sinais vitais incluindo a temperatura corporal.

COMA

Álcool	Álcool
Anticolinérgicos	Lítio
Arsénico	Opióides
Beta-bloqueadores	Fenciclidina
Colinérgicos	Fenotiazinas
Monóxido de carbono	Salicilatos
Antidepres. tricíclicos	Sedativos-hipnóticos

PUPILAS

Miose	Midriase
Colinérgicos	Anticolinérgicos
Clonidina	Meperidina
Nicotina	Simpatomiméticos
Fenotiazinas	Abstinencia
Fenciclidina	

ESFORÇO RESPIRATÓRIO

Diminuído	Aumentado
Álcool	CO, CN
Barbitúricos	Acidose metabólica
Benzodiazepinicos	Insuficiencia hepática
Opióides	Metahemoglobinemia
	Salicilatos

FREQUÊNCIA CARDÍACA

Taquicardia	Bradicardia
Anticolinérgicos	Alfa-bloqueadores
Antidepres. tricíclicos	Beta-bloqueadores
Simpatimiméticos	Bloq. dos canais de Ca++
Cocaína, anfetamina	Glicosidios cardiacos
Abstinência	Colinérgicos
	Cianeto, Nicotina

PRESSÃO ARTERIAL

Hipertensão	Hipotensão
Similar a taquicardia	CO,CN
	Antidepres. triciclicos
	Ferro
	Opióides
	Nitratos
	Fenotiazinas
	Sedativo-hipnóticos

TEMPERATURA

Hipertermia	Hipotermia
Anticolinérgicos	Beta-bloqueadores
IMAOs	CO
Metais	Colinérgicos
Fenotiazinas	Etanol
Salicilatos	Hipoglicemiantes
Simpaticomiméticos	Sedativo-hipnóticos
Abstinência	

CHS - JOÃO PAULO II

	Teofilina

ANAMNESE

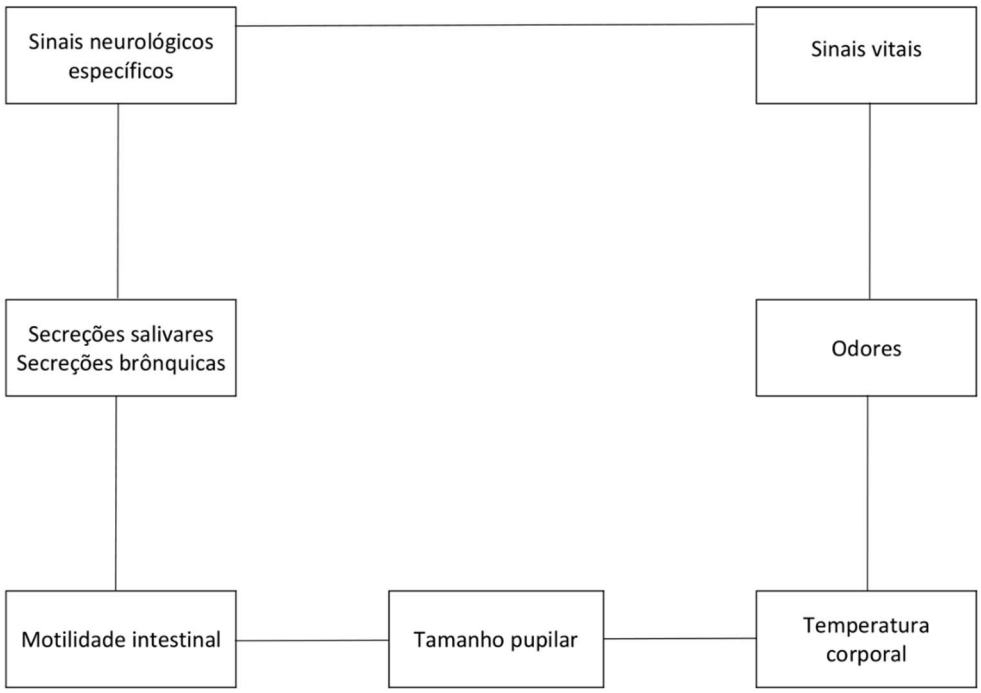
Após a estabilização hemodinâmica deve-se prosseguir com a anamnese e exame físico.

Os 5 Ws:

- Who: "quem" - Identificar o paciente, suas condições, patologias de base e uso de medicamentos.
- What: "o quê" - Identificar o agente tóxico
- Where: "onde" - Via e local da exposição
- When: "quando" - Horário do evento
- Why: "porque" - Motivo e circunstância da exposição

EXAME FÍSICO

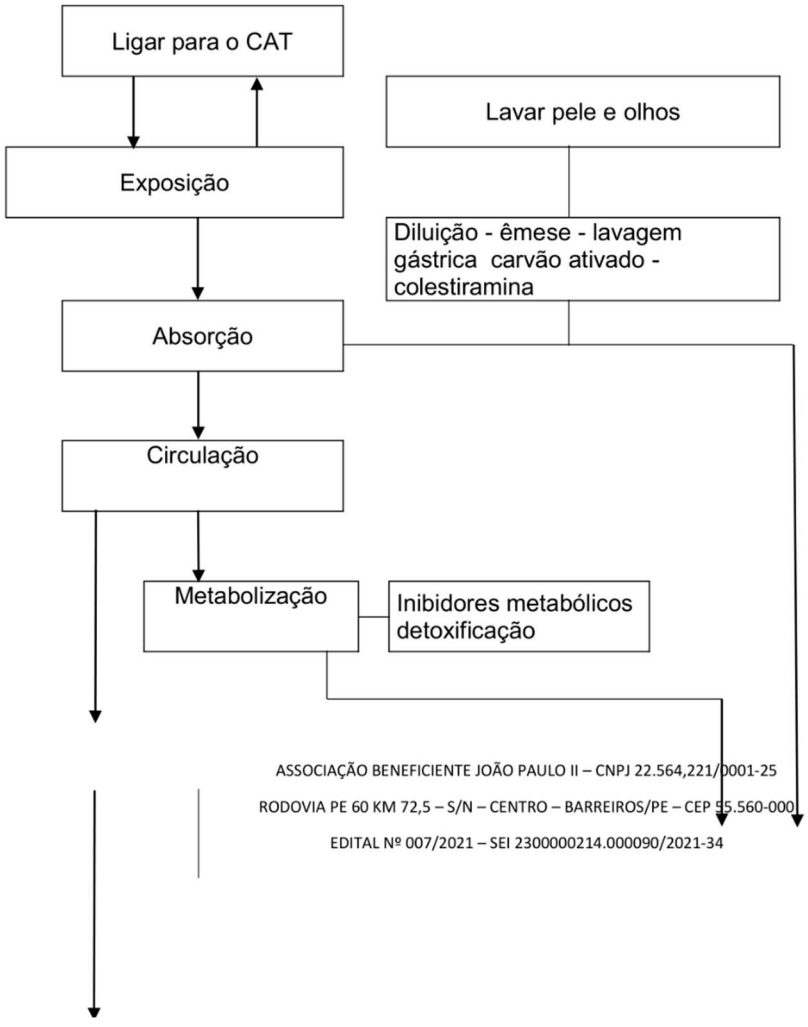
O exame físico deve ser detalhado e orientado quanto aos aspectos toxicológicos, facilitando o reconhecimento de uma síndrome toxicológica.



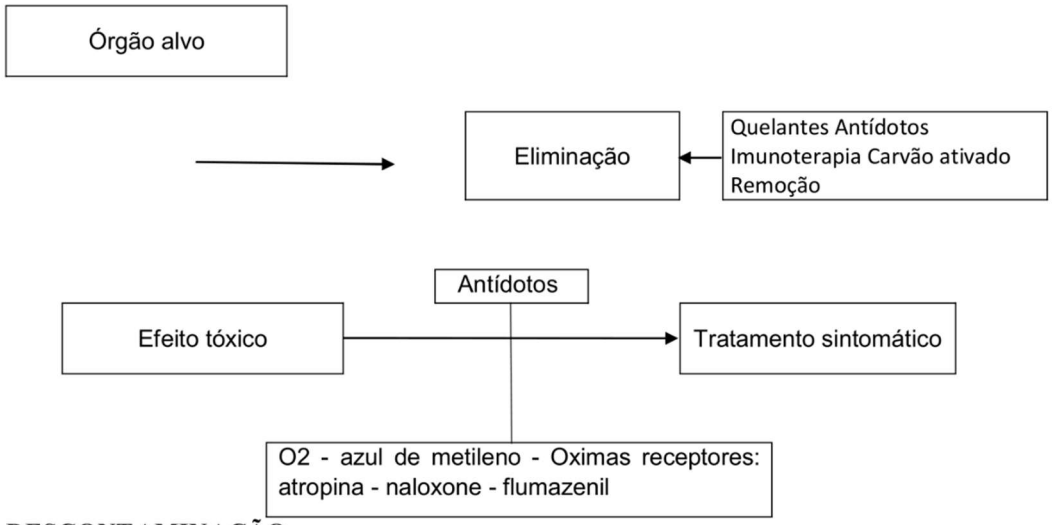
CHS - JOÃO PAULO II

BASES DO TRATAMENTO DO PACIENTE INTOXICADO

O paciente intoxicado deve ser tratado objetivando prevenir, eliminar e tratar todas as consequências do agente tóxico.

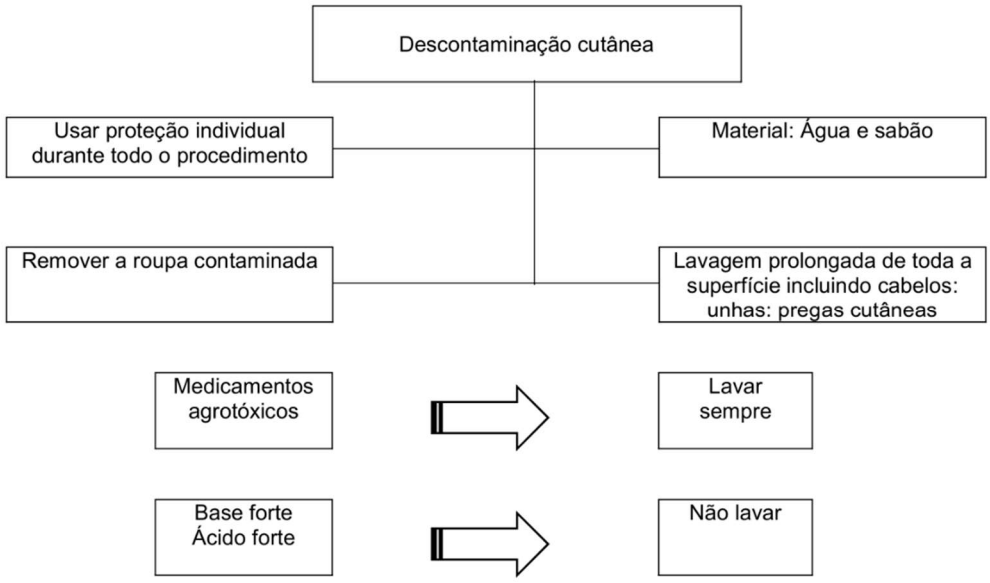


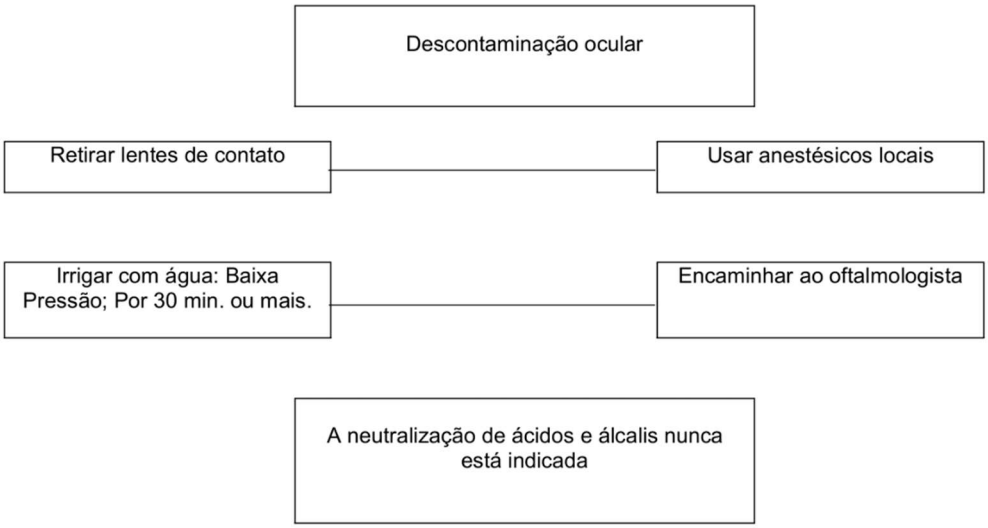
CHS - JOÃO PAULO II



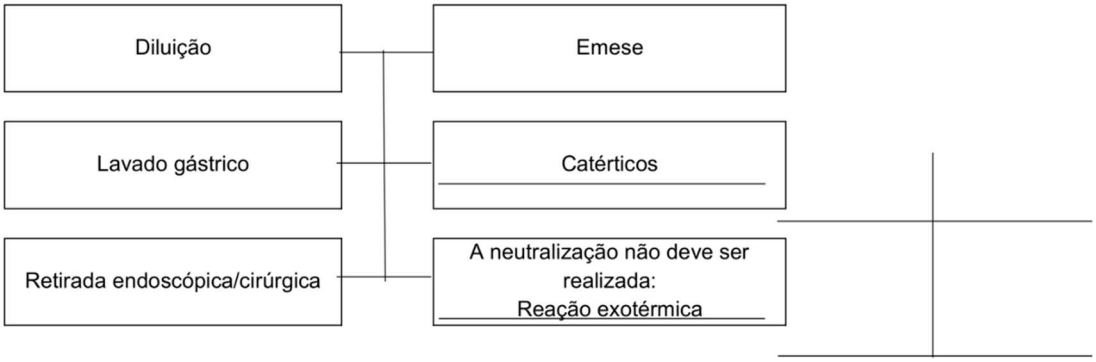
DESCONTAMINAÇÃO

A descontaminação deve ser feita o mais breve possível para: diminuir a exposição a tóxicos e toxinas, prevenir a lesão, evitar ou diminuir a lesão e reduzir a absorção.



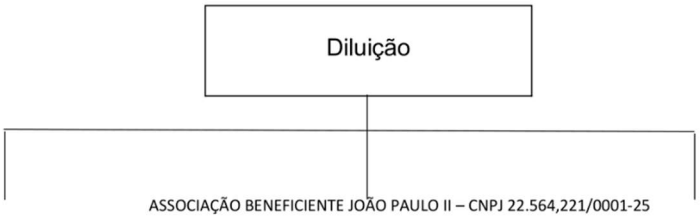


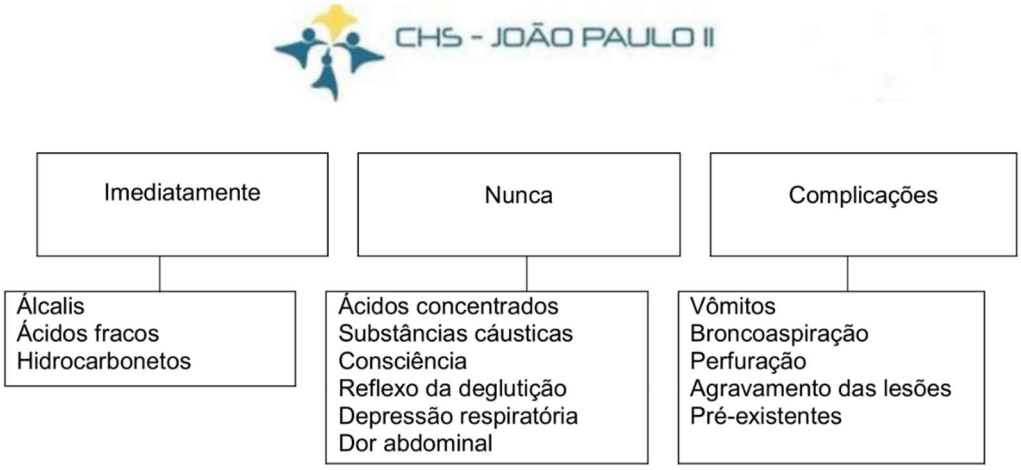
DESCONTAMINAÇÃO GASTRO-INTESTINAL



DILUIÇÃO

A diluição deve ser sempre realizada com o paciente consciente. Tem indicações específicas. Preferencialmente deve ser feita com água ou leite.



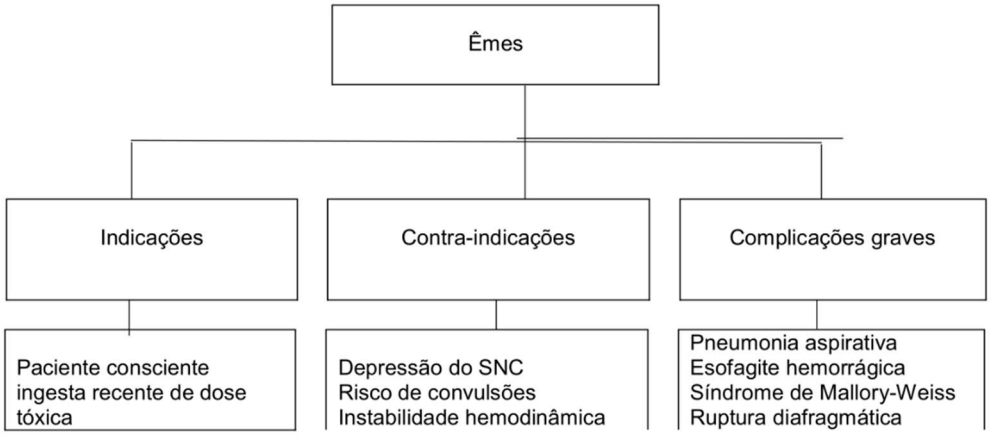


INDUÇÃO DA ÊMESE

A indução dos vómitos é um método não invasivo, simples e que não necessita de hospitalização. Deve ser sempre feita com o paciente consciente e com os reflexos preservados.

Técnicas:

- Água morma com sal;
- Detergente neutro diluído em água;
- Método mecânico;
- Apomorfina ou ipeca.



CHS - JOÃO PAULO II

	+6 meses de idade Idosos Pacientes Debilitados Ingestão de cáusticos Corrosivos e hidrocarbonetos	Pneumomediastino Hemorragia intracraniana

LAVAGEM GÁSTRICA

Está indicada em ingestas recentes (< 2b) de urna dose tóxica. Este intervalo pode alargar-se no caso do paciente em coma ou após a ingestão de substância que retardam o esvaziamento gástrico ou que tenham absorção lenta como: salicilatos, antidepressivos tricíclicos, fenotiazinas, opiácios ou anticolinérgicos. Deve ser precedida de:

- Administração de 60-1 00g de carvão ativado a adultos
- Administração de 1 g/kg de carvão ativado a crianças
- Ter sempre preparado um sistema de aspiração

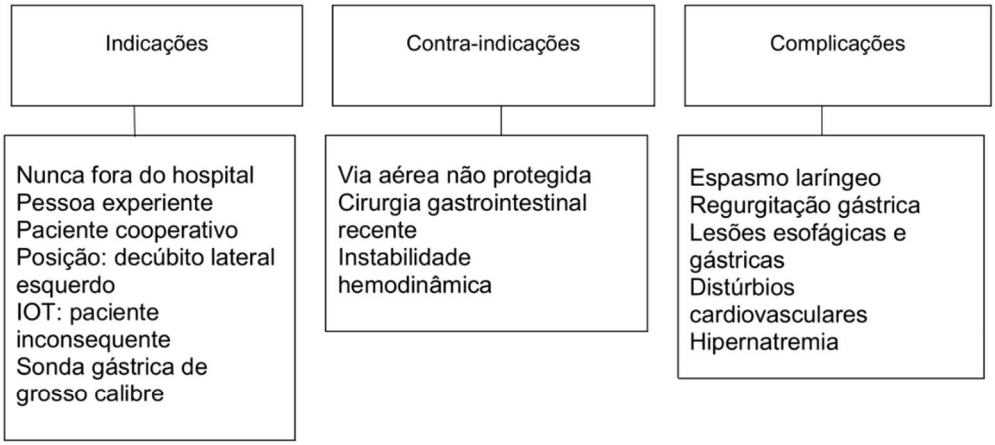
Em pacientes em coma ou com distúrbios de deglutição

- Deve ser precedida por Intubação Orotraqueal (IOT)
- O paciente deve ser colocado em decúbito lateral esquerdo e em leve Trendelemburg com as pernas semi flexionadas.
- Utilizar sonda oro ou nasogástrica de grosso calibre, lubrificada.
- Comprovar a correta localização da sonda, injetando ar e verificando o som no epigástrio.
- Aspirar todo o conteúdo gástrico antes de iniciar a lavagem .
- Realizar a lavagem com água moma ligeiramente salinizada (soro glicosado + fisiológico).
- Mobilizar a sonda se a quantidade de líquido que retoma é menor que a injetada.
- Fazer massagem epigástrica enquanto pratica as manobras de lavagem gástrica

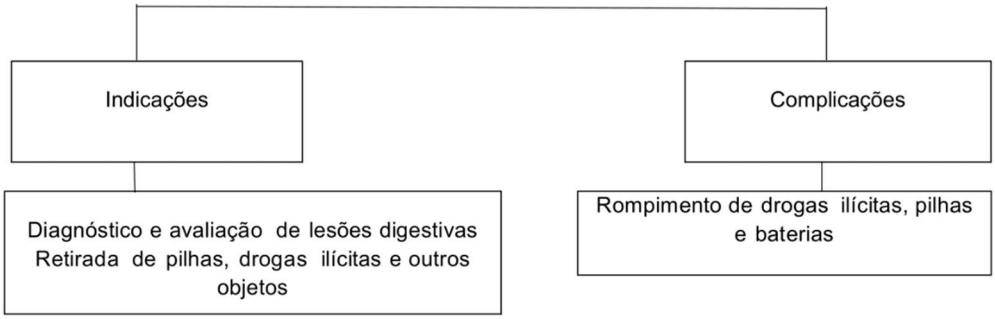
Quantidade de soro preconizada:

- RN: 500ml de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml
- Lactentes: 2 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 50ml ou 5ml/kg
- Pré-escolares: 2-4 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 100ml
- Escolares: 2-5 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 150ml
- Adultos: 3-6 litros de SF 0,9% fracionado em doses de 250ml

Êmes



ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA)/RETIRADA CIRÚRGICA



ADSORVENTES

Os adsorventes são substâncias que tem a capacidade de se ligarem ao agente tóxico, formando um composto estável que não é absorvido pelo trato gastrointestinal, sendo eliminado pelas fezes. Várias substâncias são utilizadas com esta finalidade, dentre elas o Carvão Ativado e a colestiramina. O carvão ativado é administrado por via oral ou por SNG. Deve ser precedido pela administração de catárticos afim de prevenir a impactação de antieméticos.

Indicação de múltiplas doses:

Fármacos que possuem tempo de esvaziamento gástrico prolongado.

CHS - JOÃO PAULO II

- Fármacos que fazem o ciclo entero-hepático
- Administração do carvão ativado.

Dose:

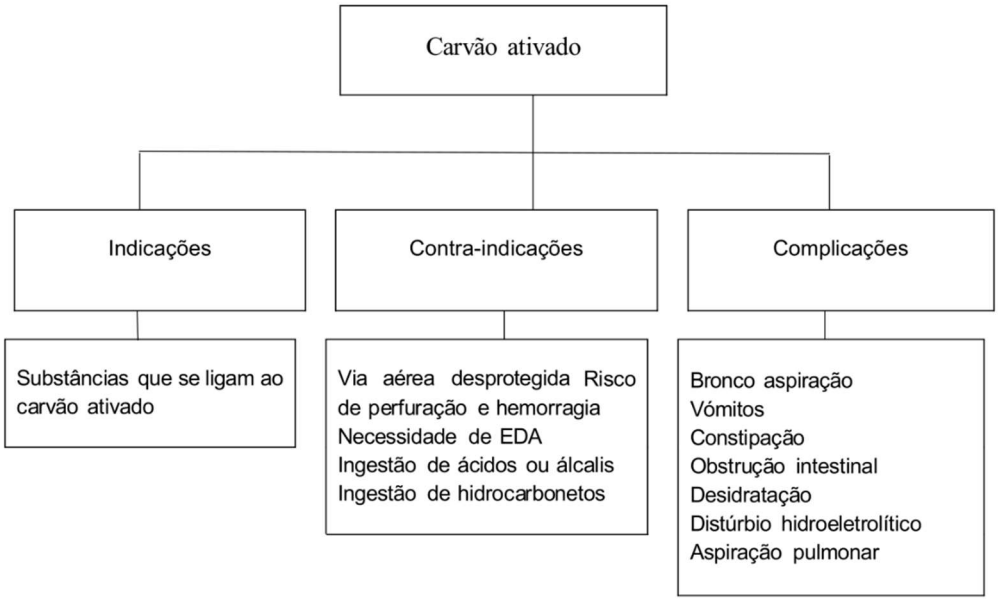
- Crianças < 12 anos = 1 g/kg
- Adultos até lg/kg dose de ataque = 50 a 60g em 250ml SF
- Manutenção = 0,5g/kg-4 a 6h

Recomendações:

- Eficácia máxima até 2h após a ingestão Deixar fechada a sonda por 2h (após lavagem)
- Administrar antiemético (metoclopramida) EV
- Administrar catárticos- 1ª dose
- Limitar seu uso por até 48h devido as complicações intestinais.

A Colestiramina é uma resina de troca iónica que atua sobre os ácidos biliares, impedindo sua reabsorção e interrompendo seu ciclo entero-hepático. Desta maneira aumenta a sua eliminação fecal.

MÉTODOS PARA AUMENTAR A ELIMINAÇÃO



CHS - JOÃO PAULO II

Os tóxicos se eliminam fisiologicamente do organismo por via respiratória, hepática e renal. Outras opções são postas em prática por meios artificiais de depuração.

A diurese forçada e alcalina só são indicadas naquelas intoxicações graves em que o produto tóxico ou seu metabólito ativo se eliminem prioritariamente por esta via. A hemodiálise auxilia na eliminação do tóxico através de sua passagem através de urna membrana semi permeável, para isto, o tóxico precisa ser hidrossolúvel, de baixo peso molecular, com pequeno volume de distribuição e com baixa ligação protéica.

ANTÍDOTOS

Os antídotos são substâncias que têm a capacidade de inibir ou atenuar a ação do tóxico, que lar ou aumentar a velocidade de absorção.

Princípios gerais para a inclusão de um antídoto em um determinado nível assistencial:

- **Que esta substância seja efetiva e de eficácia comprovada**
- Urgência na aplicação do antídoto
- Frequência da intoxicação no meio
- Relação risco x beneficio
- Acessibilidade
- Custo

AGENTE TÓXICO	ANTÍDOTO
Ciaamento metahemoglobinizantes	Azul de metileno
Inseticid as anticolinesterásicos (organofosforados e carbamatos) colinérgicos	Atropina
Fenotiazinas	Biperideno

CHS - JOÃO PAULO II

Bloqueadores dos canais de cálcio, ácido oxálico, ácido fluoridrico, etilenoglicol	Cloreto de Cálcio Gluconato de Cálcio
Ferro	Deferoxamina
(arsênico. níquel, ouro, bismuto, mercúrio)	Dimercaprol
Metanol e etilenoglicol	Etanol
Benzodiazepínicos	Flumazenil
Heparina	Protamina
Ácido aminocapróico e tranexânico	Heparina

ATENDIMENTO ÁS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SUSPEITA DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA E ENVENENAMENTO

AVALIAÇÃO E TRATAMENTO CLÍNICO/CIRÚRGICO

Caberá ao médico o preenchimento da "Ficha de Notificação Compulsória para Acidentes e Violências no DF". Nos casos graves dos pacientes menores e idosos (abuso sexual e espancamento), também notificar ao posto policial ou delegacia de polícia. No caso de violêcia sexual contra a mulher, vide prancha específica.

Coletar amostras de sangue e urina (deve ser aproveitado o material colhido para os exames rotineiros) e informar ao laboratório para armazenar as amostras até oue o IML solicite.

Projéteis e demais corpos estranhos:

Identificar com o nome do paciente, local da extração e nome do médico cirurgião para ser encaminhado a Delegacia de Polícia.

Recuperação Alta	Remoção -Vide rotina específica	Óbito
Alta hospitalar com relatório médico em duas vías: Entregar uma ao paciente. Arquivar a outra no prontuário.		Solicitar ao IML a necropsia, fazer relatório clínico e resumo dos e de imagem. Se possível anexar as radiografías, tomografias e outras imagens.

PROCESSO: PARADA CARDIORESPIRATÓRIA – PCR

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

Atividades Essenciais

PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA

Parada Cardiorrespiratória é a interrupção abrupta da atividade mecânica cardíaca, que pode ser reversível por intervenção imediata, mas leva a morte, na sua ausência Ocorre de forma súbita e inesperada, em indivíduos sem doenças prévias ou naqueles com doenças incuráveis que evoluam para PCR, não por evolução natural da doença e, sim, por causas extrínsecas passíveis de reversão (AHA- ACC). Como identificar uma PCR? O diagnóstico deve ser feito com a maior rapidez possível e compreende a avaliação de três parâmetros: responsividade, respiração e pulso. Os C A B D da RCP (Avaliação Primária)

C (circulation): circulação;
A (airway): vias aéreas;
B (breathing): respiração;
C (defibrillation): desfibrilação ou drogas*;

CHS - JOÃO PAULO II

D Avaliar o pulso + iniciar as compressões torácicas; A: Posicionar o paciente e abrir as vias aéreas;

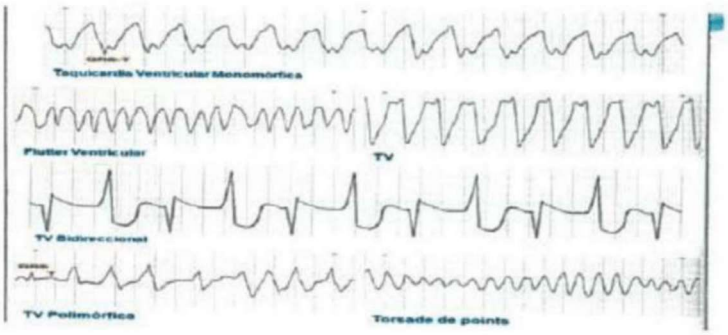
E: Estabelecer duas ventilações.

- Enquanto o DEA /Recurso Disponível indicar choque, NÃO interromper os esforços de RCP
- Iniciar manobras de RCP na cena e manter os esforços a caminho do hospital, se houver indicação de transporte.
- Os esforços de RCP devem ser prolongados em pacientes que apresentem hipotermia, overdose de drogas ou outras causas potencialmente reversíveis de PCR.

Em SIV, uma vez iniciados os esforços de RCP eles só serão interrompidos diante de situações previstas nos critérios de suspensão abaixo. CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OS ESFORÇOS DE RCP:

- Por ordem médica oriunda da Regulação, do SAV, do GRAU ou do hospital de destino;
- Após rendição por outro profissional médico no hospital;
- Por exaustão da equipe;
- Por condições ambientais inseguras e/ou muito insalubres;
- Por condições de insegurança pessoal na cena;
- Por sucesso da reanimação (restabelecimento da circulação e ventilação espontâneas e eficazes).

Aplicar o desfibrilador quando disponível. Checa-se o ritmo: FV/TV, assistolia ou AESP;

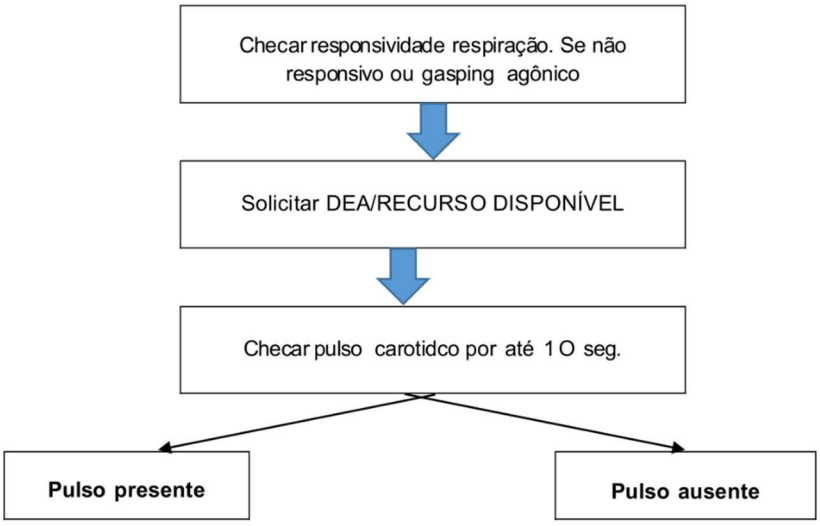


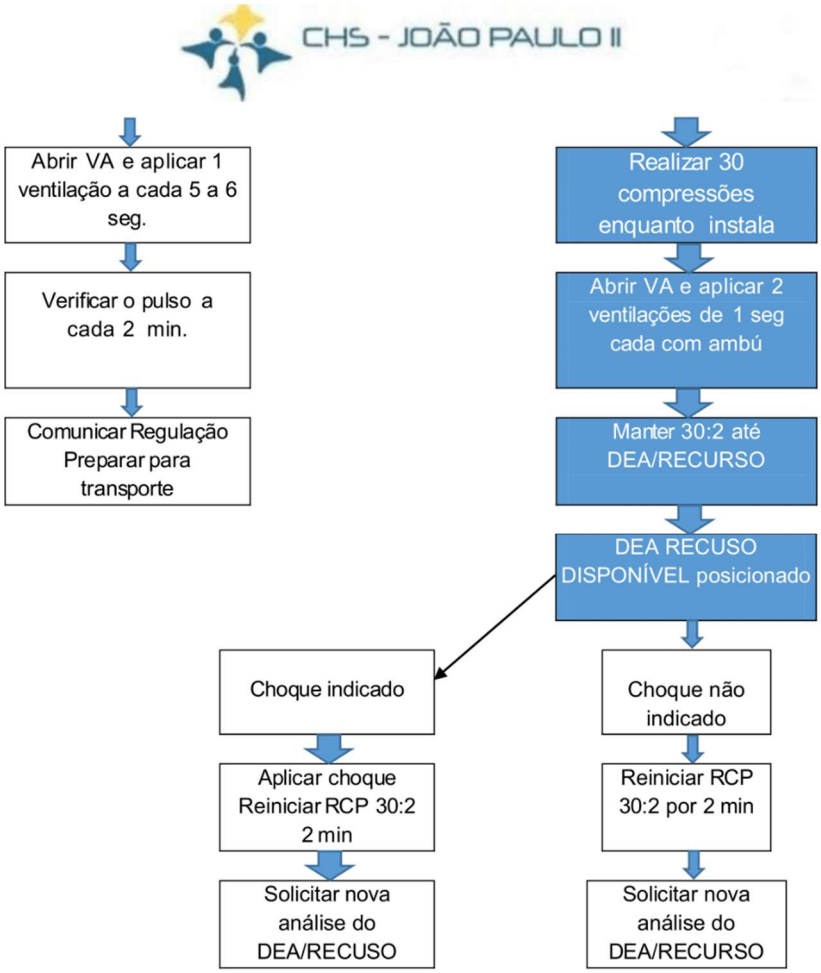
1) FV/TV: desfilar o paciente (1 choque jaules e 360 no desfibrilador monofásico) - Reversão > 85% dos casos. Persistindo FV/TV, repetir 1 choque de 360J a cada intervalo de ressuscitação cardiopulmonar (2 minutos).

Observação: Os desfibriladores disponíveis na rede podem ser monofásicos, portanto, a carga para desfiliação é de 360J. Para utilização de desfibriladores bifásicos a carga Inicial será de 200J.

CHS - JOÃO PAULO II

FLUXOGRAMA DE PCR EM ADULTOS: SIV





A: Intubação do paciente, não é obrigatório se a ventilação com ambu e mascara elevar o tórax.
B: Ventilação não-sincronizada para pacientes intubados, manter RCP 30:2 para pacientes não intubados
C: Monitorização (eletrodos, oxímetro, manguito), acesso venoso, compressões torácicas (não sincronizadas), se o paciente estiver intubado.
D: administração de drogas:

PROTOCOLO FV/TV

Epinefrina	1 ap = 1 ml = 1 mg Dose: 1 mg cada 3 mim
Amiodarona	1 ap= 3 ml= 50 mg/ml Dose: 300 mg IV bolus 2ª dose 150 mg após 5 min
Lidocaina	1 fr = 20 ml = 20 mg/ml Dose: 1,5 mg/Kg cada 3 mim Dose máx: 3 mg/Kg

CHS - JOÃO PAULO II

Sulfato de Magnésio	Iap (10%) = 10 ml = 0,1 g/ml Dose: 1 a 2 g IV bolus

PPPOEIE

- Assistolia: protocolo de linha isoelétrica (CAGADE)
- Verificar se o monitor e o desfibrilador estão ligados
- Verificar todas as conexões: dispositivo - cabos, cabos - paciente, dispositivo - pás - paciente.
- Verificar GANHO ou SENSIBILIDADE selecionado no desfibrilador/monitor
- Selecionar derivacáo e fazer urna rápida verificacáo do ritmo em cada derivação.

TRATAMENTO DAS POSSÍVEIS CAUSAS DE AESP/ASSISTOLIA – Hs e Ts

ETIOLOGIA	TRATAMENTO
Hipovolemia	Fluídos
Hipóxia	02 a 100% (EOI)
Hipercalemia / Hipocalemia	Bicarbonato / Repositor de potácio
Hipotemia	Reaquecimento
Acidose (Hidrogênio)	Bicarbonato
Pneumotórax hipertensivo	Descompressão
Intoxicação por drogas	Antagonista
Tamponamento cardiáco	Pericardiocentese
Tromboembolismo pulmonar	Trombolíticos?
IAM	PTCA-Trombólise

- Quando monitor "EM PÁS" fazer urna rotação de 90° para verificar se há vetor de FV (pá do estemo superior direito para o estemo superior esquerdo; pá do ápice esquerdo para a borda inferior direita do esterno).

Referências Bibliográficas

- AQUINO, ESTELA M. L. et al. Adolescencia e reprodução no heterogeneidade dos perfis sociais. Cad. Saúde Pública 2003, vol.19 .
- BARTON CW. Evaluation and treatment of headache in the emergency department: a survey. Headache 34: 91 - 94, 1994.
- Benet LZ, Mtchell JR, Sheiner LB. Pharmacokinetics: the dynamics of drug absortion, distribution and elimination. In: Goodman and Gliman. The Phannacological Basis of Therapeutics. Ed. Pergamon Press; 1990. p.3-32.
- BIGAL ME; BORDINI CA & SPECIALI JG. Epidemiology of headache in two primary care units. Cephalalgia. Em publicação.
- BIGAL ME; BORDINI CA & SPECIALI JG. Headache at an Emergency Room. Tema livre apresentado no 9th Congress of the Intemational Headache Society,junho de 1999. Cephalalgia 19 (4): 415, 1999.

CHS - JOÃO PAULO II

• BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica - 7. ed, - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p.
• Centers for Diseases Control and Prevention. CDC Recommendations for the Amount of Time Persons with Influenza-Like Illness Shouldbe Away from Others.
• Centers for Diseases Control and Prevention.Antiviral Agents for the Treatment and Chemoprophylaxis of Influenza Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Recommendations andReports/Vol. 60/No. 1 January 21, 2011 Disponível em: www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6001.pdf
• Departamento de Acões Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. Brasilia 2006.
• Douglas l. Hyponatremia: why it matters, how it presents, how we can manage It. Cleve Clin J Med 2006;73(Suppl 3):S4-12
• Freda BJ, Davidson MB, Hall PM. Evaluation of hyponatremia: a little physiology goes a long way. Cleve Clin J Med 2004;71(8):639-50.
• MAUSKOP A; ALTURA BT; CRACCO RQ & ALTURA BM: Intravenous magnesium sulfate rapidly alleviates headaches of various types. Headache 36: 154-160. 1996.
• MIGUEL, Eurípedes Constantino, Valentim Gentil, Wagner Farid Gattaz. Clínica Psiquiátrica: A visão do departamento e do instituto de psiquiatria do HCFMUSP. Manole. Barueri- SP, 2011.
• Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência ao Planejamento familiar: Manual Técnico. Brasilia. DF. 4ª Edição. 2002.
• Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Anticoncepção de Emergência: Perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília. 2005. Ministério da Saúde. Secretaria de Atencáo a Saúde.
• Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Programa Nacional de Atendimento a doença vascular aguda, MS-2009. Disponível em:
http ://pwweb2.procempa com. br/pmpa/prefpoa/redebrasilavc/usu doc/projeto nacional de atendimento ao avc.pdf.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tabela de Glasgow

RESPONSÁ VEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Pontuar o estado neurológico do paciente segundo a escala de Glasgow.

MATERIAL NECESSÁRIO

Impresso para anotação

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Abertura Ocular (1 a 4):

1. Nenhuma
2. A dor
3. A voz
4. Espontânea

Resposta Verbal (1 a 5):

1. Nenhuma
2. Sons ininteligíveis

CHS - JOÃO PAULO II

Se Preservado, determinar se há distúrbio respiratório grave: nível de consciência preservado com distúrbio respiratório grave ($SatO^2$ < 90%, apesar de 0^2, Respiração Paradoxal e pulso paradoxal > 20mmHg, arritmias ventriculares:

- Checar Rx para pneumotórax;
- O^2 sob cateter nasal 5 1/min., monitorização com oxímetria de pulso e acesso venoso coro gelco n.º 20;
- CPAP por máscara, caso fracasso, com diminuição do nível de consciência ou choque iniciar Ventilação Mecânica com os mesmos parâmetros acima.
- Hidratação venosa com SF a 0,9% de acordo coro caso clínico
- B2-agonista inalatório: salbutamol 2 a 3 "puffs" de 4/4horas ou 2,5 a 5mg de 4/4 horas.
- Ipratropium inalatório 2 a 8 "puffs" de 6/6horas.
- Metilpredinisolona 125 mg IV
- Casos refratários, tratar como Nível de Consciência Deprimido.

CUIDADOS

- Solicitar hemogasometria.
- Solicitar Rx de tórax (afastar pneumotórax e checar presença de infiltrados)
- Solicitar leucograma (estar atento a infecção coexistente).
- Solicitar ainda Ht/Hb, Creatinina, Ureia, Na, K e Mg séricos, ECO e glicemia.

AÇÕES CORRETIVAS

- Afastar causas de descompensarão: IVE, Infecção, TEP, Depressão do Centro Respiratório, Alergias Respiratórias, Pneumotórax.
- Instituir antibiótico terapia se houver suspeita de infecção. (Sulfametaxazol /trimetropim ou amoxacilina /clavulonato ou cefaclor).

PROCEDIMENTO: Abordagem da dor abdominal

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar a causa da dor abdominal, promovendo o seu alivio.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, Sonda retal e nasogátrica, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, estetoscópio, tensiômetro) material para curativo,

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Obter sinais vitais
2. Palpar abdome
3. Realizar toque retal

CHS - JOÃO PAULO II

Havendo hipotensão, abdome em tábua ou massa pulsátil

1. Chamar Cirurgião
2. Obter 2 acessos venosos com gelcos N.14
3. Tipar e cruzar sangue
4. Repor com Ringer Lactato
5. Sonda nasogástrica
6. Colher sangue para Ht/Hb, leucograma, amilase
7. Havendo hipotensão persistente após 3 litros de Ringer fazer Rx de tórax
8. Laparotomía

NÃO havendo hipotensão, abdome em tábua ou massa pulsátil

1. História
2. Exame Físico e pélvico
3. Solicitar Ht/Hb, Ur, Creatinina, eletrólitos, amilase, ECG, TGO, TGP, bilirrubinas
4. Referir ao Protocolo de Alívio da dor aguda

CUIDADOS

- Evitar analgésico antes de fechar diagnóstico.
- Exames radiológicos iniciais: Rx tórax PA e Perfil e Rx de abdome em 2 incidências

Considerar causas comuns com base na dor:

Quadrante Superior Direito: Colecistite, Hepatite e Abscesso Hepático
Epigástrio: Doença Péptica, Pancreatite, Aneurisma e IAM
Quadrante Superior Esquerdo: Infarto Esplénico, Pancreatite e Bayo roto
Flanco: Pielonefrite, Cálculo Renal e Apendicite
Dor Abdominal Baixa: aneurisma, Apendicite, Diverticulite e Doença Inflamatória Pélvica
Cólica: Gastroenterite, Obstrução Intestinal e Colite isquêmica,

PROCEDIMENTO: Alívio da Dor Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Promover o alívio dador aguda, após determinar a causa de sua origem.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eltrocardiograma), material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Dor Leve/Moderada

Uso do Trato Gastrointestinal Impossível

CHS - JOÃO PAULO II

- Com efeito antiinflamatório : Antinflamatório não esteróide (ANE) IV ou IM (Diclofenaco 75mg IM 1 ou 2X dia)
- Sem efeito antinflamatório: Dipirona IV (Dipirona – 1 amp dil, IV por frações)
- Uso do Trato Gastrointestinal Possível
- Com efeito antinflamatório: ANE (Diclofenaco - 25 a 50mg VO de 12/12 ou 8/8h)
- Sem efeito antinflamatório: Acetaminofen 650mg de 4/4h ou Dipirona 35gts VO de 6/6h

Dor Intensa

- IAM - Morfina 10mg IV de 3/3h ou 4/4h
- MUSCULOESQUELÉTICA / PÓS-OPERATÓRIA - Tramado! 50 a 100mg IV de 4/4h com ou sem Diclofenaco 75mg IM 1 ou 2 X ao dia ou Morfina 10mg IV de 3/3 ou 4/4h associado a Diclofenaco 75mg IM 1 ou 2 X ao dia.

Pré-procedimento invasivo

- Indicações: Cardioversão, Intubação, Redução de fraturas ou luxações, Drenagem de abscessos
- Associar Midazolam (0,05 a 0,15mg/kg IV) associado a fentanil (100 a 200ug IV)

CUIDADOS

- Evitar analgésico antes de fechar diagnóstico.
- Cuidado com a dose no uso de morfina e tramado, no aciente idoso

PROCEDIMENTO: Sedação

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Promover sedação de acordo com a necessidade clinica e quadro do paciente.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eltrocardiograma), material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Ansiólise – Indicação: Ansiedade e distúrbio de pânico

- Benzodiazepínicos – Diazepam 5 a 10 mg VO de 6/6 h
- Para ansiedade – Brmazepam 1,5 a 3 mg VO até 8/8 h

CHS - JOÃO PAULO II

Tranquilezação Rápida – Indicação: Controle rápido de pacientes agressivos

- Antipsicóticos – Haloperidol 5 mg IV
- Aguardar 20 mim, se não houver respos, dobrar a dose

Sedação Inconsciente – Inconsciência, perda de reflexos de proteção, amnésia de risco

- Indicações: Cardioversão, Intubação
  - Midazolan – 0,05 a 0,15 mg/kg IV
  - Fentanil 100 a 200 ug IV

Sedação consciente – Conciência mantida, respostas a comandos verbais, reflexosde proteção mantidos, baixo risco – Indicações: Manipulação de fraturas, reduzir luxações

Drenar abcessos grandes

- Midazolan – 0,05 a 0,15 mg/kg IV
- Fentanil 100 a 200 ug IV

CUIDADOS

- Dispor de cardioscopia, desfibrilador, oxímetro e material para reverter PCR.
- Dispor de Flumazenil e Naloxane

PROCEDIMENTO: Reversão do Efeito de Sedativos e Opiáceos

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Promover reversão do efeito de narcóticos e benzodiazepínicos.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringas, agulhas, equipos, cateteres, gaze, algodão), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (tensiômetro, estetoscópio, oxímetro de pulso)

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Antagonismo de narcóticos

- Naloxone: 0,4 a 2 mg IV. Dose máxima é de 10mg.

Antagonismo de Benzodiazepínicos

CHS - JOÃO PAULO II

- Flumazenil: 0,2 a 0,5 mg IV, repetir a cada 30 seg até dose máxima de 3 mg.

Antagonismo dos narcóticos

- A duração de ação é menor que a dos opiáceos comuns (2 a 3h) e é necessária a observação.

Antagonismo dos Benzodiazepínicos

- A duração de ação é menor que a dos benzodiazepínicos comuns (2 a 3h) e nova sedação é comum.

CUIDADOS

Manter paciente com vias aéreas pérvias e sob controle direto.

PROCEDIMENTO: Profilaxia do Tétano

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Promover adequada profilaxia do tétano em pacientes com ferimentos.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (seringas, agulhas, gaze, algodão medicamentos (ver abaixo)
- Cartão da vacina

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Pacientes não vacinados, com vacina incerta, vacinado com menos de 3 doses
- Ferimentos de Baixo risco

CHS - JOÃO PAULO II

- Vacinação + Cuidados Locais
- Demais Ferimentos
- Vacinação + Cuidados locais + Gamaglobulina
- Pacientes com vacinação correta com última dose há menos de 5 anos
- Ferimentos de Baixo Risco
- Cuidados Locais
- Demais Ferimentos
- Cuidados Locais
- Pacientes com vacinação correta com última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos
- Ferimentos de Baixo Risco
- Cuidados Locais
- Demais Ferimentos
- Cuidados Locais + vacinação de Reforço
- Pacientes com vacinação correta com a última dose há mais de 1 O anos.
- Ferimentos de Baixo Risco
- Cuidados Locais + Vacinação de Reforço.
- Demais Ferimentos
- Cuidados Locais + Vacinação de Reforço

CUIDADOS

Realizar curativo da ferida removendo todos os debris.

AÇÕES CORRETIVAS

Caso vacina não esteja disponível encaminhar o paciente a Posto de Saúde.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Isquemia Mesentérica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Confirmar o diagnóstico de Isquemia Mesentérica
- Definir conduta terapêutica na Isquemia Mesentérica.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eltrocardiograma) material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

CHS - JOÃO PAULO II

Suspeitar quando a dor abdominal súbita em paciente de risco, Idade > 50, ICC, IAM recente, hipotensão, embolia e vasoconstricção.

1. Manter via aérea pérvia
2. 02 sob cateter nasal a 5 lits/min
3. Acesso venoso com 1 gelco N.18 ou 20
4. Suporte circulatório
5. Antibióticoterapia
6. Cefalosporina de 3a ou amicacina +
7. Metronidazol ou clindamicina
8. Rotina radiológica de abdome agudo
9. Se houver sinais de irritação peritoneal e pneumoperitónio - Contactar Cirurgião
10. Caso não tenha achados significativos considerar transferir para centro que realize angiografia seletiva de artéria mesentérica superior

CUIDADOS

- Corrigir ICC, Hipotensão, Hipovolemia, Arritmias, Hipoxemia.
- Solicitar hemograma, eletrólitos, Ur, Cr, glicemia, coagulograma, hemogasometria, CPK, LDH, Bilirrubinas, amilase.
- Consulta com cirurgião.

PROCEDIMENTO: Hemorragia Digestiva Baixa

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Confirmar o diagnóstico de Hemorragia Digestiva Baixa
- Definir conduta terapêutica na Hemorragia Digestiva Baixa

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (luvas, cateter de oxigênio, sonda nasogástrica, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro), material para curativo.

PRINCIPA1S ATIVIDADES

CHS - JOÃO PAULO II

- Manter via aérea pérvia
- 02 sob cateter a 5 lits/min
- Acesso venoso com 2 gelcos N.14
- Cardioscopia e oximetria de pulso
- Manter pressão segundo protocolo de choque
- Dieta zero
- Retosigmoidoscopia
- Tratamento endoscópico ou cirúrgico

CUIDADOS

- Colonoscopia é urna técnica dificil de ser empregada em sangramentos maciços pela falta de preparo.
- 75% dos sangramentos param espontanearnente.
- Solicitar ainda eletrólitos, Ur, Cr, glicemia, coagulograma, hemogasometria, ECG e Rx de abdome em 2 incidências

AÇÕES CORRETIVAS

- Se o paciente nao estabilizar com 2000ml de cristalóide - reposição com concentrado de hemácias.
- . Caso haja coagulopatia, fazer plasma fresco ou plaquetas.

PROCEDIMENTO: Hemorragia Digestiva Alta

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Confirmar o diagnóstico de Hemorragia Digestiva Alta
- Definir conduta terapêutica na Hemorragia Digestiva Alta

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, luvas, sonda nasogástrica, equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro, endoscópio) material para curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

CHS - JOÃO PAULO II

1. Manter via aérea pérvia
2. 02 sob cateter a 5 l/min
3. Acesso venoso com 2 gelcos N.14
4. Cardioscopia e oximetria de pulso
5. Manter pressão segundo protocolo de choque
6. Dieta zero
7. Sonda Nasogástrica- Lavagem com SF a 0,9% até retorno claro.
8. Colher sangue para tipagem e prova cruzada, Ht/Hb, plaquetas e função hepática
9. Iniciar omeprazol venoso 20 a 40mg IV/dia ou Bloqueador de H2 com Ranitidina 50mg IV 8/8h
10. Solicitar endoscopia digestiva alta de urgência.
11. Se houver varizes de esófago -realizar tratamento endoscópico.
12. Se houver lesão péptica - tentar tratamentoendoscópico, havendo falha - cirurgia.

CUIDADOS

- Se o paciente for cirrótico, limpar cólon com manitol e iniciar esquema de pré-coma hepático.
- Solicitar ainda eletrólitos, Ur, Cr, glicemia, coagulograma, hemogasometria, ECG e Raio x de abdome em 2 incidências, Raio x de tórax em PA e perfil.

AÇÕES CORRETIVAS

- Se o paciente não estabilizar com 2000 *ml* de cristalóide - reposição com concentrado de hemácias.
- Caso haja coagulopatia, fazer plasma fresco ou plaquetas.
- Caso haja insucesso no tratamento endoscópico de varizes de esôfago:
- Somatostatina 250 ug IV seguido por 250 ug h/h
- Balão de Sengstaken Blackmore - Inflar balão gástrico com 200ml de ar, tracionar e depois balão esofagiano com 30 a 40 ml.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Diarréia Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Certificar-se de doença autolimitada
- Promover estabilização hemodinâmica do paciente.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringas, agulhas, gelco, luvas, coletores para exame, equipo de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (termômetro)

PRINCIPAIS ATIVIDADES

CHS - JOÃO PAULO II

- Caso haja sinais e sintomas de diarreia inflamatória =Atenção Imediata
- (Febre > 38,5o, sangue nas fezes, dor abdominal intensa, sinais de peritonite, diarreia > 5 dias, desidratação intensa, toxidade) - Internar Sempre
- Desidratação Intensa, Toxicidade, Vômitos Proeminentes, Peritonite, Idade Avançada, Hepatopatia:

1. Repouso no leito
2. Dieta zero
3. Acesso venoso 1 gelco N. 14
4. Em casos de desidratação ou vômitos severos: repor com Ringer Lactato de acordo com protocolo.
5. Solicitar exame de leucócitos nas fezes.
6. Se febre alta, tenesmo, sangue e leucócitos positivos nas fezes
7. Ciprofloxacina 500mg 2X por 5 dias ou SMZ/TMP

CUIDADOS

- Principais causas de diarréia aguda: Infecção, toxinas ou drogas.
- Considerar antibiótico venoso nas primeiras 24-48 horas
- 90% dos casos sao doenças autolimitadas
- Melhora em 5 dias, não necessita de exames
- Dieta: Evitar fibras, gordura, laticínios, cafeína e álcool
- Encorajar alimentos de fácil digestão: sopas, chá, biscoitos "cracker".
- Reidratação VO com soluções eletrolíticas.

PROCEDIMENTO: Acidente Vascular Cerebral – AVC

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Diagnosticar AVC e evitar progressão do AVC

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, luvas, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinente (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma) material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

CHS - JOÃO PAULO II

1. ABC
2. 02 sob cateter nasal a 5 lits/min
3. Hemogasometria
4. Manuseio de vias aéreas
5. Cardioscopia, oxímetro, sinais vitais, glicemia capilar
6. ECG com 12 derivações
7. Tratar possíveis arritmias, convulsões e hipotensão.
8. Tratar hipertensão: (PA sist> 180 e PA diast > 120 mmHg)
9. Labetalol 20 –40 mg IV repetir 30/30 min.
10. Nitroprussiato de Sódio - 0,5 a 1 O ug/kg/min IV
11. Contactar neurologista
12. Solicitar vaga em UTI

CUIDADOS

- Cuidado com hipotensão -pode provocar AVC isquêmico
- Apenas heparinizar o paciente se constatado AVC isquêmico e após opinião do especialista.
- Nifedipina SL está CONTRA-INDICADA.
- No AVC hemorrágico obter parecer de neurocirurgião sobre indicação cirúrgica,
- Solicitar ainda, Ht/Hb, Ur, Cr, eletrólitos, ECG e Rx de tórax em PA (risco de aspiração), leucograma.

AÇÕES CORRETIVAS

Após a estabilização inicial transferir para Unidade com tomografia computadorizada.

PROCEDIMENTO: Crise Convulsiva

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Proteger o paciente de trauma.
- Reverter o quadro convulsivo

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oximetro de pulso, glicosímetro, estetoscópio,

CHS - JOÃO PAULO II

tensiômetro, respirador, aparelho de eltrocardiograma) material para curativo, material para intubação

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Afastar objetos que possam ferir a vítima
- Não conter ou tentar introduzir objetos em sua boca

Se a crise cessar espontaneamente:

1. ABC
2. Acesso venoso com Gelco N.20
3. 02 sob cateter nasal a 5 lits/min
4. Manuseio de vias aéreas (Avaliar necessidade de intubação se inconsciência com hipoventilação)
5. Realizar glicemia capilar- Se glicemia < 50mg- Glicose a 50%, 50ml IV

Se a crise não cessa

1. ABC
2. Acesso venoso com Gelco N.20
3. Manuseio de vias aéreas
4. Diazepam 5mg IV até 20mg
5. Se necessário intubar e assistir ventilação
6. Hidantal 20mg/kg IV em SF a 0,9% - 50mg/min.

CUIDADOS

- Considerar hidantalização nas crises que cessam espontaneamente - 20mg/kg em SF a 0,9% durante 30min.
- Nas crises que nao cessam pode-se repetir 2a dose de ataque de hidantal se necessário.
- Evitar o uso de tiopental.
- Ao estabilizar o quadro, contactar com neurologista
- Solicitar Ht/Hb, glicemia, Ur, Cr, eletrólitos, ECO

AÇÕES CORRETIVAS

- Nas crises que não cessam espontaneamente, considerar: fenobarbital 10mg/kg IV - infundir 50mg/min, podendo ser repetido.
- Se persistir, pentobarbital 5mg/kg IV lento.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Sinusite Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir o diagnóstico de sinusite
- Alívio da dor

MATERIAL NECESSÁRIO

CHS - JOÃO PAULO II

Material descartável (luva), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes, termômetro.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Quadro Clínico

- Dor sobre o seio acometido
- Obstrução Nasal
- Secreção nasal unilateral ou bilateral esverdeada ou amarelada
- Cefaleia não pulsátil
- Febre baixa.
- Etmoidal: Dor retrorbitária e ao movirnento ocular, edema periorbitário.
- Esfenoidal: Cefaleia generalizada com irradiação para o occipital, poderá haver edema periorbitário, oftalmoplegia, diplopia.

Tratamento

l. Analgesia - Acetaminofen com ou sem codeína + calor local (ver protocolo da dor aguda)

2.Descongestionantes nasais tópicos ou sistêmicos (uso até 5 dias)

3.Antibióticos Sistêmicos: Amoxacilina 500mg 4Xdia (10/14 dias) ou SMZJTMP 80/400mg, 2 comp, 2X ao dia (10/14 dias) ou Amoxacilina-clavulonato VO 3X ao dia (10/14 dias)

CUIDADOS

- Solicitar Hemograma coro leucograma
- Rx de seios da face é desnecessário quando a clínica é típica.
- Indicação de complicações -Necessário Internamento:
- Cefaléia que piora
- Febre e calafrios
- Rigidez de nuca
- Edema palpebral e ptose
- Convulsões
- Leucocitose > 20.000

AÇÕES CORRETIVAS

Casos complicados, contactar especialista.

PROCEDIMENTO: Abordagem do Paciente com Pneumonia

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir o diagnóstico de Pneumonia e iniciar o tratamento adequado

MATERIAL NECESSÁRIO

CHS - JOÃO PAULO II

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos, luvas), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (termômetro, estetoscópio, tensiômetro), Laudo do RX, exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

l. Realizar Rx de Tórax em PA.

2. 02 sob cateter nasal.

3. Definir quanto a tratamento Ambulatorial ou Internamente.

Serão internados os pacientes idosos ou muito jovens, toxêmico (hipotensão, taquicardia), hipoxêmicos, com doenças concomitantes: diabetes, Insuficiência Renal, ICC, DPOC.

Pneumonia comunitária em adultos

- (Fumantes: S. pneumoniae, H. influenzae, Moxarella catarrhalis; Sem co-morbidade: Mycoplasma, Clamydia pneumoniae, viral; Alcoolismo: S. pneumoniae, anaeróbicos, coliformes; Epidemia: Legionelose, psitacose).
- Azitromicina 500mg VO lX e depois 250mg por 4 dias, ou
- Claritromicina 500mg de 12/12h por 10 días; ou
- Fluoroquinolona ou Amoxacilian ou Amoxacilina/Clavulonato ou Cefalosporina de 2ª geração.

Pneumonia comunitária em adultos que necessite internação

- Cefalosporina de 3a geração + Eritromicina 500mg 6/6h IV, por 10 dias; ou
- Azitromicina (mesmo regime acima); ou
- Fluoroquinolona; ou
- Amoxacilina/clavulonato

Pneumonia de aspiração comunitária

- (Bacterióides (15%), B.fragilis peptoestreptococos, fusobacterium sp, S.milleri)
- Clindamicina 450 a 900 mg IV de 8/8h; ou
- Cefoxitina 2g IV de 8/8h

CUIDADOS

- Nos pacientes internados, manter curva térmica, leucograma e Rx diário.
- Solicitar Hemograma com leucograma, função renal e glicemia,

PROCEDIMENTO: Cetoacidose Diabética

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir o quadro de cetoacidose diabética.
- Iniciar o tratamento do quadro crítico.

CHS - JOÃO PAULO II

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (luvas, sonda nasogástrica, sonda vesical, cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos luvas), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, estetoscópio, tensiômetro, glicosímetro), material para curativo, exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Quadro Clínico

- Hiperglicemia > 250 mg¾
- pH < 7.3
- Bicarbonato < l 5mEq/l

Conduta

- Manter vias aéreas pérvias
- Acesso venoso com gelco N.16
- SF a 0.9% 3000 ml a 5000ml-1000ml na la hora e 500ml/h
- Sonda nasogástrica e vesical, se paciente inconsciente.
- Bicarbonato apenas se pH < 7.0 até o pH chegar a 7.1
- Insulina Regular IV -O, I Unid/kg ern "bolus" seguida por O, 1 Unid/kg de h/h ern infusão continua, controlar com glicemia de h/h, caso ausencia de resposta em 2 horas, a dose pode ser dobrada
- Potássio 20 a 30 rnEq/h se K+ inicial baixo ou após 2 a 3h de boa diurese.
- SG a 5% quando a glicemia chegar a 250 mg¾ e manter insulina IV em dose baixa para clarear cetonemia – 1 a 2 UI/hora

CUIDADOS

- Caso K+> 5 rnEq/l não repor potássio
- Evitar quedas bruscas de glicemia-risco de edema cerebral.
- Manter glicemia > 200 mgo/o nas 1 as 24horas
- Leucocitose com desvio, não significa infecção
- Amilase alta não significa pancreatite
- Monitorizar: Glicemia, Calemia, pH, Cetonúria ou cetonernia, ECG para avaliar K+, Eletrólitos e Hemogasometria

AÇÕES CORRETIVAS

Procurar fatores desencadeantes, e tratá-los: Infecção, IAM ou Interrupção da terapêutica.

PROCEDIMENTO: Acesso venoso central I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Punção da veia subclávia com abordagem na linha clavicular.

MATERIAL NECESSÁRIO

CHS - JOÃO PAULO II

Material descartável (seringas, agulhas , gaze, algodão álcool iodado, campo, intracath, equipo de soro) medicamento (ver abaixo), solicitação de Raio X

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Posicionar o paciente em Trendelemburg (IS) para distender as veias do pescoço. Rodar a cabeca do paciente para o lado oposto;
- Realizar a limpeza e colocar os campos;
- Anestésico local;
- Introduzir a agulha 1 cm abaixo da junção do 1/3 médio com 1/3 medial da clavícula;
- Manter sempre a agulha paralela ao plano frontal e dirigi-lo medial e cranialmente;
- Quando o sangue fluir, guiar o bisel da agulha caudalmente, remover a seringa, introduzir o cateter na profundidade pré-determinada;
- Remover a agulha e conectar o cateter ao equipo de soro;
- Fixar o cateter.

CUIDADOS

- Solicitar RX de controle;
- Posicionar o soro aberto abaixo da linha do tórax a fim de observar retomo do sangue;
- Auscultar o tórax após passagem do cateter;
- Checar radiografia de tórax.

AÇÕES CORRETIVAS

- Reposicionamento do cateter;
- Drenagem torácica caso apresente hemotórax ou pneumotórax.

PROCEDIMENTO: Acesso venoso central II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Punção da veia jugular interna: via central ou medial.

CHS - JOÃO PAULO II

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringa, agulhas, intracath, gaze, campo, algodão, equipo de soro, álcool iodado, esparadrapo) medicamento (ver abaixo) , material para curativo, solicitação para RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Posicionar o paciente em Trendelemburg (IS). Rodar a cabeca do paciente para o lado oposto;
- Realizar a limpeza e colocar os campos;
- Anestésico local;
- Introduzir a agulha no centro do triangulo pelos dois feixes do músculo estemocleidomastroídeo e pele clavícula.
- Direcionar a agulha caudalmente, paralelo ao plano sagital em um angulo posterior de 30° em relação ao plano frontal
- Quando o sangue fluir para a seringa, remover a seringa e introduzir o cateter até a profundidade pré-determinada;
- Remover a agulha e conectar o cateter ao equipo de soro
- Fixar o cateter

CUIDADOS

- Solicitar RX de controle;
- Posicionar o soro aberro abaixo da linha do tórax a fim de observar retorno do sangue;
- Auscultar o tórax após passagem do cateter;
- Checar radiografia de tórax.

AÇÕES CORRETIVAS

- Reposicionamento do cateter;
- Drenagern torácica caso apresente hemotórax ou pneumotórax.

PROCEDIMENTO: Dissecção venosa

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CHS - JOÃO PAULO II

RESULTADOS ESPERADOS

Obtenção de acesso venoso

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringa, agulhas, intracath, gaze, campo, algodão, equipo de soro, álcool iodado, esparadrapo) medicamento (ver abaixo), material para curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Preparar a pele com soluções antissépticas e cobrir a área;
- Infiltrar a pele sobre a veia escolhida com lidocaína 0,5%;
- Fazer urna incisão cutânea transversa de+ ou -2~5cm;
- Identificar e separar as veias das estruturas próximas, por dissecação Romba, usando urna pinça hemostática curva;
- Elevar e dissecar a veia por urna distância de + ou -2cm;
- Ligar a veia distalmente, deixando o fio sem cortar utilizando-o para tracionar a vera;
- Passar um fio em tomo da veia proximalmente;
- Fazer urna pequena venotomia transversa e dilatá-la com ponta de pmca hemostática fechada;
- Introduzir um cateter através da venotomia e fixá-lo;
- Conectar o equipo intravenoso a cânula e fechar a incisão com pontos separados.

CUIDADOS

- Observar refluxo de sangue após cateterização da veia;
- Curativo cornpressivo.
- Informe a enfermagem que se trata de um cateter

PROCEDIMENTO: Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquémicas Miocárdicas Instáveis

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA SALA DE EMERGENCIA

CHS - JOÃO PAULO II

Operacionalidade

As diretrizes implicam em abordagem sistematizada dos pacientes com dor torácica, tendo como características:

- Programa de avaliação de pacientes com dor torácica, caracterizados como de moderado a baixo risco de eventos coronarianos ou Morte, com sistematização,
- Unidade funcional para diagnóstico e tratamento das Síndromes Isquémicas Agudas.
- Corpo Clínico treinado: Médicos e Enfermeiras.

Equipamentos e Servicos Complementares

- Central com Oxigênio, Vácuo e Ar comprimido; Monitor; Desfibrilador; Oxímetro; PAM não invasiva; Eletrocardiógrafo.
- Servico de Radiologia com funcionamento em horário integral.
- Laboratório equipado para dosagens de Troponinas, CPK e CK-MB.
- Serviço de Ecocardiografia
- Serviço de Ergometria
- Serviço de Cintilografia
- Serviço de Hemodinâmica

Objetivos

- Priorizar o atendimento dos Pacientes com dor torácica.
- Agilizar o atendimento e o diagnóstico etiológico.
- Otimizar a acurácia diagnóstica das Síndromes Coronarianas Agudas.
- Reduzir a taxa de Hospitalizacáo inapropriada de pacientes sem Síndrome Coronariana Aguda
- Reduzir a taxa de liberação inapropriada de pacientes com Síndrome Coronariana Aguda.
- Reduzir o tempo de repercussão coronária nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.
- Reduzir os custos da investigação diagnóstica

Fluxograma

Os Pacientes serão estratificados em um Fluxograma baseado nas características da dor torácica na admissão e os achados eletrocardiográficos.

- História Clínica com caracterizacáo do tipo de dor e Exame Físico.
- A Anamnese inicial identifica urna dor torácica como típica ou atípica:

Dor Típica

Dor Tipo A : Definitivamente Anginosa

CHS - JOÃO PAULO II

3. Palavras desconexas
4. Confusa
5. Orientada

Resposta Motora (1 a 6)

1. Ausente
2. Extensão anormal
3. Flexão anormal
4. Retirada a dor
5. Localiza a dor
6. Obedece a comandos

CUIDADOS

- Avaliar a cada item individualmente.
- Pontuar o paciente a cada tomada de nova decisão terapêutica,
- Paciente com Glasgow de 3 proceder a documentação de morte cerebral e acionar central de transplantes de órgão (se houver).

PROCEDIMENTO: Abordagern do Paciente com DPOC

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reverter quadro emergencial mantendo ventilação e perfusão de 0^2, com Sat O^2 de 90%.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de 0^2 equipos, seringas, agulhas, gelcos, medicamentos) e equipamentos (respirador, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, eltrocardiógrafo) material para curativo e para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Avaliar Nível de Consciência (Deprimido ou Preservado)

Se Deprimido (sempre distúrbio respiratório grave): sedar, intubar e ventilação mecânica VPPI (Ventilação a pressão positiva intermitente), Volume Corrente de 8ml/kg, Frequência Respiratória de 10-14/min, Relação I/E de 1 :3. (Sedar e curarizar se necessário).

CHS - JOÃO PAULO II

Dor Tipo B - Provavelmente Anginosa

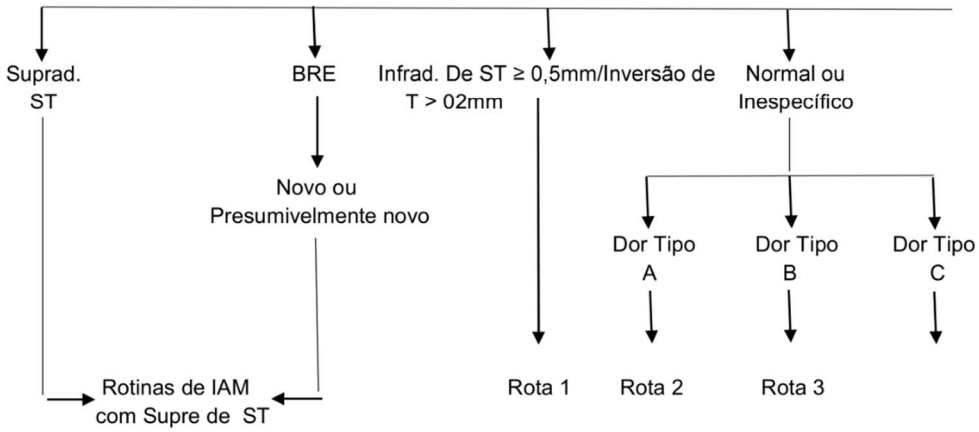
Dor Atípica

Dor Tipo C : Provavelmente nao anginosa

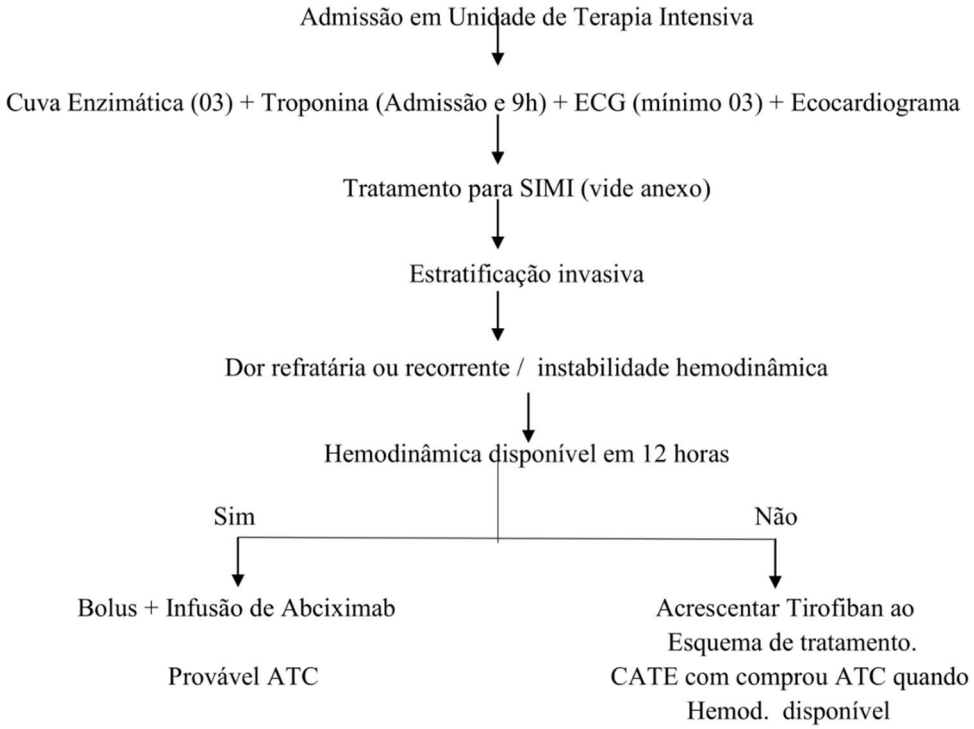
Classificação: ao do Tipo de Dor
Dor Tipo A - Definitivamente Anginosa Dor Torácica que dá ao Médico examinador a certeza do diagnóstico de Insuficiência Coronariana Aguda, independentemente dos resultados dos Exames Complementares. (Dor/desconforto retroestemal ou precordial, com piora ou desencadeada ao esforço físico, com duração maior de 5 minutos e aliviada com re ouso ou Nitrato em menos de 10 min.
Dor Tipo B - Provavelmente Anginosa Dor torácica cujas características faz da Insuficiência Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para sua confirmação. Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosas).
Dor Tipo C - Provavelmente não anginosa Dor torácica cujas características não faz da Insuficiência Coronariana a principal suspeita diagnóstica, porém necessitando o Médico de Exames complementares para sua exclusão. (Tem algumas poucas características da dor definitivamente anginosas).
Dor Tipo D - Definitivamente não anginosa Dor Torácica que não apresenta nenhuma característica da dor definitivamente anginosa ou que apresentem alta suspeição para outro diagnóstico.

FLUXOGRAMA DE ABORDAGEM DA DOR TORÁCICA NA SALA DE EMERGÊNCIA

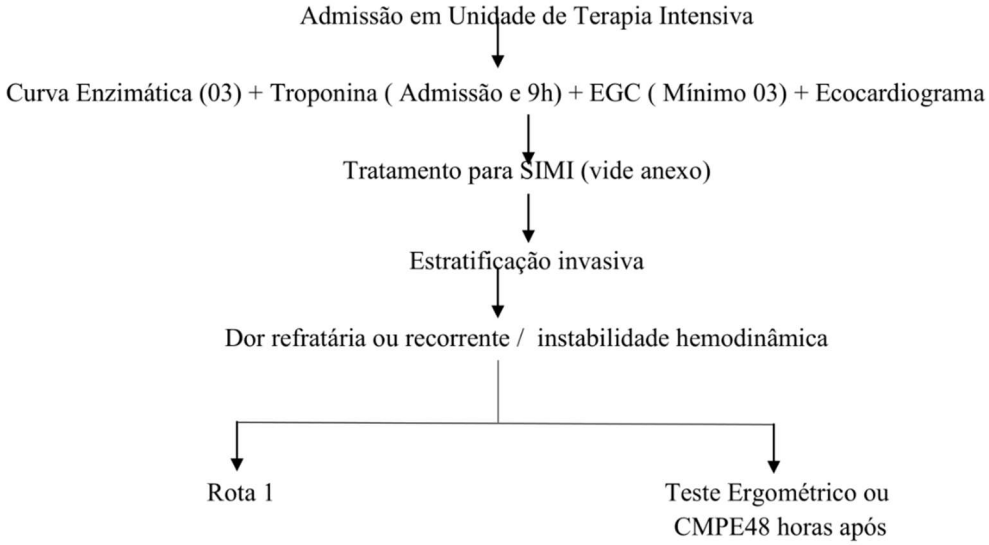
Dor Torácica (Rx Normal)+ Eletrocardiograma



Rota 1


Admissão em Unidade de Terapia Intensiva
Cuva Enzimática (03) + Troponina (Admissão e 9h) + ECG (mínimo 03) + Ecocardiograma
Tratamento para SIMI (vide anexo)
Estratificação invasiva
Dor refratária ou recorrente / instabilidade hemodinâmica
Hemodinâmica disponível em 12 horas
Sim
Não
Bolus + Infusão de Abciximab
Provável ATC
Acrescentar Tirofiban ao
Esquema de tratamento.
CATE com comprou ATC quando
Hemod. disponível

Rota 2

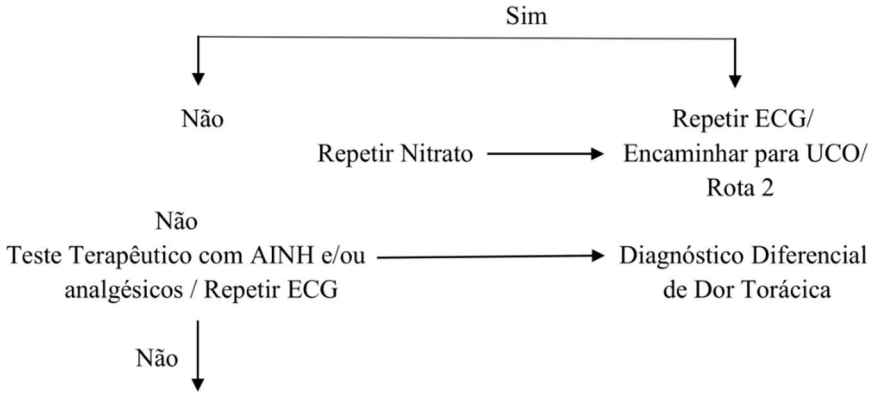

Admissão em Unidade de Terapia Intensiva
Curva Enzimática (03) + Troponina (Admissão e 9h) + EGC (Mínimo 03) + Ecocardiograma
Tratamento para SIMI (vide anexo)
Estratificação invasiva
Dor refratária ou recorrente / instabilidade hemodinâmica
Rota 1
Teste Ergométrico ou
CMPE48 horas após

CHS - JOÃO PAULO II

OBS.: Os Pacientes provenientes da Rota 3 que seguirem o braç invasiva poderão realizá-la 24 horas após a admissão.

Rota 3

Teste Terapêutico Inicial com Nitrato Sublingual / Controle do Duplo Produto

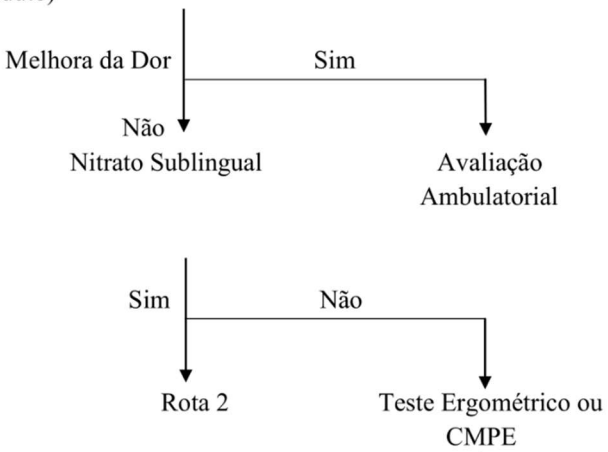


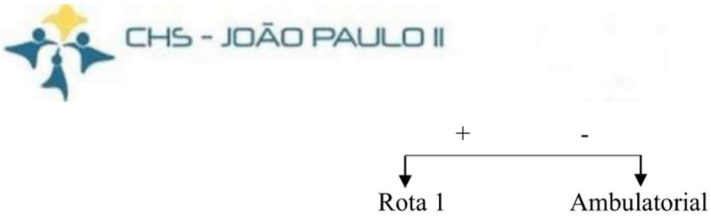
Observar por 12 a 24 horas / Manter medidas anti isquêmicas, exceto É para imunização e Nitrato Venoso / Teste Ergométrico ou CMPE 12 a 24 horas, caso não ocorra alteração eletrocardiográfica enzimática (02 CK-MB - Admissão e 09 horas) ou recorrência de dor.

Obs.: Ficar atento para os níveis pressóricos durante a repetição da dose de Nitrato.

Rota 4

Teste Terapêutico com AINH e/ou Analgésicos
(Após Controle do Duplo Produto)





CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA

Todos os Pacientes deverão ter a classificação de Braunwald e TIMI Score em suas hipóteses diagnósticas.

TERAPEUTICA ADJUVANTE DAS S.I.M.I.

Medidas Gerais Iniciais:

- Repouso no Leito com monitorização eletrocardiográfica continua, PA não invasiva e oximetria de pulso.
- Morfina ou Meperidina quando os síntomas não forem controlados com as medidas antisquêmicas ou na presença de congestão pulmonar.
- Oxigênio suplementar para os pacientes que se apresentam com dispnéia ou cianose, Saturação de Oxigênio < 90% ou no máximo nas primeiras 2 - 3 horas nos pacientes que evoluam sem complicações.
- Nitroglicerina, comp. Sublingual ou Spray seguido pela administração Intravenosa.
- Aspirina na dose inicial de 200mg (mastigada) ou 100 a 300 mg nos pacientes que já fazem uso regular.

TRATAMENTO ESPECÍFICO

1. Nitratos - Dose:

- Sublingual: NTG 0,30 a 0,44mg / Dinitrato de Isosorbida 5mg (01 comp.) a cada 5 min, dose máxima de 15mg.
- Intravenoso: NTG I 0-20 mcg/min. Aumentar 5-10mcg cada 5-10 min

Atenção (Contraindicações):

l. PAS < 90 mm Hg
2. Infarto Ventrículo Direíto
3. Uso de Sildenafil nas últimas 24 hs
4. Limitar queda da PAS:
   - % se normotenso
   - 30% se hipertenso

BETA-BLOQUEADORES

Quando?

Em todos os pacientes com IAM sem elevação de ST ou Angina instável que não apresentem contraindicações.

Como?

Metoprolol

CHS - JOÃO PAULO II

5mg IV lento; repetir após 5mm (total 15mg), observando Pressão Arterial e Frequência Cardíaca.

Nos pacientes com boa tolerancia iniciar a terapia oral com doses de 100 a 200 mg/dia ou outro Betabloqueador (Propranolol/ Atenolol).

Contra -indicações ao uso dos Betabloqueadores

1 Frequência Cardíaca < 60 bpm
2 Pressão Arterial Sistólica < 100 mmHg
3 Sinais de Insuficiência Ventricular Esquerda
4 Edema Agudo de Pulmão
5 Sinais de hipoperfusão Periférica
6 BAV 1 º grau com P-R > 0,24 Seg
7 BAV 2° ou 3° grau
8 DPOC grave
9 História de Asma Brônquica
10 Doença Vascular Periférica

Clopidogrel

Quando?

1 Pacientes que apresentem contraindicações absolutas ou relativas ao uso do AAS
2 Pacientes com Angina lnstável de Alto Risco (Inversão da Onda T > 02 mm ou Infradenivelarnento do Segmento S-T > 0,5 mm) ou Infarto sem Supradesnível do Segmento S-T.

Como?

1 Dose de Inicial de 300mg (04 comp.) e manutenção de 75mg/dia

Ácido Acetil Salicílico

Quando?

Todo pacientes com IAM e AI que não apresentem contraindicações ao seu uso.

Como?

Dose inicial de 200mg (Mastigar) ou manutenção da dose de 100 a 300 mg/dia nos pacientes com relato de uso regular da mesma. Manter o uso indefinidamente.

Heparina Não Fracionada

Quando?

Em todos os pacientes com Angina Instável ou IAM sem onda Q que não apresentem contraindição ao seu uso.

Como?

Bolus: 60UI/Kg com dose máxima de 5000 UI

CHS - JOÃO PAULO II

Manutenção: 12UI/Kg com dose máxima de 1 OOOUI/h reajustando a velocidade de infusão de acordo com quadro em anexo.

TTPa (seg)	Bolus	Parar Infusão	Velocidade	Repetir TTPa
< 40	3000 UI	0 mim	+ 2 ml/h	6h
40-49	0	0	+ 1 ml/h	6h
50-70	0	0	0	24h
71 -85	0	0	- 1 ml/h	24h
86-100	0	30 min	- 2 mJ/h	6h
101 - 150	0	60 min	- 3 ml/h	6h
> 150	0	60 min	- 6 ml/h	6h

Bloqueadores dos Canais de Cálcio

Quando?

- Em pacientes com isquemia recorrente, quando betabloqueadores são contraindicados, na ausência de disfunção Ventricular Esquerda (Veraparnil e Diltiazem).
- BCC de longa duração para isquemia recorrente na ausência de contraindicação quando betabloqueadores e Nitratos estiverem em dose máxima.

Pravastatina

Quando?

Em todos os Pacientes com quadro clínico de Angina Instável que apresentam LDL - Colesterol > 115 mg

Como?

Iniciar com dose de 20 mg / dia e posterior reajuste de dose ambulatorial.

CHS - JOÃO PAULO II

Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis

ROTINAS DA UNTDADE CORONARIANA PARA TRATAMENTO DOS PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO S-T

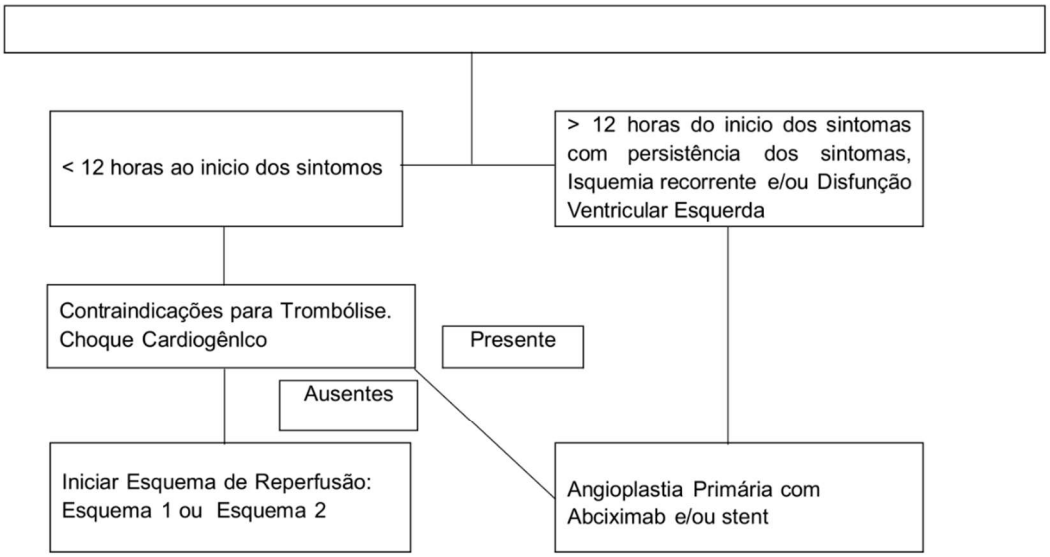
Dor Torácica sugestiva de Isquemia

Avaliação Imediata:	**Tratamento Geral Imediato:**
1.Obter sinais vitais. História e Exame Físico objetivos com ênfase nas contraindicações para Trombólise. 2.Monitorização Cardíaca e Saturação de Oxigênio 3.Obter acesso venoso 4.Obter ECG (12 derivações + V3r; V4rY7, V8) 5.Obter Rx de Tórax	1.Oxigênio 051/min 2.Aspirina 200mg (Mastigar e engolir) 3.Nitrato SL 4.Dolantina IV (se dor nao aliviar com Nitrato)

ECG comos seguintes achados:

1. Supradesnivelamento do Segmento β maior que 0,1mV em duas ou mais derivações contiguas ou
2. Novo ou presumivelmente novo Bloqueio de Ramo Esquerdo ou
3. Infradesnivelamento do Segmento β em VI e V2 com relação R/S > 1,0

Iniciar Terapia associada serratrasar o Esquema de Reperfusão



TERAPIA ASSOCIADA

Deverá ser administrada a todos os pacientes com IAM, concomitante ao esquema de reperfusão ou isoladamente naqueles que nao preencherem os critérios descritos acima.

- Beta - Bloqueador: Iniciar Metoprolol Intravenoso nos pacientes que nao apresentarem contraindicação. Deve ser administrado em tres bolus de 5mg. Os pacientes sao avaliados por 5 min, após cada bolus, e se a frequência cardíaca cair abaixo de 60bpm ou a pressão sistólica cair abaixo de 100 mrnHg a droga nao deve ser mais administrada.

Se a estabilidade hemodinámica persistir, 15 min. após a última dose, o paciente deve receber inicialmente Metoprolol Oral 50mg duas vezes ao dia, aumentando gradativamente até atingir controle ideal da frequência cardíaca.

- Nitrato Intravenoso: Em todos os pacientes que não apresentem contraindicação, durante 48 horas.
- AAS: Após a dose de admissão, manter lO0mg/dia, exceto nos pacientes com intolerância ou alergia documentada (Substituir por Clopidogrel).
- IECA: Iniciar em todos os pacientes que não apresentarem contraindicação: 12,5mg ⇒ 25mg ⇒ 50mg a cada 08 horas.
- Pravastatina: Iniciar em todos os pacientes com LDL - Colesterol> 130mg/d1.
- Liquemine: Deve ser iniciado na dose de 5000 UI SC de 8/8h.

ESQUEMA 1 DE REPERFUSÃO

R-tpa + Abciximab + Heparina

- Rv-tpa: Dose Total de 50mg (15mg em bolus +35mg em 60 min).
- Abciximab: Bolus de 0,25 mg/Kg + Infusáo continua de 0,125 ug/Kg/min até dose máxima de 10 ug/min por um período de 12 horas.

CHS - JOÃO PAULO II

- 7UI/Kg/h (Máximo de 800 UI/h) nas primeiras 03 horas e posteriormente com o objetivo de manter o TTPa entre 50 e 70 segundos nas primeiras 24 horas.

Heparina Sódica
Bolus intravenoso - 40 UI / K2 (Máximo de 3000 UI)

↓

Abciximab - Bolus Intravenoso 0,25 mg/Kg

↓

R-tpa - Bolus Intravenoso de 15mg - Infusão de 35mg em 60 mim

↓

Infusão continua de Abciximab - 0,125ug/Kg/min - Max. De 10ug/min por 12 horas

↓

Infusão continua de Heparina - 7UI/Kg/h **(Max. 800** UI/h nas primeiras 03 horas) e posteriormente de acordo como TTPa

ESQUEMA 2 DE REPERFUSÃO

Segunda a Sexta das 07:00 às 19:00h	Segunda a Sexta das 20:00 às 07:00h Sábados, Domingos e Feriados
Angioplastia Primária com Stent e/ou Abciximab	Trombólise convencional com

EXAME S DE ROTINA

1. Hemograma
2. CPK e CK-MB - Deverão ser realizadas inicialmente de 6/6h até ser registrado Pico. Posteriormente a cada 12 horas até normalização. Se houver recorrência dador com alteração eletrocardiográfica significativa, as enzimas deverão ser novamente realizadas com os mesmos critérios da admissão com um máximo de 04 dosagens se nao houver elevação inicial.
3. Função Renal e Eletrólitos (Sódio, Potássio, Magnésio, Uréia, Creatinina)
4. TIPa e TP

CHS - JOÃO PAULO II

5. Perfil Lipídico em jejum e/ou na admissão.
6. Eletrocardiograma - Além do realizado na admissão, deverão ser realizados 01 hora e 03h após o término da Trombólise e diariamente a partir de então enquanto estiver internado na UCO ou quando necessário.
7. Ecocardiograma - Deverá ser realizado no 1° PIM ou mais precocemente se necessário. Novo Exame a critério da MP em caso de intercorrências.

ANEXOS DE UTILIDADE

Dose de Ataque e Manutenção do Abciximab

Obs: A dose de manutenção é preparada diluindo-se 4,5ml do Abciximab em 250ml de Sol. Fisiológica ou Glicosada a 5%.

Peso (Kg)	Bolus IV (ml)	Manutenção (ml/h)	Peso (Kg)	Bolus IV(ml)	Manutenção (ml/h)
45	5,6	9,0	79,0	9,9	16,0
46	5,8	10,0	80,0	10,0	17,0
47	5,9	10,0	81,0	10,1	17,0
48	6,0	10,0	82,0	10,2	17,0
49	6,1	10,0	83,0	10,4	17,0
50	6,2	10,0	84,0	10,5	17,0
51	6,4	11,0	85,0	10,6	17,0
52	6,5	11,0	86,0	10,8	17,0
53	6,6	11,0	87,0	10,9	17,0
54	6,8	11,0	88,0	11,0	17,0

55	6,9	11,0	89,0	11, 1	17,0
56	7,0	12,0	90,0	11,2	17,0
61	7,6	13,0	95,0	11,9	17,0
62	7,8	13,0	96,0	12,0	17,0
63	7,9	13,0	97,0	12, 1	17,0
64	8,0	13,0	98,0	12,3	17,0
65	8, 1	14,0	99,0	12,4	17,0
66	8,2	14,0	100,0	12,5	17,0
67	8,4	14,0	101,0	12,6	17,0
68	8,5	14,0	102,0	12,8	17,0
69	8,6	14,0	103,0	12,9	17,0
70	8,8	15,0	104,0	13,0	17,0
71	8,9	15,0			
72	9,0	15,0			
73	9,1	15,0			
74	9,2	15,0			
75	9,4	16,0			
76	9,5	16,0			
77	9,6	16			
78	9,8	16			

NORMOGRAMA DE CONTROLE DA HEPARINA

I. ITPa(seg)	2. Bolus	3. arar Infusão	4. Velocidade	5. Repetir TTPa
<40	3000UI	Omin	+ 2ml/h	6h
40-49	0	0	+ rnl/h	6h
50-70	0	0	+ rnl/h	24h
71-85	0	0	+ rnl/h	24h
86-100	30min	-2ml/h	- lml/h	6h
101-150	0	60min	-- 3ml/h	6h
> 150	0	60min	- 6ml/h	6h

Contraindicações para Trombolise

Absolutas

CHS - JOÃO PAULO II

1- AVC Hemorrágico prévio em qualquer época ou outros tipos de AVC ou eventos Cerebrovasculares no último ano. 2- Neoplasia Intracraniana Conhecida 3- Sangramento interno ativo (Exceto Menstruação). 4- Suspeita de Dissecção de Aorta Relativas
Relativas
1 - Hipertensão não controlada na admissão (TA> 180 x 11 O mmHg) 2 - Uso atual de anticoagulantes oral em dose Terapêutica, 3 - História de Acidente Cérebrovascular prévio ou Patologia Cerebral conhecida que não se encaixa nas contraindicações. 4 - Trauma recente (Entre 2 - 4 Semanas), incluindo trauma em Crânio ou manobras de reanimação traumáticas ou prolongadas (> 1 Omin) ou Cirurgia maior (< 3 Semanas). 5 - Punção vascular não compressiva, 6 - Sangramento interno recente (Entre 2 -4 Semanas). 7 - Exposição prévia a Streptokinase (Especialmente entre 5 dias - 2 anos) ou reação alérgica previa 8 - Gravidez 9 - Ulcera Pépdica ativa 10 – Historia de Hipertensão crônica severa

RECOMENDAÇÕES PARA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA PRECOCE

1. Pacientes com episódios persistentes ou recorrentes de isquemia sintomática, espontânea ou induzida, com ou sem alterações eletrocardiográficas associadas.
2. Desenvolvimento de Choque Cardiogênico, congestão pulmonar severa ou hipotensão persistente.
3. Pacientes que apresentarem critérios para indicação de Cirurgia Cardíaca de Urgência/Emergência

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA CARDÍACA DE EMERGÊNCIA/ URGÊNCIA

1. Pacientes que não obtiveram sucesso na ATC, evoluindo com manutenção dador ou instabilidade hemodinâmica e com anatomia coronariana compatível com a realização de Revascularização Cirúrgica
2. Pacientes que evoluírem com Comunicação Interventricular, Ruptura de Parede Livre ou Insuficiência da Válvula Mitral por disfunção/ruptura de músculo papilar.

RECOMENDAÇÕES PARA ESTRATIFICAÇÃO ANTES DA ALTA HOSPITALAR

CHS - JOÃO PAULO II

- Os Pacientes que evoluírem sem complicações deverão ter Alta da UCO no 2° PIM e Alta Hospitalar do 5° ao 7° PIM.
- Todos os Pacientes que tiverem diagnóstico de IAM de Parede Anterior ou IAM Complicado que não preencherem os critérios de Cineangiocoronariografia Precoce, deverão ser submetidos a um Cateterismo por volta do 5° PIM. Os demais deverão realizar Teste Ergométrico antes da Alta (Mini-Teste). Os que apresentarem impossibilidade de realizar o esforço na esteira, realizarão Cintilografia com Stress farmacológico.

1.3. Procedimentos Médicos: Emergência –Pediatria
PROCEDIMENTO: Reanimação Cardiorrespiratória em crianças - I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manutenção básica da vida

CHS - JOÃO PAULO II

- Manter paciente com boa ventilação e em condições satisfatórias de realizar trocas gasosas a nível pulmonar.
- Restabelecer ritmo cardíaco estável com boa hemodinâmica

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Vías Aéreas

- Determinar a responsividade e dificuldade respiratória do paciente
- Tentar desobstruir as vias aéreas superiores
- Colocar o paciente na posição supina e em superfície rígida
- Inclinar delicadamente a cabeça para que fique em posição neutra (Em acidentes colocar o colar cervical e mobilizar apenas em bloco até que se afaste Sessão de coluna)
- Proporcionar levantamento da mandíbula com tração anterior.

Respiração

- Utilizar máscara conectada a "bolsa" para reanimação.
- Iniciar com duas respirações e manter: 40 resp/min para RN, 24 resp/min para lactente e 20 a 15 resp/min para crianças maiores

Intubação endotraqueal

- Após aspiração das vias aéreas deverá ser passado urna sonda nasogástrica para esvaziar o estômago.
- Escolher laringoscópio com urna boa iluminação e de tamanho adequado.

Circulação

- Determinar a presença de pulsos arteriais centrais: RN: Braquial, Lactente: Braquial ou femoral e Criança Maior : Carótida
- Providenciar acesso venoso (periférico, central ou intraósseo)
- Massagem cardíaca externa

Técnica

- polegares no 1/3 médio do estemo com as mãos em redor do tórax no RN: 2 a 3 dedos no 1/3 inferior do esterno no lactente e punho e uma mão no 1/3 inferior do esterno na enanca maior
- Compressão Torácica freq./min: 120 compressões por min no RN e 100 compressões por min no lactente e criança maior
- Profundidade das compressões torácicas: 1 a 2cm no RN, 1,5 a 2,5cm no lactente, 2,5 a 4cm na criança maior
- Relação compressão/ventilação: relação de 3:1 no RN e relação de 5:1 no lactente e criança maior.

PROCEDIMENTO: Reanimação Cardiorrespiratória em crianças – II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CHS - JOÃO PAULO II

RESULTADOS ESPERADOS

Manutenção básica da vida, manter paciente com boa ventilação e em condições satisfatórias de realizar trocas gasosas a nível pulmonar e restabelecer ritmo cardíaco estável com boa hemodinâmica

MATERIAL NECESSÁRIO

Cateter de O^2 equipos, cânula orotraqueal, sonda p/ aspiração, seringas, agulhas, gelcos, luvas, medicamentos (ver abaixo) e aspirador, respirador, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, eletrocardiógrafo, material para curativo e para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Reposição de volume: soro fisiológico ou ringer lactato 20ml/kg a cada 20 a 30 min reavaliando a cada término.
- Tratamento farmacológico: Adrenalina

Indicação: Assistolia, Fibrilação Ventricular e Bradicardia

Dose: 0,01mg/kg (diluir 1:1000 e fazer 0,1ml/kg / <lose) por via IV. A segunda e terceira doses devem ser dez vezes maiores que a primeira, No caso de se usar via endotraqueal fazer a primeira dose 10 vezes maior 0,1 mg/kg da diluição 1: 1000. As doses podem ser repetidas a cada 5 min se necessário.

Atropina

Indicação: deve ser usada quando o paciente já recuperou o ritmo sinusal mas está mantendo bradicardia apesar de bem oxigenado. Bradicardia sintomática com perfusão ruim ou hipotensão ou Bloqueio Atrioventricular.

Dose: 0,02 mg/kg (mínimo de 0.1 e máximo de 1mg). Repetir a cada *5min* se necessário

Glicose

Indicação: lactentes pequenos, prematuro, criança desnutrida. Quando a causa da PCR for hipoglicemia

Dose: 0,5 a 1 g/kg, o que corresponde a 2 a 4 ml / kg de urna solução de glicose a 25% (cateter central). Em veia periférica fazer 5 a 1 O ml /kg de solução a 10%.

Gluconato de Cálcio

Indicação: Hipocalcemia, Hipermagnesemia, Hipercalemia, Intoxicação por bloqueadores dos canais de cálcio.

Dose: 5 a 7mg/kg de cálcio elementar, ou 0,5 a 0,75ml/kg de gluconato de cálcio a 10%

Lidocaína

Indicação: Taquicardia ventricular, Fibrilação ventricular. Recomenda-se nos casos de bigeminismo ou taquicardia ventricular após reanimação.

Dose: 1mg/kg por vía IV, 10 ou ET. Repetir a cada 15 min até um total de 3 mg/kg. Infusão contínua SN -20 a 50 microgramas/kg/min

PROCEDIMENTO: Reanimação Cardiorrespiratória em crianças - III

CHS - JOÃO PAULO II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Manutenção básica da vida, manter paciente com boa ventilação e em condições satisfatórias de realizar trocas gasosas a nível pulmonar e restabelecer ritmo cardíaco estável com boa hemodinâmica

MATERIAL NECESSÁRIO

Eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, agulhas, Sonda para aspiração, medicamentos (ver abaixo), desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro e material para intubação, material para curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Desfibrilação: 1ª dose - 2 J/kg, 2a dose - 4 J/kg, 3a dose - 4 J/kg

CUIDADOS

- Suspeitar sempre de obstrução por corpo estranho.
- Lembrar que o melhor acesso será sempre aquele que é possível de ser obtido de forma mais rápida pelo serviço.
- Hipovolemia é a causa mais importante de parada cardíaca na criança e no adolescente do que no adulto.
- A atividade elétrica sem pulso é mais comum na criança do que no adulto e muitas vezes é tratada com expansão de volume.
- Sempre diluir as medicações em água destilada 3 a 5 ml conforme for a dose.
- BICARBONATO não pode ser feito por via endotraqueal.

AÇÕES CORRETIVAS

- Nos casos de obstrução de vias aéreas: no RN dar tapas nas costas/compressões torácicas, no lactente fazer igual ao RN e na criança fazer manobra de Hemlich (compressões torácicas com o paciente em pé ou deitado)
- Escolha das laminas do laringoscópio: Neonatal - lâmina reta tamanho 0, Lactente - Lâmina reta ou curva tamanho 1, 3 a 4 anos - lamina reta ou curva, tamanho 1 a 2, de 5 e 8 anos - lamina reta ou curva tamanho 2 e acima de 8 anos - lâmina 2 a 3 tipo curva.
- Escolha do tubo para intubação endotraqueal: em crianças eutróficas (16 + idade em anos)/4
- Posição para fixação do tubo endotraqueal: (Idade/2) + 12
- Auscultar ambos hemitórax para diagnosticar possível intubação seletiva. Caso aconteça, remover parcialmente a cânula, até que os pulmões possam se expandir.
- Acesso vascular indireto: Administração endotraqueal, sublingual ou intracardíaca.
- Monitorizacáo do paciente durante o suporte avancado de vida: oximetria de pulso, monitorização cardíaca., glicemia capilar e sanguínea e hemogasometria arterial.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Reafirmação Cardiorespiratória em crianças - IV

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESOL TADOS ESPERADOS

Manutencáo básica da vida, rnanter paciente coro boa ventilacáo e em condicóes satisfatórias de realizar trocas gasosas a nível pulmonar e restabelecer ritmo cardíaco estável coro boa hemodinámica.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, agulbas, Sonda para aspiração) medicamentos (ver abaixo) e equiparnentos pertinentes (desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro), materiaJ para intubação, material para curativo.

AÇÕES CORRETIVAS

- É importante, sempre após fazer qualquer medicação, fazer urna infusão de água destilada de 3 a 5ml.
- Quando dispuser de hemogasometria, deve-se administrar o bicarbonato corrigido coro a seguinte fórmula:
- (Bicarbonato desejado - bicarbonato encontrado) x 0,3 x peso
- Fazer metade desta dose e repetindo a hemogasometria após a infusão.
- Escolha do tamanho das pás de desfibrilador: lactentes -4,5cm e críanca maior de 8 a 9 cm.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Utilização de Hemoderivados em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reconhecer indicações e resultados esperados na transfusão de hemoderivados.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (luva, equipos, seringas, agulhas gelco, scalp), medicamentos (ver abaixo), hemoderivados e equipamentos pertinentes (tensiômetro, estetoscópio, termômetro)

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Concentrado de Hemácias

- Composição: hemácias+ 100 mi de plasma - cada unidade eleva Hb em 1g e Ht em 3 a 4 %.
- Volume: 250 ml
- Indicações: anemias carenciais com descompressão cardíaca ou sépse, anemias secundárias a perda aguda de forma grave, com descompressão cardíaca, anemias hemolíticas hereditárias (falcemia e pneumonias com níveis de Hb<6g/dl), crises de sequestração aguda, crises hemolíticas com descompensação cardíaca e processos infecciosos graves com descornpensação cardíaca.
- Posologia: 10ml/kg

Concentrado de Plaquetas (múltiplos doadores)

- Composição: 5,5 x 1010 cel/U - Espera-se elevação de 5000 plaquetas/mm3.
- Volume: 50 ml
- Indicações: Plaquetopenia (Se as plaquetas estiverem abaixo de 60 a 80 mil, com manifestações sistémicas, ou abaixo de 20 mil, mesmo sem manifestações).
- Posologia: 1 unidade para cada 10kg. Plasma fresco congelado
- Composição: Plasma com todos os fatores de coagulacáo e complemento.
- Volume: 220 ml
- Indicações: Tratarnento de distúrbios da coagulação e hipovolemia secundária a choque (queimadura extensa, desidratação, hipoalbuminemia)
- Posologia: 10 a 20 ml/kg

CUIDADOS

- Realizar tipagem sanguínea e prova cruzada antes de repor com concentrado de hemácias.
- Nas situações onde os níveis de Hb estáo em tomo de 6 ou 7, sem quaisquer outros sintomas, NÃO TRANSFUNDIR.
- NÃO TRANSFUNDIR o paciente febril, esperar temperatura babear a 37ºC.

CHS - JOÃO PAULO II

AÇÕES CORRETIVAS

- Havendo reação do tipo anafilática, referir ao protocolo de choque anafilático. (PHM 001)
- Havendo incompatibilidade suspenda a transfusão e hidrate com solução 1: 1.

PROCEDIMENTO: Crise Convulsiva em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Proteger o paciente de trauma e reverter o quadro convulsivo.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, gelco, luvas, agulhas, sonda para aspiração) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos (desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro), material para intubação e para curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Afastar objetos que possam ferir a vítima e nao conter ou tentar introduzir objetos em sua boca;

Se a crise cessar espontaneamente:

- ABC
- Acesso venoso com Gelco N.20 e 02 sob cateter nasal a 5 lits/min
- Manuseio de vias aéreas (Avaliar necessidade de intubação se inconsciência com hipoventilação)
- Realizar glicemia capilar - Se glicemia <50mg - Glicose a 50%, *50ml* IV

Se a crise nao cessa:

- ABC
- Acesso venoso com Gelco N.20
- Manuseio de vias aéreas
- Diazepam: 0,3 a 0,5 mg/kg, IV, lento, podendo ser repetido por 3 vezes em 5 minutos (máx. l0mg/dose)
- Se necessário Intubar e assistir ventilação
- Fenitoína: DOSE DE ATAQUE: Diluir 1:2 em água destilada (16 a 20 mg/kg/dose)-Tempo de infusão de cerca de 20 minutos (Img/kg/rnin). DOSE DE MANU TENÇÃO: (12 horas depois) 7 a 10 mg/dia, diluídos em 10ml de água destilada, de 8/8h.

CUIDADOS

- Considerar hidantalização nas crises que cessam espontaneamente - 16 a 20mg/kg em água destilada durante 30min.
- Nas crises que nao cessam pode-se repetir 2a dose de ataque de hidantal se necessário.

CHS - JOÃO PAULO II

- Havendo bradicardia (<50bpm), suspender a infusão de fenitoína
- Nas crianças menores de 2 meses preferir fenobarbital.
- Ao estabilizar o quadro, contatar neurologista
- Solicitar Ht/Hb, glicemia, Ur, Cr, eletrólitos, ECO e função hepática

AÇÕES CORRETIVAS

- Nas crises que nao cessam espontaneamente, considerar:
- Fenobarbital sódico: DOSE DE ATAQUE: 16 A 20mg/k:g/dose e manter 5mg/kg/dia de 12/12h..

PROCEDIMENTO: Tratamento de Crise Asmática em Criancas II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reverter quadro emergencia! e manter boa ventilacáo e perfusão de 02, coro Sat02 mínima de 95%.

MATERIAL NECESSÁRIO

Eeletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, gelco, luvas, agulhas, sonda para aspiração, medicamentos (ver abaixo), desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro, material para intubação e para curativo.

CUIDADOS

- Solicitar hemogasometria: pode ser usada para estagiar o grau de severidade do ataque asmático. Leve: Pa02 baixa, PaC02 baixa e pH elevado. Moderado: Pa02 baixa, PaC02 normal e pH normal. Severo: Pa02 baixa, PaC02 elevado e pH baixo.
- Solicitar Rx de tórax: investigar complicações - pneumotórax, atelectasias, pneumonia) e leucograma (estar atento a infecção coexistente), Ht/Hb, Creatinina, Uréia, Na, K e Mg séricos, glicemia e ECG.
- Preferir inalador pressurizado com espaçador, optar por nebulização em casos graves, mudando para inalador pressurizado assim que obtiver alguma melhora.
- Para liberação ideal da medicação por nebulização, deve-se diluí-la em volume mínimo de 4ml de soro fisiológico e o fluxo da mistura gasosa deve ser de 6-8 1/min.
- Quando a criança estiver em crise leve proceder a alta com prescrição de B2 agonista por 3 a 7 dias (enquanto a criança estiver sintomática.).
- Se após a 2a dose de B2-agonista, a criança estiver em crise grave, encaminhar para observação, acrescentando corticoide venoso; não melhorando e PaC02 elevar-se, proceda o intenamento com início de broncodilatador venoso; se PaC02 continuar se elevando deve-se encaminha o paciente para a UTI.
- Na 2ª Fase, estando a criança em crise moderada, observar por pelo menos 3 horas (ideal é reavaliar 4 a 6 horas após a 1ª dose de corticoide); se estiver melhorando, proceder a alta com orientação para espaçar progressivamente o B2-agonista (de 4/4horas, de 6/6 horas) e para continuar a usar o corticoide por 3 a 7 dias.

CHS - JOÃO PAULO II

- Após o uso de corticoide venoso, melhorando o quadro, passar para corticoide oral, espaçar as doses do B2 agonista e, após mais cerca de 3 horas, de alta se o quadro clínico estiver estabilizado ou melhor; prescrever B2 agonista e corticoide por 5 a 7 dias.
- A aminofilina não é recomendada para tratamento na emergência porque não determina maior bronco dilatação quando associada aos B-2 agonistas e também devido aos seus para efeitos.

AÇÕES CORRETIVAS

- Tratar possíveis deficiências de eletrólitos.
- Instituir antibióticoterapia se suspeita de infecção. (Sulfametaxazol/trimetropim, amoxacilina/clavulonato ou cefaclor.
- Em crise muito grave administrar broncodilatador, uma dose, via SC junto com a 1ª Nebulização.

PROCEDIMENTO: Tratamento de Crise Asmática em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reverter quadro emergencial e manter boa ventilação e perfusão de 02, com SatO2 mínima de 95%.

MATERIAL NECESSÁRIO

Cateter nasal, eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas , gelco, luvas, agulhas, sonda para aspiração, medicamentos (ver abaixo), desfibrilador, monitor cardíaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso, glicosímetro, material para intubação e curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- 02 sob cateter para manter SatO2>90% e monitorização com oxímetro de pulso.

Fase do Broncodilatador Inalatório

- Administrar broncodilatador B2 agonista, por via inalatória, 1 dose a cada 20 minutos (1 a 3 doses, dependendo da resposta terapêutica)
- Fenoterol: inalador pressurizado com espassador (dose de 100ug e dose de 200ug) – 1 dose de 100ug/3kg ou 1 dose de 200ug/6kg de 6/6h
- Salbutamol: inalador pressurizado (dose de l00ug)- 1 dose de 100ug/3kg
- Gotas para nebulização (1 gota= 250ug)- 1 gota/3kg em SF a 0,9%
- Terbutalina: ampola 0,05% - 0,01 mg/kg/dose (0,02ml/kg/dose, máximo 0,3ml/dose)
- Adrenalina: ampola a 0,1 % - 0,1mg/kg/dose ou 0,0 lrnl/kg/dose, máximo de 0,3ml/dose.

Se ainda em Crise Moderada ou Grave:

<u>Fase do Corticóide Oral ou Venoso</u>

<u>Crise Moderada</u>

- Continuar administrando o B2-agonista, 20 minutos após a 2ª dose e em seguida, de hora/hora, ou de 2/2 horas;

CHS - JOÃO PAULO II

- Acrescentar corticoide oral: prednisone - 2mg/kg/dia de 8/8 horas, prednisolone- igual a prednisona (1mg = 1ml) e deflazacort: lmg/kg/dose de 4/4horas.

Crise Grave ou Muito Grave

- Acesso venoso
- Hidratação com solução 1:4
- Administrar um dos corticóides a seguir:

Metilprednisolona: DOSE DE ATAQUE: 2mg/kg e DOSE DE MANUTENÇÃO: lmg/kg de 6/6 horas; OU

Hidrocortisona: 50mg/kg/dia de 2/2, 4/4 ou de 6/6 horas.

- Manter uso de inalatórios de hora/hora ou nebulização contínua por 1 hora.

Se a criança continuar em Crise Grave

Fase do Broncodilatador Venoso

- Internar o paciente
- Corrija acidose se pH abaixo de 7.10 ou se HCO- estiver abaixo de 10 mEq/1.
- Observe a PaC.O2
- Se a PaCO2 estiver normal (abaixo de 45mmHg) - mantenha o uso de B2- agonista inalatório em intervalos curtos, brometo de Ipratrópio de 4/4 horas e corticóide venoso e esperar, realizando bemogasometrias repetidas.
- Se a PaCO2 estiver aumentada (acima de 45 rnmHg), manter corticóide venoso e acrescentar broncodilatador venoso:

Salbutamol: DOSE DE ATAQUE: 10ug/kg em 10min de infusão continua, com velocidade inicial de 0,2ug/kg/min aumentando de 0,1ug/kg/min, a cada 15 minutos - velocidade máxima - 4ug/kg/min. Se a PaCO2 começar a diminuir, mantenha a velocidade de infusão por 4 horas e depois reduza gradualmente durante 36 horas até suspender a infusão.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Avaliação de Gravidade da Crise Asmática em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar o grau de gravidade da crise: Leve, Moderada, Grave ou Muito Grave
Manter boa ventilação e perfusão de 02, com SatO2 mínima de 95%

MATERIAL NECESSÁRIO

Tabela abaixo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Observe a criança:

- Consciência:

l. Normal 2.Anciosa/deprimida 3.Torporosa

- Cor da pele

l. Corada 2.Pálida 3.Cianótica

- Tiragem

1. Leve 2.Moderada 3.Intensa

- Dispneia (esforço respiratório, fala entrecortada, fácies de fome de ar)

l. Leve 2.Moderada 3.Intensa

- Murmúrio Vesicular

l. Bem distribuído 2. Abafado difusamente 3.Abafado em alguns locais

- Sibilos

1. Só expiratórios 2.Inspiratórios e expiratórios 3.Inaudíveis, com MV abafado.

- Pulso Paradoxal

1. < 10mmHg 2.de 10 a 20 mmHg 3. 20mmHg

- SatO2

1. 95% 2.de 91 a 95% 3.<91%

- PEF - Pico e Fluxo expiratório (% do normal)

l. de 71 a 90% 2.de 50 a 70% 3.50%

CRISE LEVE 10 A 15 PONTOS

CHS - JOÃO PAULO II

CRISE MODERADA. 16 A 21 PONTOS
CRISE GRAVE 22 A 27 PONTOS
CRISE MUITO GRAVE . 28 A 30 PONTOS

CUIDADOS

Fazer avaliação da gravidade da crise em 5 a 10 minutos, se a criança estiver em crise muito grave, não fazer a avaliação inicial completa - Inicie logo o tratamento.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Infecção do Trato Urinário em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar o Tratamento o mais rápido possível evitando septicemia

MATERIAL NECESSÁRIO

Medicamentos (ver abaixo) e impressos para solicitação de exames

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Tratamento Empírico:

Infecção do trato urinário baixo:

- RN: la Opção: Ampicilina (50-100 mg/kg/dia, IV, de 8/8h ou 12/12h, a depender da idade) + Amicacina (l 5mg/kg/dia, IV de 12/12h) e 2a Opção: Ceftriaxone (50mg/kg/dia, IV de 12/12h ou 24/24h).
- Crianças Maiores: 1ª opção: Ampicilina (100-200 mg/kg/dia, IV de 6/6h) e ou amicacina (15mg/kg/dia, IV de 8/8h ou de 12/12h) e 2ª Opção: Ceftriaxone (50- 1 00mg/kg/dia, IV de 12/l2h ou 24/24 h).

Infecção do trato urinário alto:

la Opção: cefalotina (100-200 mg/kg/dia, IV de 6/6h) + Amicacina (15mg/kg/dia, IV de 8/8 h ou 12/12h) 2a Opção: Ceftriaxone (50-l00mg/kg/dia, IV, de 12/12h ou 24/24h)

CUIDADOS

- Solicitar leucograma, sumário de urina e urocultura com antibiograma
- uso de sulfa ainda é considerado a 1ª opção em pacientes com bom estado geral, boa aceitação via oral, sobretudo a nível ambulatorial)

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Diarreia Aguda e Desidratação em Crianças II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Certificar-se de doenca autolimitada
- Promover estabilização hemodinâmica do paciente.
- Reconhecer sinais de desidratação
- Educar responsáveis sobre a prevenção e o manejo da diarreia
- Reconhecer sinais de infecção invasiva

MATERIAL NECESSÁRIO

Impressos para solicitação de exames, medicamentos (ver abaixo)

CUIDADOS

- Avaliar a criança através da anamnese e do exame físico, procurando sinais de desidratação desnutrição, desequilíbrio eletrolítico, infecção bacteriana invasiva (sangue nas fezes, febre, toxemia),
- Principais causas de diarreia aguda: Infecção, toxinas ou drogas.
- Considerar antibiótico venoso nas 1ª 24-48 horas
- Solicitar Eletrólitos, Culturas e parasitológico de fezes, glicemia, uréia, creatinina e hemogasometria.
- Classificar a criança coro relação ao seu estado de hidratação:

PLANO A: Criança sem sinais de desidratação (80% dos casos)
PLANO B: Criança com algum grau de desidratação (15 a 18% dos casos)
PLANO C: Criança com desidratação grave (2 a 5% dos casos)

- Aproveitar o processo de reidratação no PA, para ensinar a mãe o preparo do soro, higiene no manejo do soro e higiene pessoal.

AÇÕES CORRETIVAS

- No plano C, corrigir possível hiponatremia: Sol de NaCI a 3%, 12m1/kg/2horas.
- Indicações de gastrólise: Recusa persistente da solução

Vómitos persistentes (mais de 4 horas) Distensão abdominal intensa após SRO Perda de peso após 1 hora do início da TRO.

SNG n. 6, 8 ou 10 - Infusão de 5m1/kg/vez - 3x/hora - 20/20min, seguindo coro 10 a l5ml/kg/vez de 20/20 minutos. Ou 15ml/kg na 1ª hora, seguindo 30 a 40ml/kg/hora em gotejamento contínuo.

PROCEDIMENTO: Avaliação do Estado de Hidratação em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADO ESPERADO

- Reconhecer sinais de desidratação
- Determinar a gravidade da desidratação

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Estado Geral: alerta irritada, intranquila, comatose ou hipotónica.
- Olhos: normais fundos.
- Sede: bebe normal, sem sede/bebe ávidamente, sedento/bebe mal ou nao bebe.
- Sinal da prega: desaparece rapidamente, desaparece lentamente, desaparece muito lento (2seg)
- Enchimento capilar: normal (até 3 seg), prejudicado (3 a 5 seg) e muito prejudicado (>5seg)

CUIDADOS

• Só sinais da coíuna A.	Não há desidratação
• ou mais sinais da coluna B	Desidratação sem gravidade
• ou mais sinais da coluna C	Desidratação grave

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Hipoglicemia em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Reconhecer sinais de hipoglicemia e manter glicemia > 60mg%

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringa, agulhas, scalp, gelco, luva, algodão, equipo)

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Crianças assintomáticas, capazes de ingerir alimentos

- alimentar por via oral
- dose glicémica 1 hora depois: se ainda hipoglicêmia, fazer glicose endovenosa (TIG de 4 a 6 mg/kg/min)

Crianças assintomáticas

- fazer um "push" de glicosc a 10% - 2ml/k.g,
- infusão de glicose a velocidade de 6mg/kg/mim TIG
- a TIG alta deve ser reduzida progressivamente (reduções de 1 a 2 mg/kg/mim)

CUIDADOS

- 50% das crianças com hipoglicemia são assintomáticas, as demais podem apresentar letargia, tonturas, sudorese e palidez,
- Crianças com risco de desenvolver hipoglicemia: recém nascidas, desnutridas, hepatopatas, cardiopatas, septicêmicas, crianças que estavam em venóclise e perde a (crianças em venóclise deve ter glicemia > 80mg%) e crianças que receberam "push" de glicose
- Critérios para diagnóstico de hipoglicemia em crianças:

Glicemia < 20mg% em recém-nascidos prematuros

CHS - JOÃO PAULO II

Glicemia < 30mg% em recém-nascidos à termo, nas 1ª 24 horas de vida
Glicemia < 40mg% em recém-nascidos a termo, após as primeiras 72 horas de vida
Glicemia < 60mg% nas outras idades

PROCEDIMENTO: Abordagem da Hiperglicemia em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconhecer sinais de hiperglicemia
- Manter glicemia dentro de níveis normais

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (seringa, agulha, luvas, scalp, equipo, algodão), medicamentos (ver abaixo), exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Reduzir a TIG de (1 a 2 mg/kg/min.)
- Administrar insulina regular (cristalina): 1 unidade para cada 10 g de glicose presente na solução endovenosa.

CUIDADOS

Criança com risco de desenvolver hiperglicemia:

- recém nascidas prematuras
- crianças usando venóclise com TIG elevada
- crianças em uso de nutrição parenteral
- com septicemia

Critérios para diagnóstico de hiperglicemia em crianças:

- glicemia > 150 mg% em recém-nascidos
- glicemia > 180mg% nas outras idades.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Reação Alérgica em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar o grau da reação alérgica e promover o tratamento imediato,

MATERIAL NECESSÁRJO

Material descartável (cateter nasal, eletrodos, cânulas orotraqueais, seringas, gelco, luvas, agulhas, sonda para aspiração) medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (monitor cardiaco, tensiômetro, estetoscópio, aspirador, oxímetro de pulso), material para intubação, material para curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

LEVE:

- Anti-histamínico: Prometazina - IM, 0,5 a 1 mg/kg/dose ou 0,1 ml/4kg (amp 50mg/2ml)

MODERADA

- Anti-histamínico: vide anterior
- Adrenalina- SC. 0.01ml/kg *(máx* de 0.3ml). até 3 doses de 20/20 minutos.

GRAVE

- . Anti-histamínico: vide anterior
- Adrenalina: vide anterior
- Corticóide: Hidrocortizona - IV, lOmg/kg (1ª dose) e 5mg/kg (doses subsequentes de 2/2, 4/4 ou 6/6h)

Acrescentar:

- 02 sob cateter 51/min./ Intubação, caso necessário.
- Hidrratação

CUIDADOS

- Início dos Síntomas pode ocorrer minutos após contato com o agente, mas pode acorrer após algumas horas
- .Solicitar hemozasometria, H1/Hb, Icucourama, Creatinma, Uréia, Na, K e Mg séricos (caso nao haja melhora do quadro em pelo menos 3 horas)

CHS - JOÃO PAULO II

- A reação alérgica é aguda se ocorre com menos de 6 horas.
- Após estabilização do quadro, tratamento domiciliar: anti-histamínico + corticóide VO por 5 a 7 dias

PROCEDIMENTO: Abordagem das IVAS

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Diagnosticar e localizar a infecção.
- Promover o tratamento imediato

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (seringas. azulhas, luvas, equipo, scalp, gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material para curativo. material para higiene oral

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Tratamento Geral (Otites, Laringites, Rinofaringites e Sinusites)

- Amoxacilina (Süma/kg/dia de 8/8hs) ou cefalexina (10mg/kg/dia de 6/6 horas)

Casos Moderados de Larinagites:

- Dexametasona (l ml/kg/dose de 8/8 horas)

Casos de traqueobronquites:

- Referir ao protocolo de asma

Casos de gengivoestomatites:

- Higiene com água oxigenada l O volumes + cepacol.
- Analgesia sistêmica e/ou local.

Deve-se usar penicilina caso a febre persista por mais de 72 horas

CUIDADOS

- Realizar anamnese e exame fisico completo e cuidadoso.
- Tratar febre corn naracetamol - l gt/kg de 4/4 ou 6/6h
- Para afastar sinusite solicitar Rx da face para evidenciar seios etmoidais e maxilares

AÇÕES CORRETIVAS

- Se houver resistência após 48/72 horas, deve-se optar por amoxacilina + clavulanato (50mg/kg/dia de 8/8h) ou Amoxaciliana + clorafenicol (100mg/kg/dia se IV ou 75mg/kg/dia se VO de 6/6h) para pacientes lactentes.

CHS - JOÃO PAULO II

- Avaliar sernpre necessidade de associar corticóide.

PROCEDIMENTO: Abordagem do Abdome Agudo em crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Reverter quadro emergencial
- Estabilização do paciente para definição terapêutica

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (seringas, agulhas, luvas, equipo, scalp. gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material para curativo. exames laboratoriais, RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- **ABC**
- Estabilização hemodinâmica
- Acesso venoso
- Realizar os exames complementares e manter observação clínica
- Chamar cirurgião para avaliação de indicação cirúrgica

CUIDADOS

- Solicitar hemogasometria, Rx de tórax, leucograma. Ht/Hb. Creatinina, Uréia, Na, K e Mg séricos, ECG, glicemia e coagulograma, sumário de urina
- Tipar e fazer prova cruzada de sangue.
- Venóclise com 2 gelcos

AÇÕES CORRETIVAS

- Contatar cirurgião desde a admissão do paciente.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem da Cetoacidose Diabética em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Definir o quadro de cetoacidose diabética e iniciar o tratamento do quadro crítico.

MATERIAL NECESSÁRIO

Seringas, agulhas, luvas, equipo, scalp, gelco, medicamentos (ver abaixo), termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material de curativo, exames laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Quadro Clínico: Hiperglicemia > 250 mg%, pH< 7.3 e bicarbonato < l5mEq/I:

Conduta:

- Manter vias aéreas pérvias e acesso venoso com gelco
- HIDRATAÇÃO

a) Fase de expansão:
30 a 50 ml/kg de SF a 0..9% cm I a 2 horas (crianca em choque)
20ml/kg de SF a 0,9% cm 1 a 2 horas (se a criança não está em choque)

b) Fase de Reposição:
50 a 100ml/kg de SF a 0,9% em 6 a 1O horas, mudando para solução 1: 1 quando a glicemia cair abaixo de 300mg%

c) Fase de Manutenção:
Solução 1 4 100ml/kg em 24 horas calculados com base no peso ideal para a altura ou idade da criança (não pelo peso real), e não ultrapassando 4 l/m2/dia - risco de edema celebral

• Corrigir os distúrbios eletrolíticos:

CHS - JOÃO PAULO II

a) Se o potássio, na admissão for > 6mEq/l - repetir a dosagem de potássio a cada 2 horas até chegar ao normal, aí iniciar a reposição.
b) Se o potássio, na admissão, for de 4 a 6 mEq/1, iniciar a administração na fase de reposição da hidratação.
c) Se o potássio, na admissão, for < 4 mEq/l. iniciar a renosição, mesmo na fase de expansão em uma outra veia.
d) Se o fosfato for < l,5ng/l00ml, faça a reposição, na forma de fosfato ácido de potássio em quantidade igual a metade do potássio que foi calculado para ser infundido (a outra metade do potássio vai na forma de cloreto de potassio).

- Bicarbonato apenas se pH< 7.0 até o pH cheaar a 7.1
- Insulina Regular IV
- Inicie na fase de reposição - 0,2 a 0,4 UI/Kg de hora em hora, por via IM, sempre após a glicemia;
- Quando a glicemia cair a menos de 300mg% e a acidose resolvida... passar a administrar a insulina - 0,2 a 0,4 UI/Kg, a cada 4 ou 6 horas, por via SC, também sempre após a glicemia.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Cetoacidose Diabética em Crianças II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir o quadro de cetoacidose diabética.
- .Iniciar o tratamento do quadro crítico.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (seringas, agulhas, luvas, equipo, scalp, gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material para curativo, glicosímetro, aparelho para eletrocardiograma.

CUIDADOS

- Velocidade Máxima de infusão do potássio = 0.5 mEq/kg/hora.
- Evitar quedas bruscas de glicemia - risco de edema cerebral.
- Manter glicernia > 200 mg% nas 1ª 24horas
- Leucocitose com desvio não significa infecção
- Amilase alta não significa pancreatite
- Monitorar: glicemia, calemia, ph, cetonúria ou cetonemia, ECO para avaliar K+. eletrólitos e hemogasometria

AÇÕES CORRETIVAS

- Procurar fatores desencadeantes
- Infecção
- Interrupção da terapêutica

CHS - JOÃO PAULO II

- Se o cloreto estiver alto, usar o recurso de substituir cloreto de potássio por fosfato ácido de potássio

PROCEDIMENTO: Abordagem da Falcemia

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Diagnosticar e determinar os fatores precipitantes
- Promover a sedação da dor.

MATERIAL NECESSARIO

- Material descartável (seringas. azulhas, luvas, equipo, scalp, gelco), medicamentos (ver abaixo) e termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material oara curativo, exames laboratoriais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Conduta:

- Hidratação venosa: 150 ml/kg/dia (ou 2200 ml/m2 de superficie corpórea/dia)
- Analgesia
- dor leve - dipirona ou paracetamol
- dor moderada - Tylex e/ou dipirona
- dor severa - Tilex e/ou dolantina (1 a 1,5 mg/kg)

CUIDADOS

- Realizar anamnese e exame físico completo e cuidadoso.
- Solicitar hemograma com plaquetas, sumário de urina e Raio x de tórax.
- Leococitose de 20 a 60 mil é comum.

AÇÕES CORRETIVAS

- No sequestro esplênico realizar reposição volêmica, transfusão de sangue e necessidade de esplenectómica,
- Considerar Penicilina cristalina (200.000UI/kg/dia de 4/4 horas), ou ampicilina (200 mg/kg/dia de 6/6 horas) ou de acordo com foco infeccioso.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem das Pneumonias em Crianças

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Promover o tratamento imediato da Pneumonia, identificar risco de vida e confirmar o diagnóstico.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Seringas, agulbas, luvas, equipo, scalp, gelco, medicamentos (ver abaixo), termômetro, tensiômetro, estetoscópio, material de curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Crianças de O a 2 meses

- Oxacilina (200 mg/kg/dia - 6/6 horas) + gentamicina (5 mg/kg/dia de 8/8 ou 12/12 horas) 2a opção: Cefalotina (100 a 200 mg/kg/dia de 6/6h) + Amicacina (15mg/kg/dia de 12/12h)

Crianças maiores que 2 meses

- Rx = BCP, regular estado geral: Penicilina cristalina (100.000 - 200.000 UI/kg/dia, IV de 4/4 horas)
- Rx = BCP, estado geral comprometido: Ampicilina (100 - 200 mg/kg/dia, IV de 6/6h) ou clorafenicol (100mg/kg/dia de 6/6 horas) + Oxacilina (dose já descrita)
- Rx =BCP + peneumatocele, com ou sem derrame pleural: Oxacilina por 21 dias, associada ou não a amicacina, Se nao melhorar. associar clorafenicol ou ceftriaxone (l00mg/kg de 12/l2h)
- Rx = pneumonia lobar ou segmentar, com derrame pleural: Ampicilina. Se não melborar, oxacilina + amicacina ou clorafenicol
- Rx = Pneumonia lobar ou segmentar, sem derrame pleural: sem toxemia penicilina benzatina (50.000UI/kg) + penicilina procaína (1 FA, independente da idade) dose única. Com toxemia - nenicitina cristalina. Após melhora penicilina benzatina.

CHS - JOÃO PAULO II

- Pneumonia com internação prévia: Oxacilina + amicacina ou cefalosporina de 3ª geração - Realizar Rx após 4 a 5 dias
- Melhorando: complementar 21 dias de tratamento.
- Piorando: vancomicina + ceftazidime ou outros a denender da situação.
- Não melhorando investigar outras causas.
- Pneumonias aspirativas
- Domiciliar: penicilina cristalina + amicacina; não melhorando: oxacilina + amicacina.
- Hospitalar: oxacilina + amicacina; não melhorando: vancomicina + amicacina ou cefalosporina de II ou III geração.

CUIDADOS

- Realizar anamnese e exame físico completo e cuidadoso.
- Solicitar Leucograma, Rx de tórax em PA e perfil.
- Tratamento ambulatorial da pneumonia exige uma revisão do paciente após horas de uso do antibiótico, nessa revisão, deve-se investigar se a criança está melhor, inalterada ou pior.

1.4 Procedimentos Médicos: Medicina Interna

PROCEDIMENTO: Admissão Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Admitir o paciente na Unidade do hospital de acordo com a patologia apresentada

MATERIAL NECESSARIO

Prontuário médico, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, balanca, oftalmoscópio

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Apresentar-se ao paciente e familiares.
2. Atender o paciente na sala de admissão.
3. Fazer anamnese e exame físico no paciente.
4. Preencher a ficha do histórico clínico e avaliação inicial com os dados do exame fisico e anamnese e AIH.
5. Descrever as suspeitas de diagnóstico do paciente e solicitar os exames com formulário próprio em duas vias
6. Realizar prescrição médica do paciente em impresso próprio em duas vias.
7. Informar a equipe de enfermagem os procedimentos a serem realizados de imediato.
8. Informar ao paciente e familiar sobre o diagnóstico e terapêutica realizadas.
9. Informar a Enfermeira responsável em que Unidade do Hospital o paciente deverá ser internado.

CUIDADOS

- Certificar-se da vaga na respectiva enfermaria com a Enfermeira responsável;
- Registrar os dados de forma legível;

CHS - JOÃO PAULO II

- Exames de urgência deverão ser informados a equipe de enfermagem para solicitar ao respectivo serviço (laboratórios, radiologia, etc.)
- Caso o paciente necessite de procedimentos invasivos (cirurgias, exames, etc.)

PROCEDIMENTO: Prescrição Médica e Evolução

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Registrar no prontuário prescrição e diárias de forma sistemática

MATERIAL NECESSÁRIO

- Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médicas, impressos, balanca e
- Padronização de Medicamentos do Hospital

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Examinar o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo.
2. Analisar gráficos de TRP, balance hídrico e ocorrências de enfermagem.
3. Preencher devidamente a evolução médica, com nome completo do paciente, registro, data, horário e unidade de internação e dados do estado de saúde do paciente.
4. Escrever no prontuário médico os principais achados pertinentes ao caso.
5. Solicitar exames, quando necessário.
6. Preencher a prescrição médica em duas vias, disponibilizand o a enfermagem até as 10:00 horas, diariamente.

CUIDADOS

- Assinar e carirnbar a prescrição médica.
- Certificar-se da existência do medicamento na Padronização de Medicamentos do Hospital, antes de prescrevê-lo.
- Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Solicitação de Inter-Consulta

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Obter consulta com especialista.
MATERIAL NECESSÁRIO
Prontuário médico, receituário.
PRINCIPAIS ATIVIDADES
1. Solicitar interconsulta à equipe da especialidade requerida, explicitando os respectivos motivos.
2. Entregar solicitação de interconsulta à enfermagem, que o encaminha para a respectiva equipe.
3. Anotar no prontuário a solicitação da referida interconsulta.
4. Verificar anotações feitas em prontuários pelo especialista em questão e seguir recomendações necessárias.

CUIDADOS
- Checar a existência da especialidade médica do Hospital.
- Solicitar que a enfermagem avise imediatamente após o registro da resposta da consulta no prontuário.
- Caso a especialidade médica não esteja disponível no Hospital, preencher solicitação de consulta externa e encaminhar ao Serviço Social para internação.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Artrite Reumatóide

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Desacelerar a progreção da doença e debelar a dor

MATERIAL NECESSÁRIO

Impressos para prescrição

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Soro-Negativa (Fator Reumatóide negativo)

- Antinflamatórios não esteroídes
- Corticóides em doses antinflamatórias: 5 a l0mg/ dia
- Corticoides de depósito em aplicação intra-articular
- Avaliar nos casos resistentes o uso de Drogas Controladoras da Doença

B-Soro-Positivo (Fator Reumatoide positivo)

- Avaliar os marcadores de risco
- Introduzir precocemente as Drogas Controladoras de Doença (uma ou duas)
  - Methotrexate
  - Hidroxicloroquina
  - Sulfassalazina
  - D.Penicilina
  - Leflunomida (Arava)

CHS - JOÃO PAULO II

- Associar corticoides
- Uso eventual de corticoides intra-articular
- Medicações biológicas quando indicadas (anti-TNF)
- Féreses

CUIDADOS

- Tratar episódios de distúrbio gastrointestinal se ocorrer após início do tratamento

AÇÕES CORRETIVAS

Em casos refratários avaliar transferência para Unidade Hospitalar de referência

PROCEDIMENTO: Tratamento do Lupus Eritematoso Sistêmico

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Tratar os pacientes com diagnóstico de Lupos eritematoso sistêmico

MATERIAL NECESSÁRIO

lmpressos para nrescrição e exames laboratoriais, estetoscópio, tensiórnetro

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Sem lesões viscerais importantes
  - Antinflamatório não esteróides (AINES)
  - Hidroxicloroquina
  - Corticóide em doses baixas
  - Medicações tópicas (forma cutânea)
- Com lesões viscerais importantes (Poliscrosites, Vasculites, Alt.: Neuropsiquiátricas, Renais, Pulmonares, Cardiacas, etc.):
  - Corticóides em doses elevadas (1 mg/kg)
  - Pulso de Metilprednisolona
  - Pulso de ciclofosfamida

CHS - JOÃO PAULO II

- Azatioprina

CUIDADOS

- Terapias Específicas:
  - Féreses
  - Imunoglobina I.V.
  - Fator Estimulador de Colonia (CSF)

AÇÕES CORRETIVAS

Nos casos de necessidade de terapia específica considerar transferência para unidade hospitalar de referência

PROCEDIMENTO: Avaliação Inicial do Paciente Diabético

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOSESPERADOS

Introduzir o paciente em programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e Impressos educativos

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Exame fisico completo
  - Peso. TA
  - Fundo de olho
  - Palpação das artérias
  - Avaliar macroanaionatia e neuropatias
  - Exame cuidadoso dos pés e do buco dentario
- Solicitar testes bioquímicos

CHS - JOÃO PAULO II

- Sumário de Urina e Urocultura
- Hemozrama -Glicemia o Colesterol, Triglicérides o HDL.LDL
- Creatinina, Uréia, K

CUIDADOS

Solicitar glicohemoglobina ou frutosamina (podem ser normais em diabetes recentes), RX de e ECG

AÇÕES CORRETIVAS

- Equipe multidisciplinar:
  - Iniciar o programa de aprendizaaem
  - Consulta com a nutrição para receber sua dieta individualizada
  - Consulta de enfermagem
  - Consulta com o Serviço Social
  - Avaliação Psicossocial
  - Autocontrole
  - Folhetos educativos, cartão de identificação.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Diabetes I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Manter níveis aceitáveis de glicemia sérica no paciente diabético

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Critérios para o diagnóstico de:
  - Diabetes
  - Critério do ADA - Glicemia plasmática > 126 mg
  - Critério do WHO (World Health Organization) - Glicemia de jejum > 140mg ou valor glicêmico aleatório > 200mg%
  - Glicemia de jeium alterada

CHS - JOÃO PAULO II

- Glicemia de jeium > 11 Omg% e < 126mg%
- Intolerância a glicose
- Critério do WHO – Glicemia plasmática de jejum < 140mg% e > 200mg%
- TTG Gestante
- Valor normal: 105. 190. 165. 145 *mg%*

- Terapêutica
  - Dieta: a dieta do diabético deve ser individualizada de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividades fisicas, hábitos alimentares, etc. num individuo normal, calcula-se o gasto calórico como sendo de 30 a 40 calorias/kg/dia.
  - Insulina
  - A insulina está indicada nos diabéticos do tipo I, nos diabéticos magros, na presença de cetose e em diabéticos do tipo II quando os hipoglicemiantes orais jáa não conseguem um bom controle glicêmico. A insulina é também indicada em caso de infecções, na gravidez, na insuficiencia hepática ou renal e no diabetes secundário a pancreatite.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Diabetes II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Insulinas disponíveis no Brasil

Tipo	Tempo de ação	Mista	Porco	Humana
Lispor	Ultrarápida			Humalog
Simples ou Regular	Rápida	Iolin-R	Actrapid, Neosulin-R	Biohulin-R, Humulin-R, Novolin-R
NPH ou Lenta	Intermediária	Iolin-N	Monotard, Neosulin-N, Novolin-L, Protaphane-N	Biohulin-N, Humulin-N, Novolin-N

CHS - JOÃO PAULO II

			Monolin-L, Neosulin-L, Novolin-L, Protaphane-L	Biohulin-L, Humulin-L, Novolin-L
Ultralonga	Ultralenta			Biohulin-U

- A dose a ser utilizada varia conforme o paciente. em média 40u diárias de NPH são suficientes. Para pacientes que nunca tomaram insulina pode ser administrado 0.2 a 0.5u/kg e nos dias seguintes 1 u para cada 20mg de glicemia acima de 140mg. Em crianças fazer 0.1 u/kg de peso, inicialmente.
- Os esquemas de administração de insulina são vários. Poderá serem utilizadas quatro doses de regular, antes das principais refeições, NPH pela manhã associada com simples, NPH a noite, ou 02 doses de NPH, sendo 2/3 antes do desjejum e 1/3 antes do jantar, associada ou não a insulina simples, tudo vai depender da resposta e aceitação do paciente.
- Hipoglicemiantes Orais
  - o Uso de hipoglicemiante oral está indicado nos diabéticos do tipo 2, ou não insulinodependente, quando a dieta e o aumento da atividade física não forem capazes de obter um bom controle.
  - o Se o diabético é obeso, a primeira opção é a biguanida ou o inibidor da alfaglucosidade.
  - o Se ele tem o peso normal ou pequeno excesso de peso, pode ser testada. inicialmente, uma sulfonilureia, associado ou não a biguanidade ou a um inibidor da alfa-glucosidade.

PROCEDIMENTO: Tratamento da diabetes III

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Hipoglicemiantes orais disponíveis no Brasil

	Nome Comercial	Apresentação	Duração de ação	Dose máxima

CHS - JOÃO PAULO II

1.Sulfoniluréias				
Clorpropamida	Clorpropamida Diabinese Daonil	Comp. 250mg	36h	300mg
Glibenclamida	Euglucon Lisaglucon	Comp. 5mg	6-12h	20-30mg
Gliclazida	Diamicron	Comp. 80mg	6-12h	240mg
Glipizida	Minidiab	Comp. 5mg	4-10h	20mg
Glimepirida	Amaryl	Comp. 2 e 4mg	5-8h	8mg
2. Biguanidas				
Metformina	Dimefor Glifage Glucoformin	Comp. 500mg e 850mg	9-12h	200mg
Fenformina	Debei	Comp. 50mg	4-6h	150mg
3. Inibidores da Alfa-glucosidase				
Acarbose Sulfoniluréias	Glucobay	Comp. 50mg e 100mg	3h	200mg

- As sulfonilureais de primeira geração, como a clorpropamida tem meia vida mais longa- 36 a 60h, devido formação de metabólitos com excreção mais lenta. Já os de 2ª geração tem meia vida mais curta, 8 a 16h, como alibenclamida, glimepirimida, glicazida e glipizida.
- Deve-se iniciar com um a dois comprimidos, em jejum, observar a resposta por duas a três semanas e se necessário, aumentar a dose. A dose máxima diária a ser utilizada varia e no caso clorpropamida é de 500mg, no caso da glibenclamida 20 mg e da glicazida, 320mg e da glimepirida 8mg. Estes comprimidos devem ser dados em jejum.
- As sulfonilureias podem ser administradas associadas às biguanidas e/ou a arcabose e insulina

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético I

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

CHS - JOÃO PAULO II

Manter o paciente no programa de controle da diabetes

MATERIAL NECESSÁRIO

Tensiômetro, estetoscópio, controle de glicemia

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Continuar o programa educativo
- Peso. TA
- Glicernia em jejum
- Glicemia pós-prandial
- Avaliar mapa de glicosúria
- Procurar hipoglicemia

CUIDADOS

- Esta segunda visita deve ser feita com 15 a 30 dias da avaliação inicial
- Orientar o paciente para situações de hipoglicemia

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CHS - JOÃO PAULO II

RESULTADOS ESPERADOS

Manter e paciente ne programa de controle da diabetes.

MATERIAL NECESSÁRIO

Exames Laboratoriais

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Glicohemoglobina
- Lipídios séricos (se estiverem elevados)
- Glicemia pós-prandial
- Sumário de urina
- Exame dos pés
- Prosseguir com o programa educativo de grupo, já avaliando a educação
- Reconsiderar a terapêutica

CUIDADOS

- Esta terceira visita deve ser realizada após 3 meses da avaliação inicial
- Esta avaliação acima deverá ser mantida a cada 3 a 4 meses no paciente que esteia bem controlado.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Acompanhamento do Diabético III

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Manter e paciente no programa de controle da diabetes

MATERIAL NECESSÁRIO

Tensiômetro, estetoscópio, espátula, oftalmoscópio, exames laboratoriais e RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Exame fisico completo e particularmente
  - Palpação das artérias (Doppler se necessário)
  - Exame cuidadoso dos pés e unhas
  - Procurar macroangiopatias
  - Procurar neuropatias, hipertensão ortostática
  - Fundo de olho
  - Avaliação buco dentária

CUIDADOS

- Realizar avaliação complementar:
- Creatinina, uréia, eletrólitos
- Colesterol. triglicérides, HDL, LDL
- Sumáno de urina, urocultura
- Glicohemoglobina ou frutosamina

AÇÕES CORRETIVAS

- Reconsiderar a terapêutica
- Solicitar consultas especializadas, se necessário
- Rever mapa de glicosúrias
- Revisão com a nutricionista
- Revisão de enfermagem e revisão psicossocial

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Transferência de Paciente

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

MATERIAL NECESSÁRIO

Prontuário médico, relatório de transferência

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Certificar-se da vaga no local de destino.
2. De posse da vaga, informar o paciente e/ou familiares sobre sua transferência.
3. Registrar no prontuário indicação de transferência.
4. Preencher relatório de transferência constando resumo da história e exame na admissão, curso de intermamento e registro de todos os exames realizados.
5 Informar à equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.
6. Avisar ao Serviço Social a necessidade da transferência e as providências.

CUIDADOS

- Certificar-se junto a equipe de enfermagem que aja continuidade na administração dos medicamentos.
- Registrar no prontuário e relatório de transferência o quadro clínico do paciente ao sair da unidade hospitalar.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Alta Médica

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Preceder à alta hospitalar, orientando e paciente quanto aos cuidados pertinentes.

MATERIAL NECESSÁRIO

Prontuário médico. relatório de alta receita médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Comunicar o paciente da sua alta.
2. Registrar rnedicação de alta no prontuário.
3. Colocar na prescrição do dia, o aviso de alta do paciente.
4. Fazer o relatório de alta, em 2 (duas) vias, devendo urna delas ficar no prontuário médico do paciente e a outra ser entregue ao paciente.
5. Orientar o paciente e/ou familiares quanto à sua medicação, dieta e cuidados gerais, fomecendo receituário, se necessário.
6. Orientar quanto ao seu retomo no ambulatório, caso haja necessidade.
7. Avisar ao Serviço Social e a Enfermagem, a indicação de alta hospitalar.

CUIDADOS

Certificar-se do entendimento do paciente em relação as orientações dadas.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Conduta no Óbito

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Atestar o óbito de paciente e tomar providencies cabíveis situação.

MATERIAL NECESSÁRIO

Prontuário médico, atestado de óbito

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Constatar o óbito do paciente;
2. Descrever no prontuário médico a ocorrência, horário do óbito e medidas adotadas durante a parada cardiorrespiratória.
3. Preencher o atestado de óbito, no caso de morte natural.
4. Entregar o atestado de óbito à enfermagem.
5. Informar a familia e/ou responsável juntamente com o Servico Social sobre o óbito do paciente.

CUIDADOS

Em caso de suspeita diagnostica de envenenamento, morte violenta ou óbito antes de completar 24 horas de internamento, não poderá ser fenecido atestado de óbito pelo hospital, devendo o médico entrar em contato telefônico com o delegado regional, para solicitar sua presença no hospital. O médico deve, ainda, fazer relatório com a ocorrência, em duas vias, onde uma delas ficará no prontuário médico do paciente e a outra será entregue ao delegado.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento das Parasitoses Intestinais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOSESPERADOS

Assistência médica capacitada detectar e tratar adequadamente as parasitoses do trato digestivo

MATERIALNECESSÁRIO

Resultado laboratorial do parasitológico, Impressos para solicitação de exames e prescricáo médica

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Colher amostra parasitológicos de fezes (03 amostras) com Baermann para todos os pacientes com suspeita de parasitose intestinal. Swab retal em casos específicos; em pacientes imunodeprimidos solicitar pesquisa de oportunistas nas fezes e coprocultura;
2. Solicitar hemograma para avaliar grau de anemia, eosinofilia, etc.;
3. Utilizar anti-helmítico de largo espectro. Mebendazol 100mg de 12/12hs por 03 dias, repetindo com 15 dias após a 1ª dose para a maioria das parasitoses. Em casos de ascaridíase isolada, pode-se usar Levarnizole em dose única;
4. Para esquistossomose Mansônica, usar Oxamniquine 15 mg/kg/dia (máxima de 1,5g) em dose única;
5. Para estrongiloidíase, usar Tiabendazol 50 mg/kg/dia (não ultrapassar 03g) por 03 dias. Em caso de imunodepressão tratar por 21 dias;
6. Para teníase, usar Praziquantel 20mg/kg para T. sagnata e 5 mg/ kg para T. solium, dose única:
7. Para amebíase, usar Metronidazol 400mg VO de 8/8 hs por 10 dias - apenas para pacientes com doenca intestinal atribuída ao parasito e/ou E. histolytica. Para giardiase, Metronidazol 250mg VO 8/8hs por 05 dias.

CUIDADOS

Não demorar de enviar a amostra ao laboratório, Corrigir condições associadas, como anemia ferropriva e orientar o paciente quanto a cuidados de higiene no manuseio de alimentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Pneumonia Hospitalar

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Aplicação de medidas preventivas da infecção respiratória adquirida no ambiente hospitalar, visando a reduzir a morbimortalidade, os custos e tempo de internação prolongado associado a essa patologia. Identificação precoce e tratamento bem sucedido dos casos identificados, tentando identificar o agente etiológico para traçar perfil de sensibilidade da flora hospitalar.

MATERIAL NECESSÁRIO

Exames laboratoriais, laudo do RX, medicamentos (ver abaixo), controle dos sinais vitais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Implantação de medidas profiláticas básicas, incluindo lavagem das mãos, normas de isolamento para toda a equipe de saúde, sob supervisão da SCIH;
2. Divulgação do resultado das culturas entre as equipes médicas para seleção precisa de antibióticos;
3. Tentar corrigir condições que possam predisnor a infeccáo respiratória, como ventilação mecânica, estados de coma, distensão abdominal e vómitos, etc.;
4. Solicitar hemograma completo, bioquímica, glicemia, Raio x de tórax em PA e perfil e hemogasometría em casos mais graves e/ou associados a dispnéia. Colher material para culturas;
5. Identificar fatores de risco para determinados grupos de patógenos que podem ajudar na seleção do antibiótico;
6. Iniciar antibioticoterapia empírica de largo espectro, levando-se em conta a gravidade, patologias concomitantes e perfis de sensibilidade;
7. Iniciar tratamento com cefalosporina de 3ª geração (p.ex.: Ceftriaxona), associada ou não a aminoglicosídeo;

CHS - JOÃO PAULO II

8. Usar Ceftiazima como primeira escolha se Pseudomonas for um provável patógeno;
9. Associar Metronidazol ou Clindamicina caso haja suspeita de associação com anaeróbios;
10. Associar Oxacilina ou Vancomicina - conforme perfis de sensibilidade – caso haja suspeita de Stafilococos, baseada no quadro clínico e fatores de risco para essa bactéria, traumatismo grave, diabetes, etc.;
11. Macrolídeos, quinolónicos, etc.; denendendo da avaliação de cada caso individualmente;
12. Orientar posteriormente baseando-se nos resultados das culturas;
13. Instituir fisioterapia respiratória nos casos mais graves, coro complicações, ou com excesso de secreção respiratória associada ou não a infecção.

CUIDADOS

- Assepsia rigorosa na coleta do material para culturas, para evitar contaminação;
- Atentar para casos de insuficiência respiratória, necessitando de ventilação mecânica;
- Atentar para casos de tosse crônica, mesmo com agudização e piora recente, para se afastar BK;
- Observar causas de imunodepressão (AIDS etc.).

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiencia Renal Aguda

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

Assistência Médica e de Enfermagem capacitada para conduzir pacientes com insuficiência renal aguda, visando o restabelecimento da diurese, a correção dos distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-básicos, restaurar a capacidade renal de eliminar as escórias nitrogenadas.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Balance hídrico, resultados dos exames laboratoriais (níveis séricos, uréia e creatinina/eletrólitos)
- Medicamentos apropriados (ver abaixo) e equipamentos necessários para o uso de medicamentos e para a realização de procedimentos dialíticos caso necessário.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Identificar precocemente alterações da função renal, através do controle da diurese, balanço hídrico e monitorização dos níveis séricos de uréia e creatinina;
2. Tratar condições que predispõem ao desenvolvimento da IRA (choque, rabdomiólise, hiperbilirrubinemia) bern como evitar o uso indiscriminado de agentes nefrotóxicos (AINEs, aminozlicosídeos, contrastes iodados, etc.);
3. Dieta c/ restrição proteína para 0,6-0,8g/kg/dia, rica em AA essenciais, pobre em potássio. Restrição hídrica em casos de oligúria/anúria e suplementacáo em caso de poliúria, Hipossódica em caso de HAS ou hinernatremia;

CHS - JOÃO PAULO II

4. Avaliação laboratorial deve incluir dosagem de uréia e creatinina, eletrólitos, cálcio, fósforo, hemograsometria arterial ou dosagem de reserva alcalina e sumário de urina. Dosar o sódio e a creatinina urinários para cálculo da fração de excreção de sódio (FENa) de importancia para a classificacáo da IRA. Outros exames laboratoriais e exames de imagem devem ser individualizados a critério do médico assistente:
5. Combase na história clínica e nos resultados laboratoriais, classificar a IRA em: IRA prerrenal - otimização hemodinâmica e correção de fatores que prejudiquem a perfusão renal (AINES) ou reduzir a taxa de filtração glomerular (uso de I-ECA); IRA renal - tratar causa intrínseca As medidas acima também se aplicam; IRA pós-renal - procedimentos "desobstrutivos". Em geral requer avaliacáo de especialistas em Urología;
6. Se oligúrico ou anúrico, acrescentar além do controle rigoroso dos dados vitais e do balance hídrico, a monitorização da PVC;
7. Se apresentar poliúrica, deve-se hidratar o paciente adequadamente, orientando-se pelo balance hídrico. Pode ser necessária a monitorização da PVC para otimização da hidratação;
8. Estar atento aos distúrbios hidroeletrolíticos e tentar corrigi-los, principalmente em relação a elevações do potássio, que podem ser fatais.

Quando necessário estimular a diurese, usar diuréticos de alca como a Furosemida, em bolus endovenoso e em doses prozressivamente mais altas, repetindo-se sempre que necessário a mesma dose que obteve diurese efetiva Diuréticos osmóticos, como manitol e associacáo com tiazídicos para potencializar o efeito diurético, poderse ser prescritos. Solicitar avaliação do Nefrolozista em casos mais comnlexos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Manuseio de Pacientes com Insuficiência Renal Aguda II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

MATERIAL NECESSÁRIO

Balanço hídrico, exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro, termômetros, impressos.
Em caso de diálise: material para curativo, soluções dialíticas, cateteres.

CUIDADOS

- Atentar sempre para o balance hídrico, evitando negativá-lo demais - risco de desidratação como niora da função renal por mecanismo prerrenal - ou positivá-lo demais - risco de sobrecarga hídrica.
- Concentrar as soluções para diluir as medicações em caso de restrição hídrica Em caso de diálise peritoneal, além dos cuidados com o balanço hídrico da diálise e com a potência do cateter, deve-se verificar o aspecto do líquido drenando do abdômen, para diagnosticar precocemente uma peritonite, que nesses casos pode ser oligossintomática. Em caso de hemodiálise com cateter de Sorensen, deve-se ter os cuidados usuais de um acesso venoso central.

AÇÕES CORRETIVAS

- Indicações de procedimento dialítico:
  - Hipercalemia refratária a medidas conservadoras;

CHS - JOÃO PAULO II

- Congestão pulmonar;
- Uremia: uréia maior que 200 mg/dl e/ou síntomas neurológicos atribuídos a retenção de escórias nitrogenadas;
- Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador;
- Pericardite;
- Neuropatia.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERAD OS

Assistência Médica e de Enfermagem para o paciente com ICC, visando a estabilização

MATERIAL NECESSÁRIO

- Tensiômetro, estetoscópio, medicamentos indicados a ICC, eletrocardiógrafo, monitor cardíaco, oxímetro de pulso e bomba de infusão.
- Controle dos sinais vitais e balanco hídrico. Resultados laboratoriais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

1. Estabelecer a etiologia da ICC (insuficiência coronariana, doença de Chagas, valvulopatia) que possam diferenciar a conduta para cada caso;
2. Detectar e tratar precipitantes: dist. hidreletrolítico, sepse, intoxicação digitálica, arritmias, etc;
3. Solicitar hemograma completo, função renal e eletrólitos, RX de tórax, ECG.

Demais exames, como Ecocardiograma, de acordo c/ cada caso;

CHS - JOÃO PAULO II

4. Monitorar dados vitais. Em casos graves, instalar monitor cardíaco, oxigênio e monitorar a PVC, o débito urinário e o balanco hídrico;
5. Dieta hipossódica, devendo ser suspensa no caso de instabilidade hemodinámica;
6. Medicamentos
7. Digital: Digoxina (VO)/Lanatosídeo C (IV) se disfunção ventricular sistólica sintomática ou para controle de taquiarritmias supraventriculares;
8. Diuréticos: Furosemida VO (IV se conaestáo importante). Titular a dose que mantenha o paciente sem sinais ou síntomas congestivos. Associar com tiazídico caso seja necessário potencializar o efeito diurético;
9. Vasodilatadores: 1-ECA mesmo em pacientes assintomáticos e com disfunção ventricular. Antagonistas da angiotensina 2 em pacientes que não toleram I-ECA. Titular adose de ambos para a máxima tolerada pelo paciente. Esquemas outros como nitrato e hidralazina conforme iulaamento médico;
10. Betabloquadores: em pacientes com classe funcional II, III e IV. Os únicos devidamente testados para essa finalidade sao o carvedilol, metropolol e bisoorolol, Titular a dose conforme tolerado, lentamente;
11. Antagonista da aldosterona: espironolactona em baixas doses em pacientes em classe funcional III e IV;
12. Aminas vasoativas em casos de choque. Ter sempre desfibrilador próximo;
13. Em caso de EAP fazer furosemida 60 - 100mg e Meperidina 2-3mg, IV. Fornecer O2 sob máscara. Utilizar técnica de CPAP se houver ventilador capacitado para tal e o paciente encentra-se lúcido e colaborativo. Manter material de intubação orotraqueal - inclusive sedativo e mirrelaxante - prontamente disponível, caso esta seja necessária. Demais medicações a critério do médico assistente.
14. Dar alta quando paciente encontrar-se estável hemodinamicamente e com diurese satisfatória, com fatores desencadeantes corrigidos e com adequada avaliação diagnostica Prescrever as medicações em uso para casa, com retomo ambulatorial agendado.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

MATERIAL NECESSÁRIO

- Resultado iaborarorial (potássio, magnésio), tensiômetro, estetoscôpio,

CUIDADOS

- Atentar sempre para distúrbios hidroeletrolíticos, principalmente os relacionados ao potássio e ao magnésio:
- Em casos mais graves, com choque e/ou congestão pulmonar importante, associar hemogasometria arterial na avaliação laboratorial;
- Nao esquecer medidas profiláticas para Trombose Venosa Profunda/Embolia Pulmonar, para pacientes de risco;

CHS - JOÃO PAULO II

- Ficar atento para a possibilidade de Tromboembolismo Pulmonar, principalmente nos casos de piora súbita e inexplicada e dispnéia mais intensa com ausculta pulmonar pouco alterada. O uso da profilaxia nao afasta essa possibilidade;
- Certificar-se de que sabe operá-lo ANTES de fazer-se necessário o seu uso.

PROCEDIMENTO: Choque

RESPONSÁVEL: Médico Clínico

Choque

Introdução

Com algumas modificações, este enfoque sobre choque, principalmente o Choque Menorrágico, tem como base o protocolo do ATLS - Advanced Trauma Life Support (Suporte Avancado de Vida no Trauma, Manual 1993 do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões).

Definição

CHS - JOÃO PAULO II

Define-se choque como urna anormalidade circulatória cuja perfusão orgânica e a oxigenação tecidual estão inadequadas.

Dois passos sao importantes no que se refere ao choque;

1. Reconhecer precocemente sua presenca.
2. Identificar sua provável causa.

Nos casos de pacientes traumatizados a causa do choque está relacionada ao mecanismo de lesão. Todos os tipos de choque podem estar presentes no paciente politraumatizado. A maíoria dos pacientes em choque está em hipovolemia,

O início do tratamento do choque deve ser simultâneo com o reconhecimento do estado de choque. A resposta ao tratamento inicial, além da clínica e exames secundários, direcionam para o diagnóstico da causa. Lembrar que a hemorragia é a causa maís comum de choque no paciente traumatizado.

Os componentes: fisiológicos envolvidos nos choques são:

1. pré-carga - representada pela capacitancia venosa e pela volernia:
2. bomba - a contratilidade cardíaca é o que mantém o sistema em atividade;
3. pós-carga - é a resistencia vascular sistémiica (periférica).

No tratamento inicial do choque busca-se o restabelecimento das perfusões orgânica e celular coro sangue adequadamente oxigenado. No choque hemorrágico isto significa aumentar a précarga o que, por si só, contraindica o uso de drogas vasopressoras. Classificacáo dos Estados de Choque.

Hipovolêmico - falta conteúdo (baixo volume intravascular):

- sangramentos volumosos (exteriorizados ou não);
- perda liquida excessiva (diarréia, vomito, poliúria, febre);
- sequestro líquido - tecidos inflamados (peritonite, colite, pleuris);
- drenagem de grandes volumes de transudato (ascite, hidrotórax).

Observação

Muitas vezes, mais de uro fator associado quando em doentes graves.

- Obstrutivo - Bloqueio do fluxo de sangue na pequena circulação ou na circulação sistémica: embolias pulmonares maciças ou submaciças produzem obstrução direta pelo coágulo (embolo) e, indiretamente, pela liberação de vasoconstritores; tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, coartação aórtica - causando restrição mecânica da pré-carga ventricular direita (não há enchimento).
- Distributivo - Existe inadequada demanda tecidual e oferta local de oxigênio:
  - Fluxo alto/necessidade;
  - Séptico
  - Neurogênico
  - Anafilaxia
  - Síndrome de hiperviscosidade
  - Doenças endócrinas:
  - Hipotireoidismo

CHS - JOÃO PAULO II

- Hipocortisolismo
- Cardiogênico - O desempenho cardíaco está limitado (inotropisrno e cronotropismo):
  - Falencia ventricuJar esquerda
  - Lesões Valvares
  - Infarto do miocárdio
  - Shuntarterio venoso
  - Miocardiopatia
  - Aneurisma ventricular
  - Miocardite
  - Alterações elétricas
  - Disfunção miocárdica da sepse
  - Arritmias
  - Defeitos mecânicos
  - Distúrbios de condução

Avaliação Inicial

Reconhecimento do choque

Mecanismos compensatórios mantém a pressão sistólica até urna perda de 30% da volemia. Então, não aguardar queda da pressão arterial, aparecimento de alterações do fluxo renal e do SNC para fazer diagnóstico do choque. Taquicardia, pele fria, queda da pressão de pulso (sistólica-diastólica) em pacientes traumatizados, até provar o contrário, devem ser considerados evidencias de choque. Idosos, medicamentos como o propranolol, hematócrito, podem ter comportamento nao esperado.

Diferenciação clínica da etiologia do choque

Choque hemorrágico

Hemorragia é a causa mais comum de choque em pacientes politraumatizados. Outros choques podem responder parcial ou transitoriamente a reposição volêmica. O fator de grande importância é identificar se o quadro é ou não devido a hemorragia.

Choque não-hemorrágico

Choque Cardiogênico

A disfunção miocárdica pode ocorrer por contusão miocárdica, tamponamento cardíaco, embolia gasosa ou infarto do miocárdio associado ao trauma. Destes o mais comum é o tamponamento cardíaco relacionado ao ferimento penetrante do tórax. Taquicardia, abafamento de bulhas, jugulares ingurgitadas, hipotensão e resposta ruim a reposição volêmica falam a favor do diagnóstico. O pneumotórax hipertensivo pode simular tamponamento cardíaco. Inserção correta de uma agulha alivia estas ameacas.

Pneumotórax Hipertensivo

Mecanismo valvular que causa compressão e colapso pulmonar, com desvio do mediastino para o lado oposto, diminuindo o retomo venoso e o débito cardíaco. Requer tratamento imediato. Clinicamente há enfisema subcutâneo, ausência de murmúrio vesicular, hipertimpanismo a

CHS - JOÃO PAULO II

percussão, desvio da traqueia e insuficiência respiratória aguda, manifestações que autorizar a descompressão torácica sem esperar confirmação radiológica

Choque Neurogênico

Lesões cranianas isoladas não causam choque. Já os traumas por lesão modular podem provocar hipotensão pela perda do tônus simpático, mas não há taquicardia nem vasoconstrição cutânea, assim como pulso fino não é visto no choque neurogênico.

Choque Hemorrágico no Paciente Traumatizado

Fisiopatologia

As respostas iniciais a perda de sangue são compensatórias como a vasoconstricção progressiva cutânea, muscular e visceral na tentativa de preservar o fluxo sanguíneo.

Taquicardia é o sinal mais precoce.

Nas células, a perfusão e oxigenação inadequadas desencadeiam um mecanismo compensatório que é o metabolismo anaeróbio que resulta ero produção de ácido lático e acidose metabólica

No choque prolongado, a parede celular perde a capacidade de manter gradiente elétrico e ocorre o edema celular, levando a lesão e a morte celular, e ao edema tecidual. Isto agrava o impacto global da perda sanguínea e da hipoperfusão preexistente. A infusão de soluções eletrolíticas ajudam a combater este processo. As vezes, a reposição pode ser acompanhada de um aumento do edema intersticial devido a lesão de repercussão da membrana capilar intersticial, necessitando de volumes maiores de soluções salinas.

Definição de hemorragia: é urna perda aguda de sangue. O indivíduo adulto normal tem um volume sanguíneo de aproximadamente 7% do seu peso corporal enquanto a criança tem cerca de 8 ou 9%. Em caso de obesos considera-se o peso ideal.

Efeitos diretos da hemorragia: o tratamento deve ser orientado mais pela resposta individual do que por urna classificação, pois a distinção entre as classes de choque nem sempre é precisa. Didaticamente divide-se em quatro classes: I - perda de sangue igual ao doador de sangue: II - choque não-complicado que requer reposição de cristaloides: III - estado mais complicado onde há necessidade de reposicáo de líquidos e provavelmente de sangue e: IV - grave, considerado evento preterminal, se medidas agressivas nao forem tomadas. Alguns fatores podem alterar a dinâmica vascular e devem ser lembrados: (1) idade do paciente, (2) gravidade do trauma e localização anatómica, (3) intervalo entre o trauma e início do tratamento e (4) reposição volêmica pré-hospitalar e uso do PASG. Como rezar, diz-se que é perigoso aguardar que o paciente traumatizado se enquadre em urna classificação fisiológica precisa antes de iniciar urna terapia agressiva.

Efeitos diretos da hemorragia				
Alteração	**Classe I**	**Classe II**	**Classe III**	**Classe IV**
Perda Sanguínea em ml	Até 750	750-1.500	1.500-2.000	> 2.000
Perda Sanguínea em %	Até 15%	15-30%	30-40%	> 40%
Frequência de Pulso	< 100	> 100	> 120	> 140

CHS - JOÃO PAULO II

Pressão Arterial	Normal	Normal	diminuída	diminuída
Pressão de Curso em mmHg	normal ou diminuir	diminuída	diminuída	diminuída
Frequência Respiratória	14-20	20-30	30-40	> 35
Diurese em ml/hora	> 30	20-30	5-15	disponível
Estado Mental/SNC	ansiedade leve	ansiedade moderada	ansiedade confusão	confusão e letargia
Reposição Volêmica	cristalóide	cristalóide	cristalóide e sangue	cristalóide e sangue

Tabela 1.24

Alterações hidroeletrolíticas secundárias a lesões de partes moles:

Fraturas e lesões de partes moles, extensas, comprometem a hemodinâmica de dois modos:

- pela perda de sangue nos casos de fraturas extensas (tíbia e úmero podem perder 750 ml cada e fêmur 1.500 ml). Vários litros de sangue podem acumular-se num hematoma retroperitonial associado a urna fratura pélvica;
- edema intersticial obrigatório em partes moles lesadas. Este edema depende da extensão da lesão e consiste de líquido extracelular. Lembrar que o plasma é parte do extracelular e corresponde a 25% do volume do edema e sua perda tem impacto no volume circulatório na presença de grandes edemas. Por exemplo, a perda de 2.000 ml de edema em urna fratura de fêmur corresponde a 500 ml de plasma, volume que somado a outras perdas pode complicar o estado hemodinâmico.

Abordagem do Choque Hemorrágico

O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados em rápida sucessão. Para a maioria dos pacientes traumatizados, o tratamento é instituido como se fosse choque hipovolérnico, até evidente prova em contrário.

Exame fisico

Anotar sinais vitais, diurese e nível de consciencia para comparação.

- iniciar oxigênio.
- Circulacáo e controle da hemorragia (C do ABC):
- verificar circulação:
- controlar hemorragia externa (cornpressão, garrote. etc.);
- estabelecer acesso venoso.
- avaliar perfusão tecidual.
- Exame neurológico:
- avaliar nível de consciência (escala adotada na instituição ou Glasgow), movimentação ocular, resposta pupilar, função motora e sensibilidade.
- Exame completo:

CHS - JOÃO PAULO II

- despir o paciente, identificar lesões. Cuidado com hipotermia.
- Descomnressáo gástrica:
- não se sabe porque mas a distensão gástrica toma o choque de díficil tratamento e aumenta o risco de aspiração. Deve-se drená-lo sempre (SNG-Sonda Nasogástrica).
- Sondagem vesical:
- mede débito urinário, avalia presenca de hematúria. Na presenca de sangue uretral ou próstata não-palpável em homem, não sondar.

Acesso Vascular

Obter acesso vascular imediatamente por meio de 2 cateteres que devem ser curtos e grossos preferencialmente em braço ou antebraço. Na impossibilidade da punção, dissecar veias (membro superior ou safena) evitando-se danos arteriais e nervosos. Em crianças menores de 6 anos, em casos de inabilidade, utilizar punção óssea. Colher sangue para exames de rotina. Se realizado acesso venoso central via subclávia ou jugular interna. obter Raio X de tórax em seguida.

Reposição liquida inicial

Inicialmente deve ser usada solução eletrolítica isotônica que promove expansão intravascular (transitória) por reposição das perdas que ocorreram para o interstício e compartimento celular. Posteriormente, se necessário, sangue.

O ringer lactato é a primeira escolha e o soro fisiológico a segunda. As reposições a base de soro fisiológico, devido aos grandes volumes, podem acarretar acidose hiperclorêmica que se agravará ainda mais se a função renal estiver comprometida. Preconiza-se para o adulto cerca de 2.000 ml e na criança cerca de 20 ml/kg de peso, infundidos rapidamente e observando-se a resposta hemodinâmica, Pode-se utilizar a tabela como guia para a reposição (3 ml de solução isotônica para cada ml de sangue perdido) lembrando sempre dos fatores que podem interferir ou modificar as respostas esperadas. Sempre avaliar a resposta a reposição inicial.

Avaliação da Reposição Volêmica e da Perfusão Orgânica

Generalidades

Os dados da manifestação clínica são os parâmetros para avaliação da reposição. Então, regularização da frequência cardíaca, frequência respiratória, palidez, pele fria, pressão de pulso, diurese. Pode-se incluir exarnes laboratoriais.

Débito urinário

Utilizar o débito urinário como um dos monitores da reposição, 50ml/hora no adulto ou 1/2 a 1ml/kg/h inclusive para crianças até 1 ano; abaixo de 1 ano e desejável 2ml/kg/h. Débitos urinários inferiores sugerem reposição volêmica inadequada, sendo necessária a complementação da reanimação e/ou outras medidas diagnósticas.

Equilíbrio ácido-base

Normalmente o paciente hipovolémico cursa, no início, com alcalose respiratória ocasionada pela taquipnéia e posteriormente evolui para acidose metabólica (no início é leve e não necessita

CHS - JOÃO PAULO II

tratamento). O choque prolongado ou profundo leva a acidose metabólica grave provocada pelo metabolismo anaeróbio indicando reposição inadequada. Acidose metabólica persistente em paciente normotômico deve ser manejada com aumento da infusão liquida. Só utilizar bicarbonato de sódio com pH abaixo de 7,2.

Resposta a Reposição Volêmica Inicial e as Decisões Terapêuticas

Generalidades: a resposta do doente a reposição volêmica inicial mostra o caminho dos próximos passos da terapêutica, Aumentar, diminuir ou complementar a infusão de líquidos, adição de sangue, novos exames, tomam por base a evolução ao tratamento inicial instituído cujo padrão de resposta pode ser resumido na tabela a seguir (tabela 2):

Respostas e Decisões Terapêuticas			
Tipo de Resposta	**Rápida**	**Transitórias**	**Sem Resposta**
Sinais Vitais	Retorno ao normal	Melhora Transitórias Recidiva PA e FC	Continuam Anormais
Perda Sanguíneo Estimada	Mínima - 10 a 20%	Moderada e Persistente 20 a 40%	Grave (< 40%)
Necessidade de mais Cristaloide	Baixa	Alta	Alta
Necessidade de Sangue	Baixa	Moderada a Alta	Imediata
Preparo do Sangue	Gripado e com Prova Cruzada	Tipo Específico	Liberado em Caráter de Emergência
Necessidade de Cirurgia	Provável	Provável	Muito Provável
Necessidade de Opinião Cirúrgica	Sim	Sim	Sim

Tabela 2.24

Sangue com provas cruzadas, tipo específico e tipo O (vide tabela anterior).

É sempre preferível o uso de sangue, com todas provas cruzadas realizadas, procedimento que normalmente exige 1 hora.

Sangue tipo específico (ABO e Rh) são encontrados na maioria de bancos de sangue. Aqui a incompatibilidade a anticorpos menores pode ocorrer, mas justifica-se seu uso na presença de choque grave cuja resposta a infusão liquida é transitória.

Na presença de sangramento profuso, exsanguinante e na indisponibilidade de sangue específico, usa-se o tipo O e, se puder, Rh negativo.

Filtros de sangue

Utilizar filtros comerciais de transfusão sanguínea. Aquecimento dos líquidos

Para prevenir hipotermia ou ajudar a reverter a já existente, infundir líquidos cristaloides a 39 graus centígrados, utilizar cobertores e evitar exposição corporal. Não aquecer em micro-ondas as soluções contendo glicose, plasma e sangue. Vide hemoterapia, Capítulo 26, para maiores informações.

CHS - JOÃO PAULO II

Autotransfusão

Existem equipamentos disponíveis comercialmente para coleta estéril, anticoagulação e transfusão de sangue drenado utilizados principalmente em hemotórax volumoso. Outros equipamentos com finalidades semelhantes, mais complexos podem ser encontrados comercialmente.

Coagulopatia

Normalmente não é necessário a transfusão de plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco e fibrinogênio em atendimentos iniciais. A medida do tempo de protrombina, do tempo de tromboplastina parcial e a contagem de plaquetas sao estudos de grande valia em algumas situações especiais em portadores de coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes. Estar alerta nos casos que cursam com hipotermia e necessitam de transfusões maciças, pois pode ocorrer alterações dos fatores de coagulação e diluição planetária levando a coagulopatia.

Adrninistração de cálcio

Reposição de cálcio deve ser baseada em dados laboratoriais.

Dispositivo Pneumático Antichoque -PASG (Pneumatic Antishock Garment)

Este equipamento de insuflação age, na extremidade inferior e abdômen, por compressão causando aumento da resistência vascular periférica e da pós-carga, elevando a pressão arterial.

Indicado em casos de transporte ou atendimento extra hospitalar para fraturas pélvicas com hemorragia continua e hipotensão e em traumas abdominais com grave hipovolemia em pacientes que estão sendo removidos.

Está contraindicado seu uso no edema pulmonar, ruptura diafragmática conhecida (impulsiona órgãos da cavidade abdominal para dentro da cavidade torácica) e em hemorragias fora da área da ação do dispositivo como lesões de tórax, extremidades superiores, couro cabeludo, face e pescoço.

Deve ser usado com conhecimento de seus efeitos deletérios no quadro clínico do choque assim coma sua desinsuflação também requer manejo sequencial e protocolar.

Problemas no Diagnóstico e Tratamento do Choque

Equiparação da pressão arterial ao débito cardíaco

Não assumir que obrigatoriamente urna elevação da pressão arterial corresponde a um aumento concomitante do débito cardíaco. Assim, um aumento da resistência periférica sem aumento do débito cardíaco, por uso de drogas aumenta a pressão arterial mas não necessariamente, melhora a perfusão e a oxigenação tecidual.

Idade

Os idosos toleram mal a hipotensão, pois pode evoluir para complicações sérias como o infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral.

Atletas

CHS - JOÃO PAULO II

Os atletas podem aumentar seu volume sanguíneo em 15 a 20%, elevar o débito cardíaco em até seis (6) vezes, aumentar o volume da ejeção sistólica em ate 50% e baixar a frequência cardíaca a 50 bpm. Por isso tudo, eles suportam perdas sanguíneas maiores sem grandes alterações hemodinâmicas.

Medicamentos

Medicamentos como os bloqueadores beta adrenérgicos e os do cálcio podern alterar a resposta hemodinámica do paciente frente a hemorragia.

Hipotermia

Já comentado, porém deve ser enfatizado. Processo que junto com a hemorragia torna difícil a reanimação com a infusão líquida e pode caminhar para coagulopatia. Levando-se em conta isso, a temperatura é um bom indicador da eficácia da reanimação. Esofágica. vesical, timpânica ou ainda a retal podem ser usadas. Em alguns casos, dependendo da evolução da reanimação deve-se "lançar mão" das infusões aquecidas tanto em tórax como em abdômen não comprometido. Utilizar todos os dispositivos de aquecimento ambiental.

Marca-Passo

Fica evidente que pacientes em uso de marca-passo, cuja frequência cardíaca é determinada pelo dispositivo, alguns sinais precoces do choque hipovolêmico ficam comprometidos.

Reavaliação da Prevenção de complicações

A hemorragia oculta ou não diagnosticada é a principal causa da resposta inadecuada a reposição volêmica.

O controle da PVC durante a reanimação tem seu valor relativo estabelecido. Para tanto, o acesso venoso central deve ser providenciado (se já não o foi durante a busca de acesso vascular por dissecção, com introdução de cateter longo). De melhor utilidade é a medida de PVC, inicialmente baixa, que progressivamente se eleva, a medida da progressão da reanimação. Valores altos podem significar problemas com o cateter, com o funcionamento cardíaco, com excesso de volume, além de inúmeros outros. Buscar outras causas sempre que a reanimação não oferecer o resultado planejado no início da infusão do líquidos.

Observação

É recomendável que todos participantes de equipes médicas envolvidas em atendimento de Traumatizados obtenham o título de ATLS.

Choque séptico

Sepse significa urna resposta sistêmica desencadeada por uma infecção evidente. Esta resposta sistêmica é denominada de síndrome da resposta inflamatória sistémica (SRIS), a qual pode ser desencadeada não só por infecção, mas por outros processos que levam ao estímulo da cascata inflamatória, como um paciente queimado, pancreatite e até mesmo neoplasia, e ainda, doenças reumatológicas. Quando nos referimos a infecção, estamos afirmando que existe a presença de organismos num local previamente estéril.

CHS - JOÃO PAULO II

A SRIS é manifestada como temperatura axilar >38ºC ou <36ºC, frequência cardíaca >90 batimentos por minuto, frequência respiratória >20 batimentos por minuto ou pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) <32 mm.Hg (<4.3 k.Pa), contagem de leucócitos no sangue >12.000 células/mm3 ou <4.000 células/mm3, ou >1O % de formas imaturas, também denominadas de bastões.

A síndrome séptica diz respeito a sepse associada com a evidencia de alteração da perfusão orgânica e um dos seguintes estados: hipoxemia, níveis elevados de lactato, oligúria ou alteração do nível de consciência. Já a sepse severa representa a sepse associada com disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão. O choque séptico representa a sepse com hipotensão mesmo depois de adequada reposição volêmica. A última definição é a do choque séptico refratário, sendo aquele que persiste por mais de 1 hora sem resposta a reposição volêmica e intervenção com drogas vasoativas.

A incidência anual e o número de óbitos relacionados a septicemia vem aumentando progressivamente, embora a mortalidade relacionada a doença esteja diminuindo. A incidência nos Estados Unidos da América (EUA) tem se aproximado de 240.4 casos por 100,000 habitantes. A mortalidade provocada pela septicemia severa gira em torno de 28%, variando conforme o estudo: é preciso determinar qual a gravidade de sepse para podermos predizer a mortalidade, a qual segue uma hierarquia muito bem definida de SRIS, sepse, sepse severa e choque séptico, cujos níveis de mortalidade são representados por 7%, 16%, 25%. e 46%, respectivamente.

O atendimento do paciente em choque séptico deve seguir uma ordem de raciocínio e alguns conceitos básicos, principalmente nas primeiras horas da identificação. Os critérios diagnósticos e o estado do choque devem estar bem definidos.

Ressuscitação Inicial

Deve iniciar assim que o diagnóstico de sepse com hipoperfusão seja feito, antes mesmo do doente ser encaminhado para a UTL nas primeiras 6 horas. O volume necessário para a reanimação vai depender da capacidade de atingir algumas metas, independendo do tipo de fluido, cristaloide ou coloide. A vantagem do colóide parece se basear na menor necessidade de volume para se atingir os parâmetros de ressuscitação adequada devido menor distribuição em relação ao cristaloide, o qual tende a produzir mais edema.

O objetivo desta reanimação é manter urna pressão venosa central (PVC) entre 8 a 12 mmHg, urna pressão arterial média (PAM) maior que 65 mmHg, um débito urinário maior que 0,5 ml/Kg/h e uma saturação o venosa central (SVC) acima de 70%. Atingir estes objetivos em menos de 6 horas significa uma redução na mortalidade em mais de 50%. Pacientes submetidos ventilação mecânica devem ter níveis de PVC entre 12 a 15 devido aumento na pressão intratorácica. Se nao houver sucesso inicial em manter uma SVC acima de 70% coro a reposição volêmica, pode-se realizar hemotransfusão, a fim de manter um hematócrito acima de 30% ou a utilização de dobutamina em doses crescentes, sempre mantendo urna PAM > 65 mmHg.

CHS - JOÃO PAULO II

Diagnóstico

Em todo paciente séptico devem ser colhidas culturas antes da terapêutica antirnicrobiana. Em geral, colhe-se 2 hemoculturas, sendo pelo menos urna delas percutânea e a outra podendo ser de acesso vascular já instalado. Outras culturas deverão ser obtidas conforme a indicação do quadro do paciente, como cultura de urinas, líquor, ferida, secreção brônquica ou outras. A vantagem da coleta de hemocultura pelo acesso vascular é que se esta cultura apresentar crescirnento em tempo maior de 2 horas antes da hemocultura coletada percutânea, indica que o acesso vascular pode ser a fonte de septicemia.

Além da pesquisa microbiana, deve-se realizar estudos de imagens, como Raio X de tórax ou ultrassonografia de abdome, para auxilio no foco de septicemia quando há dúvida diagnóstica. Apesar da importancia de exames de imagem no diagnóstico, deve-se levar em consideração o risco de transporte dos pacientes para os locais de exame, considerando a utilização de exames à beira do leito como de eleição em pacientes graves.

Terapia Antimicrobiana

O tratamento com antibióticos não pode ultrapassar 1 hora após o reconhecimento de sepse severa, muitas vezes iniciado junto com a ressuscitação volêmica, Quanto maior a demora na utilização do antibiótico, maior a mortalidade. Devido a esse motivo, os servidos de emergência e UTI devem ter a sua disposição os antimicrobianos de amplo espectro, rnais utilizados para se iniciar a primeira dose. A escolha antimicrobiana dependerá de muitos fatores, como a doença de base, doenças associadas, histórico de uso antimicrobiano, infecção nosocomial ou comunitária, critérios esses que váo além de escopo deste capítulo. Mesmo com a terapia correta, nunca esquecer das infecções que necessitam de outro tratamento além do antibiótico, como a drenagern de abscessos (abdominais, torácicos, articulares, colanzite, nielonefrite), debridamentos de tecidos necróticos, retirada de dispositivos como prótese, catéter, sondas ou tubos.

Vasopressores

Quando a terapia com volume falha em atingir os parâmetros mínimos mesmo com hidratação vigorosa ou quando o volume infundido esta proporcionando sobrecarga sem alguma vantagem, deve-se se iniciar drogas vasoativas, preferencialmente através de um acesso venoso central. Essas drogas são necessárias não só para manter urna PAM adequada, mas sim urna perfusão tecidual suficiente para os órgãos mais importantes. As drogas rnais utilizadas no choque séptico são a noradrenalina e a dopamina, essas duas catecolaminas apresentam diversas vantagens sobre a adrenalina ou fenilefrina (discutidas a seguir). A noradrenalina é a catecolamina mais potente e a mais efetiva em reverter cuadro de choque séptico, além de menos efeitos adversos que a dopamina.

Em pacientes com baixo débito cardíaco apesar da reposição adequada de fluidos, dobutamina pode ser usada para aumentar o débito cardíaco, sendo droga de primeira escolha nestes casos, uma vez que a pressão de enchimento ventricular esteia normal e a PAM normais ou elevada.

Corticóide.

CHS - JOÃO PAULO II

Recomenda-se em pacientes com choque séptico já com terapia vasopressora o uso de hidrocortisona 200 a 300 mg ao dia devido a redução da mortalidade. Este fato foi verificado pela existência de insuficiência adrenal relativa em alguns pacientes com choque séptico. A insuficiência relativa da adrenal pode ser identificada pelo teste de estimulação com ACTH, o qual define os pacientes com choque que respondem ao uso de corticoide. Como o exame nao está disponível facilmente e o resultado pode demorar, é sensato utilizar corticóide em todo paciente com choque séptico em terapia vasopressora. A duração da terapia com corticoide não está definida, podendo ser utilizada por 1 semana ou até recuperação do estado de choque e sem o uso de drogas vasoativas. Considerando que o choque da insuficiência adrenal apresenta componente mineralocorticóide mais importante, pode se utilizar a fludrocortisona, que apresenta vantazem de nao interferir corn a imunidade. Na ausência de choque, o uso de corticóide pode ser maléfico.

Proteína C Ativa Humana Recombinante

Uma das vias inflamatórias da sepse severa refere-se à ativação endotelial e agentes pro-coagulantes, predominando estes no início do quadro séptico. A utilização de agentes anticoagulantes sempre foi estudada com o intuito de diminuir a mortalidade e evolução para CIVD. Dentre as medicações, urna delas, a proteína C ativada vem sendo largamente estudada após demonstração de aumentar sobrevida em pacientes com sepse severa na presença de disfunção orgânica, Conhecida como drotrecozina alfa ou Xigris® é recomendada em paciente com risco de maior mortalidade, definidos polo APACHE II com escore igual ou maior que 25 (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation ID. disfunção múltipla de órgão e sistemas induzidos pela senes, choque séptico ou SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto) induzida pela sepse e sem contraindicações absolutas a medicação. Estudos do Xigris® na sepse sem disfunção de órgão não aumentou a sobrevida.

Hemoderivados

Não existe um nível de hemoglobina considerado ótimo. O ideal é a quantidade de hemoglobina que possa carrear oxigênio suficiente para os tecidos, a fim de manter uma oferta tecidual de oxigênio adecuada, Em estudos controlados. níveis entre 7 e 9 g/dL são bem tolerados em pacientes com sepse. E óbvio que um nível de 12 g/dL é melhor que 9 g/dL. Estudos comparando mortalidade entre a manutenção de níveis de hemoglobina mais baixos evitando-se transfusão de concentrado de hemácias contra níveis de hemoglobina> 10 g/dL permítindo-se a transfusão a critério do Intensivista nao demonstrou diferença na mortalidade. Apesar do aumento da hemoglobina produzir um aumento óbvio da oferta de oxigênio, parece não haver melhora no consumo do oxigênio. O uso de eritropoetina como agente estimulador na produção/maturação hemática não se justifica na sepse por não apresentar alteração na mortalidade.

O uso de plasma fresco só se justifica para correção de anormalidades na coagulação na vigência de sangramento ou para procedimentos cirúrgicos. Concentrados de plaquetas estão indicados quando contagem de plaquetas menor de 5.000 mm3 independente de sangramento, entre

CHS - JOÃO PAULO II

5.000 e 30.000/mm3 na vigência de sangramento, acima de 50.000 mm3 quando o paciente for submetido à cirurgia

Controle Glicêmico

Em pacientes com sepse severa o ideal é manter a glicemia menor que 150 mg/dL. Trabalhos recentes têm demonstrado que o ideal seria manter a glicemia entre 80 e 11 O mg/dL. Para atinzir essa meta é necessário realizar inicialmente de cada 30 a 60 minutos e 3 a 4 horas quando o doente está mais estável. Associado ao controle rígido de glicemia deverá ser utilizada a insulina em infusão continua. Com este tipo de abordagem a hipoglicemia é frequente, porém, obter-se diminuição da mortalidade.

Aliado ao controle estrito com insulina em infusão contínua dá-se preferência à nutrição enteral contínua, o que permite o ajuste de insulina e controle glicérico mais fácil.

Ventilação Mecânica na SARA

Em pacientes com SARA associada à sepse deve-se evitar altos volumes correntes e pressões de platô altas, tentando utilizar volumes de 6 ml/Kg de peso ideal como alvo, assim como limitar a pressão de platô para máximo de 30 cm H2O. Essa estratégia de ventilação pode se associar com a hipercapnia, a qual teoricamente tende a promover níora do choque por vasodilatação e queda no pH tecidual. Porém, estudos têm demonstrado que os pacientes toleram bem a hipercapnia até um certo nível, denominada então de hipercapnia permissiva. O uso de altos valores de PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final) nestes pacientes auxilia na oxigenação para redução dos níveis de FiO2, evitando lesão pulmonar secundária a radicais livres. Apesar disso, trabalhos recentes têm demonstrado não haver benefícios em altos níveis de PEEP em relação a níveis mais baixos, desde que se mantenha um nível FiO2, suficiente para atingir urna saturação de oxigênio entre 88 e 92%. Além dos parâmetros do ventilador, utilizar manobras de recrutamento alveolar como provação do paciente, aumento progressivo de PEEP e outros, conforme protocolos de cada serviço. As manobras de recrutamento promovem melhora da saturação de oxigênio sem alterar mortalidade.

Sedação e Analgesia

Devem ser utilizados protocolos de sedação com reavaliações diária dentro de urna escala de sedação, fazendo a retirada da sedação para avaliar o nível de consciência e ajustar a nova dose de sedação, seja em infusão contínua ou intermitente. Esta estratégia diminui o tempo de ventilação mecânica, assim como o tempo de internamento e trucas de traqueostomias. Evita-se o uso de bloqueadores neuromusculares pelo risco de manutenção do bloqueio em pacientes com sepse, mesmo após descontinuação prolongada.

Terapia de Substituição Renal

Em pacientes sem instabilidade hemodinâmica, o uso de hemodiálise contínua ou intermitente não apresenta diferença. Já nos pacientes instáveis, a hemofiltração contínua apresenta-se como de mais fácil manejo. Ainda não existem evidencias ou benefícios na utilização de hemodiálise contínua em choque séptico que não seja como terapia de substituição renal.

CHS - JOÃO PAULO II

Uso de Bicarbonato

Não existem vantagens na utilização de bicarbonato em pacientes com choque séptico e pH ≥ 7,15. O mesmo não promove redução da mortalidade e melhoras no sistema cardiovascular quando comparado com cloreto de sódio na mesma proporção de mil equivalentes. Tem indicação para melhora de ventilação durante a hipercapnia permissiva e promove redução da carga de drogas vasoativas em pacientes com choque séptico com uso de vasopressores e pH menor de 7,2. Não promove piora da acidose intracelular como a maioria dos trabalhos antigos especulava, porém ainda não apresenta espaço definido na septicemia, sendo seu uso baseado na experiência de cada serviço e profissional até que trabalhos de melhor evidência e com maior número de pacientes seriam realizados.

Profilaxia da Trombose Venosa Profunda

O uso de baixas doses de heparina nao fracionada ou de baixo peso molecular é indicado para pacientes com sepse severa. Quando contraindicados, devem ser substituídos por dispositivos profiláticos mecânicos.

Profilaxia de Ulceras de Estresse

Deve ser realizada em todos os pacientes com sepse severa. Os antagonistas de receptor H2 são mais eficazes que o sucralfato. O uso de inibidores de bomba de prótons não se justifica pela ausência de trabalhos comparativos com os antagonistas de receptor H2.

Choque Pirogênico

É um quadro clínico apresentado por alguns pacientes submetidos a infusões, principalmente via endovenosa, mais comum de ocorrer com medicamentos, sangue, plasma, trocas de soro, troca de equipo.

Então, nestas condições, sempre que um doente começar a apresentar:

- calafrios (arrepios de frio);
- tremares (abalos musculares);
- febre de início súbito (que pode nao aparecer);
- queda de pressáo arterial ou choque.

PROTOCOLO

1. Retirar todos equipos, frascos, etc. que estiverem conectados ao doente, substituindo por outros, inclusive os de PVC e PAM.
2. Avisar o médico.
3. Em casos de infusão endovenosa, proceder como protocolo para hemoderivados e SPGV.

Observações

- Alguns pacientes com febre podem ter convulsões.
- A reação como sangue deve-se a tipos diferentes (reação hemolítica).
- As vezes, os causadores do choque pirogênico não são os medicamentos e sim as substâncias que compõem os plásticos dos equipos, frascos, etc.

Choque Anafilático

CHS - JOÃO PAULO II

Reações alérgicas com prurido intenso, vermelhidão no corpo, edemas (inchaços) ou problemas respiratórios, muitas vezes acompanhados de choque (queda da pressão arterial), são geralmente muito graves e necessitam de atendimento médico imediato.

E o quadro de anafilaxia que, quando acompanhado de choque, recebe o nome de choque anafilático. Apresenta risco de morte e normalmente é medicado como abaixo:

Epinefrina (adrenalina), via subcutânea, na concentração 1: 1.000:

- adultos: 0,2 a 0,5ml:
- crianças: 0,1 a 0,3m1.
- Se o doente apresentar urna queda de pressão arterial, a epinefrina (adrenalina) é utilizada por via intravenosa na concentração mais diluída: 1: 10.000.
- adultos: 0,3 a 0,5ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 15 minutos.
- crianças: 0,1 a 0,2ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 30 minutos.
- Além disso, medidas específicas de urgência (ventilação, intubação, traqueotomia) podem ser necessárias para garantir a vide do doente.

Drogas Vasoativas

Noções básicas

O funcionamento celular depende de oferta de oxigênio e de nutrientes. A oferta de oxigênio depende do débito cardíaco, pressão de perfusão tissular, fluxo tissular e conteúdo arterial de oxigênio.

Na situação de estresse ocorre Centralização da Circulação, isto é, prioriza-se a oferta de nutrientes e oxigênio para o pulmão, cérebro e coronárias.

O Débito Cardíaco (DC) é o volume de sangue impulsionado pelo coração por minuto.

Ele depende diretamente da frequência cardíaca (FC) e do volume sistêmico (VS), sendo este último o volume de sangue que e impulsionado pelo coração a cada contração (DC = FC x VS).

O Volume Sistêmico depende da precarga (pressão e volume de enchimento), pós-carga (resistência ao esvaziamento) e contratilidade (capacidade contrátil). Desta forma, podemos concluir que vanos fatores influenciam no débito cardíaco e, consecuentemente, na oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos.

A distribuição de oxigênio para os tecidos, assim como o consumo, podem ser calculados indiretamente (Tabela 3). Por intermédio da aferição de parâmetros gasométricos colhidos de sangue arterial e venoso, e medindo-se o débito cardíaco por meio de técnica mais invasiva com a utilização de cateter central tipo Swan-Ganz, conforme técnica, teremos os dados para o cálculo correto de oferta e consumo de oxigênio. A finalidade primordial é manter um equilibrio entre o que é ofertado e o que é consumido, evitando desta forma, a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

Cálculos de Oferta e Consumo de Oxigênio

CHS - JOÃO PAULO II

Oferta de donde O2 = DC x CaO2 x 10 donde CaO2 = Hb x 1,39 x SaO2 + PaO2 x 0,0031
Consumo de O2 = DC x D (a-v)O2 x 10; D(a-v)O2 = CaO2 - CvO2; CvO2 = Hb x 1,39 x SvO2 + PvO2 x 0,0031

Tabela 3 .24

Drogas vasoativas e os receptores adrenérgicos

Aplica-se o termo adrenérgico a um neurônio pré-sináptico que libera noradrenalina como transmissor, e chama-se de receptor adrenérgico os receptores de adrenalina e noradrenalina (divididos em α1, α2, β1 e β2). As principais drogas vasoativas são: Noradrenalina, Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Dopexamina, Isoproterenol, Nitroprussiato de Sódio, Nitroglicerina, Amrinone, Milrinone.

Receptores alfa 1 adrenérgicos

Apresentam a função de constrição arteriolar (pele, rins e órgãos abdominais), aumenta pressão arterial, perfusão cerebral e coronária.

Receptores alfa 2 adrenérgicos

São receptores pré-sinápticos que quando estimulados promovem feed-back negativo de (noradrenalina) NOR nas terminações nervosas levando a vasodilatação.

Receptores beta 1 adrenérgicos

São responsáveis basicamente por aumentarem a contratilidade cardíaca.

Receptores beta 2 adrenérgicos

Promovem dilatação arteriolar, principalmente em nível muscular, além de bronco dilatação acentuar os efeitos cronotrópicos promovidos pelos receptores Beta 1. Receptores dopa 1 (dopaminérgicos)

Fomecem vasodilatação arteriolar e inibe aldosterona e ADH (hormónio antidiurético).

Receptores dopa 2

Estão relacionados a alterações hormonais.

As drogas vasoativas são drogas que ter sua ação fisiológica induzida, mensurável e podem ser divididas em:

- catecolaminas - Naturais - Noradrenalina, Adrenalina e Dopamina;
- Sintéticas - Isoprenalina, Dobutamina e Fenilefrina;
- vasodilatadoras - Nitroprussiato de Sódio, Nitratos, Nifedipina, Inibidoras da ECA;
- não-digitálicas - Dopexamina, Amrinone e Milrinone.

Noradrenalina (NOR)

A NOR aumenta o VS, diminuindo a taquicardia reflexa por meio de efeito vagal reflexo, diminuindo FC. Aumenta a pressão arterial (PA) sistólica, diastólica e média. Promove vasoconstrição renal, cutânea e esplâncnica, sendo que o fluxo renal é mantido, exceto quando usada ern altas doses por tempo prolongado. A meia-vida é de 2 a 3 minutos o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. A NOR é pouco menos potente

CHS - JOÃO PAULO II

em receptor alfa que a adrenalina, tero pouco efeito beta 2 e é equivalente à adrenalina na ação beta 1. (Tabela seguinte)

Indicação:

- choque séptico (1ª escolha);
- outros choques como droga de resgate.
- Dose: 0.05 µg/Kg/min 2 µg/Kg/min
- 1 ampola = 4mg :. 5 ampolas = 20 mg :. 20 mg (5 ampolas) em 500 mL Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40µg/mL

Adrenalina (ADR)

Em doses < 0,2 µg/Kg/min tem efeito beta 1 e beta 2, diminuindo a pressão diastólica. Em doses > 0,2 µg/Kg/min tem efeito alfa 1 mais importante, aumentando a pressão diastólica. DC e FC. O trabalho cardíaco é aumentado, mas a eficiência é ruim (relação trabalho e consumo de oxigênio pelo miocárdio). Faz broncodilatação e vasoconstrição renal. Apresenta efeitos hormonais mais pronunciados que a NOR; além de hiperglicemia, aumenta a renina, a lipólise e diminui potássio, aldosterona e aminoácidos.

Apresenta meia-vida de 2 a 3 min, o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. Tem as mesmas indicações que a NOR.

Indicação:

- choque séptico (3ª Escolha);
- outros choques como droga de resgate.
- Dose
  Fisiológico 0,9% = 40 µg/mL
- Exemplo: Paciente de 60 Kg - 4,5 ml/h ate 180 ml/h.

Comparação entre ADR e NOR

Refeito	Adrenalina	Noradrenalina	Refeito	Adrenalina	Noradrenalina
FC	+	-	Fluxo Cerebral	+	0
VS	++	++	Fluxo Cutâneo	+++	-
DC	+++	O	Fluxo Músculo	--	- -
Fluxo coronário	++	++	Fluxo Renal	-	-
PAS	+++	+++	Fluxo Esplâncnico	+++	0
PAM	+	++	Consumo de O2	++	0
PAD	-	++	Glicemia	+++	0
PAP	++	++	Ácido Láctico	+++	0
RVS	-	++			0

Tabela 3 .24

Dopamina (DOPA)

Seus efeitos sao complexos e dose dependente. Tem efeitos dopaminérgicos (dopa 1), beta 1 e 2. alfa l.

CHS - JOÃO PAULO II

- Os efeitos dopa 1 (1-3 µg/Kg/min) levam a vasodilatação renal e esplâncnica, levando ao aumento da diurese, não só pelo aumento da vasodilatação, mas também pela natriurese, devido inibição de ADH e aldosterona.
- Os efeitos beta (3-10 µg/Kg/min) aumentam DC, FC e PA sistólica (discreta).
- Os efeitos alfa (>10 µg/Kg/min) aumentam a pressão arterial de forma importante, semelhante à noradrenalina. Estas doses (não-rígidas), dependem de outros fatores e devem ser ajustadas conforme avaliação clínica e hemodinâmica do paciente, e a dose ajustada conforme a resposta desejada.

A meia-vida de 2 a 3 minutos, permite o reajuste a cada l0 minutos. Apesar de aumentar a diurese, não há "proteção" renal e nem mesmo reversão da insuficiência renal aguda, mas continua-se indicando em casos de choque com insuficiência renal, pelo efeito farmacológico de natriurese e aumento da taxa de filtração glomerular, o que poderia tomar urna insuficiência renal oligúrica em não-oligúrica.

Considerando suas ações e a disponibilidade de Noradrenalina e Dobutamina, a Dopamina nao teria lugar em UTI, a nao ser como droga de resgate em choque refratário. Temas mesmas indicações que a Noradrenalina e a Dobutanúna.

Indicação:

- choque séptico (2ª escolha);
- outros choques como droga de resgate:
- choque cardiogênico (2ª escolha).
- Dose:
- 1 µg/Kg/min a 3 µg/Kg/min dose dopa 1
- 3 µg/Kg/min a 10 µg/Kg/min dose beta 1 e 2 (manor)
- >10 µg/Kg/min dose a1fa 1
- 1ampola = 50mg ∴10 ampolas = 500mg ∴ 500mg (10 ampolas) em 500 mL S. Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9 % = 1.000µg/mL
- Exemplo:
- Paciente de 60 kg -3 ,5 ml/h até 11ml/h dose dopa
- Paciente de 60 kg - 11 ml/h ate 36 ml/h dose beta

Apresenta efeitos beta 1 e 2 puros, aumentando DC e VS. Aumenta FC e PAS (Pressão Arterial Sistólica) com diminuição da PAD (Pressão Arterial Diastólica). Potente vasodilatador pulmonar e broncodilatador, por isso parar ou diminuir infusão quando sinais e sintomas colaterais (FC e PA).

Indicação:

CHS - JOÃO PAULO II

- choque com baixo débito e RVS (Resistencia Vascular Sistémica) aumentada (mesmo da Dobutamina), hipertensão pulmonar ou broncoconstrição que justifique o sal uso (diminui perfusão coronárias devido à queda de PAD);
- casos de bradicardia ou torsades de pointes aguardando marcapasso.
- Dose: 0,05 µg/Kg/min a 2 µg/Kg/min
- 1 amp = 1mg :. 10 amp = 10mg :. 10mg (10 amp) em 250 rol SG 5% ou SF 0,9% = 40µg/rnl
- Exemplo: Paciente de 60 kg- 4.5 ml/h até 180 ml/h.

Dobutamina (DOPA)

Droga com efeitos quase beta 1 exclusivos, se não fosse pelo discreto Beta 2, o qual pode piorar uma hipotensão preexistente, principalmente em casos de choque hipovolêmico e séptico (vasodilatação). No choque séptico ainda piora o efeito de "shunt" periférico (piora o consumo de 02 - VO2), isto é, mantém urna relação boa de DO2 / NO2, mas. na realidade, a pressão de fluxo capilar é baixa (dado não-aferido). Aumenta o DC e VS. sem alterar FC.

Indicação:

- choque com RVS aumentada, como no choque cardiogênico;
- droga de resgate em pacientes euvolêmicos.
- Doses:
- choque com RVS aumentada, como no choque cardiogênico;
- droga de resgate ero pacientes euvolêmicos.
- Doses:
- inicial - 1 µg/Kg/min a 2 µg/Kg/min.
- manutenção - 5 ug/Kg/min a 1 O µg/Kg/min;
- diluição - 250 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% on SF 0.9% = 1.000 µg/mL;
- Exemplo: Paciente de 60 Kg -3,5 ml/h até 36 ml/h.

Fenilefrina

Droga alfa agonista adrenérgica que age aumentando a atividade pressora com baixo estimulo da FC e de arritmias.

Dopexamina

Catecolamina sintética com atividade B2 e Bl muito fraca, além de atividade de dopa 1fraca Com esse perfil farmacológico, apresenta capacidade de aumento do DC por redução do pós-carga e aumento do fluxo renal.

A meia-vida é menor que as catecolaminas naturais, perrnitindo o ajuste de dose em curtos espaços de tempo (1 minuto).

Indicação:

- choque com RVS (Resistencia Vascular Sistêmica) aumentada, como o choque cardiogênico.

Doses: 0,5 µg/Kg/min a 6 µg/Kg/min

- 1 amp=50 mg e 10 amp=500 mg ∴ Diluição 10 amp em 500 ml S.G. 5% ou S.F. 0,9%.

CHS - JOÃO PAULO II

Nitroprussiato de sódio

Existem muitas etiologias para o choque (falência circulatória), porém se baseiam em apenas 3 mecanismos: a diminuição do volume circulante, diminuição do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica.

Um estado de baixo débito com resistência aumentada ocorre no choque cardiogênico, pode ocorrer em cirurgia cardíaca e pós-infarto agudo de miocárdio apesar de toda terapêutica pressora. Apesar da pré-carga ser o fator mais importante para o DC, em casos de insuficiência cardíaca, o DC fica muito dependente da resistência ao esvaziamento cardíaco. O estado de baixo fluxo estimula receptores alfa, aumentando a resistência vascular periférica, sendo o uso de vasodilatadores indicados nesses casos para diminuir a pressão de enchimento esquerdo e a congestão pulmonar.

A diminuição da resistência vascular periférica diminui o trabalho cardíaco mais do que a PA diastólica, melhorando a perfusão miocárdica. Apresenta efeito veno e arteriodilatador devido aumento de óxido nítrico com relaxamento da musculatura lisa. Os efeitos são em circulação pulmonar e sistémica.

Meia vida de 1 minuto (ajustes cada 3 a 5 minutos).

Usar por até 72 horas, devido risco de intoxicação por cianetos (tiocianato) e trocar a solução a cada 12 horas com equipo protetor de luz.

Indicação:

- emergencias hipertensivas;
- choques com resistência vascular periférica aumentada ou com pressão de enchimento ventricular elevada (hipervolemia e congestão pulmonar);
- aneurisma
- Dose: 1 µg/Kg/min ate 5 µg/Kg/min e titulada conforme necessário.
- 50 mg (1 ampola) em 250 mL SG 5% ou SF 0,9% = 200 µg/mL
- Exernplo: Paciente de 60 Kg - 18 ml/h ate 90 ml/h.

Relação entre as catecolaminas e os receptores adrenérgicos				
Catecolamina	Receptor			
	Alfa 1	Beta 1	Beta 2	dopa
Noadrenalina	+++	+++	+	-
Adrenalina	+++	+++	+++	-
Dopamina	-/+++	++/+++	++	+++
Dopamina	-/+	+++	+	-
Isoprenalina	-	+++	+++	-

Tabela 5 .24 (+) grau relativo de estimulação: (-) ausência de estimulação

Nitratos

- São vasodilatadores preferencialmente venosos (agem também nas artérias).

Diminuem o tónus venoso reduzindo a pré-carga e o diâmetro ventricular, diminuindo a tensão da parede ventricular e finalmente redução do pós-carga.

CHS - JOÃO PAULO II

- Útil na Insuficiência Cardíaca aguda sem hipotensão, com pressão capilar pulmonar elevada e sinais clínicos de congestão pulmonar. Seu tempo de ação é curto.
- Uso SL ou EV.

Nifedipina

- Atuam bloqueando os canais de cálcio, inibindo a contração da musculatura lisa dos vasos (vasodilatação).
- Aumentam o transporte de 02 miocárdico por sua atividade vasodilatadora
- Indicados na Insuficiência Coronariana (ICO) com discreta disfunção ventricular, bradicardia sinusal, doença do nó sinusal e bloqueio Átrio-Ventricular
- Tem vida média de cerca de 6 horas.
- V.O.e S.L
- Inibidoras da ECA
- São potentes hipotensores que agem no ciclo renina (rim), angiotensinogênio, angiotensina 1 (ECA) e angiotensina II.
- Apresentações oral e endovenosa.
- Amrinone/Milrinone
- Aumentam o DC devido diminuição da RVS, com pouca interferência na FC. É inibidor de fosfodiestase que apresenta efeitos inotrópicos além de vasodilatador.
- Dose 5 a 10 µg/Kg/min com bolo EV de 0,75 µg/Kg de peso.
- Diluição 2 amp (200 µg) em 250 ml de S.F. (800 µg).

Parada Cardíaca

Introdução

Morte Cardíaca súbita é definida como urna parada cardíaca inesperada (que geralmente leva morte biológica), ocorrendo dentro de 1 hora após o início dos sintomas.

A morte biológica é definida como a perda irreversível da capacidade de respirar e sustentar os batimentos cardíacos. A parada cardíaca (PC) pode se apresentar de urna forma súbita ou progressiva, por meio da falência múltipla de órgãos e sistemas. Abordaremos aqui apenas a PC intrahospitalar.

Em aproximadamente 1/3 dos casos, a arritmia encontrada é a fibrilação ventricular; o restante corresponde a assistolia e atividade elétrica sem pulso. Essa predominancia de 2/3 é justificada pela gravidade das doencas que levam a PC. Em 80% das PC a doença aterosclerótica coronariana é a causa, seudo 1 O % de cardiorniopatia e o restante por outras causas.

Manejo

O manejo destes pacientes deve seguir urna sequência para que atinja uma maior chance de sobrevida, seguindo protocolos de atendimento básico e avançado, sendo os mais difundidos o BLS (Basic Life Support) e o ACLS (Advanced Life Support). Em geral, o ACLS segue-se do BLS, porém, se o paciente encontra-se já intubado e monitorizado quando ocorre a PC, podemos pular alguns passos e proceder às medidas avançadas, como o uso de drogas e desfibrilação. (Tabela FVrrv e Assistolia, página 280).

Ações da Enfermagem

CHS - JOÃO PAULO II

BLS

Deve-se, em uma suspeita de PC, conferir se o paciente realmente se encontra inconsciente. Caso monitorizado, verificar a posição dos transdutores e eletrodos do monitor cardíaco para não promover uma iatrogenia. Se já em ventilação mecânica, verificar se está sendo eficaz ou há problemas com o respirador ou até mesmo a existência de pneurnotórax que exija outra abordagem.

Após verificar a real existência de uma PC, chama por ajuda e solicita o desfibrilador, caso contrário não será possível realizar a reanimação de forma eficaz.

Verifique vias aéreas, se o paciente está ventilando, assim como se não existe algum corpo estranho (boca). Caso negativo, proceder à ventilação com máscara e AMBU até a chegada do desfibrilador. Assim que obtiver ventilação adequada, inicie massagem cardíaca externa alternando com a ventilação em uma relação 5:1 (5 massagens cardíacas para uma ventilação), com frequência cardíaca entre 80 e 100 bpm (batimentos por minuto). Chegando o desfibrilador, verifique o ritmo e siga os protocolos conforme o ritmo identificado.

Antes mesmo de iniciar o ACLS, se for encontrado o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV), deve-se proceder ao choque com o desfibrilador com carga inicial de 200 J. Verifique o pulso e ritmo, se há sucesso, proceder aos passos conforme o ritmo obtido e manter dados vitais estáveis. Caso nao haia sucesso, proceder a novo choque com 300 J e se continuar em FV ou TV, repetir com carga de 360 J.

ACLS

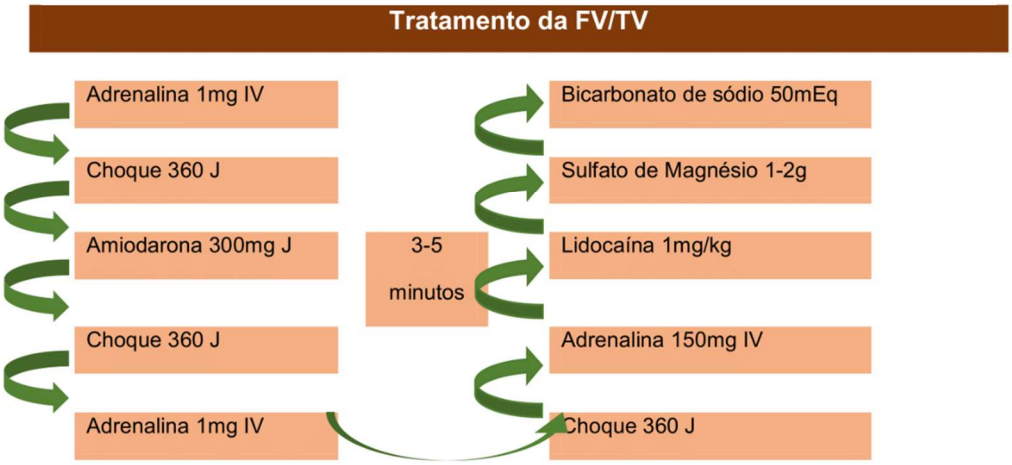
Caso os eventos do BLS nao tenham sucesso, deve-se proceder ao ACLS. O primeiro passo é a intubação endotraqueal (via aérea definitiva), verificar sua posição carreta e iniciar ventilação com AMBU, não necessitando mais sincronismo com a massagem cardíaca, mantendo urna frequência respiratória entre 12 e 14 vezes por minuto. Busca-se urn acesso venoso e realiza-se a infusão de 40 U de vasopressina ou 1 mg de adrenalina. Se não houver sucesso no acesso venoso, aplica-se a droga pelo tubo endotraqueal e aplica-se 2,5 vezes a dose indicada. Após isso, devemos prosseguir a identificação do ritmo e tratar a arritmia conforme os protocolos. Deve ser observado que essa sequência serve para lembrar os eventos que devem ser realizados no paciente em PC, porém, a ordem pode ser alterada conforme a situação encontrada. Esta ordem toma o procedimento de reanimação mais efetivo na maioria das vezes. Durante a infusão das drogas e o tratamento das arritmias, devemos buscar causas alternativas para a PC. Quando não encontramos turgência (ingurgitamento) jugular, devemos pensar em hipovolemia, hipóxia, hipercalemia, acidose, hipotermia e intoxicação exógena. Nos casos em que há turgência jugular, pensar em tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar e trombose coronariana. Cada uma destas causas apresenta tratamento específico que devem ser tentados caso a reanimação não tenha sucesso após todas as manobras.

CHS - JOÃO PAULO II

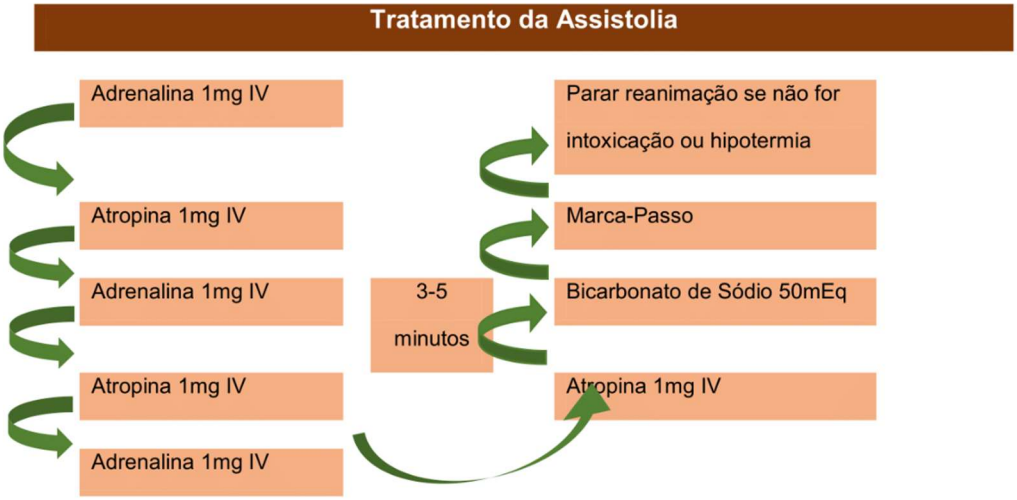
Procedimentos sequenciais	
1 - Testar responsividade do paciente	
2 - Chamar por ajuda	
3 - Proceder a ABCD	A - Intubação Orotraqueal
A - Abrir Vias Aéreas	B - Realizar Ventilação
B - Realizar Ventilação	C - Acesso Venoso e Drogas Intravenosa
C - Massagem Cardíaca	D - Diagnósticos Diferenciais
D - Desfibrilação	
Basic Life Support - Sequência BLS	Advanced Life Support - Sequência ACLS

Tabela 6,24 Tabela 7.24

CHS - JOÃO PAULO II



FV=Fibrilação Ventricular; TV = Taquicardia ventricular
Tabela 8



CHS - JOÃO PAULO II

Tabela 9

Tratamento da Atividade Elétrica sem Pulso			
Adrenalina 1mg IV alternando com Atropina IV 3-5 minutos →	Turgência Jugular presente →	Traqueia desviada e Timpanismo torácico →	Jalco nº 14 no 2º espaço intercostal do tórax afetado

Tabela 10

PROCEDIMENTO: Abordagem Terapêutica do Paciente Idoso

RESPONSÁVEL: Médico Geriatra

INTRUDUÇÃO

A delimitação etária que define a população idosa oscila em tomo dos 65 anos. O crescimento da população idosa vem gerando urna maior demanda de serviços de saúde para este grupo populacional, forçando médicos geriátricos, clínicos, neurologistas, profissionais da área de saúde a se familiarizarem com a abordagem diagnóstica e terapêutica do paciente geriátrico.

DIAGNOSTICO

Na assistência ao idoso as atividades do dia-a-dia, saúde física, trabalho, lazer, sociabilidade, medicamentos em uso, dinâmica familiar, arquitetura doméstica devem ser amplamente investigados pelo examinador a fim de realizar o planejamento terapêutico do paciente.

ABORDAGEM DIRECIONADA AOS PROBLEMAS

- Desnutrição, Perda de peso e Anorexia
  - Emergências geriátricas
  - Dor torácica
  - Dissecção aórtica torácica
  - Embolia pulmonar
  - Pneumotórax
  - Pnenmonia
  - Pericardite
  - Colecistite aguda
  - Úlcera péptica
  - Esofagite
  - Herpes zoster
  - Doença musculo esquelética
  - Síncope
- Distúrbio do equilíbrio de água e sódio

CHS - JOÃO PAULO II

- Alterações da regulação de água e sódio durante o envelhecimento
- Desidratação
- Hiponatremia
- Hipernatremia

- Hipertermia e Hipotermia acidental
- Síncope
- Quedas e Distúrbios da marcha
- Hipertermia e Hipotermia acidental
- Fraturas
- Confusão aguda
- Incontinência Urinária
- Dor
- Distúrbio do sono
- Escaras de Decúbito

ABORDAGEM ESPECÍFICA

- Anamnese
  - História médica
  - História medicamentosa
  - História social
  - História Nutricional
  - História Psiquiátrica
  - Estado Funcional
  - Exame Físico
  - Aspecto
  - Sinais Vitais
  - Revisão dos sistemas
- Avaliação funcional Completa
  - Objetivos terapêuticos estabelecidos
  - Resultados da qualidade e vida
  - Tecnologia Diagnóstica e Terapêutica
  - Tomografia Computadorizada
  - Imagem por Ressonância Magnética
  - Ultrassonografia
  - Diagnósticos por radionucleídeos
- Reabilitação
- Terapia Ocupacional
- Exercícios físicos

SISTEMAS ORGÂNICOS

Principais alterações dos sistemas Orgânicos

- Distúrbios Cardiovasculares

CHS - JOÃO PAULO II

- Alterações normais do envelhecimento
- Avaliação Diagnóstica
- Hipertensão
- Hipotensão
- Doenca Arterial Coronariana
- Cardiopatia Valvular
- Arritmias e distúrbios de condução
- Insuficiência cardíaca
- Doenças Vasculares periféricas

• Distúrbios Pulmonares
- Efeito da idade sobre o pulmão
- Pneumonia e tuberculose
- Doença pulmonar obstrutiva crônica
- Embolia pulmonar

• Distúrbios Gastrointestinais
- Influencia da idade sobre os distúrbios gastrointestinais
- Obesidade
- Distúrbios dentários e orais
- Distúrbios funcionais do trato gastrointestinal
- Endoscopia gastrointestinal

• Distúrbio do trato gastrointestinal alto e baixo -diarreia
- Síndrome de mal absorção
- Envelhecimento do fígado
- Neoplasma gastrointestinais
- Cirurgia do trato digestivo

• Distúrbios Geniturinários
- Distúrbio do trato geniturinário baixo: bexiga, próstata e testículos
- Infecção do trato urinário
- Distúrbio do trato geniturinário feminino
- Sexualidade

• Distúrbios Hematológicos
- Anemias

• Distúrbios Musculoesqueléticos
- Distúrbios das articulações e dos tecidos moles
- Doença óssea metabólica
- Polimialgia reumática
- Distúrbios musculares
- Problemas ortopédicos
- Problemas podais

• Distúrbios Endócrinos e Metabólicos

CHS - JOÃO PAULO II

- Glândula tireóidea normal e doente
- Metabolismo dos carboidratos e diabetes melitus
- Distúrbios do metabolismo mineral
- Menopausa e tratamento hormonal
- Hipogonadismo masculino e impotência
- Metabolismo das Lipoproteínas

- Doenças infecciosas
  - Epidemiologia e patogênese de doenças infecciosas
  - Agentes antimicrobianos
  - Vacinas e imunização
- Distúrbios Neurológicos
  - Envelhecimento normal e padrees de doenças neurológicas
  - Exames do estado mental
  - Demencia senil do tipo Alzheimer
  - Distúrbios cerebrais orgânicos
  - Doença cérebrovascular
  - Distúrbio do movimento
- Distúrbios Psiquiátricos
  - Alterações e padrões normais da doenca psiquiátrica
  - Serviços de consulta psiquiátrica geriátrica
  - Distúrbios de ansiedade
  - Hipocondríase
  - Depressão
  - Abuso e dependência do álcool
  - Esquizofrenia e distúrbios esquizofrênicos
- Disrúrbios Cutâneos
- Distúrbios Oculares
- Distúrbios nos ouvidos, nariz e garganta

CUIDADOS PALIATIVOS EM GERIATRIA

BOCA

Prevenção de lesões:

- Uso de antissépticos orais:
  - flogoral colutório : 15 ml diluídos com ½ copo de água, 3/3h.
  - malvatricin: diluir 15ml da solução em ½ copo de água, 3/3h.
  - cepacol : ídem aos anteriores.
- Escovação adequada dos dentes;
- Limpeza adequada da dentadura

Tratar dor:

- Analgésico tópico: xilocaína spray, antes da higiene e da alimentação;
- Analgésico sistêmico: dipirona (01 comp / 500mg ou 35 gt, VO, 6/6h)

CHS - JOÃO PAULO II

- paracetarnol (01 comp / 750mg ou 50 gt, VO, 6/6h)

Tratar infecção

Candidíase:

- antifúngico: tópico - nistatina suspensão (1 00000un/ml), 10ml de 6/6h.
- sistémico: cetoconazol (comp / 200mg) - 200mg / dia / 05 dias ou fluconazol (comp / 150 mg) - 150mg dose única.

Infecção bacteriana:

- antissépticos orais (ver 1.1.1).
- antibióticos sistémicos: amoxicilina + clavulanato: 500mg de 8/8h - 10 dias
- ciprofloxacino: 500mg de 12/12h- 10 dias

Infecção viral:

- antissépticos orais (ver 1.1.1).
- antivirais sistémicos: aciclovir: 400mg 8/8h - 1 O dias.

Tratar ulceração:

- Tratar causa básica (infecção, estomatite, quimioterapia, radioterapia, neoplasia, imunodeficiência).
- Tratar dor (ver 2.1) Tratar sialorréia:
- Hioscina, 20 a 40 gotas de 6/6/h;
- Exercícios de fonoaudiologia;
- Aplicação de toxina botulínica em glândulas salivares

Tratar xerosromia:

- Líquidos gelados e cubinhos de gelo na boca
- Saliva artificial (salivan, frasco spray)
- Pilocarpina colírio a 4% (misturar ¼ do colírio com ¾ de água), fazer bochechos.

Tratar cárie/estomatite:

- Tratamento odontológico e antissépticos orais.

DISFAGIA

IDENTIFICAR A CAUSA

Desidratação ou desnutrição

- Prognóstico curto: não fazer via alternativa de alimentação
- Prognóstico prolongado ou duvidoso: optar por vai alternativa - SNE ou GEP (para prognóstico > 06 semanas)

Dor

- Analgésico: tópico: xylocaína spray, antes da higiene e da alimentação; sistêmico: dipirona (500mg ou 35 gt, VO, 6/6 horas) paracetamol (750 mg ou 50 gt, VO, 6/6h)

Ulceração

Infecção, tratar:

- Fúngica
- antifúngico: tópico - nistatina suspensão (1 00000un/ml), 10ml de 6/6h

CHS - JOÃO PAULO II

- sistémico cetoconazol (comp de 200mg), 200mg / dia / 05 dias;
- fluconazol (comp de 150 mg), 150mg dose única
- Bacteriana:
- antissépticos orais (ver boca).
- antibióticos sistêmicos (ver boca).
- Viral:
- antissépticos orais (ver boca).
- antivirais sistêmicos : aciclovir (comp de 200mg) - 400mg 8/8h por 10 dias.
- Avaliar imunossupressão ou neoplasia, se não houver melhora coro condutas adotadas.

Sialorréia

- Hioscina, 20 a 40 gotas de 6/6/h;
- Exercícios de fonoaudiologia;
- Aplicação de toxina botulínica em glândulas salivares

Xerostomia:

- Líquidos gelados e cubinhos de gelo
- Saliva artificial (salivan, frasco spray)
- Pilocarpina colírio a 4% (misturar ¼ do coírio com ¾ de água), fazer bochechos

Edema peritumoral:

- Dexametasona (comp. de 04mg ou amp. de 2mg/ml), 08mg, VO ou 04mg parenteral dose única, mantida de 6/6h se a resposta nao for satisfatória

DISFAGIA PERSISTENTE

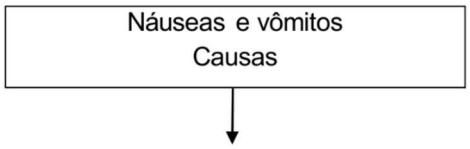
Avaliação da fonoaudiologia definindo:

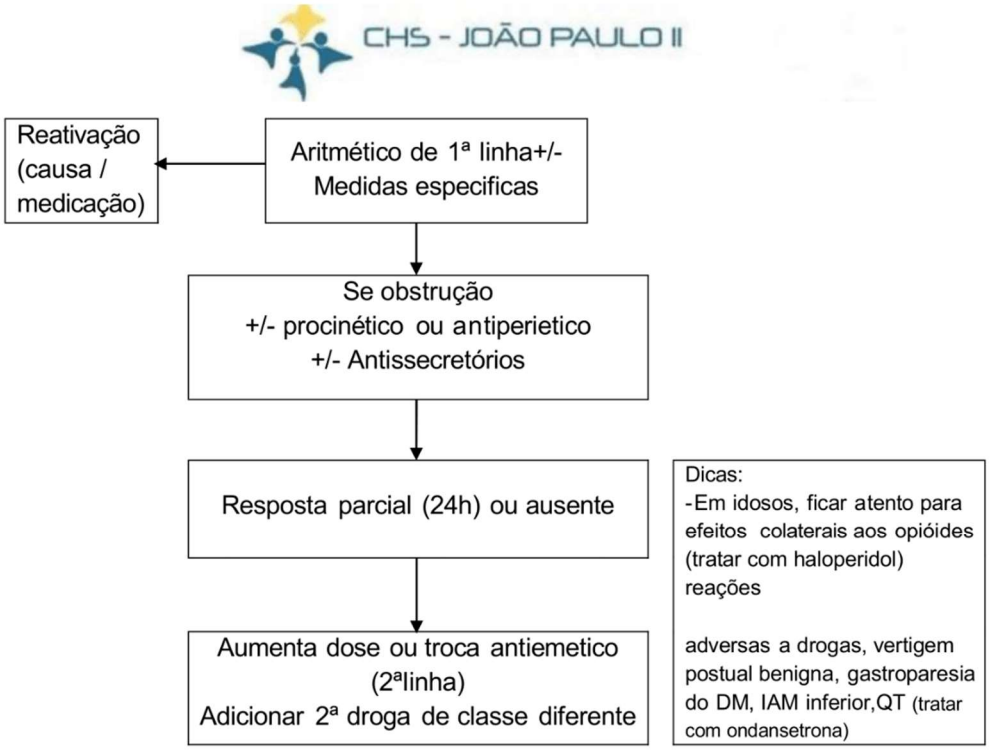
- Posicionarnento: postura adequada
- Estimulação sensorial-motora
- Adequação dos alimentos:
- temperatura
- textura
- Sabor

IMPOSSIBILIDADE DE NUTRIÇÃO ORAL SUPERIOR A 1 MES

- Via alternativa de alimentação: sonda nasoenteral ou gastrostomia.

NÁUSEAS E VÔMITOS





Medicamentos de primeira linha

- Metoclopramida, Haloperidol, Anti histamínico

Medicamentos de segunda linha

- Levomepromazina, Ondansetrona, Hioscina, Corticóides (Dexametasona)

Classe	Droga	Dose	Rota
Butirefenonas	Haloperidol	1,5-5,0 mg/d	VO/SC
Procinéticos	Metoclopramida Cisaprida	10-30 mg 2/2- 4/4h 10mg 6/6-8/8h 30mg 6/6-8/Sb	VO/SC/EV VO VR
Fenotiazinas	Levomepromazina	5-12,5 mg/d 24/24 h	VO/SC
Antihistamínico	Prornetazina	25mg	E.V/IM/VO
Anticolinérgicos	Hioscina (hidrobromida)	200-400mcg 4/4-8/8h 500-1500mcg 72/72h	SL/SC TRANSDERMICA
Antagonista	Ondasetrona	8mg 8/8h	VO/EV
Corticoide	Dexarnetasona	4 mg/ dia	IM/EV

CHS - JOÃO PAULO II

DISPEPSIA

SINTOMAS NÃO ALARMANTES

Relacionados a ácidos

- Ranitidina (comp 150mg), 150mg de 12/12h ou 300mg dose única;
- Sucralfato (comp lg), lg / 4 x dia (lh antes das principais refeições e ao deitar);
- Omeprazol (comp 20 e 40mg), 20mg em jejum até 40mg del2/12 (antes das refeições)

Sugestivos de desmotilidade

- Domperidona (comp 10mg ou solução lmg/ml) 10 a 20mg 30min antes das refeições;
- Bromoprida (comp 10mg, solução 4mg/m1 ou ampola de 2m1/10mg) 10 a 20mg/3 x dia
- Ondansetrona (comp 4 ou 8 mg, amp 2mg/ml): 4 a 8 mg até de 6/6h.
- Dimeticona (comp 40mg ou solução 75mg/ml), 40 mg de 8/8h.
- Metoclopramida (comp de 10mg, líquido com 4mg/ml, amp 2 ml/10mg), 5 a 10 mg 3 x dia, antes das refeições

* Deverá ser usada com cautela no idoso devido a possibilidade de aparecimento de sinais e sintomas extrapiramidais.

SINTOMAS ALARMANTES

Vômitos persistentes

- Hidratação
- Correção de distúrbios hidroeletrolíticos
- Ondansetrona (amp de 2mg/ml): 4 a 8 mg IV até de 6/6h.
- Dexametasona (amp de 4 mg/ml): 4mg IV de 6/6h

Hemorragia digestiva alta

- Hidratação
- Inibidor da bomba de prótons: omeprazol 40mg IV de 12/12h

Dor alarmante

- Inibidor da bomba de prótons: omeprazol 40mg IV de 12/12h;
- Hioscina +dipirona (buscopan composto): 3ml IV de 8/8h;

SOLUÇO

Tratar causa básica.

Soluços persistentes

Tratamento não medicamentoso:

- Nebulização: 3 ml de solução salina;
- Estimulação da faringe com plástico, cateter ou sonda de aspiração;
- Massagem no palato mole com cotonete;
- Rápida ingestão de líquidos.

Tratamento medicamentoso:

- Luftal 20 gt de 8/8h, associado a procinético (metoclopramida ou domperidona 10mg de 8/8h);
- Baclofen (lioresal) comp de 5-10mg 2x dia ;

CHS - JOÃO PAULO II

- Neuroléptico: Haloperidol: comp mg e 5mg, ampola 1ml/5mg, solução oral 10ml/1 mg, iniciar com 1mg, aumentando adose se necessário;
  Clorpromazina: comp 25mg e 100mg, ampola 5ml/25mg); iniciar com 25mg, aumentando a dose se necessário

ICTERÍCIA

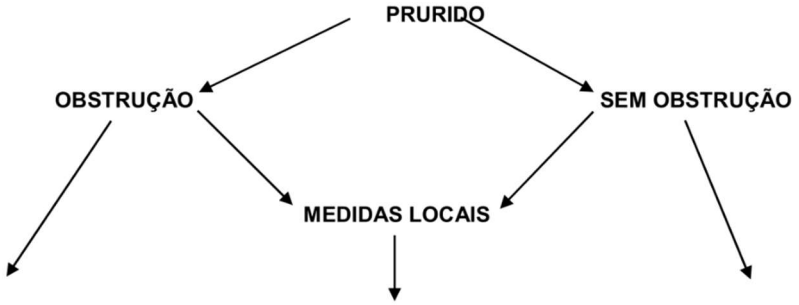
- Reversibilidade da causa (pp// fatais)
- Antibioticoterapia + Endoscopia/ cirurgia desobstrutiva
- Quimioterapia
- Radioterapia

PRURIDO

Mediadores (histamina, calicreinas, PG), estimulação de terminações nervosas. Diferencial: Policitemia Vera, Waldstrom, L. Hodgkin, Mastocitose sistêmica, Mieloma múltiplo, micose fungóide, síndrome carcinóide, obstrução.

Medidas:

- Gerais: temperaturas amenas, umidade adequada
- Locais: Óleos, cremes a base de corticóide, Calamina
- Sistêmicas: antihistamínicos (acño heterogênea): Hidrox.izine (Prurizin)



ALÍVIO **OUTRAS CAUSAS?**

COLESTIRAMINA/ COLESTIPOL

↓

BLOQUEADORES HISTAMÍNICOS

↓

ANTAGONISTAS OPIÓIDES

↓

ESTEROIDES ANDROGÊNICOS RIFAMPICINA

ASCITE

Manejo:

- Restrição do sal + diuréticos (furosemida/aldactone): central, mista, Grad> 1,1
- Paracentese de repetição ou Shunt
- Intervenção cirúrgica: sucesso limitado, mesmo em combinação com agentes antiblásticos pós-operatório; Hipertermia.
- Isótopos, agentes esclerosantes e biológicos.

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA

Manejo:

- Suspender sedativos, tranquilizantes, hipnóticos
- Corrigir precipitantes
- Excluir outras causas
- Reduzir dieta proteica (0,5g / Kg)
- Lactulose (oral, SNG, enema)
- Antibióticos não-absorvíveis: Neomicina, metronidazol
- Outras medidas: Flumazil

OBSTIPAÇÃO

DEFINICAO

- Menos de 3 evacuações por semana
- Critérios do consenso de Roma II
  1. Menos de 3 evacuações por semana

CHS - JOÃO PAULO II

2. Em mais de 25 % das evacuações: esforço intenso, fezes endurecidas, sensação de evacuação incompleta, sensação de obstrução, manobras manuais para auxiliar a defecação.

- Crônicos maior que 2 anos

CAUSAS

- Primárias
  1. Constipação com trânsito intestinal normal
  2. Constipação com trânsito intestinal lento
  3. Disfunção anoretal
- Secundárias

PATOLOGIAS

Diabetes mellitus	Doença de Parkinson
Hipotireoidismo	Tumores e Traumas
Uremia	medulares
Hipercalcemia	Ansiedade/ depressão
Hiperparatireoidismo	colónica
colônicas	Fissuras anais
Amiloidose	Estenoses anais/
Distrofia miotônica	Hemorróidas
	Doença de Chaga

DROGAS

Sais de Alumínio: Hidróxido de Alumínio e Sucralfate
Anticonvulsivantes: Fenitoina, Fenobarbital, Carbamazepina
Antidepressivos: Triciclicos e Venlaflaxina
Antiparkinsonianos: Bromocriptina, Amantadina, Levodopa
Antipsicóticos: Haloperidol, Risperidona
Antiespasmódicos: Oxibutinina, Escopolamina
Bloqueadores de Canais de Cálcio: principalmente Verapamil
Cálcio: Suplementos
Ferro: Suplementos
Opióides: Codeína, Morfina
Anti histamínicos
Clonidina
AINES

TRATAMENTO

- Condicionar a evacuação
- Aumento de fibras

CHS - JOÃO PAULO II

- Líquidos
- Frutas e vegetais
- Atividade física

Medicamentos:

PLANTAGO: o mais usado, e único disponível puro Nome comercial:
Metamucil (envelopes co 3,4g)
Uso: 1 a 3 envelopes ao dia. Tomar com 2-3 copos de água.

BISACODIL 5 mg + DOCUSATO 60 mg (Emoliente, em sub-dose)
Nome comercial: Humectol
Uso: 200 mg/d).

AGIOLAX : Plantago 2.71 g + Sena 0.62g

TAMARINE GEL LAXATIVO
Nome comercial: NATURETTI, TAMARIL
Uso: 1 colher de Chá contém: Sena 0.4 g (!) + Tamarindus indica 19.5mg (açucar hiperosmolar em dose baixíssima) + Cassia fistula 19.5mg (antraquinônico como a Sena) + Coriandrum sativum 9.0 mg (Coentro, usado como "anti-séptico intestinal") + Alcaçuz 4.0mg

BISACODIL: composto difenilmetano
Nome Comercial: Dulcolax (cp 5mg).
Uso: 1 ou 2 comorimidos ao dia.

CÁSCARA SAGRADA: casca seca de Rhamnus purshianus.
Nome comercial: Não há monodroga no mercado, sendo usada em "remédios para o figado", ou em associação com outros axativos (Prisoventril, Purgoleite, Ventre Livre, etc.)
Uso: 150mg da forma sólida ou 1 a 5g do extrato fluido ao dia.

LEITE DE MAGNÉSIO (400 mg/5 ml)
Manipular: Hidróxido de Magnésio 500 mg (cápsulas)
Uso: Hidróxido: (13 ml) a 12 gramas dia, dose única. Sulfato: 2 a 15 gramas dia, dose única
OBS: Sulfato 2 gramas = Hidróxido 1 grama = 17mEq **(400**mg) **Mg**
(necessidades diárias de Magnésio na dieta 400-800 mg/d)

SENA ou SENE: pó das folhas de Pulvis sennae. Não há monodroga no mercado, mas consta de inúmeros laxantes populares (vide mais abaixo).
Uso: 0.5 a 2.0 gramas ao dia.

Nome Comercial: Gutalax (Picossulfato de Sódio 7.5 mg/ml) Uso: 15 a 45 gotas via oral ao dia.

FENOLFTALEINA: composto difenilmetano

CHS - JOÃO PAULO II

Nome Comercial: Lacto-Purga (cp 130 mg) Uso: Meio a 2 comprimidos ao dia. AGAROL: Fenolftalena (1 colher de sopa = 190 mg) + Óleo Mineral + Agar-Agar (espessante).

LACTULOSE: moderadamente formador de massa, é hidrofílico. Uma das melhores escolhas de laxativo. Nome Comercial: Lactulona e Farlac (lactulose solução 66%) Uso: 10 a 60 ml da solução ao dia, uma ou duas tomadas. GLICERINA: Glicerol. Usado na forma de supositórios. Não há preparações orais puras. Nome Comercial: Supositório de Glicerina (genérico, vários) Uso: 1 supositório após uma refeição grande, a cada 1-2 dias.

FLEET ENEMA (solução 22% de Fosfato de Sódio fasco 60 ml). Importar: Fleet Phospho Soda (Fosfato Monossódico 4.8 g + Fosfato Dissódico 1.8 g / 1 O mL) Uso: Enema: 1 a 2 frascos via retal por aplicação. solução Oral: 10 a 30 mL ao dia, com muito água.

CHS - JOÃO PAULO II

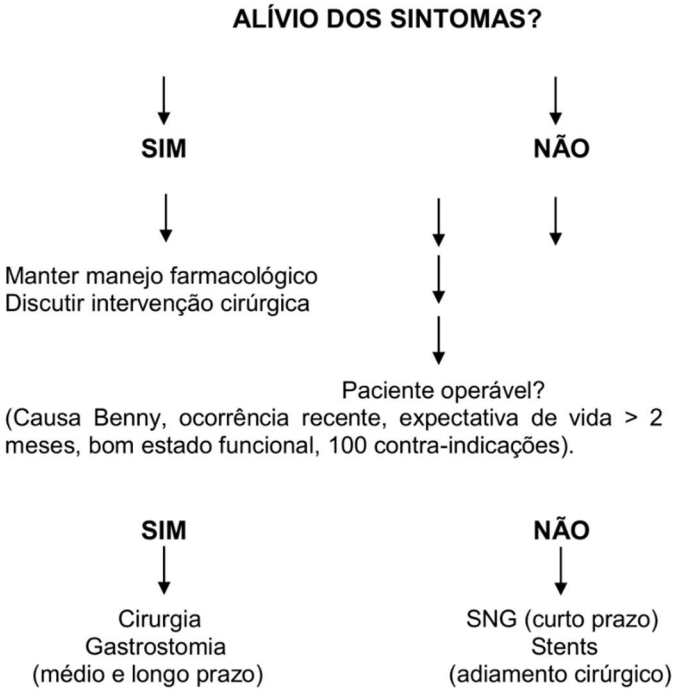
OBSTRUÇÃO INTESTINAL
MANEJO FARMACOLÓGICO POR 48-72h

• ANTISECRETORES
- Anticolinérgicos:
Hioscina butilbromida (Buscopam): 40-120 mg/dia, se ou IV. Glicopirrolato (Robinul Forte): 0,1-0,2 mg 2x/dia, se ou IV.
- Análogos da Somatostatina:
Octreotide (Sandostatin): 0,2-0,9 mg/dia, SC.

• ANTIEMÉTICOS
- Procinéticos (oclusão parcial, sem cólica):
Metoclopramida (Plasil): 60-240 mg/dia, SC.
- NEUROLÉPTICOS:
Haloperidol (Haldol): 5-15 mg/dia, SC.
Fenotiazinas:
-Metotrimeprazina (Levozine, Neozine): 6,25-50 mg/dia, SC.
-Proclorperazina (Compazine): 25 mg, 8/8h, vía retal.
-Clorpromazina (Amplictil): 50-100 mg, 8/8h, via retal ou IM.
-Anti-histaminicos:
Ciclizina (Marezine): 100-150 mg/dia, SC; 50 mg, 8/8h, vía retal.
Dimenidrinato (Dramin 86): 59-100 mg, SC, pm.

• ANALGÉSICOS:
Fentanil transdérmico (Durogesic®): 2,5 mg (25 µg/h), 3/3 dias (dose *inicial).*
Metadona (Metadon): 2,5-10 mg, 3/3 ou 4/4h VO, se ou IM.
Morfina (Dimorf): Solucáo oral 1 O mg/ml - 10-30 mg, 4/4h.
Comprimido (1 O mg, 30 mg) - 15-30 mg, 4/4h.
Ampola (SP)-5-20 mg/70 Kg, IM; 2-10 mg/70 Kg, IV *(dose inicial).*
• Nutrição parenteral (?)
• Hidratação 1000 a 1500 mi/dia, IV ou SC

CHS - JOÃO PAULO II



Dispneia

1) Causas - identificar

2) Tratamento da Tríade: Dispneia - Ansiedade - Dispneia

Medidas Gerais

- Presença de um familiar ou amigo em que o doente confie e que possa tranquilizá-lo.
- relaxamento
- Posicionamento do paciente no leito a 45°.
- Ambiente areiado.
- Utilização de legue, caso consiga exercer o movimento.

Medidas farmacológicas

- Morfina: 5 a 10 mg - VO, SC, Retal, Nebulização. Obs: caso o paciente esteja fazendo o uso prévio de morfina, aumentar a dose em 50% da dose administrada.

CHS - JOÃO PAULO II

Dimorf compr. 10mg e 30mg; Dimorf sol. 1ml = 26 gotas= 10mg; Dimorf sol. Ini, 1 ml = 10mg.

- Broncodilatadores:

1. Salbutamol 2,5 a 5mg -via nebulização a cada 4 - 6 horas.
2. Brometo de ipratrópio 250 - 500 microgramas por nebulização a cada 6 horas
3. Aminofilina: comp. de 100mg => 02 comp./dia, comp. de 200 mg => 01 comp./dia, sol. Oral de 240 mg/ml, sol. Injetável 240/10ml => de 01 a 02 comp. de uma ou duas vezes ao dia. EV, lento de 5 a 10min.
4. Teofilina (Talofilina): sol. Oral=> l00mg/15 ml, caps =>100 mg, 200 mg, 300 mg. Dose de 300 mg de 12 em 12 horas.

Medidas farmacológicas

- Corticóides: se dispnéia associado a obstrução de vias aéreas, linfangite carcinomatosas, síndrome de veia cava superior e bronquite crônica.

l. Dexametasona: 16-24 mg/dia, EV (amp. 4 mg/4 ml)
2. Prednisona 10-40 mg/dia, VO (comp. 2 mg) Equivalência:
   - Cortisona 25mg
   - Triancinolona 4mg
   - Hidrocortisona 20mg
   - Fluocortolona 5mg
   - Prednisona 5mg
   - Metilenoprednisolona 6mg
   - Prednisolona 5mg
   - Parametasona 2mg
   - Metilprednisolona 4mg
   - Betametasona 0,75mg
   - Dexametasona 0,75mg
   - Ansiolíticos

l. Lorazepam: 1 - 2,5 mg, VO ou SL (comp. 2mg).
2. Buspirona (Buspanil): 5-10mg (comp. 5mg e 10mg) dose inicial:15mg/dose limite 60mg.
3. Midazolam (Dormonid): sol inj: 3ml/15mg; 5 ml/5mg; 10ml/50mg; Comp. 7,5mg e 15mg.
   - Fenotiazidicos

1. Clopromazina 25 mg/dia
2. Obs: podendo ser associado a morfina
   - Mucolíticos: ar umidificado (nebulização)

1. Acetilcisteina 10%, 6 a 10ml por nebulização a cada 6 - 8 horas.
   - Anticolinérgicos: caso secrecáo excessiva.
   - Hioscina (hidrobromida) 0,4 a 0,8mg SC a cada 4 horas; 0,8 - 2,4mg/24 horas infusão continua SC (Hioscina Buscopan Simples).
   - Oxigenoterapia: caso haja hipoxemia. de 2 a 41/min.

CHS - JOÃO PAULO II

Modificação do processo patológico de base

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hormonoterapia
- Toracocentese; pleurodese
- Antibióticos
- Transfusão

Observações:

2. Investigações diagnósticas devem ser evitados.
3. Tratamento deve ser puramente sintomático.
4. Terapia com broncodilatador pode ser contínua na máscara.
5. Pacientes inconscientes na qual apresentarn dispneia devem ser tratados com morfina sr.
6. Antibiótico geralmente não é justificável.

TOSSE

Causas - identificar

Tratamento da tosse

Medidas Gerais

- Evitar o uso de cigarros
- Posicionamento do paciente

Medidas Tussízenas (se tosse produtiva)

- Pode ser contraindicado para pacientes que estão fracos ou debilitados.
- Nebulização com solução salina
- Inalações com mentol ou eucalipto; agentes químicos mucolíticos como a acetilcistina
- Umidificação atmosférica
- Fisioterapia
- Broncodilatadores (caso broncoespasmo presente) saubutamol 2,5 - 5mg via nebulização a cada 4 - 6 horas Brometo de ipatrópio 250 - 500 microgramas por nebulização a cada 6 horas.
- Aminofilina (ver dispneia)
- Antibioticoterapia: se infecção presente
- Mucolíticos: Mucofam, Mucolitic, Mucosolvam, Acetilcistina 10% - 6 a 10ml por nebulização a cada 6 - 8 horas.

Medidas Supressoras da Tosse (se tosse seca persistente)

- Opióides

l. Codeína 8 - 30 mg a cada 4 horas (comp 30 mg e 60 mg) (gotas Binelli sol.oral 3 mg/ne)(sol inj.: 30 mg / 1 ml)
2. Dihidrocodeina 10 - 15 rng a cada 4 - 6 horas
3. Morfina 5 -20 mg a cada 4 horas (dimorf)

CHS - JOÃO PAULO II

4. Metadona 2,5 - 10 mg a cada 8 - 12 horas (Metadon comp 5 a 10 mg;sol inj:10mg/lml (IM,SC))

Análogos opióides

1. Noscapine Linctus 10 -60mg a cada 4 - 6 horas
2. Dextromethorfam syrup 15 - 30mg a cada 4 - 6 horas
3. Pholcodine Linctus 5 - 15ml a cada 4 - 6 horas

Nebulização com anestésicos locais

1. Bupivacaina 0,25%, 5ml por nebulização
2. Por 15 -20mm cada 4 horas

Corticóides: caso baja linfangite carcinomatosa

1. Dexametasona 16 - 24 mz/dia , EV
2. Predmisona 10-40 mg / dia ,VO

Sedação

l. Benzodiazepinicos e Tranqüilizantes: Lorazepam 1 - 2,5mg

Redutório da Secreção

- Opióides
- Anticolinérgicos (hidrobromida de hioscina)
- A nti-histamínicos
  1. Loratadina (comp 10mg; sol oral 1 mg / 1 ml) : 10mg / dia
  2. Polaramine 2 mg cada 8 horas
  3. Alegra 60 mg, 120 mg, 180 mg : 01 comp / dia;
  4. Se de 60 mg 01 comp. 12/12 horas

Observações:

1. Tratamento de tosse persistente com droga opióide, também reduz secreção respiratória
2. Sedativos podem ser benéficos especialmente à noite
3. Haloperidol tem efeito anticolinérgico na tosse seca e é preferencial ao benzodiazepinico.

ESTRIDOR

1. Causas - Identificar
2. Tratamento do estridor
   - Posicionamento do paciente ao leito
   - Aspiração caso secreção abundante

Medidas farmacológicas

- Anticolinérgicos com ação sedativa:
  1. Escopolamina (comp. 10mg)(sol inj: 1 ml / 20 mg)
  2. (sol oral: 10mg / ml)
  3. Butil escopolarnina 20mg SC a cada 6 - 8 horas
- Diuréticos: caso falência ventricular esquerda
  1. Furosemida: 20mg EV.

CHS - JOÃO PAULO II

- Corticóide: Dexametasona 16 -24mg / dia EV
- Inalação com Hélio / Oxigênio (4:1): pode ser benéfico a curto prazo por reduzir a resistência ao fluxo aéreo.

Procedimentos

- Traqueostomia
- Colocação de stends brônquios / traqueia

HEMOPTISE

1) Causas -Identificar
2) Tratamento da Hemoptise
   - Manter pérvias as vías aéreas
   - Oxizenacño adequada
   - Intubação Orotraqueal e ventilação mecaruca podem ser necessários (questionável no paciente terminal a depender do prognóstico)
   - Posicionamento adequado do paciente (decúbito lateral)
   - Evitar manipulação excessiva torácica, pois pode aumentar ou manter sangramento
   - Supressão da tosse com codeína 30 - 60 mg a cada 6 horas pode ser necessário
     Codeína (Codein) comp 30mg e 60mg; sol inj: 30 mg/1 ml; EV Sol oral 3mg/ml.

Dose usual : 15 a 60 mg a cada 3-6 horas

Limite: 120 ml/ dia

- Após estabilização do paciente:
  1) Broncoscopia
  2) Tomografia computadorizada
  3) Angiografia
  4) Controle da hemoptise
- Imediata - controle do sangramento com Broncoscopia:
  1) solução salina gelada
  2) adrenalina
  3) trombina tópico
- Terlepressina (Glypressin)

  Apres: framp. 1mg + 01 amp diluente 5ml

Posologia:

2 mg EV em, com controle da frequência cardíaca e da pressão 2 mg a cada 4 horas ➞até que o sangramento tenha sido controlado por 24 horas ou período máximo de 48 horas

⬇ Após reduzir dose

1mg (<50kg)

1,5mg (50- 75kg)

- Embolização da artéria brônquica
- TTO cirúrgico

DOR TORÁCICA

CHS - JOÃO PAULO II

1) Causas -Identificar
2) Tratamento da dor torácica
   - Tratar
   - Analgesia de acordo com escala dador (ver protocolo)

Analgésico proposto:

- Morfina (Dimorf)
  - Dimorf comp 10mg e 30mg
  - Dimorf sol 1ml = 26 gts =10mg
  - Dimorf sol inj lm1 = 0,2mg
  - Dimorf LC caps: 60mg e 200mg
  - Dimorf SP amp: 1m1 / 2mg e 1ml /10mg

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA

DISPNÉIA	**ESTRIDOR**
Posição sentada	Aspiração
- Morfina 2mg 4/4 horas e/ou Clopromazina 25mg à noite - Dexametasona 16-24mg ao dia ou Prednisona 10-40mg ao dia - Oxigenioterapia 2 – 4 1/mim - Lorazepam 0,5 a 2mg VO/SL Dispnéia, Fadiga, Edema II	- Escopolamina 20 mg 6/6 ou 8/8 hs - Atropina 0,4 a 0,8 mg SC 2/2 ou 4/4 hs

DOENCA CARDÍACA TERMINAL

MANEJO CLINICO NÃO FARMACOLOGICO		MANEJO CLINICO FARMACOLOGICO 1) DIURÉTICOS: • Furosemida 20 a 80 mg/dia e/ou

CHS - JOÃO PAULO II

• Programas de reabilitação; ao cardíaca. • Dieta palatável: restrição de sódio e fluidos (1,5 a 2Vdia); comida leve; óleos de peixe. • Reposição de vitaminas: tiamina.		• Hidroclorotiazida 25 a 50 mg/dia e/ou • Aldactone 25 a 400 mg/dia 2) IECA: • Captopril 25 a 150mg/dia (adotado no seriço) • Ramipril 1,25 a 20mg/dia 3) ANTAGONISTAS DA ANGIOTENSINA • Losartan 50 a 1 00mg/dia • Valsartan 80 a 160mg/dia Opção: Isordil 10mg 8/8hs + Hidralazina 25 mg 8/8 h 4) BETABLOQUEADORES SELETIVOS: • Metoprolol 100 a 200 mg/dia • Bisoprolol 2.5 a 10mg/dia • Carvedilol 3,125 a 50mg/dia 5) ANTI-ARRÍTMICOS: • Amiodarona 800 a 1600 mg/dia • Lidocafna 20mcg a 50mcg/kg, IV, BI, 1 a 4 mg/min 6) DIGITÁLICOS: • Digoxina 0,125 a 0,25mg/dia (acompanhar efeitos colaterais e clearance de creatinina) • Cedilanide 0,4 mg, IV, 12/12hs (manter níveis séricos entre 0,5 e 1,5mcg/ml)

DISPNÉIA

- Oxigênio
- Drogas: diuréticos (abaixo), cedilanide (0,5 a 1 amp), IECA, Beta bloqueadores Metoprolol (5mg, 5/5min até 15mg), Nitroglicerina sublingual (5 a 10mg) em casos agudos.
- Opióides: morfina VO (2 a 4mg, 6/6h ou ACM), diamorfina inalável (1 a 3 mg), morfina IV (2 a 6mg, iv, ACM) se estresse agudo.
- Outras medidas: ventilação, elevar cabeceira, fácil acesso ao banheiro.

EDEMA

- Detecção precoce.
- Monitorar peso regularmente: objetivar perda peso de 0,5-1 kg / dia.
- Diuréticos: furosemida - (escolba) 20 a 160mg, IV,
- metazolona 2,5mg/dia
- bendrofluazida 5mg/dia se resistente.
- Restrição de liquido - 1,5 a 21/dia.
- Restrição suave de sal
- Posição confortável

FADIGA E PERDA MUSCULAR

- Fisioterapia.
- Exercícios, se possível.
- Aumentar dieta e ingesta calórica.

CHS - JOÃO PAULO II

- Considerar terapia com anticitocina.
- Rever medicações: considerar a retirada de betabloqueadores.

TONTURA E SÍNCOPE

- Rever medicações: vasodilatadores, betabloqueadores, diuréticos.
- Checar hipotensão postural,
- Excluir: arritmia
- causa neurológica

DISÚRIA

Cd:

- Se infecção + tratar com ATB
- Alcalinização urinária com nitrato de potássio ajuda na dor uretral p/ ITU
- Corticoides podem ajudar se inflamação presente, por exemplo, na infiltração tumoral vesical ou uretral e na cistite por radiação.
- Lidocaina gel pode ser usado
- Citrato de potássio
- 1,5 g / 5ml
- TSD· 10ml
- Lidocaína ou Clorexidene Gel
- (lidocaine 2% + clorexidene 0,25%)1
- Instilhagel 6m1 / 11ml

ESPASMO VESICAL Cd:

- Tratar infecção se presente
- Troca de cateter por um menor
- Oxibutinina 2,5 - 5mg. Se não efetivo ou mal tolerado, tentar tolterodina 2mg
- Instilação com lidocaína 20ml 2% ou lidocaína dil. em sol. Salina - Clampear se possível por 20min - 1 hora; repetir se necessário.
- Drogas anti muscarínicas; ex: propantelina 15mg ou glicopironium 0,2 - 0,4mg / 24 horas ou hioscina 40- 120mg / 24horas

HEMATÚRIA

- Sintoma frequente e sinal de doença urológica
- Pode ser sinal de malignidade
- Sintomas como disúria, aumento de frequência urinária e urgência pode está associados ITU – EAS + cultura
- Uso de anti-inflamatório não esteiroidal e aspirina têm sido associados a microhematúria
- Hematúria associada a dor podem ser nas seguintes localizações: bexiga, ureter ou rim
- Tratamento:
  - Drogas hemostáticas

CHS - JOÃO PAULO II

1) Tramexamic (ácido tramexâmico)
2) 1 g TPS 500mg TPS

- Evitar se sangramento renal devido ao risco de obstrução uretral
- Parar se nao houver efeito após 1 semana
- Continuar por 1 semana após sangramento ter parado e então descontinuar
- Continuar a longo prazo se o sangramento recorre
- Pode reduzir sangramento após prostatectomia

o Estrogênios Conjugados

1) Cistite Hemorrágica induzido por radiação e/ou ciclofosfamida pode ser tratado com estrogênios conjugados 1mg/kg por 2 dias 5mg / 24 horas
➡ diminuindo hematúria em um período de 6h - 8h.

o Polisulfato de Pentosam

- Controle hemorrágico em cistite por radiação.

INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Incontinência Transitória: tratar causas reversíveis

Incontinência Estabelecida

- Técnicas que dependem da colaboração do paciente, do vaso, instalação das barras de apoio, iluminação adequada
- Treinamento vesical
- Fisioterapia do assoalho pélvico
- Farmacológica

CHS - JOÃO PAULO II

Incontinência de Urgência

1. Oxibutinina
   - Ação anti-muscarínica
   - Discreta ação relaxante sobre musculatura lisa vesical
   - 2,5 mg -2 a 3 vezes ao dia
   - Até 20 mg / dia em doses divididas
2. Tolterodina / Tolterodina LA 4mg
   - Efeito anti-muscarínieo
   - 2 a 4 mg -2 vezes ao dia
   - Se LA: 4 mg - 1 vez diariamente
3. Trospium
4. Solifenacina
5. Toxina Botulínica
   - 200 a 300 UI inietada no músculo detrussor
6. Bromato de Propantelina
   - Competidor do receptor colinérgico
   - 7,5 mg 1 vez diariamente até a dose de 15 mg -4 vezes ao dia
   - Se absorção é dirninuída: 30 mg -4 vezes ao dia
7. Cloridrato de Imipramina
   - Anticolinérgico
   - Aumentando gradualmente a dose de 25 mg -2 vezes ao día até 200 mg/dia

Incontinência de Esforço

1. Exercícios para o assoalho pélvico
2. Estrogênio (Ovestrion)
3. Agonistas *a* Adrenérgicos: Efedrina, Pseudo-efedrina e Fenilpropanolamina.
4. Cirurgia
   - Injeção periuretral de colágeno
   - Suspensão transvaginal por agulha
   - Colosuspensão retropúbica
   - Slings (faixas pubo-vaginais de suporte)
   - Prótese esfincteriana

Incontinência por transbordamento

1. Bloqueador
   - Prazosin 1mg - 1 a 2 vezes / dia
   - Terazosin 2 a 10mg ao deitar
   - Alfuzosina 2,5 a 5mg - 2 vezes / dia
2. Cateterização intermitente - Nos pacientes com hipoatividade do detrussor

CHS - JOÃO PAULO II

3. Cateterização Permanente - Indicada para pacientes com incontinência por transbordamento associado a Síndrome de Imobilização ou com obstruções inoperáveis.

Incontinência Mista

- Imipramina 25 mg -2 vezes/dia até 200 mg/dia
- Associado aos exercícios do assoalho pélvico.

Se sintoma for de urgência: Oxibutinina ou Tolterodina - associado a exercícios (detrusitol)

Incontinência

1. Medidas ambientais e comportamentais
2. Reabilitacáo Física
3. Controle dos distúrbios psiquiátricos
4. Apoio social

LINFEDEMA

Tratamento fisioterapêutico:

- Drenagem linfática
- Enfaixarnento compressivo funcional
- Automassagem
- Malhas compressivas elásticas
- Exercícios

Tratamento medicamentoso

- Diuréticos:
  - Furosemida: comp. 40mg ou ampola 2ml/20mg)
  - Iniciar com 20mg, podendo aumentar a dose e dividi-la até de 66h;
  - Espironolactona: comp 25mg e 100mg, iniciar com 25mg / dia, aumentando a dose se necessário.
- Corticoide:
  - Dexametasona: 4 mg de 6/6h
- Linfocinéticos
  - Castanha da Índia (caps 250 e 450mg): 250 a 900mg/dia
  - Daflon 500mg 12/12h
  - Venalot 15/90 mg/ dia a 60/360 mg/dia).
- Antibióticos (se infecção):
  - Penicilina Benzatina: 1.200.000UI, IM, dose única
  - Cefalexina: 500mg de 6/6h - 10 dias)

ANEMIA

Consenso atual: HB< 12g% em ambos sexos

1) Avaliar causas:

- Leucemia (normocítica)
- Síndromes Paraneoplásicas
- Sangramentos agudos e crônicos

CHS - JOÃO PAULO II

- Supressão da MOV por OT
- Anemia de doença crônica
- Deficiência de ferro e outros nutrientes

Manejo da Anemia Clínica

- Tratar deficiência de ferro com sulfato ferroso: Drágeas de 200mg, 2x/dia, antes das refeições. Se náuseas, trocar horário para após refeições.
- Transfusões de sangue podem ser consideradas se Hb < l0 e se os síntomas são muito presentes.
- Transfusões se: dispneia, fraqueza ou para melhorar qualidade de vida.
- Outras drogas:
  1. Fumarato de ferro (fersamal) 140mg/5ml - 10ml, vo, 2x/dia
  2. Hidróxido de cobalamina (vit. B12) lmg/ml - Aplicar 1 ampola, iv, 3x/sem : por 2 semanas e depois 1mg a cada 3 meses.
  3. Ácido fólico: 5 mg, vo, lx/dia até resolução.

ABORDAGENS INDIVIDUAIS

1) Trombocitopenia:

- Transfusão de plaquetas
- Ácido Tranexâmico ou ácido aminocapróico): Cyclokapron Rlg 6/6hs (drágeas de 500mg; suspensão 500mg/5ml; ampolas de 500mg/5ml) risco de obstrução ureteral e sangramento renal.

2) Doença Hepática/Icterícia:

- Vitamina K IV ou IM ou VO: 10mg/ml. Drágeas de 10 mg ou ampolas de ao mg/ml.

3) Hemorragia por cumarínico (marevan)

- Suspender marevan
- Vitamina K iv
- Se INR>8,0 sem sangramento ou sangramento pequeno: suspender marevan, vitamina K IV ou VO; Reiniciar com controle do INR. Repetir vitamina K a cada dia ate INR <5
- Se INR 6-8, sem sangramento: suspender marevan

4) Hemorragia por heparina:

- Suspender a heparina
- Protamina é o antídoto.

5) Doença Renal Crônica

- Ácido Tranexâmico
- Esteróides Conjugados: 0,6 mg/Kg diários por 4-5 dias. Efeitos de 1 O e 15 dias.

6) Deficiência de Vitamina C (escorbuto):

- Tratar com Vit. C, 1g diariamente por 2 semana ou até sumirem os sintomas. Manter tratamento com 60 a 1 00mg/dia
- Ácido Tranexâmico
- Estrógenos Conjugados.

CHS - JOÃO PAULO II

- Desmopresina (intranasal 300 µg ou iv ou SC 0,3 µg/kg) Repetir doses 12- 24hs.

7) Menorragia:

- Etamsylato (dycinene R) 500 mg, VO, dia

FADIGA

• Corrigir causas básicas: - Caquexia (desnutrição) - Infecção - Anemia - Disautonomia - Problemas psicológicos - Desordens endócrinas e metabólicas - Sedação induzida por opióide - Hipóxia - Desidratação - Descondicionamento	• Aconselhamento • Psicoterapia • Terapia ocupacional	• Manejo farmacológico: Corticosteróides: Metilprednisolona - 32 mg/dia, Prednisona - 40mg/dia. Antineoplásico: Acetato de Megestrol (Megestat) - 160 a 480mg/dia. Talidomida -100mg/dia Psicoestimulantes (na fadiga por sedação induzida por opióide): Modafinil (não disponível no Brasil).

OBS: Adotar concornitantemente as tres condutas se:

- Lentidão na correção da causa básica;
- Intensidade dos sintomas

DOR
ESCALA ANALGÉSICA

DOR FORTE
7-MORFINA
8-METADONA
9-FENTANIL

DOR MODERADA
5-CODEÍNA
6-TRAMADOL

DOR LEVE
1-AAS
2-AINES
3-PARACETAMOL
4-DIPIRONA

- AAS
- 600 mz VO até de 4/4 horas
- Máximo 4 g ao dia
- AINES

CHS - JOÃO PAULO II

- Profenid 50 mg VO 8/8 b -100 - 300 mg ao dia (1 ampola/ 100mg diluir em 100ml fazer em 20 minutos)
- Nimesulida 100 mg 12/12 horas
- Celecox 200 mg ao dia ou 100 mg duas vezes ao dia

Observação: Os medicamentos AINES tradicionais devem ser evitados em pacientes que requerem terapia analgésica diária prolongada.

- Paracetamol - 500 - 1000 mg até de 4/4 horas - Máximo 4 g ao dia
- Dipirona - 500mg (comp) 1 a 2 comp de 6/6horas - 1ml/ 20 gotas 40
- Codeína - 30 - 60mg VO até 4/4 horas - Gotas binele 3 mg/ml 8-30 até 4/4 h
- Tramadol 50 – 100mg VO até 4/4 hs – máximo 200 – 400 mg ao dia
- 600 mg ao dia EV até 4/4 horas

Observação: Muito utilizada em osteoartrite, lombalzia e neuropatia diabética.

- Morfina - 5-10 mg até de 4/4 horas

Sem teto

Observação: A via oral é preferida a via parenteral; são preferíveis medicamentos de anos prolongada que proporcionem níveis sanguíneos estáveis com um início mais lento em vez de medicamentos de curta ação e de início rápido.

Observações

- Metadona - Parenteral 10mg, 2.5 a 10mg a cada 3 ou 4 VO 20mg horas se necessário:

- Cuidado coma meia vida longa (24 horas) e acumulação da droga
- Evitar medicações coro propriedades antagonistas, tais como naltrexona e agonistas/antagonistas opinóides (por ex pentozocina).
- É preferível um esquema de administração fixa a um esquema variável.

- Fentanil - 0.1 mg parenteral - patches de 25 mcg/h 72 horas, a duração do efeito é de 3 dias podendo estender-se de 48- 96 h, foi relatado que a febre aumenta a absorção, produzindo sonolência em alguns pacientes.
- Oxicodona - 10 e 20 mg VO a cada 12 horas

ADJUVANTES

- Antidepressivos tricíclicos (neuropatias):
- Nortriptilina (comp 10, 25, 50, 75mg) = 25mg VO 3 vezes ao dia, máximo 150mg
- Anticonvulsivantes (neuropatias):
- Carbamazepina (comp 200, 400 mg) = 200 mg VO 2 vezes ao dia - dose máxima 1200 mg ao dia
- Corticóide: Dexametasona 16 - 24 mg ao dia, Prednisona 10-40 mg ao dia
- Baclofeno: 5 a 10mg 2 vezes ao dia ou 3 vezes ao dia, máximo 80 mg ao dia

COMPORTAMENTOS COMUNS DE DOR EM INDIVÍDUOS IDOSOS COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO

CHS - JOÃO PAULO II

- Expressão facial
- Leve franzir de sobrancelhas; tristeza; expressão de medo
- Gesto de insatisfação, testa enrugada, olhos fechados e apertados
- Qualquer expressão distorcida
- Piscada rápida
- Verbalizações, vocalizações
- Suspiro, protesto, gemido
- Lamento, repetição, cantada, chamado em voz alta
- Respiração ruidosa
- Pedido de ajuda
- Ataques verbais
- Movimentos do corpo
- Rigidez, posição tensa do corpo, defesa
- Inquietação
- Ritmo elevado, oscilação
- Restrição de movimento
- Alterações na marcha e na mobilidade
- Alterações na interação interpessoal
- Agressivo, combativo, não quer ser cuidadoso
- Menos interações sociais
- Socialmente inadequado, destrutivo
- Retraído
- Alterações nos padrões de atividade ou na rotina
- Rejeita o alimento, apresenta alterações no apetite
- Aumenta nos períodos de descanso
- Alteração nos padrões de sono e descanso
- Interrupção repentina das atividades rotineiras
- Aumento da divagação
- Alterações no estado de ânimo
- Pranto ou lágrimas
- Aumento da confusão
- Irritabilidade ou estresse

DEPRESSÃO NO PACIENTE COM DOENÇA TERMINAL

Diagnóstico:

- DSM IV
- Síntomas Substitutos (Endicott)
- Humor deprimido, perda do interesse
- Aumento ou diminuicáo do peso, diminuição do apetite, insônia
- Aparência deprimida, isolamento social, falar pouco
- Agitação psicomotora ou identificação

CHS - JOÃO PAULO II

- Fadiga ou diminuição da energia
- Autopiedade, pessimismo
- Desesperança ou culpa
- Diminuição na habilidade de pensar ou de concentração, indecisão
- Ausência de reatividade
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida, tentativa de suicídio

MANIFESTAÇÃO FARMACOLÓGICA

- Fatores determinantes: prognóstico, sobrevida.
- Primeira escolha:

Inibidores seletivos de receptação de serotonina (ISRS)

- o CITALOPRAM, SERTRALINA, Fluoxetina, Paroxetina)
- o Bupropriona: está indicada para pacientes com baixa resposta e pacientes lentificados. Aumenta o risco de convulsões em pacientes oncológicos.

Psicoestimulantes: (Dextroanfetamina, Metilfenidato, Pemoline, Modafinil);

- o Efeito mais rápido e mais energízante que os ISRS, mas, ocasionalmente, podem ser iniciados juntos
- o Doença avançada; humor disfórico com lentificação psicomotora; déficit cognitivo;
- o Melhora atenção, concentração, cognição;
- o Titular a dose até melhor resposta ou surgimento de efeitos colaterais (hiperestimulação, ansiedade, insônia, paranoia, confusão).
- o Em pacientes com câncer: em doses baixas podem estimular apetite, sensação de bem-estar, melhora da sensação de fraqueza e fadiga e reduz sedação causada por opióides e provérn analgesia adjuvante em Ritalina:
- o Dose inicial: 2,5 mg 2x/dia, tempo de uso: 1 a 2 meses, baixo risco de abuso, pode haver tolerância.

ÚLCERA DE PRESSÃO -CONDUTAS MÉDICAS

1- Avaliação global do paciente:

a) História e exarne fisico completo;
b) Identificar comorbidades (doença vascular periférica, diabetes mellitus, deficiências imunológicas, síndrome de imobilização, doenças autoimunes, neoplasias, depressão, demências, distúrbios psiquiátricos etc.);
c) Avaliação da dor;
d) Avaliação dos riscos para o desenvolvimento de novas úlceras de pressão.

2 - Avaliação da úlcera (juntamente com um membro da Comissão de Feridas):

a) Localização;
b) Estadiamento;
e) Dimensões;
d) Presença e quantidade de exsudato;
e) Sinais locais de infecção;
f) Presença de cavidades ou fistulas;

CHS - JOÃO PAULO II

g) Odor;
h) Condições da pele adjacente à úlcera.
Ps: Tirar fotos da úlcera e registrar informações em impresso próprio.

3 - Avaliação da necessidade de desbridarnento da úlcera:
a) Químico - em caso positivo, discutir com membro da Comissão de Feridas;
b) Cirúrgico - em caso positivo, solicitar avaliação do(a) Cirurgião Geral.

4 - Avaliação da necessidade de antibióticoterapia:
Ver os seguintes parámetros:
- Febre:
- Leucocitose;
- Culturas:
- Mudança do nível de consciência;
- Secreção, odor e aumento das dimensões da úlcera;
- Aumento da dor

5 - Tratamento da Úlcera de Pressão:
a) Grau I:
- Não infectada - AGE.
- Infectada- AGE e Neomicina + Bacitracina ou Sulfadiazina de prata

b) Grau II:
b. l) Não-infectada-AGE
b.2) Infectada - AGE e Neomicina + Bacitracina ou Sulfadiazina de prata e Ciprofloxacino (VO ou IV)

c) Graus III e IV:
c. l) AGE e Sulfadiazina de prata ou Neomicina + Bacitracina, Carvão-ativado (em caso de odor fétido), Hidrogel (em caso de necrose superficial)
c.2) Alginato para exsudação intensa
c.3) Antibióticos sistêmicos:
- Ciprofloxacino + (Metronidazol ou Clindarnicina) - pacientes sem sepse;
- Imipenem ou Meropenem ou Piperacilina/Tazobactam - pacientes com sepse.

Ps: Os antibióticos tópicos deverão ser usados por, no máximo, duas semanas. Após esse período, usar os sistêmicos por 1 4 dias.

6. Manejo da dor-analgésicos orais e/ou intravenosos.
7. Reavaliação da úlcera.
8. Profilaxia
a) Identificar indivíduos de risco e os fatores que os expõem ao risco;
b) Manter integridade cutânea;
e) Promover atividades educativas com a equipe multidisciplinar.

CHS - JOÃO PAULO II

1.5 Procedimento: Urgências Cirúrgicas

PROCEDIMENTO: Hérnias

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

CADASTRAMENTO DE PACIENTES

Prontuário: _____

Nome: _____

Idede: Sexo: Masculino Feminino

Peso: Altura: Raça:

Clínica: _____

Internação: / / / Alta: / / /

Dias internados: Óbito

TELA DO PROTOCOLO

Fatores de Risco(1):			
☐ Idade > 40 anos	☐ Eclimpsia	☐ Síndrome Nefrótica	☐ Cirur. Prolongada + 60
☐ Idade > 60 anos	☐ Pré-Eclâmpsia	☐ Infarto Ag. Miocárdio	☐ Trauma Grave*
☐ Infecção grave	☐ Puerpério	☐ TVP/EP + 2 anos*	☐ Trauma
☐ Variz. Grosso calibre	☐ Neoplasia	☐ Doença Autoimune	☐ AVC
☐ Grande Queinado	☐ Lleite Regional	☐ Restrição Prolongada ao leito*	☐ ICC
☐ Obsidade (2)	☐ Retocolite Ulcerativa	☐ Imobilização	☐ TRH
☐ Anticoncep. Oral	☐ ***Diabetes***	☐ ***Anestesia Geral***	☐ ***Outros***

Considerar de Alto Risco os Pacientes de:		Classificação de Risco (3):
☐ Grandes Cirurgias Ortopédicas quadril / joelho	☐ Trombofilia	☐ Baixo (0 a 1 ponto)
☐ Prostatactomia transv/Gr. Cirurgias para câncer		
☐ Traumatismo raquimedulares	☐ (Sindrome Pró-Trombótica)	☐ Médio (2 a 4 ponto)
	☐ TVP/EP a menos de 2 anos	☐ Alto (5 ou mais pontos)

CHS - JOÃO PAULO II

Profilaxia Ultilizada:		ComplicaçõesProfilaxia:	Resultado:	Uso Terapêutico:
☐ Nunhum	☐ HBPM Dalteparina	☐ Sem Complicação	☐ S/TV/EP Diagn.	☐ Help
☐ Cuidados Gerais	☐ HBPM Enoxaparina	☐ Sangramento Menor	☐ TVP	☐ Hbpm
☐ C.P. Intermitente	☐ HBPM Nadroparina	☐ Sangramento Maior (4)	☐ TVP/ EP	☐ Warfarin
☐ Heparina	☐ Outros	☐ Trombocitopenia (4)	☐ EP	

1. Cada item = 1 ponto / E tens com * = 2 pontos
2. Piso (kg) / altura (m) ao quadrado. Resultados superiores a 35 indicam obesidade
3. Consultar tabela 1
4. Consultar tabela 2

TABELA 1

PROFILAXIA UTILIZADA / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MECÂNICA		HEPARINA		DALTEPARINA		ENOXAPARINA		NADROPARINA
BAIXO	Cuidados Gerais 1. Desentubar ação precoce 2. Movimentação ativa/passiva 3. Meia elástica		Não é recomendada ou indicada a utilização de Profilaxia Medicamentosa		Não é recomendada ou indicada a utilização de Profilaxia Medicamentosa		Não é recomendada ou indicada a utilização de Profilaxia Medicamentosa		Não é recomendada ou indicada a utilização de Profilaxia Medicamentosa
MÉDIO	Cuidados Gerais 1. Desentubar ação precoce 2. Movimentação ativa/passiva 3. Meia elástica 4. Fisioterapia	+	5.000UI sc de 12 em 12 horas	ou	2.500UI sc ao dia (1)	ou	20mg ao dia (1, 3, 4)	ou	7.500UI sc ao dia
ALTO	Cuidados Gerais 1. Desentubar ação precoce 2. Movimentação ativa / passiva 3. Meia elástica e/ou compressão 4. Fisioterapia	+	5.000UI sc de 8 em 8 horas	ou	5.000UI sc ao dia (1)	ou	40mg ao dia (2, 3, 4)	ou	100UI/kg ao dia (1) até o 3º dia após o 3º dia

1. Profilaxia Cirúrgica: Iniciar 2 horas antes da cirurgia.
2. Profilaxia Cirúrgica: Iniciar 12 horas antes da cirurgia.
3. Anestesia por bloqueio, administrar uma hora após a retirada do cateter.
4. Manter a profilaxia por 7 a 10 dias ou enquanto persistir o risco.

TABELA 2

COMPLICAÇÕES PROFILAXIA

Sangramento maior	Trombocitopenia
Só considerar sangramento maior quando:	Os critérios para trombocitopenia são:

CHS - JOÃO PAULO II

1. Houver uso de hemoderivados. 2. Houver queda de hemoglobina maior que 2g/litro.	1. Declínio de contagem de plaquetas superior a 50% 2. Normalização da contagem de plaquetas após a suspensão da Heparina. 3. Trombo branco o exame patológico. 4. Complicações trombo embólicos e teste positivo de agregação de Plaquetas.

PROCEDIMENTO: Hérnias

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

REVISÃO

Será adotada a seguinte conduta no tratamento cirúrgico das hérnias inguinais e femurais:

- Em Hérnias tipo II na classificação cirúrgica de Nhys, ou seja, hérnias obliquas externas (intrafunicular) o saco a dissecado aberto e não passa pelo colo do mesmo, que corresponde ao orifício profundo, dois dedos (indicador e médio) ou o faz muito apertado tem em média 2,5 cm de diâmetro.

a) Ao colocar-se o dedo no do orifício procura-se testar a resistência da parede posterior elevando-a e na inspeção já havíamos observado que não havia abaulamento, exceto, no orifício profundo.

b) Nestes casos, fazer a exerese ou dissecção ampla do cremaster para melhor visualizar o orifício profundo e sutura os dois pilares fechando ate dar passagem entre o cordão e o orifício a ponta de urna pinga mosquito.

- Hérnia Direta (retro funicular) tipo 3 a de Nyhus e os inguinais oblíquos externos com lesão da parede posterior da região inguinal, tipo III B de Nhys ate a idade de 40 anos indicamos operação de Shouldice ou Me Vay II. Acima desta idade e quando há destruição total da parede, fazer operação de Linchestein.
  (Tela de marlex ou prolene = polipropileno suturada na arcada e no tendão conjunto e músculo oblíquo interno, coro fenda para passagem do cordão.)

CHS - JOÃO PAULO II

- Hérnias tipo IV de Nyhus são as recidivadas, o tipo IV A obliqua externa e tipo IV B as hérnias diretas. Na la recidiva em ambas colocamos tela, abordando por vía anterior (inguinal),

a) Se a hérnia a multirecidivada abordamos por via pré-peritonial e colocamos tela fixada no Cooper (ligamento pectíneo) no arco do transverso e no ligamento ileopubiano de Thompson.

b) Se for bilateral abordagem de duas hérnias com uma incisão e colocação de uma tela grande sem fixação - (Stopa). Ou pode ser urna incisão mediana ou pfnesteil.

- Hérnias Femurais III C de Nyhus operação de Me Vay ou tela em rolha ou guarda-chuva.
- Hémia Femural recidivada IV C Nvhus - Se foi operada a la vez, por via inguinal propomos abordagem por via femural e colocação de tela em rolha com reforce de quadrilátero de tela sobre rolha ou operação de Bassini-Kirschner arcada sobre o Cooper e mais um quadrilátero de tela ou Bassini (arcada sobre aponeurose do pectineo e quadrilátero de tela). Se o paciente foi operado por via femural abordar por via inguinal (operação de Me Vay ou tela em rolha).
- A hérnia tipo A de Nhys tem apenas persistencia do conduto peritónio vaginal (saco) sem outro defeito a pediátrica (Cirurgião Pediátrico) e, que basta apenas tira o saco da hérnia.

Cuidados pré-operatórios específicos: - Tratar tosse crônica.

- Dificuldade de micção (Hipertrofia da Próstata?).
- Obstipação intestinal.
- Obesidade mórbida.

Qualquer fator que aumente a pressão intra-abdominal.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Doença do Refluxo Gastroesofágico

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

REVISÃO

Conceito

Afecção crônica decorrente do refluxo de parte do conteúdo gastroduodenal para o esôfago e/ou órgãos adjacentes com variável espectro de sintomas e/ou sinais esofagianos e/ou extraesofagianos, associados ou não a lesões teciduais.

Classificação (SEP)

CLASSIFICAÇÃO SEP PARA A DOENÇA DO REFLUXO GASTRO ESOFÁGICO					
	X	**0**	**1**	**2**	**3**
Sintomas	-	Assintomático	Manifestações esofagicas	Manifestações Extra esofagicas	Manifestações esofagicas + Extra esofagicas
Endoscopia	Não realizada	Normal	Esofagite erosiva	Esofagite + complicações	-

CHS - JOÃO PAULO II

pHmetria	Não realizada	Normal	Normal + índice de sintomas positivo	Refluxo patológico	-

Diagnóstico

Sintomas típicos:

Pirose, regurgitação acida, odinofagia, disfagia, dispepsia

Sintomas atípicos:

- Dor torácica ➔ Diagnóstico diferencial com cardiopatia isquêmica,
- Manifestações otorrinolaringológicas ➔ Rouquidão crónica, intermitente; irritação em orofaringe; disfagia cervical.
- Manifestações pulmonares ➔ Asma; ITR de repetição; tosse crônica; asfixia noturna. EDA
- Avalia lesões causadas pelo refluxo (esofagite) e realiza biopsias.
- Diagnostico diferencial (doença péptica).
- Evidência a presença de hérnia hiatal.
- pHmetria 24 h
- Demonstra a presença do refluxo anormal.
- Correlaciona o sintoma com a presença do refluxo (mesmo em casos sem esofagite identificável pela EDA).
- Avalia eficácia do tratamento.
- Caracteriza posição preferencial do refluxo auxiliando terapêutica (refluxo supino demanda medidas mais agressivas).

Manometria

- Avalia atividade motora do órgão e função esfincteriana por meio de análise das pressões intraluminares.
- Fatores associados a DRGE
  - o Relaxamento espontaneo do EIE.
  - o Hipotonia esfincteriana.
  - o Redução do segmento intra-abdominal do esfíncter.
  - o Aumento do tempo de clarea.mento esofágico (restauracao do pH normal apos RGE), que depende da peristalse esofagica, tamponamento salivar e intezridade anatomica.
- Contribui para demonstrar distúrbios de motilidade esofágica associados coro DRGE, sendo importante para o planejamento terapêutico (especialmente o cirúrgico).
  - o Importante: atenção para suspeita clínica de afecções associadas (colagenoses - ESP; acalasia; DIME; esofago em quebra-nozes; aperistalse esofagica), que podem cursar com RGE.

CHS - JOÃO PAULO II

o A manometria pode interferir na indicação cirúrgica e no tipo de valvuloplastia a ser empregada.

- Pacientes com hipotonia acentuada do EIE (< 05 mmHg) tendem a necessitar de controle clinico prolongado (maior subsidio para indicação cirúrgica).
- Manometria pré-operatória serve de parâmetro para investigação de disfagia pós-operatória,

Tratamento Clínico:

Pode-se dividir a abordagem terapêutica em medidas comportamentais e farmacológicas, que deverão ser implementadas concomitantemente em todas as fases da enfermidade. E fundamental que o paciente saiba ser portador de urna enfermidade crônica e haja parceria com o médico, para que as medidas possam ser dotadas, sobretudo as comportamentais. A educação dos pacientes para as modificações que devem ser impostas ao seu estilo de vida e de suma importância; elas devem ser discutidas com o médico, caso a caso.

a. Medidas comportamentais no tratamento da DRGE

- Elevação da cabeceira da cama (15 cm).
- Moderar a ingestão dos seguintes alimentos, na dependência da correlação com sintomas: gordurosos, cítricos, café, bebidas alcoólicas, bebidas gasosas, menta, hortelã, produtos à base de tomate, chocolate;
- Cuidados especiais com medicamentos potencialmente "de risco": anticolinérgicos, teofilina, bloqueadores de canais de cálcio, alendronato;
- Evitar deitar-se nas 2 horas posteriores as refeições;
- Evitar refeições copiosas;
- Suspensão do fumo;
- Redução do peso corporal em obesos.

b. Tratarnento medicamentoso

Os principais fármacos empregados para o tratamento da DRGE estão propostos no quadro 3. Recomenda-se o conhecimento de maiores detalhes sobre a prescrição e interação medicamentosa, eventos adversos, etc.

Medicamentoso empregados na DRGE		
Classe	**Substância**	**Dose plena diária**
Antiácidos ou alcalinos	Hidróxido de alumínio Hidróxido de magnésio	Viável a depender da concentração dos componentes
Bloqueadores dos receptores H2 da histamina	Cimetidina Ranitidina Famotidina Nizatidina	800mg 300mg 40mg 300mg
Inibidores da bomba protônica	Omeprazol Lansoprazol	20mg 30mg

CHS - JOÃO PAULO II

	Pantoprazol Rebeca prazol	40mg 20mg
Pró-cinéticos	Cisaprida Domperidona Metoclopramida	15-30mg 30mg 30mg

Quadro 3

A identificação endoscópica da esofagite indica a utilização de IBP, erobora não haja consenso quanto à dose a ser empregada: alguns autores propõem o emprego da dose plena nos casos de menor gravidade e a duplicação das doses para as esofagites de maior gravidade (graus 3 e 5 classificação Savary-Miller ou C e D classificação Los Angeles). Deve-se ter em mente que, nos casos de esofagite grau 1 classificação Savary-Miller ou classificação Los Angeles, de natureza leve, quando não houver possibilidade da utilização de IBP por razões financeiras ou outra natureza, pode ser considerado o emprego de bloqueador de receptor H2 da histamina (BH2) ou cisaprida em doses plenas. O insucesso terapêutico nesses casos remete o paciente a ser tratado coro IBP, inicialmente em dose plena Nos casos que requerem aumento da dose de IBP, esta deve ser duplicada com administração duas vezes ao dia. Convém mencionar que a adição de um pró-cenético em associação com o IBP não aumenta os índices de cicatrização ou remissão de sintomas, pelo que seu emprego não e considerado. Por outro lado, a indicação de associação com BH2 em dose plena noturna aos pacientes em tratamento com IBP apresentaram sintomas noturnos, embora encontre suporte na literatura, não foi objeto de consenso. O tempo mínimo de administração e de seis semanas, embora quatro semanas também possam ser utilizadas. O tempo requerido para a reavaliação, nesses casos, e doze semanas. Em princípio, apenas os pacientes com diagnóstico inicial e de esofagite graus 2 - 5 de Savary-Miller ou Ce D de Los Angeles, que representam intensidades moderadas on graves devem ser considerados para a realizacáo de exame endoscópico de controle. Os pacientes que não apresentaram resposta totalmente satisfatória ao tratamento com IBP por 12 semanas devem ter a dose dobrada de IBP por mais 12 semanas antes de serem considerados como insucesso terapêutico. A história natural da DRGE ainda não e bem compreendida: embora os sintomas sejam crônicos, e muitas vezes recorrentes, em numerosos pacientes a esofagite não progride com o passar do tempo. Assim, em apenas urna pequena proporção, menos de 15%, dos pacientes com refluxo sintomático e sem esofagite a endoscopia ou com esofagite de intensidade leve, a enfermidade progride para estágios mais avançados. Por outro lado, na maioria dos casos mais intensos, os sintomas da DRGE voltam rapidamente quando o período de tratamento e concluído e o medicamento e interrompido, ou quando a dose e reduzida. Nessas condições, cerca de 80% dos pacientes recidivem seis meses depois do termino da utilização de fármacos. O prognostico do que poderá suceder após o fim do tratamento farmacológico não é claro. Na eventualidade de requerer tratamento de manutenção, se deve considerar cada caso. Existem estudos que dão suporte a utilização de dose de medicamento anti-

CHS - JOÃO PAULO II

secretora gástrica mínima eficaz e inclusive a tentativa sucessiva de supressão do use de fármacos com manutenção das medidas comportamentais.

Tratamento Cirúrgico:

Indicação:

- Quando o tratamento clínico falha em um de seus objetivos:
  - o Aliviar os sintomas: sintomas típicos e/ou atípicos podem permanecer apesar de mantido um pH > 4; > 16 h por dia (inibição acida ideal facilmente conseguida com IBP). Pacientes com grandes defeitos anatômicos fazem parte deste grupo.
  - o Cicatrizar as lesões: praticamente 100% das lesões sao cicatrizáveis com IBP, porem, muitos pacientes dependem de altas doses de manutenção à longo prazo.

O tratamento cirúrgico toma-se menos oneroso.

- o Prevenir as recidivas: E o maior problema. A maior parte das referências mostram índices acima de 50%, mesmo após inibição ácida por médio e longo prazo (os mecanismos etiopatogênicos permanecem).
- o Evitar complicações:

Esófago de Barrett

É definido como a substituição do epitélio estratificado e escamoso do esófago pelo epitélio colunar com células intestinalizadas ou mistas, em qualquer extensão do órgão. O aspecto e observável por exame endoscópico e confirmado em exame histopatológico. O diagnóstico de esófago de Barrett independe da extensão da área metaplásica. Quando esse segmento e inferior a 3 cm, dá-se a denominação de "Barrett curto". O esófago de Barrett afeta indivíduos do sexo masculino, de raça branca, coro idade superior a 40 anos. Até o momento, não há nenhum tratamento eficaz para o esófago de Barret, quando o objetivo e a regressão do epitélio metaplásico. Tanto a terapêutica clínica como a cirúrgica são eficazes somente em controlar o refluxo, diminuindo o processo inflamatório. O acompanhamento desses pacientes deve ser feito por exame endoscópico e biopsias seriadas a cada 24 meses. A presença de displasia não pode ser descartada: os que apresentam displasia de baixo grau precisam de acompanhamento a cada seis meses; os pacientes com displasia de alto grau devem ter diagnósticos confirmados por outra patologia, sendo indicada intervenção cirúrgica. Se o paciente não tiver sido operado, o acompanhamento sugerido e a cada três meses. Para o controle clínico do esôfago de Barret, o tratamento adequado e obtido com IBP. Nos casos de Barret curto, recomenda-se a utilização de IBP em dose plena; nos demais casos, IBP em dose dupla.

Estenose.

A estenose do esôfago distal e uma complicação de resolução cirúrgica Recomenda-se que o paciente seja submetido a uma avaliação previa do refluxo. A conduta cirúrgica anapropriada depende da extensão e da localização da estenose, bem como da avaliação manometrica do órgão. Nas estenoses baixas coro função motora normal, está indicada a fundoplicatura total. Quando existir disfunção motora significativa, a fundoplicatura parcial roostra-se adequada. Na estenose longa ou filiforme, o tratamento cirúrgico mais apropriado é a ressecção.

CHS - JOÃO PAULO II

Úlcera e sangramento esofágico

O sangramento esofágico na DRGE pode ser lento e insidioso, sendo responsável por quadros de anemia crônica. O tratamento clínico é a melhor opção terapêutica. Recomenda-se o emprego de IBP em dose dupla por período de oito semanas. Após a cicatrização, deve ser instituído um tratamento de manutenção,

Procedimentos Cirúrgicos:

- Técnicas de reposição anatômica:
  - Lortat - Jacob : eficácia 83%. Recidiva alta a médio e longo prazo.

Resultados inferiores aos procedimentos de fundoplicatura.

  - Cardiopexia posterior : 80% - 83% de eficácia à longo prazo. Episódios de distensão gástrica dolorosa no pós-operatório. Phmetria pós-operatória mostra desvantagens quanto a fundoplicatura.
- Procedimentos valvulares
  - Cirurgia de Belsey: fundoplicatura parcial via torácica. 11% de recidida à longo prazo. 40% de fracasso na pHmetria. Dificuldade técnica, resultados variáveis e vias de abordagens limitam suas indicações (fig. 3).
  - Cirurgia de Nissem: fundoplicatura total circular. Objetiva restauração anatômica e da função esfincteriana. 87% de bons resultados à longo prazo. 20 a 40% de disfagia no pós-operatório (transitória, porem incapacitante em 1 % dos casos). 3% - 10% de casos com distensão gástrica dolorosa e incapacidade de eructação. Risco de migração para o tórax pode ser reduzido por variáveis técnicas.

Obs 1: Valvuloplastias totais devem ser evitadas em pacientes com hipocontratilidade importante (complexos de deglutição no esôfago distal < 20 mmHg), pelo risco de piora disfágica.

Obs2: Não existem estudos que demonstrem superioridade da valvuloplastia total em relação às posteriores. A escolha deve ser norteada para cada caso em particular.

- Fundoplicatura de Toupet (180º):
- Fundoplicatura a Lind (270°):
- Resultados atuais para valvuloplastias posteriores (270º para pacientes com pressão baixa e 180° em casos com PEEL normal) mostram 85% de eficácia a longo prazo, com taxas babeas de disfagia (ate 3%) transitória
- Videolaparoscopia:

➔ Domínio da técnica suplanta dificuldades relacionadas com a ausência de sensação táctil na manipulação de estruturas da região.

➔ Resultados funcionais atuais sao equivalentes as duas vias de abordagem, com vantagens pós-operatórias para o método laparoscópico.

CHS - JOÃO PAULO II

REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25

RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

EDITAL Nº 007/2021 – SEI 2300000214.000090/2021-34

200

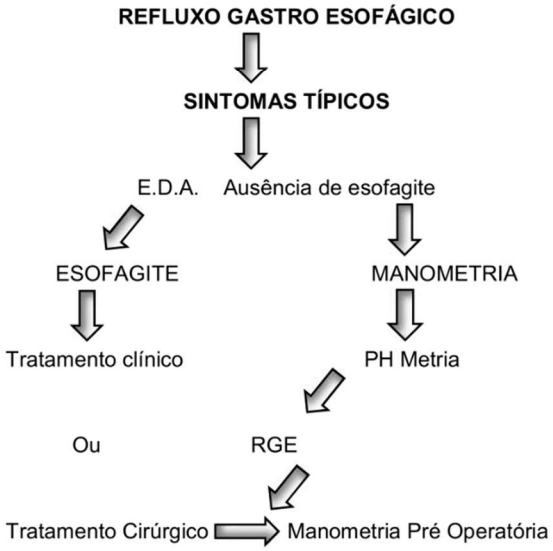
834

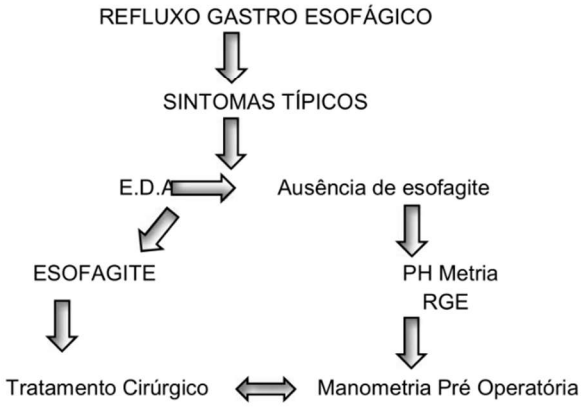
CHS - JOÃO PAULO II

1. Refratariedade ao tratamento clínico
2. Manifestações atípicas
3. Necessidade de tratamento de manutenção (< 40 anos)
4. Impossibilidade de tratamento a longo prazo (custo; obediência, etc.)
5. Complicações (Barret, estenose)

IMPORTANTE:

➔ Paciente deve ser devidamente esclarecido sobre a cronicidade e caráter de sua doença, devendo participar do planejamento clínico-cirúrgico.





CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Mioma Uterino

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

REVISÃO

Conceito:

Tumor benigno de evolução lenta que se desenvolve no miométrio constituído de fibras musculares lisas e tecido conjuntivo. É a mais frequente das neoplasias benignas do aparelho genital feminino. Incide, de preferência, entre 30 e 45 anos, mais em mulheres negras. Os miomas podem ser subserosos, submucosos ou intramurais (sendo este último responsável por 70% dos casos). Os miomas subserosos nao alteram a menstruação, os intramurais provocam ciclos hipermenorrágicos e os submucosos provocam metrorragia. Pode apresentar dor comprimir órgãos vizinhos. Pode apresentar ainda esterilidade (quando próximo à abertura das tubas) ou abortamento (quando cresce em locais incompatíveis com o prosseguimento da gestação).

Diagnóstico

- Inspeção - ventre abaulado, quase sempre na região mediana;
- Palpação -- tumor de consistência dura, de superfície irregular, constituído por formações globosas, distribuídas pela superfície tumoral:
- Ultrassonografia pélvica - possibilita o diagnóstico de diversos tipos de mioma;

Diagnóstico Diferencial: 1) gravidez e 2) cisto de ovário

1. Os miomas de consistência amolecida podem parecer útero gravídico. Solicitar dosagem recente de B-HCG;
2. Cisto de ovário: US pélvica para diagnóstico diferencial.

Tratamento: alguns tumores não requerem tratamento se forem assintomáticos ou pequenos.

- Em casos de menarca e nulíparas que desejam engravidar, portadores de mioma pequenos, subseroso ou intramural, pobre em sintomatologia, deve-se aguardar que engravidem antes de levá-las a cirurgia. Nestes casos é preciso que se verifique não ser o mioma a causa da esterilidade.
- O crescimento do mioma pode depender de estrogênios, ele não se desenvolve no período de insuficiência gonadal a partir do climatério. Em sacos de mioma de dimensões reduzidas que não provoquem hemorragia, adotar a conduta de observação a partir da menopausa. Nesta situação é necessária curetagem de prova. Nos demais casos, o tratamento de mioma é cirúrgico por via abdominal.
- A cirurgia pode ser: 1) conservadora ou 2) radical.

1. Em pacientes na menarca com possibilidade e vontade de procriar, deve-se realizar a miomectomia Nesses casos deve ser feíta a previa verificação da permeabilidade das tubas através da histerossalpingografia No posoperatório imediato deve haver sangramento

CHS - JOÃO PAULO II

determinando a operação do doente. No posoperatório tardio, ha possibilidade de recidiva do mioma.

2. A cirurgia radical pode ser subtotal ou total. No primeiro caso, a ressecção se dá ao nível do istmo, permanecendo o colo do útero. Argumentos a favor: o colo seria necessário para a manutenção da estática pelviana e seria conservada a dimensão da vagina, impedindo a ocorrência posterior de dispareunia.

A cirurgia de escolha é a histerectomia abdominal total. Afasta a possibilidade de aparecimento do carcinoma do colo restante. Em pacientes com mais de 40 anos deve-se conservar os ovários pois sabe-se atualmente que as gônadas, mesmo após a menopausa, continuam a funcionar por algum tempo produzindo estrogênios.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Colelitiase

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

REVISÃO

INTRODUÇÃO

A doença calculosa biliar vem aumentando de frequência com o passar dos anos sendo cada dia mais frequente o seu tratamento cirúrgico. Em alguns serviços e inclusive a patologia renais frequente a necessitar tratamento cirúrgico. As explicações para isto podem vir do fato do diagnóstico cada vez mais frequente pela evolução dos métodos diagnósticos assim com o tratamento cada vez menos invasivo.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

A maioria dos pacientes com colelitíase e assintomático e assim permanece pelo resto da vida. A probabilidade de um paciente assintomático ter sintomas severos ou complicações e de 1 a 2% ao ano assim com está e a probabilidade deste necessitar de colecistectomia. Desses pacientes dois terços permanecerão assintomáticos por um período de 20 anos. Quanto maior for o período sem sintomas menor será a chance destes aparecerem. Para os pacientes com dor devido a colelitíase a chance de ter complicações e de 1 a 3% ao ano com urna probabilidade de necessitar ser colecistectomizados da ordem de 6 a 8%. Conforme aumenta a frequência de episódios de dor aumenta a intensidade da dor. Pacientes que tem quadros álgicos tem uma chance de 70% de repetirem o quadro.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- Radiografia simples - A probabilidade de cálculos de vesícula serem visualizados em radiografias simples de abdome e da ordem de 10 a 15% pois a maioria dos cálculos é de colesterol. A radiografia 6 mais útil para identificação e diagnóstico de outras patologias de origem abdominal.
- Ultrassonografia - Método diagnóstico de escolha nos casos de colelitíase assim como extremamente útil para visualizar dilatação das vias biliares. O diagnóstico e baseado no fato da presença de sombra acústica posterior assim com mudança da imagem conforme a posição do paciente.
- Cintilografia - Tem seu use principalmente no diagnóstico de colecistite aguda para identificação de exclusão da vesícula. Aplica-se para identificação de obstrução do dueto cístico.
- Colecistograma oral - Método muito utilizado no passado para diagnóstico de colelitíase caiu em desuso por sua dificil realização.

CHS - JOÃO PAULO II

- TC de abdome - Utilizada principalmente para diferenciar outras causas de dor pode ser diagnostica em ate 50% dos casos.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- Dor - Normalmente localizada em hipocôndrio direito ou epigástrio com irradiação para dorso ou escapula, constante, com duração maior que 1 hora e menor que 24 horas que só desaparece habitualmente com uso de analgésicos, associado a náuseas, com episódios repetidos e no mesmo período do dia.
- Náuseas
- Vômitos
- Febre
- Icterícia

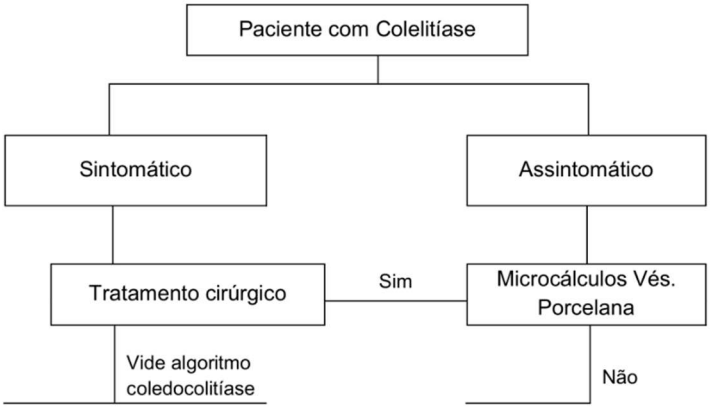
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

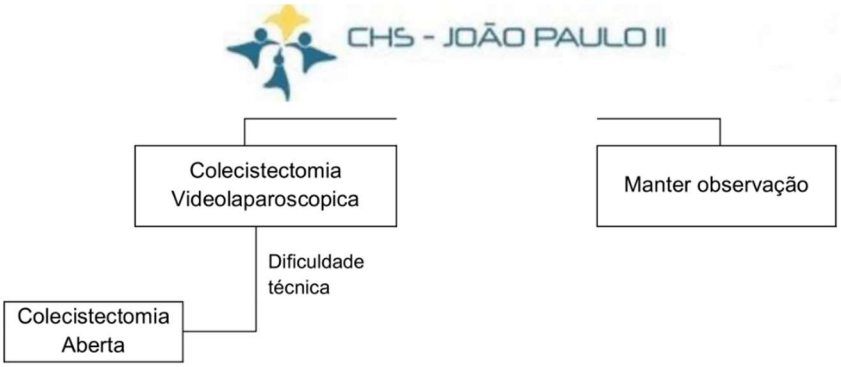
Normalmente inconclusivo pode baver elevação de bilirrubinas, fosfatase alcalina ou transaminases. Pode haver elevação do leucograma nos episódios agudos. Tem pouco valor ou nenhum para o diagnóstico dos casos não complicados de colelitíase.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser sempre indicado nos pacientes com quadros sintomáticos sendo sempre cirúrgico, sendo a primeira escolha a colecistectomia por via videolaparoscopica. Nos serviços que não disponham desta alternativa a cirurgia pode ser feita pela via aberta com resultados semelhantes embora com custo, permanência pós-operatória e recuperação mais prolongados. A existência de videolanaroscopia num serviço não autoriza que este não tenha cirurgião hábil para proceder a colecistectornia por via aberta, pois esta muitas vezes e a solução de casos não passiveis de tratamento pela primeira. Quanto a indicação nos pacientes assintomáticos apenas aqueles com microcálculos ou vesícula em porcelana a luz da literatura atual teriam alguma vantagem para realizar colelitíase.

FLUXO DE TRATAMENTO DA COLELITÍASE





PROCEDIMENTO: Coledocolitiase

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

REVISÃO

INTRODUÇÃO

Os cálculos das vias biliares vêm se tomando uma entidade cada vez menos frequente a partir da identificação e tratamento precoce dos casos de colelitíase sintomáticos. Eles podem ser de origem primária ou secundária conforme a sua origem na própria via biliar ou na vesícula Os cálculos podem ser também considerados residuais quando aparecem até dois anos depois de realizada colecistectomia.

HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA

Quando avaliados entre 10 e 15% dos pacientes já apresentam coledocolitíase quando da realização da colecistectomia. Muitos deles já apresentam sintomas ou anormalidades laboratoriais. Entre 1 e 2% dos pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica apresentarão cálculos residuais.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- Ultrassonografia - Método diagnostico útil para avaliação de dilatação das vias biliares embora pouco sensível para identificar cálculos nesta localização (60 a 70%).
- Colangioressonância - Método de escolha para avaliação de coledocolitíase por prover detalhes anatômicos precisos e ter a melhor sensibilidade e especificidade.
- Colangiografia venosa associada a TC helicoidal - Método de acuracia semelhante a colangioressonância embora mais nao desprovido de efeitos colaterais.
- Ultra-sonografia endoscópica - Método sofisticado pouco disponível e de custo elevado com boa sensibilidade e especificidade.
- CPRE - Método de escolha no passado para diagnóstico foi substituído pela colangioressonância desprovida das complicações graves da CPRE. Método de escolha para tratamento de pacientes com >65 anos e questionável em serviços que disponham de videlaparoscopia mas não realizam exploração da via biliar por esta técnica.

CHS - JOÃO PAULO II

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

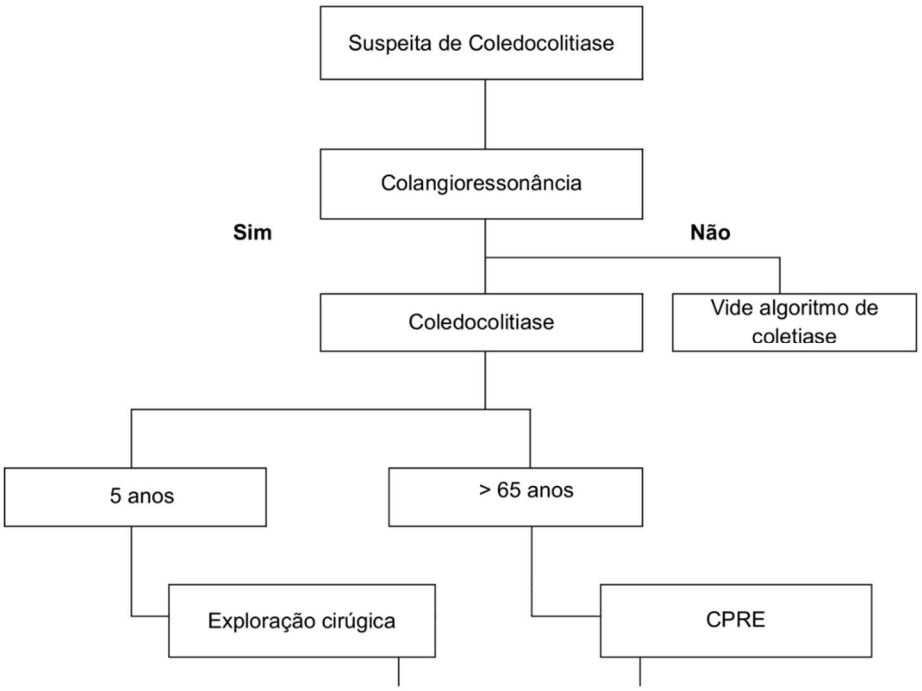
Normalmente o quadro se caracteriza por cólica biliar, icterícia flutuante, acolia fecal e colúria, Pacientes com colangite podem apresentar também febre com calafrios, hipotensão e alteração do nível de consciência.

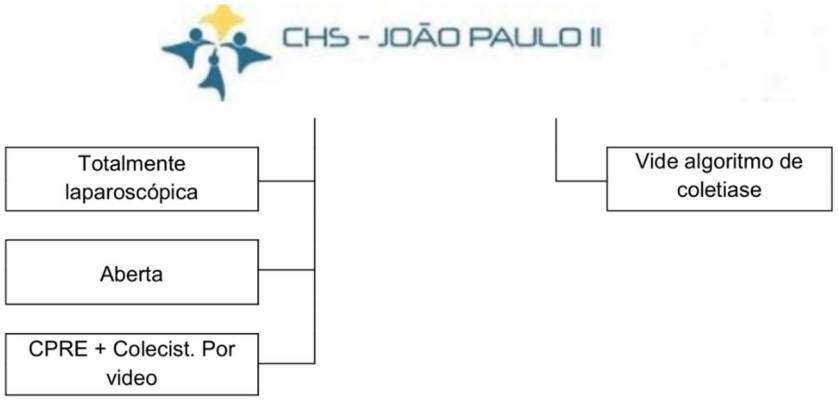
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Níveis elevados de bilirrubina (>3mg/dl), transaminases, fosfatase alcalina e gama-GT estão normalmente elevadas nos casos de coledocolitíase.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser sempre indicado devido a grande morbidade desta patologia. Nos pacientes com < 65 anos a terapêutica ideal permanece controversa a depender do serviço. Serviços que disponham de tratamento por via laparoscópica da colelitíase e da coledocolitíase devem ter este método como de escolha. Aqueles que têm videolaparoscopia mas não realizam exploração da via biliar por esta via podem optar por realizar CPRE pré-operatória. Seguida de colecistectomia eletiva no mesmo intenamento ou optar por tratamento cirúrgico aberto desta patologia. Nos pacientes com >65anos a CPRE deve ser realizada seguida de colangiografia. Nos serviços que não dispõem de CPRE a exploração deve ser realizada por via cirúrgica sendo sempre a preferência a via laparoscópica quando disponível. Nos cálculos residuais a preferência sempre recairá sobre a CPRE.





PROCEDIMENTO: Colangite

RESPONSÁVEL: Médico Emergencista

REVISÃO

INTRODUÇÃO

Colangite é urna entidade associada a obstrução e infecção bacteriana do sistema biliar com urna variada forma de apresentação e gravidade. E a obstrução da via biliar que leva a proliferação bacteriana que associada ao aumento de pressão no sistema biliar leva a um refluxo bacteriano colangiovenoso e linfático gerando os episódios de bacteremia com febre e calafrios

ETIOLOGIA

As causas de obstrução vão desde a coledocolitíase, estenoses benignas, anastomoses entéricas, colangiocarcinoma e câncer periampular. Procedimentos que manipulam a via biliar também podem causar bacteremia em pacientes que já apresentam obstruções. As bactérias comuns são E. coli, Klebsiella pneumoniae, enterococos e bacteróides fragilis.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

- Ultrassonografia - Método diagnóstico útil para avaliação de dilatação das vias biliares e diagnóstico de alguma de suas causas.
- Colangioressonância - Método para avaliação da via biliar e fígado por prover detalhes anatômicos precisos e ter a melhor sensibilidade e especificidade.
- Tomografia - Método para avaliação da via biliar, ígado e região periampular.
- CPRE - Método de escolha nos pacientes com colangite tóxica por permitir descompressão da árvore biliar.

CHS - JOÃO PAULO II

- Colangiografia percutânea - Método invasivo que permite identificação de obstruções altas assim como descompressão percutânea por cateter.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Normalmente o quadro se caracteriza por icterícia, dor tipo cólica biliar e febre com calafrios que comporiam a tríade de Charcot presente em 70% dos casos. Quando temos hipotensão associada a alterações do nível de consciência ternos o que chamamos de pentade de Reynold característica da colangite tóxica.

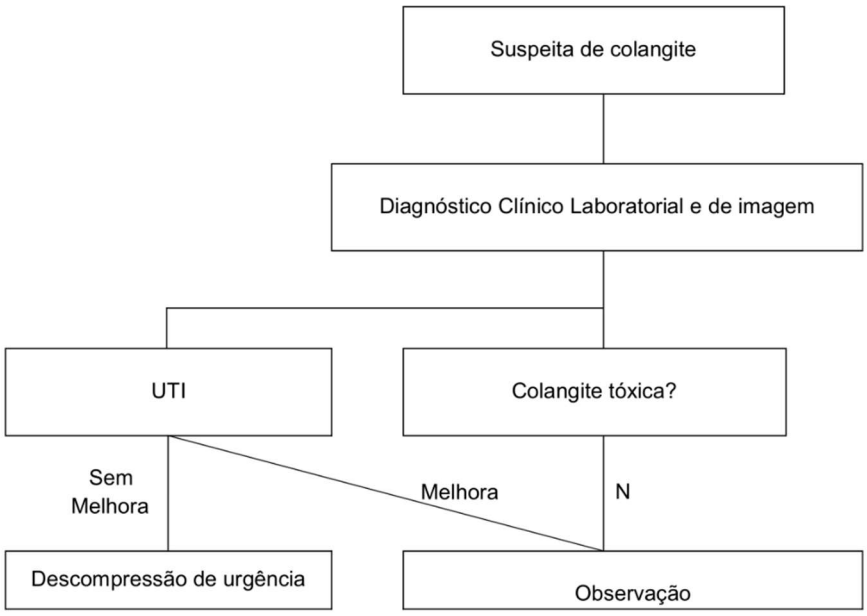
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Níveis elevados de bilirrubina (>3mg/dl), transaminases, fosfatase alcalina e gama-GT. O leucozrama demonstra leucocitose normalmente com desvio a esquerda.

TRATAMENTO

O tratamento deve ser baseado inicialmente em suporte com reposição volêmica e antibioticoterapia para os patógenos mais frequentes. Os pacientes com colangite tóxica devem ser internados em UTI para melhor monitorização. Nos pacientes com risco eminente de vida que não responde a terapêutica após 2 horas de suporte intensivo devem ser considerados para terapêutica descompressiva seia por endoscopia, percutânea ou cirúrgica assim como aqueles sem melhora após 48 horas ou aqueles que apresentam piora apesar da terapêutica apropriada. Nos pacientes com resposta adequada o tratamento definitivo da causa deve ser realizado no mesmo internamento com um intervalo habitual de aproximadamente 15 dias.

FLUXO DE TRATAMENTO DA COLANGITE



1.6. Procedimentos Médicos: Traumato Ortopedia

PROCEDIMENTO: Controle do Dano no Serviço de Traumatologia

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

REVISÃO SISTEMÁTICA

Inicialmente, serão abordadas as bases fisiopatológicas das reações ao trauma. Os politraumatismos serão classificados em subgrupos e estabelecido um protocolo racional de tratamento para o paciente com múltiplas fraturas, com ênfase no "controle do dano" e "cuidados totais precoces", como uma contribuição para minimizar as sequelas e aumentar a sobrevida após o trauma. Nesta peça, realizarnos uma revisão sistemática dos conceitos mais atuais e que são consenso da literatura como preconiza a medicina baseada em evidências. Para tanto, foi realizada busca de artigos científicos indexados e obtidos em bibliotecas.

INTRODUÇÃO

CHS - JOÃO PAULO II

Muito se evoluiu desde os tempos de Hipócrates, quando o tratamento das fraturas expostas era dirigido apenas à consequência quase inevitável, a infecção. O desbridamento e a ênfase na precocidade do seu processamento, os quimioterápicos (sulfa) e os antibióticos, especialmente a penicilina foram marcos que conseguiram melhorar o prognóstico das fraturas expostas. No entanto, a elevação da energia envolvida nos traumatismos devido à maior velocidade dos automóveis e a maior potência lesiva dos armamentos continua a desafiar a capacidade do médico em restaurar a função em níveis satisfatórios. Continua em mais de 50% a percentagem de amputação após fratura que compromete a perfusão distal do membro afetado. "Controle do Dano" é uma expressão utilizada pela Marinha Americana para minimizar, de forma prática e eficiente o dano à embarcação e assim como ao marinheiro combatente, sem interferir com a integridade da missão. Esta denominação foi adotada nos primeiros trabalhos ortopédicos feitos por Rotondo em 1993. Na década de 1950, durante a 2ª Grande Guerra Mundial, Ilizarov comecou a desenvolver os primeiros passos no controle do dano com a utilização de fixador externo circular para estabilizar e tratar as lesões esqueléticas decorrentes dos combates. Assim iniciou a prática de cirurgias minimamente invasivas, a adoção de procedimentos com respeito à biologia e com modernas técnicas de osteossínteses, porém só ganharam expressão mundial à partir de 1970 com a visita dos italianos a Kurgan. Também no ano de 1958 funda-se o Grupo AO/ASIF com objetivo de estudar as fraturas, mas o tratamento de cada fratura do politrauma era realizado isoladamente, sem uma concepção do todo ou da resposta sistémica ao trauma, o que levava a altos índices de embolia. Foi na década de 80 que o controle do dano ao politraumatizado começou a ganhar força, quando os primeiros trabalhos comecaram a referir-se ao ETC - Fixação precoce dasfraturas + cuidados intensivos agressivos imediatos. Estes procedimentos dispensados ao politraumatizado melhorou substancialmente a sobrevida, diminuiu o período de internação e a taxa de morbidade dos pacientes. Mas foi a partir de 1990 que se começou a entender melhor sobre a fisiopatologia da Síndrome da Reação Inflamatória Sistêmica (SRIS) após o trauma e conseguiu-se assim, desenvolver protocolos de atendimento e tratamento adequados ao paciente politraumatizado.

FISIOPATOLOGIA DO TRAUMA

A liberação de Citoquinas, Ác, Aracdônico, Proteínas e Fatores de Coagulacáo logo após o trauma caracterizam o primeiro estágio da Síndrome da Resposta lnflamatória Sistêmica (SRIS) com ativação dos macrófagos, leucócitos, células "Killer", quimiotaxia e que, por sua vez, leva a uma disfunção orgânica caracterizada por maior susceptibilidade às infecções, ao dano endotelial, à sessão do parênquima celular, ao acúmulo de leucócitos e por fim, à coagulação intravascular disseminada, terminando com a "Falência de Múltlipos Órgãos". Alguns marcadores imuno-histoquímicos foram analisados, como as Interleucinas IL-6 e IL-8, o Neutrophil L selectin e a Integrina CD 11 b e constatou-se que se aumentadas por mais de 120 horas também contribuem para o quadro de falência de múltiplos órgãos. Após o 4° dia do trauma, o quadro acima começa a se normalizar e será o momento ideal

CHS - JOÃO PAULO II

para iniciar o tratamento definitivo das fraturas, mas, porém, se continuar ocorrendo aumento de Neutrophil elastase, PCR ou condutas devem ser tomadas para esta correção também, antes que se possa realizar as cirurgias definitivas.

CLASSIFICAÇÃO

Qualquer classificação tem por objetivo escalonar a gravidade e com isso ter implicações no prognóstico e na escolha do tratamento. A classificação dos traumas permite comparações entre diferentes casuísticas. Após o atendimento inicial ao politraumatizado, hoje com critérios bem definidos pela ATLS, há uma necessidade de classificação destes pacientes traumatizados, já que este tratamento específico de controle de dano nao se faz necessário em todo tipo de lesão por se tratar de extremo interesse nos pacientes mais graves e, portanto, utilizamos a classificação de Pape et al, 2002, que dividiu o politraumatizado em 4 sub-grupos:

- Estável: múltiplas lesões (TSS<20). porém com baixo risco de morte: fraturas expostas de ossos longos; ausência de lesões ocultas como bacia, tórax ou abdome. Esta indicado o tratamento imediato e definitivo das fratura.
- Instável: lesões ocultas como fraturas do anel pélvico, lesões intracavitárias, esmagamento de membros e amputação de membros inteiros. Presença de hemotórax ou hemoperitóneo massivos.
- Borderline: Múltiplos traumas (ISS>20), com trauma torácico e abdominal, choque hemodinámico, contusão pulmonar bilateral (Radiografia ou Tomografia Computadorizada), predisposição à deterioração.
- Extremo: é o paciente que está muito grave e com poucas chances de sobrevida, mesmo com manobras emergentes de ressuscitação.

No que concerne ao quadro traumato-ortopédico Brumback (1992) definiu muito bem os parámetros mais importantes que devem servir de base para qualquer classificação.

- história e mecanismo do trauma;
- estado vascular da extremidade:
- tamanho da ferida cutânea;
- lesão ou perda da musculatura;
- desperiostização, desvitalização e necrose óssea;
- traço de fratura, cominação e/ou perda óssea;
- contaminação;
- síndrome de compartimento.

A avaliação diferenciada de cada um desses itens e todos somados é que vai fornecer a "personalidade da fratura". Na maioria dos casos, a avaliação completa só pode ser feita após o desbridamento. A classificação mais consagrada mundialmente e que é referendada pela prática clínica e pela literatura, é a proposta por Gustilo e Anderson em 1976. Três tipos de fraturas eram identificados: o daquelas secundárias à exposição através do fragmento que perfura a pele, ou seja, de baixa energia (tipo I); o daquelas secundárias a trauma externo de baixa energia que expõe

CHS - JOÃO PAULO II

o osso no local da violência produz ferimento limitado (tipo II); e o daquelas mais graves, em que há extensa exposição, contaminação e/ou desvitalizarão (tipo III). Em 1984, Gustilo et al propuseram uma subdivisão do tipo III em três subtipos, com base na possibilidade de fechamento da ferida pelo tegumento cutâneo e a presença de lesão vascular.

Quadro 1
Classificação de Gustilo Anderson modificada*
Modified Gustilo Anderson's classification

Tipo I	Fratura exposta, limpa, esse Spool exposição < 1cm
Tipo II	Fratura exposta > 1cm de extensão, sem dando excessivo das partes moles, sem retalhos ou avulsões
Tipo III	Fratura segmentar, ou com dando excessivo de partes moles, ou amputação traumática
Tipo IIIA	Dando extenso das partes moles, lacerações, fratura segmentares, ferimentos por arma de fogo (baixa velocidade), com boa cobertura óssea de partes moles
Tipo IIIB	Cobertura inadequada de partes moles ao osso
Tipo IIIC	Com lesão arterial importante, requerendo repouso

* Adaptado de Gustilo R.B. at al

Tscheme e Südkamp (1990) descreveram classificação para fraturas com lesão concomitante das partes moles, com ou sem exposição da fratura. Chamaram a atenção que, a despeito da não exposição, algumas fraturas se comportavam como expostas, pelo comprometimento da barreira de partes moles que as separam do meio externo. As fraturas fechadas foram divididas em quatro tipos: graus 0 a 3. Ao mesmo tempo, as fraturas abertas também foram divididas em quatro tipos: graus 1 a 4. Esse sistema é o mais usado na Europa. Seu aspecto forte é que considera cada componente do envelope de partes moles e valoriza a lesão das partes moles nas fraturas sem exposição.

Quadro 2
Classificação de Tscherne*
Tscherne's classification

Fratura fechada	
Grau 0	Fratura fechada, sem lesão de partes moles
Grau 1	Trauma indireto, contusão de dentro, laceração superficial

CHS - JOÃO PAULO II

Grau 2	Usualmente, trauma direto com abrasão profunda, contaminada, ou trauma direto grave com formação de bolhas e grande edema: síndrome de compartimento eminente
Grau 3	Usualmente, trauma direto com contusão extensa ou esmagamento: dando muscular Possivelmente extenso: dano vascular ou síndrome de compartimento
Fratura exposta	
Grau 1	Laceração cutânea por fragmento ósseo perfurante: nenhuma ou pouca contusão da pele: fratura usualmente simples
Grau 2	Qualquer tipo de laceração cutânea com contusão simultânea circunscrita ou contusão de partes moles e moderada contaminação: qualquer tipo de fratura
Grau 3	Grave dando às partes moles, frequentemente com lesão vasculonervosa concomitante, fraturas acompanhadas de isquemia e grave cominuição: acidentes em ambientes rurais e contaminados com material orgânico: síndrome de compartimento
Grau 4	Amputação traumática Total ou subtotal, necessitando reparo arterial para manter a vitalidade do membro distalmente

* Adaptado de Tscharna e Gotzen

Embora detalhada, a classificação Ao não é prática e é utilizada por aqueles que estão habituados à ela. A vantagem desta classificação é permitir a caracterização precisa das lesões, facilitando com isso a comparação de casuística de forma mais fidedigna.

Quadro 3
Classificação AO das lesões de partes Moles associadas a fraturas*

CHS - JOÃO PAULO II

OA classification of soft tissue
Lesions associated with fractures

I. Lesão cutânea (integument - pele)

- IC - Pele fechada (integument - closed)
- IC1 - Nenhuma lesão cutânea
- IC2 - Contusão, mas não laceração
- IC3 - Desenluvamento circunscrito
- IC4 - Desenluvamento extenso
- IC5 - Necrose por contusão
- IO - Tele aberta (integument - open)
- IO1 - Pele perfurada de dentro para fora
- IO2 - Pele perfurada de fora para dentro < 5cm, bordas contundidas
- IO3 - Ferida > 5cm, contusão maior, bordas desvitalizados
- IO4 - Contusão e abrasão em toda a espessura da pele, desenluvamento extenso aberto, perda de pele

II. MT - Lesão músculotendinosa

- MT1 - Nenhuma lesão
- MT2 - Lesão muscular circunscrita, um compartimento apenas
- MT3 - Lesão muscular considerável, dois compartimentos
- MT4 - Defeito muscular, laceração de tendão, extensa contusão muscular
- MT5 - Síndrome de compartimento, síndrome de esmagamento, com ampla zona de lesão

III. NV - Lesão neurovascular

- NV1 - Nenhuma lesão
- NV2 - Lesão nervosa isolada
- NV3 - Lesão vascular localizada
- NV4 - Extensa lesão vascular segmentar
- NV5 - Lesão combinada neurovascular, amputação subtotal ou total

* Adaptado de Muller at al

Um grande problema que aparece em casos muito graves de lesão de partes moles é a decisão, ainda na fase aguda, de amputar ou tentar manter o membro. Classicamente, diz-se: a condição mínima é a manutenção da perfusão. Entendia-se que de nada adiantava manter uma perna que teve seu nervo tibial posterior lesado porque resultava em pé insensível e não funcional. Também, nos casos de síndrome de esmagamento, a indicação inquestionável era de amputação, Atualmente, o julgamento é baseado em parâmetros como: o resultado funcional final que se pode alcançar; a duração e o custo desse tratamento; o impacto social e familiar que a opção por não amputar a correta. Segundo Dirschl e Dahners (1996), a recomendacáo ao ortopedista que se vê frente a essa decisão é de que, além de eventualmente empregar esses índices, faça anotações detalhadas das lesões encontradas no prontuário, tirando inclusive fotografias. Também a solicitação de segunda opinião de profissionais

CHS - JOÃO PAULO II

experimentados ou de cirurgião vascular pode ser de valia para a decisão e nos aspectos médico-legais.

PROTOCOLO DE TRATAMENTO

Abordazem inicial

A assistência ao paciente portador de fratura exposta deve comecar no local do trauma. A ferida deve ser isolada o quanto antes do meio externo contaminado e contaminante. Para isso, o ideal seria aplicar gazes ou compressas estéreis, mas, na falta destas, roupas limpas, nao usadas, ou mesmo um jornal novo pode servir (a tinta é anticéptica).

Imobilização improvisada pode ajudar a evitar mais trauma às partes moles, mas tentativas de redução devem ser evitadas, pois, além de não se saber a exata natureza da lesão, existe o risco de levar detritos para a profundidade.

No primeiro atendimento, no hospital, ou na sala de urgência, é imperioso isolar a ferida, caso isso já não tenha sido feito. Este ambiente é altamente contaminado com germes hospitalares. Se houver necessidade de examinar a ferida, deverá ser realizada em ambiente limpo e onde curativos contaminados não tenham sido feitos recentemente. Quando possível, deve-se indagar sobre o agente causador e o mecanismo do trauma. É importante fazer exame da extremidade distal da fratura, pesquisando pulsos, motricidade e sensibilidade; os achados devem ser anotados no prontuário. Existe tendência, em casos de politrauma grave, de não solicitar radiografias neste momento, para evitar perda de tempo, enviando o paciente para o centro cirúrgico. Esta conduta deve ser reservada para casos que realmente a necessitem. Rotonda em 1993 estabeleceu o tratamento ao paciente politraumatizado, que necessitasse de controle do dano segundo os critérios de Pape, desde a recepção na sala de emergência, atuação em UTI e após a estabilidade clínica, no 4° dia, conforme o que se segue:

- Estágio 1 - Estabilização temporária das fraturas através dos fixadores externos mais simples e rápidos, como os lineares, mesmo que esta estabilização seja feita em UTI e sob anestesia local, seguido do controle da hemorragia e da contaminação de tecidos moles, descompressão das lesões intracranianas, abdominais e torácicas se necessário. Scalea ern 2000 comparou dois métodos de fixação minimamente invasivos, como os fixadores externos e a haste intramedular, e concluiu que os fixadores externos se apresentam como método estável, seguro e viável para a cirurgia ortopédica no politrauma em sua admissão e sem aumentar o dano com a agressão da cirurgia.
- Estágio 2 - Ressuscitação do paciente em UTI com a correção da acidose metabólica (pH < 7,2), hipotermia (T < 35°C), coagulopatias, hipovolemia, supressão de uma resposta inflamatória exagerada, controle da dor e cuidados de enfermagem. Os parâmetros de uma ressuscitação bem sucedida são:

hemodinamicamente estável, sem hipoxemia, sem hipercapnia, lactato < 2mmol/L, coagulação normal, normotermia, débito urinário > 1 ml/Kg/hora e sem necessidade de estimulação vasoativa ou inotrópica.

CHS - JOÃO PAULO II

- Estágio 3 - Cirurgias definitivas quando o paciente estiver em condições clínicas aceitáveis e entre o 4° e o 17° dia após o trauma. Dar preferência às cirurgias minimamente invasivas quando possível, para não exacerbar o processo inflamatório novamente.

Antibióticos

Considerando-se a obrigatória contaminação, a desvitalização e as defesas imunológicas diminuídas pela gravidade do trauma, é importante o uso de antibiótico profilático. A maioria dos ortopedistas inicia a profilaxia com antibiótico de amplo espectro que cubra germes gram-positivos e negativos: em geral a cefalosporina de primeira geração. Em casos selecionados com contaminacáo de detritos orgânicos ou de contaminação intensa o acréscimo de um aminoglicosídeo para combater os gram-negativos é recomendado. A profilaxia do tétano não deve ser esquecida em casos de feridas sujeitas a infecção por clostrideos. A duração da antibioticoterapia é assunto controverso. Estudos mais recentes recomendam que ela não ultrapasse 24 a 48 horas, para evitar a seleção de germes resistentes.

Desbridamento

O ambiente próprio para fazer o desbridamento é a sala cirúrgica. O objetivo é conseguir ferida limpa e livre de tecidos desvitalizados. A indicação do desbridamento é feita para retirada de todos os tecidos que tenham perdido a perfusão, o uso de torniquete é excepcional, para aqueles casos que apresentem sangramento de difícil controle. Uma boa tática é aplicar o torniquete, mas nao inflá-lo, deixando-o apenas para quando necessário. A pele é preparada lavando-a de forma centrifuga em tomo da ferida, que não deve ser explorada ainda. A tricotomia pode ser feita, se isto for necessário. A pele é então pintada de forma também centrífuga, evitando a penetração da solução antisséptica nos tecidos expostos. Embora não existam estudos prospectivos que indiquem que cirurgia em dois tempos seja vantajosa, é recomendável que, após o desbridamento, a pele seia novamente pintada e novos campos colocados. O material cirúrgico utilizado no desbridamento é descartado e a equipe troca de luvas. Só então começa a fase de estabilização da fratura e cobertura da ferida. A ferida original, em muitos casos é suficiente para o desbridamento. Se necessário, pode ser ampliada a ferida evitando, contudo, a desperiostizações e desinserções musculares extensas. Ao final da cirurgia as extensões provocadas podem ser suturadas. Atenção especial deve ser dada à musculatura. O músculo desvitalizado é excelente meio de cultura, principalmente para anaeróbios. Os clássicos sinais desfavoráveis em caso de dúvida quanto à vitalidade do músculo são: coloração escura (cianose), ausência de contratilidade após estímulo mecânico (pinça) ou elétrico (eletrocautério) e ausência de sangramento ao corte. Se a dúvida persiste e a remoção é radical, pode-se aguardar a revisão após 24 a 48 horas **(second look),** quando então as características do músculo necrótico não deixarão dúvida. A pele, quando desvitalizada, pode ainda ser utilizada como enxerto ou curativo biológico provisório. A gordura é retirada e a pele pode ser recolocada, ou guardada em geladeira à temperatura ao redor de zero grau por

CHS - JOÃO PAULO II

vários dias, podendo ser usada como enxerto livre ou como cobertura provisória. Em lesão arterial ou venosa que requeira ligadura, esta deve ser feita com fio monofilamentado não absorvível que resiste melhor à infecção. Nervo lesado e que requeira reparo pode ter seus cotos aproximados com fio monofilamento longo para facilitar a ulterior localização no momento do reparo definitivo. O osso desvitalizado deve ser removido, mesmo que disso resulte perda óssea extensa. Os fragmentos ainda aderidos às partes moles podem ser mantidos. Os fragmentos articulares devem ser mantidos para a reconstituição da superfície articular. Detritos incrustados no osso podem ser removidos cuidadosamente com escova sem aumentar a desperiostização. Somente após a completa retirada de todo o tecido desvitalizado a irrigação deve ser feita.

Por mais meticuloso que seja o desbridamento, pode permanecer tecido desvitalizado. Quando houver a menor dúvida, a ferida deve ser novamente explorada, sob anestesia e na sala cirúrgica, 48 a 72 horas após **(second look).**

Irrigação

Existe concordância geral que a irrigação abundante ajuda a evitar a infecção, embora o volume a ser empregado e o método a ser aplicado não estejam ainda estabelecidos. A ação da irrigação é essencialmente mecânica, carreando os detritos. Nesse sentido, quanto mais volume melhor. Vale o d i t a d o : "a solução para a poluição é a diluição". O uso de lavagem pulsátil mostrou resultados iniciais favoráveis, mas estudos mais recentes apontam possível desvitalizarão mecânica causada pelo sistema, além de poder levar material estranho particulado para a profundidade da ferida. O velho método gravitacional ou o uso de seringa ainda é aceito e eficaz, além de pouco dispendioso. Com relação à solução a ser empregada, os trabalhos mostram que a melhor é a de Ringer. No entanto, soluções menos dispendiosas, como a salina fisiológica, podem ser empregadas. Bandeja estéril grande para coletar o fluido que extravasa é colocada sob a extremidade, com aspirador aplicado em seu fundo. O fluxo abundante e o dedo enluvado são eficazes na remoção de detritos particulados. Com relação ao uso de antibióticos e antissépticos tópicos no liquido de irrigação, embora existam evidencias de que possam ser eficazes, existem outros trabalhos, que indicam efeitos nocivos tóxicos sobre as células (inclusive osteoblastos). Mais evidências precisam dar suporte a essa técnica para que seia recomendável.

Estabilização

Existe considerável evidência indicando que a fixação estável da fratura exposta diminui a probabilidade dela tomar-se infectada A antiga conduta de aguardar alguns dias após o desbridamento para ver se a infecção ocorre ou não e, a partir daí, a estabilização, não tem sustentação. Perde-se com essa conduta a vantagem da estabilização no combate à infecção, A estabilização, com a reconstituição do comprimento e do alinhamento, restabelece a tensão das partes moles, reduzindo assim os espaços mortos e a formação de hematomas, além de abolir a mobilidade anormal e ulterior trauma adicional, que ocorreria com a fratura não estabilizada. Isso proporciona melhores condições às partes moles para

CHS - JOÃO PAULO II

lutarem contra a infecção. Adicionalmente, a estabilização possibilita movimentação precoce e indolor, o que ajuda a diminuir o edema e a estimular a formação de calo ósseo. Muitos princípios usados para outras fraturas são válidos também para as expostas, assim, as fraturas articulares e epifisárias devem ser tratadas com osteossíntese rígida, em geral com uso mínimo de implantes (parafusos e fios), ao passo que as da região diafisária são tratadas de forma elástica, com princípio de estabilidade relativa (fixador externo, placa ponte, haste intramedular). Na região metafisária o uso de placas pode ser adequado, ou então o uso de fixador externo do tipo híbrido pode ser alternativa para casos de má cobertura de partes moles. Fatores da maior importância são: o respeito às partes moles, evitando a desvitalização adicional e o cuidado de evitar implantes cobertos com partes moles traumatizadas, que possam vir a sofrer exposição secundária As técnicas, minimamente invasivas que empregam parafusos canulados e a colocação de implantes com o auxílio de intensificador de imagem, podem ser indicados. A escolha do método de fixação deve resultar de um balanço entre o benefício da estabilização no combate à infecção e a desvitalização que ela requer; o balance deve ser claramente positivo no sentido de mínima desvitalização. Os descolamentos musculares extensos e desperiostizações devem ser evitados**.** Na fratura exposta de grau I a indicação de estabilização é a mesma como se ela não fosse exposta. Por exemplo: se o tipo de fratura é indicativo de tratamento conservador, o mesmo pode ser feito no caso de exposição grau. Da mesma forma a escolha do implante pode seguir a mesma orientação, conforme citado pelo tipo da fratura.

As fraturas expostas de graus II e III são, inerentemente, instáveis, requerendo estabilização adequada. A escolha do implante vai depender do osso comprometido, do grau de desperiostização, da qualidade do envoltório de partes moles e da necessidade de procedimentos de cobertura ulteriores. Aqui é importante lembrar que nem sempre se estará fazendo a fixação definitiva da fratura; por exemplo, um fixador externo pode ser usado temporariamente até que as partes moles se encontrem em melhor estado (em geral, urna a três semanas) e então outro tipo de fixação (definitiva) substituirá o primeiro. Neste sentido, o fixador pinless é de especial utilidade, por não penetrar o canal medular, evitando assim sua contaminação e tornando a aplicação da haste menos propensa à infecção.

Placa

A placa tem espaço claro na fixação das fraturas expostas que acometem a região metafisária. Nesta eventualidade, o posicionamento deve ser cuidadosamente escolhido para evitar que ela fique coberta com partes moles traumatizadas. Nas fraturas diafisárias simples do "tipo A" em ossos com boa cobertura (úmero, fêmur), a placa de compressão pode ser empregada, garantindo excelente estabilidade e pouca desvitalização.

Haste Intramedular

É a forma mais comumente usada de fixação definitiva na fratura exposta. No passado, a haste já foi contraindicada nas fraturas expostas pelo risco de disseminação de eventual infecção através do canal medular. Com a possibilidade de travamento, o potencial da haste aumentou. O aparecimento das hastes maciças permitiu a redução de seu calibre, abolindo o espaço

CHS - JOÃO PAULO II

morto no seu interior, possibilitando sua introdução sem o uso de fresamento, o que, experimentalmente, preserva substancialmente a circulação endostal, diminuindo, em caso de infecção, a formação de sequestro tubular. A confecção da haste em titânio garante mais resistência à infecção. A supressão do fresamento trouxe, contudo, índice maior de retarde de consolidação, de desvios secundários e de quebra de implantes, pois o fresamento representa estímulo importante para a formação de calo ósseo.

Estudos mais recentes indicam não haver diferença, com relação à infecção, entre fresar e não fresar nas fraturas expostas, de forma que existe tendência mais recente no uso de baste fresada nas fraturas expostas, o que acarretaria menor tendência a retarde e quebra dos implantes, embora esta conclusão careca ainda de mais evidências.

Fixador Externo

Esta é a forma menos invasiva de fixação e por isto, tem sido a escolha de muitos ortopedistas. As montagens unilaterais com quatro pinos são as preferidas, mas, nas regiões epifisárias e metafisária, quando o fragmento é muito curto, o fixador do tipo circular é vantaioso, pois garante maior pega e empreza fios mais finos. A colocação de pinos pode dificultar os procedimentos de cobertura, sendo necessário um bom planejamento. A consolidação retardada é frequente após a fixação externa, motivo pelo qual a eleição do fixador como opção definitiva deve ser complementada muitas vezes com procedimentos adicionais, como a dinamização com ou sem flexibilização, através de desmontagem progressiva a partir, em geral, do final do primeiro mês e a enxertia óssea ao final do terceiro ou quarto mês. Cada vez mais frequente se toma o uso do fixador externo como fixação provisória, até que as partes moles estejam em melhor estado. Aí aparece o problema da infecção que pode acorrer quando se aplica placa e, especialmente, haste em osso com pertuitos dos pinos infectados. A literatura aponta o período limite seguro de implantação dos pinos, até duas semanas, após as quais a probabilidade de infecção se eleva significantemente. Quando o fixador está a longo tempo implantado e está indicada a sua substituição por fixação interna, é prudente removê-lo, desbridar os trajetos dos pinos e aguardar um período de três a seis semanas em gesso ou órtese, para então se fazer a osteossíntese interna. Embora a presença de infecção de baixo grau não contra indique totalmente o emprego da placa, é grande o risco quando a síntese empregada é a baste intramedular, que pode ativar e disseminar a infecção.

Cobertura de partes moles

É clássico que fraturas expostas não devem ser fechadas primariamente pelo risco de retenção de tecidos desvitalizados. Essa deve ser a conduta em praticamente todas aquelas em que exista trauma extenso às partes moles com ou sem grande contaminação. Entretanto existem fraturas expostas com pouco trauma de partes moles e praticamente limpas que podem ser consideradas para fechamento primário. Segundo Tscheme e Gotzen (1983), o fechamento primário só deve ser feito se as seguintes condições estiverem satisfeitas: 1) fechamento absolutamente sem tensão; 2) ausência de espaços

CHS - JOÃO PAULO II

mortos; 3) paciente bem equilibrado hemodinamicamente; 4) tecidos cobrindo o osso coro vitalidade inquestionável; 5) desbridamento absolutamente completo. Segundo eles, isso é excepcional, preconizando, para a maioria dos pacientes, o fechamento diferido, após cinco a sete dias, quando todo o tecido desvitalizado foi seguramente eliminado nas revisões do desbridamento. O fechamento secundário é feito muitas vezes sob anestesia local, sem tensão da pele suturada. Muitas vezes, a exposição de tecidos profundos que resistem mal a essa situação por longo tempo (osso, tendões, nervos, artérias, fáscias) pode levar à perda desses tecidos, o que precisa ser evitado. Isto se aplica, especialmente, aos casos que aguardam cobertura definitiva com retalho. A cobertura temporaria adecuada é essencial. Segundo Esterhai (1990), oito são as características importantes dessas coberturas provisórias: 1) efeito na velocidade e qualidade da cicatrização; 2) efetividade como barreira antibacteriana; 3) capacidade de absorver o exsudato; 4) oclusividade; 5) biocompatibilidade; 6) hipoalergenicidade; 7) características de liberação e de contato com a ferida; 8) isolamento térmico. Dentro dessas características, podem-se compreender quatro categorias de curativo: filmes semipermeáveis, hidrogéis, hidrocolóides oclusivos e substitutos sintéticos da pele. É factível a cobertura provisória com o vacuseal, que é feito a partir de materiais que, existentes no Hospital (Steri-Drape®, espuma de gelatina Gelfoam® e dreno de sucção contínua) e não muito dispendiosos. Sobre as falhas de cobertura, um ou dois drenos são colocados por baixo de camada de Gelfoam®, que é recortado segundo os contornos da ferida. Sobre o Gelfoam® é aderida às bordas da pele previamente preparadas com éter ou benzina para aumentar a sua adesividade, uma folha de Steri-Drape®, fechando a ferida hermeticamente. O vácuo é então aplicado, o que aumenta a aderência do curativo. Essa cobertura pode permanecer por três a cinco dias, podendo ser inspecionada por transparência, para ver se o Gelfoam® não está excessivamente embebido, o que indica necessidade de troca. Ela é trocada sucessivamente até que o momento de cobertura definitiva seja alcançado. Este aplicativo é semelhante ao "Bob Esponja" utilizado no Pavilhão Fernandinho Simonsen da Santa Casa de São Paulo.

O fechamento definitivo não deve ser excessivamente postergado. Godina (1986), Cierny e Byrd (1983) mostraram que a cobertura precoce, dentro de 72 horas do trauma, é efetiva e segura e diminui os riscos de infecção. O fechamento diferido pode ser feito de diversas maneiras: fechamento primário, enxerto livre de pele, retalho local e retalho removido de região distante. Incisões de alivio podem ser empregadas eventualmente, com cuidado, podendo ser acompanhadas de múltiplas pequenas incisões na fáscia subjacente, o que facilita a mobilização e expansão do retalho cutâneo. Entretanto, cuidado deve ser tomado para nao incluir pele traumatizada no retalho. Enxerto livre de pele requer leito limpo e bem vascularizado, além de não ser de boa qualidade para cobertura de estruturas como o osso e tendões, pois é facilmente traumatizável. Sua aplicação é bastante limitada. O fechamento definitivo envolve técnicas complexas de obtenção de retalhos que fossem do domínio da maioria dos ortopedistas. Neste sentido, é importante que o ortopedista identifique, o mais precocemente possível, a necessidade de emprego desses retalhos e solicite então a

CHS - JOÃO PAULO II

colaboração do serviço de microcirurgia (Cirurgia da mão). Casos em que exista falha óssea extensa e que vão necessitar de enxertia futura podem ser preenchidos com espaçadores por debaixo do retalho para evitar seu colabamento e a formação de espaço morto. Cimento com antibiótico silicone ou resina biodegradável pode ser empreaado. Oestermann et a1(1993) e Moehring et al (2000) sugerem mesmo que cimento com antibiótico na forma de pérolas pode ser mais efetivo que o antibiótico sistêmico para evitar a infecção. Poucos ortopedistas usam enxerto ósseo primariamente, preferindo fazê-lo após algumas semanas, embora existam suportes experimentais indicando que a colocação primária de enxerto em território limpo e vascularizado funciona. Se existe dúvida com relação à adequação do desbridamento é, sem dúvida, melhor postergar a enxertia por algumas semanas.

Seguimento

Sempre que houver dúvida com relação à permanência de tecido desvitalizado ou detritos contaminantes na ferida, esta deverá ser novamente submetida a desbridamento sob anestesia na sala cirúrgica 48 a 72 horas depois **(second look).** Este procedimento, quando desnecessariamente realizado, traz muito pouca morbidade e é de grande eficácia, quando necessário e oportunamente indicado. Na dúvida, a revisão no desbridamento deve ser realizada. É aconselhável, como regra após fraturas expostas resultantes de trauma de alta energia ou muito contaminadas. O fechamento definitivo deve ser analisado a partir do momento em que haja certeza de que nao existe mais tecido desvitalizado na ferida. Muitas vezes, ele se resume na sutura das bordas cutâneas sob anestesia local por volta de cinco a sete dias. Quando se conclui que será necessária cobertura por retalho, este procedimento não deve ser postergado para não comprometer secundariamente outras estruturas (fáscias, tendões, ossos). Embora o regime de movimentação e suporte de carga pós-operatório não possa seguir os mesmos padrões adotados usualmente para as fraturas fechadas, deve-se estimular o paciente a iniciar a movimentação articular de acordo com as lesões das partes moles. Tão logo haja cobertura adequada, a movimentação e a carga parcial que a estabilização óssea permite podem ser iniciadas. Em nosso meio, grande parte das fraturas expostas é fixada inicialmente com fixador externo, sendo a maioria com fixação definitiva. Infelizmente, a maior parte destas fraturas evolui para retardo de consolidação e pseudartrose. Para evitar isso, três condutas podem ser adotadas: enxertia de osso esponjoso, flexibilização do fixador e trocada fixação externa por fixação interna. A enxertia de osso esponjoso, em geral do ilíaco, pode ser feita logo na terceira semana, em casos de perda óssea ou, mais frequentemente, por volta do terceiro ou quarto mês, logo que se note a precariedade de formação de calo ósseo. A flexibilização do fixador externo começa em geral a partir do final do primeiro mês. Ela pode ser conseguida através da dinamização, remoção de uma barra (quando são originalmente duas), aumento do distanciamento da barra ao osso. Isto pode tomar a montagem menos rígida, estimulando com isso a formação de calo ósseo. A troca da fixação externa por interna deve ser diferenciada entre a troca precoce, e planejada, daquela que é feita tardiamente, quando os sinais de retarde e/ou soltura e infecção dos pinos

CHS - JOÃO PAULO II

motivam essa troca. Na troca precoce, o fixador externo é removido em prazo não superior a duas semanas e a osteossíntese interna feita a seguir e imediata Blachut et al (1990) demonstraram que o risco de infecção na troca de fixador externo por baste intramedular é pequeno, quando esta troca é realizada num período inferior a duas semanas. Essa tática deve ser reservada para as fraturas mais complexas. O implante de escolha para substituir o fixador externo é a haste bloqueada, de preferência maciça, que não deixa espaço morto e é feita de material que facilita a defesa do paciente contra os germes. A troca tardia do fixador externo implica a existência de pertuitos infectados no local de implantação dos pinos ou fios do fixador. A colocação de haste leva ao risco de disseminar a infecção via canal medular. A colocação de placa pode ser mais segura na presença de infecção de baixo grau e pode ser uma opção nas fraturas mais proximais ou distais. De qualquer maneira, é prudente a interposição de um período de espera de duas a quatro semanas entre a remoção do fixador externo e a colocação da síntese interna. Nesse período, o membro pode ser mantido em tala ou órtese. É importante que se faça desbridamento dos trajetos de pinos na retirada do fixador externo.

CIRURGIA DEFINITIVA

Pape HC, em 2001 realizou um estudo comparativo em que a cirurgia definitiva de estabilização da fratura foi realizada antes do quarto dia após o trauma e a seguir, encontrando uma taxa de 46% de falência de múltiplos órgãos quando realizado no primeiro período e 15,7% de falência de múltiplos órgãos quando realizado após, observando que a resposta inflamatória (IL-6) continuou aumentando até o 4° dia após o trauma e estabilizou a seguir, mostrando que a cirurgia deve ser feita com segurança após este período. Nowotarski, Scalea, McGray, Blachut compararam a taxa de infecção pela conversão de fixador externo para osteossíntese interna após vários dias de UTI e concluíram que o tratamento definitivo em que for necessária a conversão de fixador externo para osteossíntese interna deverá ocorrer com maior seguranca entre o 4° e o 17° dia após o trauma, sem que haia o risco eminente de infecção aumentado.

CONCLUSÃO

Após avaliação inicial do paciente politraumatizado pelo método ATLS, se classificado estável, este poderá ser submetido a cirurgia definitiva de imediato com segurança. Se classificado instável, borderline ou extremo, deverá ser submetido a fixação externa rápida, estável e provisória, encaminhado a UTI para controle do dano, estabilização da resposta inflamatória (SRIS) e por fim a cirurgia definitiva preferencialmente por métodos minimamente invasivos. Avaliar a "personalidade da fratura". Em muitos casos, apenas após o desbridamento. Utilizar a classificação proposta por Gustilo, assim como, Tscheme e Südkamp. Na decisão, ainda na fase aguda, de amputar o membro, fazer no prontuário anotação detalhada das lesões encontradas, tirando inclusive fotografias. Solicitar segunda opinião de colega experimentado e/ou de cirurgião vascular. No primeiro atendimento no hospital, é imperioso isolar a ferida. Se houver necessidade de examinar a ferida, isso deve ser feito em ambiente favorável, onde curativos contaminados não tenham sido feitos

CHS - JOÃO PAULO II

recentemente. Mesmo em casos de politrauma grave, não prescindir das radiografias nesse momento, antes de enviar o paciente para o centro cirúrgico.

No politraumatizado, que necessite de controle do dano deve-se aderir à proposição de Rotando, conforme o que se segue:

- Estágio 1 - Estabilização temporária das fraturas através dos fixadores externos mais simples e rápidos, como os lineares, mesmo que esta estabilização seja feita em UTI e sob anestesia local, seguido do controle da hemorragia e da contaminação de tecidos moles, descompressão das lesões intracranianas, abdominais e torácicas se necessário.
- Estágio 2 - Ressuscitação do paciente em UTI coro a correção da acidose metabólica (pH < 7,2), hipotermia (T < 35ºC), coagulopatias, hipovolernia, supressão de uma resposta inflamatória exagerada, controle da dor e cuidados de enfermagem.
- Estágio 3 - Cirurgias definitivas quando o paciente estiver em condições clínicas aceitáveis, entre o 4° e o 17º dia após o trauma. Dar preferência às cirurgias minimamente invasivas quando possível.

Profilaxia com antibiótico de amplo espectro, cefalosporina de primeira geração. Em casos de contaminação de contaminação intensa, um aminoglicosídeo é recomendado. Profilaxia do tétano não deve ser esquecida em casos de feridas sujeitas a infecção por clostrídeos. O ambiente próprio para fazer o desbridamento é a sala cirúrgica Atenção. Especial à musculatura. Se há dúvida quanto à remoção, aguardar a revisão após 24 a 48 horas (second look). O osso desvitalizado deve ser removido, mesmo que disso resulte perda óssea extensa. Detritos incrustados no osso podem ser removidos cuidadosamente com escava, sem aumentar a desperiostização. Irrigação: O método gravitacional ou o uso de seringa é eficaz. A solução melhor é a de Ringer, no entanto, solução salina fisiológica pode ser empregada em fluxo abundante. A estabilização deve ser promovida, com a reconstituição do comprimento e do alinhamento, as fraturas articulares e epifisárias devem ser tratadas coro osteossíntese rígida, em geral com uso mínimo de implantes (parafusos e fios), as diafisárias são tratadas de forma elástica, coro princípio de estabilidade relativa (fixador externo, placa ponte, baste intramedular), na metafisária o uso de placas pode ser adequado, ou então o uso de fixador externo do tipo hibrido, notadamente nos casos de má cobertura de partes moles. As técnicas minimamente invasivas podem ser de muita valia. Descolamentos musculares extensos e desperiostizacóes devem ser evitados. Na fratura de grau I (Gustilo) a indicação de estabilização deve ser a mesma, como se ela não fosse exposta. As fraturas expostas de graus II e III a escolba do implante vai depender do osso comprometido, do grau de desperiostização, da qualidade do envoltório de partes moles e da necessidade de procedimentos de cobertura ulteriores. Após o 4° dia do trauma, o 1 º estágio da (SRIS) começa a se normalizar e será o momento ideal para iniciar o tratamento definitivo das fraturas, mas, se continuar ocorrendo aumento de Neutrophil elastase, PCR ou consumo de plaquetas, indicará mal prognóstico e condutas devem ser tomadas para correção, antes da realização das cirurgias definitivas. O tratamento definitivo em que for necessária a conversão

CHS - JOÃO PAULO II

de fixador externo para osteossíntese interna deverá ocorrer com maior segurança entre o 4° e o 17º dia após o trauma, sem que haja o risco eminente de infecção aumentado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Rotondo M, Schwab CW, McGonigal MD, et al. 'Damage control': an approach for improved survival in exsanzuinatina penetrating abdominal iniurv. J Trauma 1993;35:375-82.
- Pape HC, Giannoudis P, Krettek C. The timing of fracture treatment in polytrauma patients: relevance of damage control orthopaedic surgery. Am J Surg 2002~183 :622-9.
- Scalea TM, Boswell SA, Scott ID, et al. External fixation as a bridge to intramedullary nailing for patients with multiple injuries and with fêmur fractures: damage control orthopaedics, J Trauma 2000;48:613-23.
- Pape HC, van Griensven M, Rice J, et *al.* Major secondary surgery in blunt trauma patients and peri-operative cytokine liberation: determination of the clinical relevance of biochemical markers. J Trauma 2001:50:989-1000.
- Nowotarsk.i PJ, Turen CH, Bru.mback RJ, Scarboro JM. Conversion of extemal fixation to intramedullary nailing for fractures of the shaft of the femur in rnultiplv iniured patients. J Bone Joint Surg fAm] 2000;82-A:781-8.
- McGraw JM, Lim EV. Treatment of open tibial shaft :fracture: extemal fixation and secondary intramedullary nailing. J Bone Joint Surg [Am] 1988;70-A:900-11
- Blachut PA, Meek RN, O'Brien PJ. Externa! fixation and delayed intramedullary nailing of open :fractures of the tibial sbaft. J Bone Joint Surg [Am) 1990;72- A ·7?.9-14
- Lange R.H., Bach A.W., Hansen S.T., et al: Open tibial :fractures with associated vascular injuries: prognosis for limb salvage. J Trauma 25: 203-208, 1985.
- Court-Brown C.M., Brewster N: "Management of open fractures" in: Epidemiology of open fractures. London, Martín Dunitz, 25-35, 1996.
- Brumback R.J.: Open tibial fractures: current orthopedic management. Iostr Course Lect AAOS 41: 101-117, 1992.
- Gustilo R.B., Anderson J.T.: Prevention of infection in the treatment of one thousand and twentv five open fractures of long bones: retrospective and prospective analyses. J Bone Joint Surg [Am] 58: 453-458,1976.
- Gustilo R.B., Mendoza R.M., Williams D.N.: Problems in the manage- ment of type III (severe) open fractures: a new classification of type III open f r a ctures. J Trauma 24: 742-746, 1984.

CHS - JOÃO PAULO II

- Brumback R.J., Jones A.L.: Interobserver agreement in the classification of open fractures of the tibia: the results of a survev of two hundred and fortv-five orthopedic surgeons. J Borre Joint Surg [Am) 76: 1162- 1166, 1994.
- Tscheme H., Sudkamp N.P.: Pathophvsiolozv of open fractures and prin- ciples oftheir treatment: review. Acta Chir Orthop Traumatol Cech 57: 193-212, 1990.
- Tscheme H., Gotzen L.: Fraktur und Weichteilschaden. Springer Verlag, Berlín, Heidelberg, New York, Tokyo,1983.
- Müller M.E., Allgower M., Schneider R., Willenegger H.: Manual of Internal Fixation. Berlín, Springer Verlag, 152-157, 1991.
- Bonnani F Rhodes M., Lucke J.F.: The futilitv of predictives scoring of mangled low extremities. J Trauma 34: 99-104,1993.
- Roessler M.S., Wisner D.H., Holcroft J.W.: The mangled extremity: when to amputare? Arch Surg 126: 1243-1249. 1991.
- DirschJ D.R., Dahners L.E.: Toe mangled extremity: when should it be amputated? J Am Acad Orthop Surg 4: 182-190, 1996.
- Patsakis M.J.: Manazement of the open fractures wounds. Instr Course Lect AAOS 36: 367- 369, 1987.
- Norris B.L., Kellam J.F.: Soft tissues injuries associated with high-ener-gy extremity trauma: principies of management. J Am Acad Orthop Surg 5: 37-46, 1997.
- Gross A., Cutright D.E., Bhaskar S.N.: Effectiveness of pulsating water jet lavaze in treatment of contaminated crushed wounds. Am J Surg 124: 373- 377,1972.
- Rodeheaver G.T., Pettry D., Thacker J.G., et al: Wound cleansing by high nressure irrization. Surg Gvnecol Obstet 141: 357-362, 1975.
- Dirschland D.R., Wilson F.C.: Topical antibiotic irrigation in the pro-phylaxis of the operative wound infections in orthopedic surgery. Or- thop Clin North Am 22: 419-426. 1991.
- Kaysinger K..K., Nicholson N.C., Ramp W.K., et al: Toxic effects of wound irrigation solutions on cultured tibia and osteoblasts. J Orthop Trauma 9: 303-311. 1995.
- Cooper M.L., Boyce S.T., Hansbrough J.F., et al: Cytotoxicity to cultured human keratinocytes of topical antimicrobial agents. J Surg Res 18: 190-195 .1990.
- Rittman W.W., Perren S.M.: Cortical bone healing after intemal fixation and infection. Berlin, Heidelberg, New York, Springer-Verlag, 1974.
- Worlock P., Slack R.• Harvey L., et al: The prevention of infection in open fractures: an experimental study of the effect of fracture stability. Injury 25: 31-38. 1994.
- Court-Brown C.M., Christie J., McQueen M.M.: Closed intramedullary nailing. Its use in closed and type I open fractures. J Bone Joint Surg [Br] 72: 605-611,l990

- Lhowe D.W., Hansen S.T.: Immediate nailing of open fractures of the femoral shaft, J Bone Joint Surg [Am] 70: 812-820,1988.
- Melcher G.A.. Hauke C.. Metzdorf A.. Perren S.M.. et al: Infection after intramedullary nailing: an experimental investigation on rabbits. Injury 27: 23-26.1996.
- Reichert I.L., McCarthy I.D., Hugbes S.P.: The acute vascular response to intramedullary reaming. Microsphere estirnation of blood tlow in the intact ovine tibia. J Bone Joint Surg [Am] 77: 490-493, 1995.
- Sanders R., Jersinovic l., Anglen J., et al: The treatment of the tibia] shaft fracture using an interlocked intramedullary nail without reaming. J Orthop Trauma 8: 504-510. 1994.
- Keating J.F., O'Brien P., Blachut P., et al: Interlocking intramedullary nailing of open fractures of the tibia: a prospective randomized compar- ison of reamed and unreamed nails. J Bone Joint Surzerv [Br] 77 (Supp 1): 73,1995.
- Blachut P.A., Meek R.N., O'Brein P.J.: Extemal fixation and delayed intramedullary nailing of open fractures of the tibial shaft: a sequential protocol. J Bone Joint Surg (Aml) 72: 729-735, 1990.
- Esterhai Jr. J.L.: Management of soft tissue wounds associated with open fractures. Instr Course Lect 39: 483-386,1990.
- Stadler J.: Curso básico AO-Ribeirao Preto. 1999.
- Godina M.: Early microsurgical reconstruction of complex trauma of the extremities. Plast Reconstr Surz 78: 285-292. 1986.
- Ciemy III G., Byrd H.S.: Prirnary versus delayed soft tissue coverage for severe

open tibial fractures: comparison ofresults. Clin Orthop 178: 54-63, 1983.

- Levin L.S.: The reconstructive ladder: an orthoplastic approach. Orthop Clinic North Am 24: 393-409, 1993.
- Oestermann P.A.W., Henry S.L., Seligson D.: The role of focal antibiotic theranv in the manazement of comnound fractures. Clin Orthon 295: 102-11 L 1993.
- Moehring H.D., Gravel C., Chapman M.W., Olson S.A.: Comparison of antibiotic beads and intravenous antibiotics in open fractures. Clin Or- thon 372: 254-261, 2000.
- Blachut P.A., Meek R.N., O'Brien P.J.: Externa! fixation and delayed intramedullary nailina of open fractures of the tibia! shaf: a seouential protocol. J Bone Joint Surg [Am] 72: 729-735, 1990.
- Weber B.O., Cech O.: Pseudarthrosis. Bern, Stuttgart, Vienna, Hans Huber Publishers. 1976.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCESSO: Protocolo de Atendimento de Fratura Toracolombar

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

Atividades Essenciais

EPIDEMIOLOGIA

Adultos Jovens

- 89% das fraturas da coluna sao torácicas e lombares, (2/3) na transição toracolombar entre Tl1 e L2(2/3).
- Dos pacientes que apresentam lesão neurológica, 40% são vítimas de traumas na coluna toráxica
- A incidência vem aumentando nas últimas décadas devido aos acidentes automobilísticos e industriais, sendo portanto, muito associada a politraumas (lesão cardiovascular, abdominais, cabeça e ossos longos) .

MECANISMO DE TRAUMA

Trauma de grande energia (automobilistico ou queda de altura), e/ carga axial ou associada a mecanismo de flexão (cinto de segurança), extensão e rotação.

QUADRO CLÍNICO

- Dor intensa na região coluna toracolombar, normalmente associado déficit neurológico.
- Exame neurológico rigoroso utilizando a classificação da ASIA e a de Frankel (5tipos)
- Avaliar o retomo do reflexo bulbo-cavernoso (24-48h para avaliar fim do choque)

EXAMES

- Rx: AP e P (pela OMS não precisa fazeroblíquas)
- Avaliar presença de hemopneumotórax
- TC melhor exame p/ avaliar osteologia (fratura por explosão e compressão), distância interpedicular
- RNM melhor exame p/ avaliar comprometimento neurológico e compressão do canal (hérnia e fragmentos ósseos)

CLASSIFICAÇÃO

Dennis (3colunas)

1. 1 - LLA, 1/2 Carpo e Anel Fibroso;
2. 2 - 1/2 Como e Anel Fibroso. LLP:
3. 3 - Elementos Ósseos e Ligamentos Posteriores

AO(Magerl)

A (Compressão):

1. Impactada;
2. c/ Divisão Sagital ou Coronal:

CHS - JOÃO PAULO II

3. Explosão

B (Distração):
1. Ruptura de Ligamento posterior;
2. Fx Elementos ósseos posteriores (Chance:2.1);
3. Ruptura do Disco (Mecanismo de Extensáo)

C...(Rotacional):
1...Rotação + Compressão:
2...Rotação + Distração
3. Rotação + Cisalhamento.

Atendimento Inicial:
- Se paciente em choquemedular
- Corticoideterapia: < 8h – 30mg/kg na 1ª hora, 5,4mg/kg/h por 24 hs
- Contra indicação: Gestante, Criança <14 anos, Fratura Exposta, Risco Eminente de Morte, >8hs

TTO A3(explosão)
- Órtese (TLSO) ou aparelho gessado em hiperextensão, cama basculante, geralmente não indicado devido à instabilidade.

TRATAMENTO OPERATÓRIO

Tratamento Cirúrgico A3

Parâmetros: Cifose progressiva ou > 20°, Estenose > 50%, Achatamento vertebral > 50%, Cominação vertebral grave. Ruptura das 3 Colunas. Luxação Vertebral
- A abordagem pode ser realizada por via anterior, posterior ou duplavia
- Instrumental de Harrington, fixação segmentar de Luque e instrumental de Control-Dubousset
- Tendência na utilização de fixação transpedicular por via posterior associado a artrodese e descompressão do canal por via anterior com a utilização de grades/espacadores (gazes) vertebrais

SEGUIMENTO
- Órtese por 12 semanas para possibilitar cicatrização e consolidação da artrodese;
- Orientar uso de meias elásticas e HBPM**:**
- Estimular movimentação (caminhada s/ excesso de movimentos e sobrecarga da coluna);
- Após as 12 semanas iniciar alonzamento e fortalecimento do tronco (Rockwood).
- Se acreditar na estabilidade da síntese, pode-se manter sem imobilização (EPM.Camobell).

COMPLICAÇÕES

CHS - JOÃO PAULO II

- **Precoces: i**nerentes ao procedimento cirúrgico: infecção profunda ou superficial, perda da redução/soltura do material, hemorragia, lesão neurovascular, lesão visceral (formação de fistulas)
- **Tardias:** Consolidação viciosa: pseudartose: quebra do material de síntese; artrose pós-traumática; dor no local doador de enxerto; incomodo devido ao implante e dor crônica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rockwood CA, green DP. *Fraturas em adultos, 5°* ed. Philadelphia Willians.
- Baldy FR. *Fraturas: técnicas recomendadas pela SBOT.2000*
- Canale ST. *Cirurgia ortopédica de Campbell.* 10° ed.: Baruerimanole
- Morrissv RT. Weinstein SL. *Lovell and Winter's pediatric orthonaedics.* 6° ed.

Bloco: MÉDICO

CHS - JOÃO PAULO II

SUMÁRIO

COLABORADORES	**002**
APRESENTAÇÃO	**003**
1. ORGANIZAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO MÉDICA (continuação)	**006**
1.7. Procedimentos médicos psiquiatria	**006**
1.8. Procedimentos médicos UTI	**037**
1.9. Procedimentos médicos: angiologia	**106**
1.10. Procedimentos médicos: Neurologia	**123**
1.11. Procedimentos médicos: urologia	**160**
1.12. Procedimentos médicos: choque	**179**

CHS - JOÃO PAULO II

1. ORGANIZAÇÃO, IMPLEMENTAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS ASSISTENCIAIS - PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS DA ATENÇÃO MÉDICA (continuação do Volume I)

1.7. Procedimentos Médicos: Psiquiatria

PROCEDIMENTO: Abordagem do Paciente Psiquiátrico

RESPONSÁVEL: Médico Psiquiatra

REVISÃO

- Avaliação clínica do paciente psiquiátrico Costa de:
  - Anamnese completa;
  - Exame físico.

Além da anamnese completa recomenda-se a investigação de algumas funções específicas na alta correlação entre suas anormalidades e o sintoma psíquico.

- Investigação clínica básica
  - Hemograma completo incluindo função plaquetária
  - Função renal;
  - Função hepática;
  - Função tireoidiana;
  - Glicemia;
  - Dosagem sérica de eletrólitos (NA, K, CA, MG);
  - Reação sorológica para sífilis (VDRL, FTA e ABS);
  - Sumário de urina

Investigação completa para transtornos mentais orgânicos:

Quadro Convulsionais Agudos (Delirium)

Exame	Observações
Líquido céfalo raquidiano (citológico e bioquímico)	Suspeita de meningite ou encefalite levando a alterações da consciência.
Dosagem sérica de cortisol	Alterações presentes em quadros ou abuso de corticoides, Cushing e convulsões.
Dosagem sérica de cálcio	Quadro de agitação ou letargia
Sorologia para lúpus	Quadros psicóticos/amnésicos
Dosagem sérica de B12 e folatos	Agitação aguda associada ao uso de álcool
Dosagem sérica de vitamina A	Hipervitaminose associada a alteração de consciência
Eletroencefalograma	Distúrbios epilépticos e no diferencial com quadros pseudoepilépticos. Processos tumorais no sistema nervoso central, infartos cerebrais,

CHS - JOÃO PAULO II

	abscessos, hematomas subdurais, Demência do tipo Alzheimer.
Tomografia axial computadorizada (CP)	Estados confucionais devido a lesão do sistema nervoso central, (tumores, hematomas, abscessos, AVC´s, hematomas e Traumatismo crânio-cefálico, Demência, esquizofrenia, transtorno do humor.
Ressonância nuclear magnética	Estados confusionais, Pacientes com alterações neurológicas focais, diagnósticos diferenciais das demências, no primeiro episódio psicótico. Em casos refratários de esquizofrenia, mania e depressão. Pacientes com histórico de trauma ou Epilepsia.

- Comparação entre tomografia (CT) ressonância (MRI)

- Economia CT
- Disponibilidade CT
- Rapidez CT
- Conforto CT
- Sangramento agudo CT
- Sangramento subagudo (72hs) MRI
- Osso CT
- Substância cinzenta MRI
- Substância branca MRI
- Possa posterior MRI

Obs.: As técnicas de neuroimagem funcionais recente fornecem dados sobre o funcionamento cerebral incluindo índice de atividade neuronal, metabolismo celular e o perfil de receptores. São as TC por emissão de fóton único (SPECT) e tomografia por emissão de pósitron.

Marcadores biológicos e monitoração terapêutica

São importantes no diagnóstico e tratamento de:

Transtornos do humor, podemos destacar:

- Pacientes deprimidos, com comportamento suicida, podem apresentar diminuição do principal metabólico serotonérgico (5 HIA) além de alterações em receptores beta-adrenérgicos do córtex cerebral.
- Quadros de depressão e fases maníacas podem ser acompanhados de uma diminuição da capacidade de recaptação da serotonina;
- Cerca de 30% dois pacientes deprimidos apresentam resposta achatada ao teste de estimulação do TSH com TRH, se a resposta permanecer alterada mesmo após a remissão do quadro depressivo, podemos esperar uma maior probabilidade de novos quadros depressivos no mês seguinte;

CHS - JOÃO PAULO II

- Pacientes deprimidos também podem apresentar diminuição sérica do hormônio luteinizante (LH), bem como resposta achatada do hormônio de crescimento (HG) em estado de hipoglicemia, Insulino induzidos.
- Para a monitoração terapêutica dos transtornos de humor, recomenda-se que pacientes com idade superior a 40 anos realize eletrocardiograma prévio, a introdução de antidepressivos tricíclicos ou tetracíclicos;
- Pacientes submetidos a litoterapia deve fazer investigação prévia da função renal (elearance da creatinina), avaliação da função tireoidiana, incluindo anticorpos antitireóide, além de eletrólitos e eletrocardiograma.
- Uso de carbamazepina requer avaliação hematológica prévia, com contagem plaquetária.

Transtornos ansiosos

Usando os marcadores biológicos detectamos alguns mecanismos neuroquímicos e hormonais, tais como:

- Aumento do turnover serotoninérgico em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo;
- Desencadeamento de ataques de pânico em pacientes a partir da infusão intravenosa de lactato de sódio, desencadeamento este que pode auxiliar no diagnóstico em mais de 70% dos portadores dos transtornos do Pânico.
- Instalação de CO2 também parece provocar ataques de, pânico, por estimulação central do Locus Cerúleos. Crise de hiperventilação pode provocar quadro semelhante.
- Vias noradrenérgicas parecem estar envolvidas na fisiopatologia do pânico, observa-se em ataques introduzidos por yohimbina, uma antagonista Alfa -2 adrenérgicos, que estimulando o Locus Ceruleos promove a liberação de noradrenalina gerando comportamento de medo.
- Pacientes com transtorno do pânico pode ter picos de hipersecreção de cortisol, embora as dosagens urinárias de cortisol em 24 horas sejam anormais.
- Epilepsia do lobo temporal podem estar associadas ao ataque de pânico, com o surgimento de comportamentos compulsivos.

URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS
DEFINIÇÃO

É toda situação que obriga um atendimento rápido e imprescindível no sentido de evitar consequências danosas tanto para o indivíduo como para o meio social.
Vamos nos ater às urgências psiquiátricas mais comuns que ocorrem nas emergências de Hospitais Gerais, onde não existe pessoas psiquiatra de plantão e são por médicos urgentistas.

RECURSOS NECESSÁRIOS

- Ambiente físico ideal para as seguintes características:
  - Propiciar um espaço para a livre movimentação da equipe toda.

CHS - JOÃO PAULO II

- Ausência de objetos perigosos.
- Acesso fácil ao pessoal de apoio para proteção e contenção.
- Visualização fácil do paciente para intervenção rápida.

○ A equipe deve contar com:

- Serviço médico Laboratorial para o auxílio diagnóstico e tratamento conjunto.
- Equipe de enfermagem com treinamento específico em abordagem, verbal contenção física e avaliação psiquiátrica.
- Serviço social.

PRINCIPAIS URGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

Síndromes mentais orgânicas - Há doenças orgânicas que apresentam vários sintomas psiquiátricos: diminuição do nível de consciência, distúrbio sensíl/preceptivo, aumento ou diminuição da atividade motora, desorientação têmporo-espacial ou pessoal, da memória e da atenção. Há um predomínio do delírio.

Principais doenças orgânicas:

- Isquemia cerebral difusa ou territorial vertebrobasilar.
- Hipóxia, hipoglicemia distúrbios hidroelétrica, hormonal, deficiências graves de vitaminas e processos infecciosos.
- Falências de órgãos (insuficiência renal, é prática e cardíaca).
- Quadros e ictais e pós-ictas.
- Traumatismos cranianos.
- Lesões expansivas.
- Doenças infecciosas do sistema nervoso central e do outros órgãos.
- Doenças inflamatórias do SNC.

Condutas terapêuticas:

○ Medidas gerais

- Os ambientes mal iluminados facilitam o aparecimento de distúrbios do Sono de percepção por isso deve-se manter o ambiente muito bem iluminado.
- Indicadores que facilitam a orientação do passe: relógio, calendário, etc.
- Prover orientação adequada ao paciente Nos períodos de lucidez, em e é uso equipamento e aí repetir a mesma informação.
- Muitas vezes é necessário manter o paciente do leito mesmo quando ele não esteja confuso no momento, pela flutuação do quadro. Quando isto ocorrer deve ser explicada Clara e insistentemente o motivo deste procedimento. A contenção é por estressante ambiental Importante que pode ensejar reações de agressividade ou medo dos pacientes.

MEDICAÇÃO

Quando houver medicação usar haloperidol 5mg IM há cada 30 minutos até que sim obtenha sedação (dose máxima nas 24 horas 4mg). Quando houver contra indicação no uso deste neuroléptico usar 10mg de Diazepam IM.

CHS - JOÃO PAULO II

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS

Quadros convulsionais

Intoxicação alcoólica aguda

O consumo excessivo de álcool pode causar euforia, diminuição da atenção, prejuízo da atenção, prejuízo do julgamento, irritabilidade, labilidade emocional, etc. Acompanha-se de hálito alcoólico, fala pastosa, ataxia, hiperemia conjuntival, nistagmo e rash facial. Normalmente com doses mais elevadas. Nota-se lentidão, sonolência, retraimento, progressiva diminuição do nível de consciência e eventualmente coma. A morte pode ocorrer por depressão respiratória ou aspiração de vômito quando a alcoolemia atinge de 400 a 700mg/dm. Os casos leves ou moderados de intoxicação resolvem por si mesmo entre 3 a 2 horas após a suspensão do uso do álcool. O caso de coma alcoólico deve receber cuidados habituais podendo ser necessário o uso de ventilação mecânica e hemodiálise.

Síndrome de abstinência do álcool

- Inicia-se algumas horas ou até 2 dias após a interrupção ou diminuição da ingestão de. Normalmente remite espontaneamente em 5 a 7 dias.
- Sinais e sintomas - Tremores, Náuseas e/ou vômitos, fraquezas, hiperatividade autonômica (taquicardia, sudorese e aumento da pressão arterial) ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, alucinações transitórias, ilusões, cefaleia e insônia. Pode ocorrer convulsão tônico/clônicas generalizadas.
- Diagnóstico diferencial-abstinência de benzodiazepínico, hipoglicemia cetoacidose diabética e tremor essencial. O quadro pode remitir espontaneamente em até 7 dias.
- Terapêutica: E a mina 100mg intramuscular
- Controle hidroeletrolíticos hidratação reposição de eletrólitos
- Sedação diazepam 10mg VO. Evitar doses excessivas. O paciente deve ser mantido alerta em condições de cooperar. Nas hepatopatias graves preferir o uso de lorazepam.

Nas abstinência graves pode ocorrer broncopneumonia, infecção urinária, convulsões, lesões no SNC e depressão.

Delírium Tremers: É a forma mais grave de abstinência ao álcool.

- Sinais e sintomas: Delirium, tremores e hiperatividade autonômica.

Rebaixamento do nível de consciência da atenção voluntária, desorientação temporo/ espacial, desorganização do pensamento, alucinações auditivas e visuais, auditivas e táteis. Os tremores são grosseiros, podendo envolver mãos, pés e região perioral. Presença de febre, taquicardia, sudorese e oscilações da pressão arterial. Podemos encontrar distúrbios hidroeletrolíticos, hipoglicemia, convulsões, traumatismo crânio-encefálica, infecções, insuficiência hepática, síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Terapêutica - 5 a 15% dos pacientes morrem quando não são tratados evoluem para lesões do SNC, desnutrição, broncopneumonia, septicemia, convulsões e morte. O paciente com delirium tremens ser internado em todos os casos.

CHS - JOÃO PAULO II

Conduta-Hidratação: Tiamina intramuscular 100mg correção dos distúrbios eletrolíticos (MG, K, NA). Uso rotineiro do complexo B, sedação: Uso de diazepam 10mg VO ou IV.

Alucinose Alcoólica

Sintomas e sinais

Alucinações vívidas e persistentes que aparecem logo após a redução, parada ou aumento de ingestão de álcool, sem alteração do nível de ocorrência. Ocorre após 48 horas. As alucinações podem ser auditivas ou outros sons com conteúdos desagradáveis ou visuais. Eventualmente ocorrem ideias de perseguições pouco estrutura, ou pode ao ou. O diagnóstico diferencial é coma esquizofrenia ou abstinência de álcool.

Tratamento - haloperidol na dose 1 de a 10ml ao dia.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Sinais e sintomas

Ataxia cerebelar, confusão mental, oftalmologia, nistagmo o fase com comprometi comprometimento da. Mas de 15% dos casos não tratados podem evoluir para a morte. Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff se deve a Em capacidade de utilização da glicose na falta da vitamina B1 (tiamina)como também outras vitaminas do complexo B.

Tratamento

Altas doses de tiamina intramuscular, 100mg diárias por 1 semana. Outras vitaminas do complexo B devem ser repórter. A encefalopatia de Wernicke-Korsakoff pode ser desencadeada pela administração de glicose endovenosa no alcoolista em quadro de abstinência pelo a, sem a prévia administração de tiamina.

Suicídio

Considerações

Em todos os países orientais, o suicídio está em entre 10 primeiras causas de morte

Estima-se que cada dia mais ou menos 1000 pessoas cometem o suicídio no mundo.

Fatores que se correlacionam com o suicídio.

- Migração - migrante tem taxas mais altas;
- Laços sociais - indivíduos com laços sociais estáveis, como casamento família e emprego, tem taxas menores de suicídio;
- Tentativas prévias - aumentam as chances de tentativas subsequentes;
- Ausência de convicções religiosas;
- Sentimento de desesperança e pessimismo;
- Presença de doenças crônicas;
- Doenças associadas ao suicídio.

Doenças orgânicas associadas ao suicídio

- Epilepsia
- Traumatismo craniano

CHS - JOÃO PAULO II

- Doenças cardiovasculares
- Coreia de Huntington
- AIDS
- Esclerose múltipla

Doenças psiquiátricas associadas ao suicídio

- Depressão
- Quadros psíquicos
- Transtornos de personalidade
- Alcoolismo.

DEPRESSÃO

A depressão é o diagnóstico mais frequente entre pacientes com tentativa de suicídio, 35 a 80% dos casos. 15% dos pacientes com depressão e 16% nos alcoolistas morrem por suicídio. Dois sintomas são evidentes: anedonia e desesperança. 10% dos pacientes com esquizofrenia se suicida, em geral nos primeiros anos da doença.

Tratamento

1. Quando da chegada do paciente com suspeita de tentativa de suicídio na unidade de emergência a prioridade é para os cuidados clínicos que devem incluir testes abrangentes para detecção de drogas comumente utilizadas para a tentativa de, suicídio mesmo que o meio aparente não seja este.
2. Já nessa fase deve-se tentar obter o máximo de informações possíveis dos acompanhantes sobre as condições imediatas e mediatas onde ocorreu a tentativa;
3. A avaliação psiquiátrica conclusiva deve ser feita após a desintoxicação completo;
4. A pesquisa de transtornos psiquiátricos e fatores de estresse social e psicológico deve ser extensiva;
5. Os principais fatores de risco a serem observados são: sexo masculino acima de 44 anos, sem cônjuge, desempregado, sem suporte familiar, acesso fácil a meios potencialmente letais, como doença crônica, depressão, psicose, transtorno da personalidade ou dependência de álcool, ou outras substâncias psicoativas, tentativa prévia de suicídio, ideação suicida persistente e tentativa violenta;
6. Quando a decisão sobre a conduta a ser tomada deve-se levar em conta as condições do paciente, suporte de familiares e amigos e condições de tratamento extra-hospitalar.

ESTADOS PSICÓTICOS E PACIENTES VIOLENTOS

Sinais e sintomas

Agitação psicomotora e liberação de agressividade. São frequentemente observados em pacientes de delirantes, esquizofrênicos e maníacos. O paciente violento é um problema dos

CHS - JOÃO PAULO II

mais difíceis na prática médica de urgência. O fenômeno da violência pode ocorrer nos serviços de urgência como também em clínica de internação, ambulatórios, consultórios, ambiente domiciliar ou até em via pública.

- Postura - manter-se em pé, andar de um lado para outro e atitude, tensa, sugere um potencial agressivo;
- Discurso - o volume da voz é potencial a possibilidade de agressividade;
- Discurso acelerado, voz alta, intolerância a abordagem indicam possibilidade de agitação psicomotora;
- Atividade motora - o paciente apresenta dificuldade em permanecer sentado, acatar orientações e permanecem observando os fenômenos circundantes. Indicam o maior potencial de violência.

Diagnóstico

- Quadros de etiologia orgânica: são quadros que frequentemente apresentam alterações da consciência. Alterações bruscas de comportamento. A abordagem deverá simultaneamente pesquisar os distúrbios orgânicos e promover o tratamento da disfunção somática, como garantir a proteção do paciente e reduzir a expressão comportamental observada.
- Quadros psicóticos agudos: Refere-se a esquizofrenia e outras psicoses delirantes e manias. Porém representar o início de uma Psicose ainda sem tratamento ou mesmo uma regularização.
- Quadros não psicóticos e não: orgânico destacam-se os transtornos da personalidade e situações secundárias a problemas sociais. São situações de menor gravidade médica e imediata, mas suscetíveis a abordagem verbal e situacional. A intervenção medicamentosa quando necessária, deve-se utilizar baixas doses.

Tratamento

Envolve desde a condução da entrevista contenção física, a medicação e os controles clínicos:

1. Contenção física - se faz necessária quando a abordagem verbal não é suficiente para garantir a realização da entrevista e diagnóstico ou quando o paciente persiste em atitude agressiva e resiste ao tratamento. Deve ser realizada pela equipe de serviço composta de cinco indivíduos previamente treinados que realizaram a contenção no leito de observação de forma a garantir as avaliações clínicas. Deve durar no máximo 12 horas;
2. Tratamento medicamentoso - neuroleptização rápida. Haloperidol 5mg intramuscular repetida a cada 30min até que se obtenha a sedação (dose máxima de 45mg em 24hs). A utilização de ansiolíticos deve ser cogitada quando não se trata de episódios psicóticos ou síndrome mental orgânica. Um tratamento do quadro específico deverá prosseguir após abordagem de emergência em regime de internação ou ambulatorial.

Estados Neuróticos

- Conversão Histérica - muito frequente nas urgências, geralmente pacientes do sexo feminino, com quadros e crises psicomotoras histéricas, com forte comportamento de

CHS - JOÃO PAULO II

teatralidade. São pacientes com personalidade de caráter imaturo, dependentes, sugestionar, etc. que em qualquer conflito podem apresentar esse quadro.

Tratamento

- Diazepam 5mg intramuscular.

O paciente deve ser ajudado a compreender a situação conflitiva que deu origem ao quadro. Realizar psicoterapia, se possível hipnose e às vezes sonoterapia. Encaminhar o paciente para tratamento psicoterápico.

Transtornos Ansiosos

1. Ansiedade normal - é aquela que se apresenta com reação compreensível a fenômenos vivenciais, por exemplo, assalto, mortes de entes queridos, etc.
2. Ansiedade patológica - é aquela secundária alguns dos vários transtornos ansiosos como tratamento do pânico, fobias, transtornos obsessivos compulsivos, entre outros.
3. Ansiedade associada a outras patologias psíquicas - é ansiedade com sintoma em transtorno do humor e quadro psicótico.

Tratamento

No primeiro caso, a pense psicoterapia e um ansiolítico de baixa dosagem - alprazolan 0,5mg via oral. No segundo caso o uso de benzodiazepínicos via oral, 10ml e encaminhamento para tratamento ambulatorial.

No terceiro caso, quando a ansiedade for secundária ao quadro psicótico, usar haloperidol 5mg intramuscular.

DEPRESSÕES

Classificação

- Depressões Relativas: são secundárias a neuroses, ansiedade, conflito, estresse, etc.
- Depressões somatogênicas: secundárias a doenças cerebrais orgânicas, doenças sistêmicas e uso de certas drogas.
- Depressões endógenas: tem um caráter genético e muitas vezes independem de situações ambientais. Caracterizam-se por uma variação de humor, sempre mais acentuadas pela manhã e apresentam variações no sono, como acordar precoce na madrugada. Retardo psicomotor ou agitação, alterações no apetite e no peso corporal, tendência a revolução em fases intercaladas com período de franca remissão. As depressões endógenas podem assumir uma forma unipolar ou alternando-se com a fase de mania (bipolar).

Tratamento

O tratamento depende da gravidade da doença. Muitos pacientes se beneficiam apenas com o tratamento psicoterápico - terapia cognitiva comportamental, outros são necessários o uso de medicamentos, na verdade é importante a Associação dos dois tipos de tratamento.

CHS - JOÃO PAULO II

Depressões reativas: uso de ansiolíticos, Alprazolan 0,5mg duas vezes ao dia+ terapia cognitiva comportamental.
As depressões mais intensas podemos usar os tricíclicos Amiriptilina na dose máxima de 150 a 300mg/dia, Recentemente pelos seus efeitos colaterais menores estão sendo usados os inibidores seletivos da captação de serotonina: Fluoxetina 20mg por dia ou Citalopran 20mg por dia.
Depressões somatogênicas: ansiolítico, clonazepam 0,5mg duas vezes ao dia, fluoxetina 20mg por dia ou Citalopram 20mg ao dia, lembrar que esses medicamentos têm seu efeito satisfatório a partir de 15 a 21 dias.
Depressões endógenas: Psicose maníaca depressiva: usar carbonato de lítio 600mg/dia a 900mg/dia. Os pacientes que não responderem ao lítio usar carmabezepina 400 a 800mg/dia. Há pacientes que necessitam de eletroconvulsoterapia, Principalmente aqueles com ideias Suicidas de 4 a 12 aplicações.

ESQUIZOFRENIA
Sinais e sintomas
Ideias delirantes, Comportamento claramente inadequado e, desacostumado alucinações e transtorno psicomotor grosseiro com hipo ou hiper reatividade e presente em grau Severo; a retirada social, transtornos do pensamento que não sejam delirantes, medo esmaga, transtornos do afeto, despersonalização e desleixo.

Etiologia
Existem fatores predisponentes genéticos e constitucionais bioquímico em concomitância com fatores desencadeantes: desestruturação familiar, dificuldade de desenvolvimento, instalação e uma comunicação ambígua, etc. do ponto de vista bioquímico fala-se numa hipótese dopaminérgica como a produção dos sintomas de esquizofrenia. A dopamina é um neurotransmissor cerebral liberado em versículos na sinapse do SNC. Existem 4 sistemas patogênicos no cérebro;

1. Sistema mesolímbico;
2. Sistema mesocortical.
3. Sistema nigroestriatal;
4. Sistema- Túbero-infundibular.

Na Psicose esquizofrênica estariam envolvidos os dois primeiros sistemas. Esta hipótese está fundamentada no fato de que a medicação neuroléptica antipsicótico bloqueia os receptores pós-sinápticos da dopamina ocorrendo com isso melhora da sintomatologia esquizofrênica.

Classificação
Existe 4 subgrupos de esquizofrenia: Simples, Catatonia, Hebefrênica e Paranoide

1. Esquizofrenia simples: caracteriza-se pelo autismo, pela superficialidade das respostas emocionais, com pera gradual e insidiosa da vontade, interesse, iniciativa, afasta-se do contato com as pessoas e tende ao isolamento;

CHS - JOÃO PAULO II

2. Na esquizofrenia Catatônica além dos sintomas anteriores estão presentes sintomas psicomotores. O paciente apresenta-se com acinesia Entendendo a flexibilidade céria ou hipercinesia estereotipada. Ainda estão presentes o negativismo e a obediência automática a ordem simples.
3. A esquizofrenia Hebefrênica Caracteriza-se por grande desagregação do pensamento levando a uma agitação psicomotora denominada e bizarra acompanhada de riscos e motivados e falta de crítica, demonstra ações de todo o caos interno vivenciado;
4. Na esquizofrenia paranoide estão presentes as alucinações e Delírios de alta referência em geral persecutórios.

Tratamento

Fase aguda: é importante o controle rápido da sintomatologia para avaliar o perigo de automutilação e sofrimento. A hospitalização é indicada quando a falta de suporte familiar e o risco é para o próprio paciente. Quando a colaboração dos familiares não há necessidade de internação.

Medicamentos

Deve-se levar em conta a sua ação antidopaminérgica e preferindo aquelas que produzem menores efeitos extrapiramidais. A clorpromazina é a droga de escolha na dosagem que varia de 100 a 1.200mg (amplictil) nas 24 horas. Tem como, vantagem produzir menos impregnação tendo como consequência menos fenômenos extrapiramidais. Outra medicação é a tioridazina na dose de 50 a 800mg em 24 horas, também produz menos impregnação extrapiramidal. O haloperidol, a fluofenazina e a trifluoperazina dão impregnação extrapiramidal. Essas drogas devem ser tomadas uma só vez nas 24 horas, de preferência a noite.

Tratamento de manutenção

Essa droga deve ser mantida durante 6 meses do primeiro surto, 12 a 18 meses após segundo turno e talvez pela vida inteira após o 3º a 4º surto. Outras Drogas estão sendo usadas, atualmente a risperidona tem sido um medicamento de primeira escolha para o tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Estudos têm demonstrado que sua eficácia é igual ou superior do haloperidol sem os efeitos colaterais do mesmo. Os melhores resultados foram observados com a dose de 6mg ao dia. Por fim estão sendo usados também, com sucesso, a olanzapina e a clozapina, que são muito eficientes nos casos refratários ao uso dos neurolépticos típicos, tendo entretanto um custo elevado. Muitos pacientes se beneficiam com a psicoterapia.

SÍNDROME DO PÂNICO

Sinais e sintomas

Os ataques de pânico são caracterizadas pelo início súbito em que os pacientes se sentem tomados por um intenso medo, sensação de vertigem, falta de ar, palpitações, tremores, sudorese, náuseas e sensações de calor e frio no corpo. A duração da crise pode ser de alguns minutos até 1 ou 2 horas e são acompanhadas por um intenso sentimento de medo de morrer, de perder o controle ou enlouquecer. A maioria das pessoas apresentam essas crises várias vezes

CHS - JOÃO PAULO II

por semana, podendo desenvolver um quadro de agora fobia (medo de sair na rua, entrar em supermercados, bancos, etc.) com evidente restrição de sua capacidade pragmática. O diagnóstico diferencial deve ser com as crises provocadas por abstinência, hipoglicemia, hipertireoidismo.

Tratamento
A medicação de escolha deve ser uma associação (de ISRS) paroxetiana de 20 a 40mg/dia associado ao ansiolítico, cloxazolam 6mg em 24 horas.

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO
Sinais e sintomas
Caracteriza-se por apresentar observações (ideias, pensamentos impulso que impõem a consciência da pessoa contra a sua vontade e que são reconhecidas em geral como sendo absurdas e insensatas e compulsões (comportamentos repetitivos e exagerados geralmente de forma ritualística e estereotipada). Frequentemente as compulsões têm a finalidade de anular ou neutralizar algum acontecimento terrível que a pessoa julga que pode provocar em seu pensamento. Os pensamentos obsessivos mais comuns são relativos a contaminações (micróbios, doenças, tóxicos, preocupações com simetrias e Ordem, dúvidas patológicas "fechei ou não o gás, a porta, a torneira?", e escrúpulos religiosos e Morais. As compulsões mais comuns referem-se a lavar as mãos e banhos (algumas pessoas chegam a consumir horas em banhos ritualísticos). Contar, conferir ou verificar, tocar compulsivamente objetos específicos, arrumar se medicamento os objetos e rituais de ordem e limpeza. Estuda-se também a relação do TOC com a síndrome de Gilles de La Tourette, caracterizada por motores e vocais.

Tratamento
Várias drogas têm sido usadas. Anafranil (clorimipramina) em doses relativamente elevadas durante 10 a 20 semanas até 250mg/ dia recentemente têm sido usados os inibidores seletivos da receptação da serotonina dentre eles a paroxetina na dose de 40 a 60mg. Há casos severos em que o paciente tem que usar longos períodos da droga, e até por toda a vida.
Terapia cognitiva comportamental.

EPILEPSIA
Definição: é uma desordem do funcionamento cerebral, provocar por diversas patologias cuja expressão final comum são crises epilépticas recorrentes na ausência de drogas, tóxicos e distúrbios metabólitos ou estados febris.
As crises epilépticas podem ocorrer espontaneamente ou desencadeados por fatores tais como privação do sono, estresse emocional, período pré-menstrual.

Etiologia
Fatores genéticos predominam nas epilepsias generalizadas e idiopáticas e aumentam a susceptibilidade para as epilepsia sintomática.

CHS - JOÃO PAULO II

Lesões crônicas, difusas ou focais (hematomas, mal funções, traumas, infecções, tumores, esclerose mesial do lobo temporal, etc.) envolvendo o córtex cerebral podem levar a epilepsia sintomática. 3/4 dos pacientes Não apresentam qualquer evidência de lesão cerebral.

Classificação das crises

As crises epilépticas são classificadas como parciais (CP) e crises generalizadas (CG). As CP apresentam evidências Clínicas e/ou eletroencefalografia início local Foco) enquanto as CG não apresentam qualquer evidência nesse sentido (manifestações clínicas e EEG indicam envolvimento Inicial simultâneo de ambos os hemisférios). As CP são divididas em crises parciais simples(CPS), crises parciais complexas (CPC) e crises parciais e secundariamente generalizadas (CPSG). Na CPS crise parcial simples, a consciência não está prejudicada, na CPC a consciência está prejudicada desde o início da crise ou após o começo como CPS (muitas vezes chamadas de aura). As CPC podem apresentar automatismo (atividade motora mais ou menos coordenada, involuntária, ocorrendo num estado de consciência prejudicada. Nesta classificação a consciência é operacionalmente definida como o grau de conhecimento: contato do paciente com os eventos e capacidade de lembrá-los) e/ou responsividade do paciente a estímulos externamente aplicado (habilidade do paciente em atender comando simples ou realizar movimentos intencionais). A CG são divididas em mioclônicas, clônica, tônicas, tônico/clônicas, atônicas crises de ausência. Algumas síndromes epilépticas (desordens epilepticas, caracterizados por sintomas e sinais costumeiramente associados, mas que não tem necessariamente uma única é teologia). Tem uma grande importância prognóstica. Na classificação das síndromes, o primeiro passo é o de separar epilepsia sintomática ou secundárias de epilepsia com crises parciais ou focais (epilepsia relacionadas a localização parciais ou focais). O segundo passo é o de separar epilepsia sintomática ou secundária, etiologia conhecida das idiopáticas (suposta causa hereditária) e das criptogenéticas (supostamente sintomáticas mas sem etiologia conhecida).

Tratamento

De um modo geral os barbitúricos (fenobarbital e prima-dona) e fenitoína estão sendo gradualmente substituídos por novas drogas antiepiléticos especialmente a carbamazepina e o Valproato de sódio por quê estes apresentam um perfil de efeitos colaterais neuropsiquiátricas mais suaves e por terem sido recentemente associadas a propriedades psicotrópicas ou que se torna o seu uso em pacientes portadores de epilepsia com transtornos mentais associados particularmente interessantes. O papel dos benzodiazepínicos está restrito ao tratamento agudo de estado de mal epiléptico. O clonazepam e o clobazam são considerados de valor no tratamento crônico de alguns tipos de crises recentemente novas drogas surgiram do tratamento: Vigabatrina, Lamotrigina, Oxcarbazepina, tem sido usados como coadjuvantes no tratamento nas crises de difícil controle. O Valproato de sódio por ter um espectro amplo é a droga de escolha nos casos que não se chegou a um diagnóstico do tipo de epilepsia. No caso de conseguir uma classificação adequada desde o início a Carbamazepina tem sido considerada a droga da primeira escolha para as crises parciais com ou sem generalização secundária. Valproato de sódio: dose de manutenção nas crianças 10 a 40mg/kg/dia, via oral, adultos 300 a 500mg/dia uma vez por dia; Carbamazepina: dose de manutenção adultos 400 a 1800mg/dia

CHS - JOÃO PAULO II

via oral; crianças: 10 a 30mg/kg/dia dividido em duas doses via oral; Fenitoína: adulto 15 a 600mg/dia, 1 vez ao dia, via oral; Criança 5 a 15mg/kg/dia duas vezes ao dia, via oral; Fenobarbital: adulto 20 a 240mg/dia via oral; 1 vez ao dia; Criança 2 a 6mg/kg/dia, 1 vez ao dia, via oral.

Proposta para classificação revisada de crises epilépticas de 1981:

I. Crises parciais (focais)

A. Crises parciais simples (consciência preservado)

- Com sintomas motores
- Com sintomas somatossensitivos ou sensoriais
- Com sinais e sintomas autonômicos
- Com sintomas psíquicos

B. Crises parciais complexas (consciência prejudicar)

- Início parcial simples seguida por prejuízo de consciência
- Com prejuízo de consciência desde o início

C. Crises parciais evoluindo para crises generalizadas

- Crises parciais simples evoluindo para crises generalizadas
- Crises parciais complexas evoluindo para crises generalizadas
- Crises parciais simples evoluindo para crises parciais complexas evoluindo para crises de generalizadas.

II. Crises generalizadas (convulsivas ou não com você)

A. 1. Crises de ausência

2. Crises de ausência atípicas

B. Crises micológicas

C. Crises clônicas

D. Crises tônicas

E. Crises tônico-clônicas

F. Crises tônicas (astáticas)

III. Crises epilépticas não classificadas

A. Por não se enquadrarem na classificação.

B. Por dados incompletos.

Proposta para classificação de epilepsia e Síndromes Epilépticas de 1989

Epilepsia e síndromes focais, locais e parciais.

- Idiopáticas (com início relacionado à idade)
  - Epilepsia benigna da infância com ponta controle temporal (Rolândica)
  - Epilepsia da infância com paroxismo occipital
  - Epilepsia primária da leitura
- Sintomáticas
  - Epilepsia parcial contínua crônico-progressiva

CHS - JOÃO PAULO II

- Síndromes caracterizadas por crises com modos específicos de precipitação
- Epilepsia do lobo temporal
- Epilepsia do lobo frontal
- Epilepsia do lobo parietal
- Epilepsia do lobo occipital
- Criptogenética - presumivelmente sintomáticas e etiologia desconhecida

Epilepsia e síndromes generalizadas

- Idiopáticas (com início relacionado à idade)
  - Convulsão neonatal benigna
  - Epilepsia mieclônica benigna da infância
  - Ausência da infância
  - Ausência juvenil
  - Epilepsia mieclônica juvenil
  - Epilepsia com crise do tipo grande mal ao despertar
  - Outras epilepsias idiopáticas generalizadas
  - Epilepsia com crises precipitadas por modos específicos de ativação.
- Criptogenéticas ou sintomáticas
  - Síndrome de West
  - Síndrome de Lenoxx-Gastaut
  - Epilepsia com crise mieclônica instável
  - Epilepsia com ausências mieclônicas

Sintomática

- Etiologia inespecífica
  - Encefalopatia mieclônica precoce
  - Encefalopatia epiléptica infantil precoce com surto-supressão
  - Outras epilepsia sintomática generalizadas

Síndromes específicas

- Crises epilépticas complicando outros estados patológicos

Epilepsia E síndromes indeterminados quanto a serem focais ou generalizadas

- Com crises generalizadas e focais
  - Crises neonatais
  - Epilepsia mieclônica severa da infância
  - Epilepsia com ponta-onda contínua durante o sono lento
  - Afasia epilepsia adquirida
  - Outras epilepsias um determinadas

CHS - JOÃO PAULO II

Sem Características Focais ou Generalizadas Específicas
Síndromes especiais
Crises situacionais

- Convulsões febris
- Crises isoladas ou "estado de mal epilético" isolado
- Crises ocorrendo apenas com quadros metabólicos ou tóxicos agudos

Sumário De Dados Sobre Valproato de Sódio
Farmacocinética

- Dose de manutenção:
  - Crianças: 10 -40mg/kg/dia
  - Adultos: 500-3000mg/dia
- Frequência diária mínima: 1 vez/dia
- Níveis séricos terapêutico: 350-700umol/l (10-20ug/ml)
- Absorção oral: >95%
- Pico sérico:
  - 1-4hs (drágeas)
  - 2-8hs (cápsulas de absorção entérica)
- Ligação proteica*: Aproximadamente 90%
- Vol. distribuição aparente: 0,1-0,4l/kg
- Meia-vida de eliminação: 9-21hs (adultos)
- Tempo para atingir: 4 dias
- Steady-state
- Metabólicos principais: B, w e w-l derivados oxidativos

Sumário de dados sobre carbamazepine
FARMACOCINÉTICA

- Dose de manutenção:
  - Crianças: 10-30mg/kg /dia
  - Adultos: 400-1800mg/dia
- Frequência diária mínima: 2 vezes/dia
- Absorção oral: lenta e errática
- Piso sérico: 4-8hs (mas pode se retardar para 24hs)
- Ligação proteica: 75%
- Vol. distribuição aparente: 1.2l/kg
- Meia-vida de eliminação
- Dose única: 20-55hs
- Terapia crônica:
  - 8-20hs (crianças)
  - 10-30hs (adultos)
- Tempo para atingir
- Stead-state: ocorrer queda posterior por autoindução enzimática

CHS - JOÃO PAULO II

- Metabólicos principais: 10,11 -epóxido (ativo)
- Dihidrodiol (inativo)
- Hidrox-metabólicos (inativo)
- Iminostibeino (inativo)
- Dosagem sérica é útil para prevenir intoxicação aquosa e piora de crises que podem ocorrer umas doses elevadas.

Sumário De Dados Sobre Fenitoína

FARMACOCINÉTICA

- Dose de manutenção:
  - Crianças: 5-15mg/kg/dia
  - Adultos: 15-600mg/dia
- Frequência diária mínima: Adultos: 1 vez/dia
- Crianças: 2 vezes/dia
- Níveis séricos terapêuticos*: 40-80 mol/l (10-20ug/ml)
- Absorção oral: errática
- Picos sérico: 4-15hs (oral)
- Muitas horas (intramuscular)
- Ligação proteica: 85-90%
- Vol. Distribuição aparente: 0,45 l/kg
- Meia-vida de eliminação: 9-140hs (cinética de saturação)
- Tempo para atingir: 7-12 dias
- Steady-state
- Metabólicos principais: 5-(p-hidroxifenil)-5-fenihidanteina (inativo)
- Metabólicos principais: MHD glucoronídeo (inativo).

Após a sua absorção, oxcarbazepina é rápida e quase completamente metabolizada por um processo de redução para o seu metabólito ativo monohidroxi derivativo (MHD), que é responsável pelas suas propriedades terapêuticas. Carbamazepina deve ser considerada uma pró-droga. Os dados marcados com* se referem ao MHD.

Sumário de dados sobre fenobarbital

FARMACOCINÉTICA

- Dose de manutenção:
  - Crianças: 2-6mg/kg/dia
  - Adultos: 20-240mg/dia
- Frequência diária mínima: 1 vez/dia
- Níveis séricos terapêuticos*: 70-180 mol/l (15-40ug/ml)
- Absorção oral: completa, mas com velocidade lenta e variável
- Picos sérico: 4-15hs
- Ligação proteica: 45%
- Picos sérico: 4-15hs

CHS - JOÃO PAULO II

- Vol. Distribuição aparente: 0,5 l/kg
- Meia-vida de eliminação:
  - Crianças: 30-70hs
  - Adultos: 50-160hs
- Tempo para atingir: até 30 dias
- Steady-state
- Metabólicos principais: Para-hidroxifenobarbital (inativo).

*Tolerância pode se desenvolver, tornando os níveis terapêuticos duvidosos.

EFEITOS COLATERAIS E INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Toxicidade e retirada: ingestão excessiva pode provocar depressão respiratória profunda e morte, síndrome de retirada com crises de difícil controle/estado de mal podem ocorrer; dependência, comportamento de admissão e abuso podem ocorrer. Efeitos colaterais comuns: redação (Pode sim desenvolver tolerância), insônia, hipercinesia e transtornos de comportamento em crianças/ desinibição comportamental e excitação paradoxal em idosos ou lesionadas cerebrais, nistagmo, disartria, ataxia, lentificação cognitiva, depressão.

DEPENDÊNCIAS QUÍMICAS

O CID-10 propõe as seguintes diretrizes para diagnóstico da Síndrome de dependências de substâncias psicoativas. O diagnóstico definitivo deveria normalmente ser estabelecido Apenas quando três ou mais dos seguintes tiverem sido experimentados ou exibidos durante o ano anterior:

a. Forte Desejo ou senso de compulsão para tomar a substância;
b. Dificuldade em controlar o comportamento e o uso da substância quando ao seu início, e final ou níveis de uso;
c. Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, conforme evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou uso da mesma substância (ou outra intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
d. Evidência de tolerância de modo que doses crescentes de substâncias psicoativa são necessárias para se obter efeitos originalmente produzidos por doses menores (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes do álcool o de opiáceos que podem tomar diariamente doses suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes);
e. Desinteresse progressivo por interesses ou Prazeres alternativos devido ao uso da substância psicoativa; Quantidade maior de tempo necessário para obter ou usar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
f. Continua o uso da substância A despeito de consequências da nossas, tais como comprometimento hepático por bebê excessivamente ou prejuízo das funções cognitivas relacionado ao uso de drogas; deve-se fazer um esforço para determinar se o usuário realmente está, ou deveria estar, consciente da natureza ou extensão dos danos.

Um aspecto essencial da síndrome é que o desejo ou a compulsão de usar uma substância psicoativa deve estar presente. Esta exigência para o diagnóstico excluiria, por exemplo,

pacientes cirúrgicos que recebem opióides para o alívio da dor, os quais podem apresentar sinais de abstinência de opióides quando as drogas não são dadas mais, que não tem qualquer desejo de continuar consumindo drogas. Tentativas infrutíferas de controle (interrupção ou redução do consumo) constituem outra característica importante. A dependência com relacionado com índices mais altos de evasão escolar, distribui-se igualmente entre indivíduos empregados, e desempregados, sendo, porém, grande fator de prejuízos laborais. Pode ocorrer um estreitamento do repertório pessoal em relação aos padrões de consumo da substância psicoativa. Classicamente, este estreitamento é relacionado ao alcoolismo, caracterizando-se por preferência por bebidas progressivamente com maior teor alcoólico. No entanto, recentemente, este conceito foi ampliado para a preferência pelo consumo de substâncias psicoativas em detrimento de outras atividades anteriormente consideradas importantes pelo indivíduo (sociais, recepcionais e interpessoais). A síndrome de dependência pode estar presente para uma substância específica (tabaco ou diazepam, p.ex.) ou para uma grande variedade de diferentes substâncias. Outro padrão patológico relacionado ao consumo de substâncias é abuso de substâncias psicoativas. Este é definido pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana como sendo o padrão de consumo de drogas que acarreta prejuízo clínico significado, manifestado por pelo menos um dos seguintes:

- Consumo recorrente da substância acusando incompetência do indivíduo no cumprimento de obrigações, domésticas acadêmicas ou de trabalho.
- Consumo recorrente em situação de risco físico.
- Problemas legais repetidos pelo consumo ou atividades relacionadas a este.
- Persistência do consumo apenas dos problemas recorrentes em áreas sociais, pessoais causados ou exacerbados pelo uso.

O indivíduo com abuso não deve ter apresentado os critérios que definem a abstinência. O abuso difere da dependência, pois o indivíduo não apresenta um padrão de uso compulsivo (consumo que não se caracteriza por impossibilidade de controle, ou mesmo o uso da droga não é maior, nem que quantidade nem em duração, do que o inicialmente desejado), não apresenta tolerância ou sintomas de abstinência.

QUADROS PSIQUIÁTRICOS E COMPLICAÇÕES CLÍNICAS ESPECÍFICAS E SEU TRATAMENTO

ÁLCOOL

Mais de noventa por cento dos adultos já usaram álcool. Seu uso é aceito pela imensa maioria das pessoas e está Integrado a inúmeras situações sociais. Do ponto de vista bioquímico, o álcool é um depressor do sistema nervoso central: causa uma desorganização generalizada da transmissão dos impulsos nas membranas excitáveis. Possivelmente, alguns de seus efeitos são mediados por um mecanismo mas específico envolvendo receptores GABA. Quando usado em baixas doses e dependendo do ambiente o estado psicológico do usuário, o álcool pode diminuir a ansiedade, causar uma sensação de bem-estar e desinibição. Mesmo baixas doses de álcool afetam a velocidade e coordenação de respostas motoras, tornando a principal causa de acidentes automobilísticos graves. A primeira experiência com o álcool costuma ocorrer na adolescência ou mesmo antes dos efeitos do álcool é marcante: em nossa cultura e isto costuma

CHS - JOÃO PAULO II

ser associado a ideia de virilidade, reforçando o uso do Álcool. O aumento da ingestão ocorre gradativamente, frequentemente entre os 18 e 25 anos. Nesta, idade os problema com o álcool já são intensos: reprovação ou abandono da escola, perda do emprego por embriaguez ou faltas, brigas com a mulher, etc. Sintomas de abstinência podem contribuir para a manutenção de um padrão de embriaguez crônica, da manhã até à noite, por volta de 35 anos. A prevalência de alcoolismo cai a partir da sexta década de vida. Em parte, isto se deve a maior expectativa de vida dos alcoólatras, mas há um número significativo de alcoólatras que pararam espontaneamente. O álcool pode facilitar o início do sono e é provavelmente ou hipnótico mais usado no Brasil. No entanto, algumas horas após o uso, o sono fica superficializado, há um aumento do número de sonhos de agradáveis. O álcool predispõe e inúmeras complicações clínicas. O alcoólatra é frequentemente desnutrido e está predisposto a infecções devido à diminuição da imunidade celular e do número de linfócitos T "helper" Pela frequência com o que é usado, se contribui em um dos principais fatores de risco para hipertensão arterial e dislipidemias. Seu uso regular pode causar gastrite, refluxo gastresofágico Esofagite e piorar a revolução de úlceras. A aceleração do trânsito intestinal pode levar a diarreia crônica. O álcool é uma das principais causas de doenças do fígado: os danos causados variam de esteatose e hepatite alcoólica até cirrose e insuficiência hepática, pancreatite crônica. Frequentemente apresentam anemia por carência de vitamina do complexo B ou ferro, por aumento da hemólise e por diminuição da produção de hemácias. Carência de vitaminas e os efeitos diretos do álcool sobre o sistema nervoso causando diversos problemas neurológicos: polineuropatia periférica, convulsões, atrofia cortical e cerebral, entre outras. As quedas e acidentes comuns aos alcoólatras predispõe a traumatismos cranianos e a complicações como hematomas subdurais. Sim consumido durante a gravidez pode causar a chamada síndrome fetal pelo álcool. São observadas desde formações leves até alterações do desenvolvimento pré e pós-natal, anormalidades craniofaciais/microcefalia e retardo mental, é pouco provável que pequenas doses de álcool possam causar este quadro mas não há limite seguro para a da ingestão de álcool durante a gravidez, por isso a recomendação habitual é de que as gestantes se abstém por completo da bebida.

SÍNDROME MENTAIS ORGÂNICOS CAUSADOS PELO ÁLCOOL

Intoxicação

O consumo excessivo de álcool pode causar euforia, diminuição da atenção, prejuízo de julgamento, irritabilidade, depressão, habilidade emocional, etc. Acompanha-se de hálitos alcoólicos, fala pastosa, ataxia, hiperemia conjuntival, nistagmo e "rash" facial. Pode haver amnésia posterior aos eventos ocorridos durante a intoxicação (blackouts) Normalmente os efeitos iniciais são de desinibição comportamental com expansividade e hiperatividade, com doses mais elevadas nota-se notificação, sonolência, retraimento, progressiva diminuição do nível de consciência e eventualmente coma. A morte pode ocorrer por depressão respiratória ou aspiração de vômito quando a alcoolemia atinge de 400 a 700mg/dl. O diagnóstico diferencial inclui identificação por outros depressores do Sistema Nervoso Central (NSC). Distúrbios metabólicos e doenças neurológicas como ataxia cerebelares ou esclerose múltipla. Os casos leves ou moderados de intoxicação resolvem de 3 a 12 horas após o término do consumo de álcool e apenas requerem tratamento de suporte. Não a eficácia comprovada na

CHS - JOÃO PAULO II

administração de glicose em pacientes intoxicados. Casos de coma alcoólico devem receber os cuidados habituais aos casos de coma de outras causas. Pode ser necessário a realização de hemodiálise em caso de risco iminente de vida.

Intoxicação Idiossincrática (Intoxicação Patológica)
Caracteriza-se por intensa mudança de comportamento e agressividade após uma gestão de uma quantidade particularmente pequena de álcool que não causaria intoxicação na maioria das pessoas. O curso é breve, com remissão em algumas horas. Os "blackouts" são comuns. Lesões cerebrais pré-existentes, doenças debilitantes crônicas e idade avançada predispõem ao quadro. O diagnóstico diferencial inclui infecção não patológica pelo álcool e intoxicação por uma substância como benzodiazepínicos ou cocaína. A internação é geralmente necessária pelo risco de alto ou heteroagressividade. Utiliza-se benzodiazepínicos ou haloperidol para diminuir o quadro de agitação psicomotora.

Síndrome de Abstinência
Inicia-se algumas horas ou até dois dias após a interrupção, de diminuição de gestão de álcool. Normalmente reemite espontaneamente em 5 a 7 dias. Os sintomas incluem: tremores náuseas ou vômitos, fraqueza, hiperatividade automática (taquicardia, sudorese e aumento da pressão arterial), ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, alucinações transitórias, Ilusões, cefaleia e insônia. Podem ocorrer convulsões tônico/clônicas generalizadas. O diagnóstico diferencial deve ser feito com alucinoses alcoólicas, abstinência de benzodiazepínicos, hipolicemia, cetoacidose diabética e tremor essencial. Embora o quadro é reemita espontaneamente em até sete dias pode ser necessária reposição vitamínica, controle hidroeletrolítico e sedação. Os benzodiazepínicos de meias-vidas longas são as drogas de escolha. O tratamento pode ser iniciado com 10mg de Diazepam por via oral repetido a cada 30 min conforme necessário para sedação suave. O paciente deve ser mantido Alerta e em condições de cooperar: doses exageradas devem ser evitadas Por que a sonolência excessiva dificulta ou manejo do paciente. Frente a hepatopatias graves podem preferir o uso de Lorazepan que é mais facilmente metabolizado nestes casos. Alguns fatores estão comprovadamente relacionados a evolução da abstinência leve para um quadro de abstinência mais grave (delirium tremens): broncopneumonia, infecção urinária, desnutrição, convulsões, lesões de SNC e depressão são as principais destas.

Delirium tremens
Uma forma grave de abstinência do álcool. É caracterizada pela presença de delírios, tremores e hiperatividade autonômica. As alterações cognitivas constituem os sintomas centrais: rebaixando do nível de consciência e dá atenção voluntária, desorientação temporo-espacial, desorganização do pensamento e dificuldade de retenção de novos dados, alucinações visuais, auditivas ou táteis são frequentes, mas não obrigatórias. Delírios e agitação também são comuns. Como em outros quadros de delirium há alteração do ciclo de sono/vigília e os sintomas se intensificam a noite. Os tumores são grosseiros podendo envolver mãos e a região perioral. A hiperatividade autonômica é marcante, com febre, taquicardia, sudorese e oscilação da pressão arterial. O alcoólatra está ainda, sujeito a outras causas de delírio que devem ser

CHS - JOÃO PAULO II

investigadas: distúrbios hidroeletrolíticos, hipoglicemia, convulsões, traumatismo crânio-cefálicos, infecções, insuficiência hepática, Síndrome de Werni ck-Korsakoff, entre outras. O delirium tremens é uma verdadeira urgência médica: 5 a 15% dos pacientes morrem quando não tratados. Alguns fatores são preditivos desta evolução mais grave do quadro de abstinência do álcool, por exemplo: lesões do SNC, desnutrição, infecções (principalmente broncopneumonias), convulsões e depressão Paciente com delirium tremens devem ser internados em todos os casos. Hidratação e correção de eventuais distúrbios hidroeletrolíticos (hipomagnesemia e hipopotassemia são os mais comuns), obedecem as indicações usuais. Administração de vitamina do complexo B é rotineira, devido à alta incidência de carência nutricional nesta população. A sedação obedece ao mesmo esquema usado nos casos de abstinência não complicada, mas as doses empregadas costumam ser maiores. A droga de escolha em nosso meio e o Diazepam. Este é usado preferencialmente, por via oral e quando não é possível a utilização desta via, é possível a administração, por via endovenosa. Esta droga não deve ser administrada por via intramuscular, pois esta acarreta em distribuição errática da droga.

Alucinose alcoólica

O quadro constitui-se de alucinações vívidas e persistentes que aparecem logo após redução, parada ou aumento de gestão de álcool (geralmente em 48 horas), sem alteração do nível de consciência. As alucinações podem ser auditivas (vozes ou outros sons, como conteúdo desagradável) ou visuais. Eventualmente, ocorrem ideias de perseguições pouco estruturados. Um quadro pode durar alguns dias ou meses ou evoluir para a forma crônica mais de 6 meses, e mais raramente. O diagnóstico diferencial é com esquizofrenia e abstinência de álcool. O tratamento para este quadro são os neurolépticos haloperidol em dose de 1 a 10mg/dia.

Síndrome Wernicke-Korsakoff

O quadro se inicia com a encefalopatia de Wernicke, caracterizada por ataxia cerebelar, confusão mental, oftalmoplegia e nistagmo. Outros sinais neurológicos podem aparecer ia apresentações incompletas são comuns. Mas de 15% dos casos não tratados podem evoluir para a morte. O quadro se deve a impossibilidade de utilização de glicose na falta de tiamina; quase invariavelmente hà deficiência de outras vitaminas do complexo B que provavelmente distribui para os déficits observados. Na ausência de tratamento rápido, muitos pacientes desenvolvem um comportamento Severo e geralmente Irresistível da memória. Nesta fase chamada de Korsakoff, A consciência é vigil e não há outras alterações cognitivas. A fixação de novo os conhecimentos e bastante afetada e a evolução de dados antigos também pode estar prejudicada. Fabulações podem surgir para preencher as lacunas meméticas, principalmente nos estágios iniciais da doença: a memória dos acontecimentos do dia a dia é mais afetada do que os conhecimentos gerais (memórias declarativas) ou a memória dos procedimentos. A encefalopatia de Wernicke se deve a incapacidade de utilização de glicose na falta de tiamina: invariavelmente há deficiência de outras vitaminas do complexo B. O tratamento é feito com altas doses de tiamina intramuscular, inicialmente, a administração é repetida até o controle das alterações oculares: conte continua-se a administração de cerca de 100mg diárias por 1 semana. Outras vitaminas do complexo B também devem ser repórter. Cabem ressaltar que a

CHS - JOÃO PAULO II

encefalopatia de Wernicke pode ser desencadeada pela administração de glicose endovenosa no alcoolista em quadro de abstinência pelo álcool, sem a administração prévia de tiamina.

Demência associada ao uso crônico de álcool
Uma das mais frequentes causas de demência, instalar-se após ingestão prolongada de grandes quantidades de álcool, Apesar de uma tendência a maior prejuízo de funções não verbais, não apresentam características específicas. Seu diagnóstico requer a exclusão de outras causas de demências e não deve ser firmado antes de 3 semanas e abstinência. O tratamento consiste de medidas Gerais e reforço da abstinência. Não há medicações específicas.

Solventes orgânicos (inalantes)
Vários produtos comerciais com aerossóis, tintas, verniz, colas esmalte, removedor, tem substância Olá (hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos com tolueno, xilol, acetona, etc.) que podem ser inalados voluntariamente ou involuntariamente. Um abuso desta substância É frequente, principalmente entre crianças e adolescentes.

Efeitos físicos
Ocorrem hiperemia conjuntival, fotofobia, diplopia, zumbido no ouvido, irritação das mucosas de nariz, boca e tosse. Podem ocorrer náuseas, vômitos, diarreias, arritmias, dores torácicas, musculares e articulares.

Efeitos psíquicos
Euforias (este é o efeito procurado, mas a para passageiro, pois trata-se de drogas que deprimem o SNC), vertigem, torturas, desinibição, sensação de estar flutuando, Ilusões, obnubilação e sonolência; ocasionalmente, um episódio de intoxicação intensa pode causar amnésia.

Intoxicação
Eventualmente ocorrem convulsões. Pode haver depressão respiratória e a etnia levando a perda de consciência e morte súbita.

Abstinência
Não a síndrome de abstinência de escrita para esse grupo.

Complicações clínicas
Arritmia cardíaca, hepatite, insuficiência renal, anemia aplástica, miastenia, deficiências transitórias a função pulmonar, perturbações gastrointestinais e neuropatia periférica. A maioria destes distúrbios são transitórios e desaparecem com medidas de suporte geral porém podem ocorrer paralisia de membros inferiores por degeneração dos nervos periféricos.

Complicações pelo uso crônico
Prejuízo de memória, menor destreza manual, aumenta de reação a estímulos. Cansaço, cefaleia, convulsão, descoordenação motora, fraqueza muscular e paralisia dos membros

CHS - JOÃO PAULO II

inferiores. O uso prolongado pode resultar em lesões do SNC, manifestando-se por tremor grosseiro, ataxia e distúrbio do pensamento.

BENZODIAZEPÍNICOS

Usado como sedativo, hipnótico ou racional, são medicamento psicoativos mas prescrito.

Efeitos

Ocasionam depressão reversível no SNC caracterizada por leve sonolência, níveis variáveis de sedação e relaxamento muscular. Provocam prejuízo da memória e do desempenho psicomotor.

Intoxicação

Pode ocorrer sedação acentuar, além de arroz arritmia cardíaca e respiratória.
Morte por parada respiratória pode acontecer repetidamente.

Abstinência

A inalação é variável, dependendo da meia-vida da substância em uso. No caso do composto de excreção mais, pode ocorrer duas ou mais semanas após a interrupção do uso. Em geral após 12 a 16 horas da última dose, ocorre ansiedade, tremor fraquezas, náuseas, vômito, câimbras hipotensão, hiperreflexia. Após 24 horas: fraqueza, tremores, hiperreflexia, desejo intenso da droga, podendo haver convulsões e dellirium. Nas 24 a 72 horas seguintes ocorrem a intensificação máxima dos sintomas para depois desaparecerem gradativamente. Durante os próximos seis meses podem ainda aparecer alguma ansiedade, distúrbio do sono e alterações do sistema nervo autônomo.

Complicações Clínicas

Precipitação de insuficiência respiratória em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica.

Complicações psiquiátricas

Perturbações de memória provavelmente reversíveis), redução da capacidade de julgamento e de raciocínio, além de diminuição da performance motora por redação, comportamento agressivo e depressão. Podem ocorrer estados psíquicos, geralmente transitório, constitui por ali auditivas e ideias diferentes de conteúdo para Paranoide.

Tratamento

Nos casos mais leves, é possível a suspensão abrupta da medicação. Em casos mais graves de independência, dependência a sua suspensão gradativa da droga. Para te, compostos de excreção lenta, como o Diazepam, são a preferi. Após a utilização da dose administrada. Retira-se o equivalente a unidade farmacológica da dose diária a cada semana.

OPIÓIDES

CHS - JOÃO PAULO II

Incluímos tanto os opióides naturais como heroína e morfina quanto os sintéticos como cocaína, meperidina, metadona, etc. Estas substâncias são prescritas como analgésicos, anestésicos antidiarreicos e suspensores da tosse. Os opióides são tipicamente ingeridos, Mas podem ser usados por via intravenosa como é o caso da heroína. Também podem ser utilizados por inalação ou fumados.

Efeitos

Analgesia, sonolência, alterar e em doses mais altas, depressão do SNC e das atividades cardíacas. Quando a droga é utilizada por via endovenosa, causa em e meu em ventre semelhante orgasmo, rubor na pele e sensação de flutuação e euforia. Provocam bradipnéia, hipotensão arterial, obstipação intestinal, suspensão da tosse e confusão. Os sintomas variam de acordo com o estado geral de uso da droga. Estes sintomas incluem: depressão respiratória, cianose, miose, edema pulmonar, arritmia cardíaca e convulsões. A morte pode ocorrer por uma combinação de depressão respiratória e edema pulmonar e/ou cerebral.

Complicações Clínicas

Infecções resultantes de agulha ou equipamento de preparo contaminados: abscessos de pele e músculos, endocardites bacterianas, inflamações pulmonares, hepatites virais, sífilis, septicemia e AIDS. Arritmia cardíaca, úlceras gástricas, anemias também podem ocorrer.

Em geral começa 4 a 12 horas depois da última dose, dependendo da droga, e os sintomas mais comuns são: desejo intenso pela droga, lacrimejamento, coriza, você, sul do sudorese, som, agitado midríase, fraqueza, irritabilidade, tumores, insônia, perturbações gastrointestinais, (cólicas e diarreia), calafrios, rubor e câimbras. Em casos graves, ou de pode ser cuidar. Estes sintomas começam a diminuir 7 a 10 dias após o início desaparecendo uns dias mais tarde.

Tratamento da Abstinência

Manutenção de estado geral e nos casos mais graves internação e introdução de medicação específica (clonidina). Deve-se começar com 0,2 a 0,4mg diários de clonidina aumentando-se até ao máximo de 1,2mg diário três vezes ao dia). A dose deve ser suficiente para o controle da hiperatividade autonômica. Os efeitos colaterais são sedação e hipotensão importantes. Clonidina é contraindicada com história de doença cardiovascular, hipotensão ou conhecida hipersensibilidade a droga. Sua retirada deve ser gradual para evitar a concorrência de crise hipertensiva.

ESTIMULANTES

As drogas estimulantes do Sistema Nervoso Central devem ser divididas em três principais grupos, de a características Farma farmacológicas diferença:

- Cocaína
- Vitaminas
- Drogas anfetaminóides (Anorexígenos).

CHS - JOÃO PAULO II

COCAÍNA

Cocaína é uma substância que atua no SNC bloqueando a recaptação de monoaminas, incluindo norepinefrina, e dopamina e serotonina. Esse bloqueio resulta em uma acumulação dessas aminas biogênicas na fenda sináptica. Tem também um efeito estabilizador de membrana neuronal que é responsável por uma ação anestésica local. Os efeitos observados após a administração de cocaína pode variar em função da Via utilizada. Com a utilização de vias endovenosa, o início da ação é imediato, o pico atingido é elevado e o decaimento do efeito é também rápido quando comparada a utilização de via nasal (cheirar). A utilização da Via pulmonar (crack) tem resultados celulares a via endovenosa. O "crack", em nosso meio, é preparado a partir da cocaína em pó com uma base fraca e água, sendo em seguida aquecido. Em outros países, "crack" recebe o mesmo nome, sendo produzido a partir da pasta de coca (impura), uso de solventes tais como álcool, acetona, gasolina entre substâncias impuras, que aumenta a toxicidade do consumo desta forma de cocaína. A popularidade recente do "crack" costuma ser atribuída a este método simples e seguro de produção, custo relativamente baixo, facilidade de consumo por via fumada, efeito rápido e mais intenso do que o uso endovenoso. Em virtude desta carácter, observamos um processo extremamente rápido do consumo para a dependência (em alguns casos este período é de cerca de um mês).

Efeitos físicos

Aumento da frequência cardíaca, pressão, temperar (por coração contração muscular), midríase, tremor de extremidades e vasoconstrição.

Efeitos químicos

Sensação de bem-estar, eu fui, ao autoconfiança, hiperativo, desinibição abolição da fome e da sensação de cansaço. Com o aumento da dose, observa-se ansiedade, irritabilidade, apreensão e desconfiança que pode-se identificar até o aparecimento de ideação delirante de auto referência. Também podem surgir alucinações preferencialmente auditivas, ameaçadora, alucinações táteis, descrita como a sensação de insetos Andando Sobre a pele foram relatados cocaína, em os usuários até pânico típico.

Abstinência

Usuários crônicos foi descrita uma síndrome que surge após o Episódio de uso compulsivo continuando por várias horas. Esta síndrome consiste em letargia, apatia, tremor, aumento de apetite, hipersonia, irritabilidade com polarização depressiva do humor (disforia). Este quadro é chamado "crash".

Complicações psíquicas

A compulsão ao uso de cocaína que se desenvolve nos dependentes é muito intensa e é chamada "fissura". Esta compulsão pode ser desencadeada por estímulos ambientais ou internos (estados psíquicos) relacionados previamente ao uso. Por exemplo, a visão de seringas ou agulhas nos usuários por via endovenosa. São descritos para uso, o uso crônico, quadros de disforias e de depressão severa. O primeiro caracterizado por humor irritável, depressivo, acompanhado por intensa agitação psicomotora (geralmente autolimitado). O segundo também transitório, é

associado ao humor depressivo intenso com importante risco de suicídio. Esse quadro tanto podem ser tratados com benzodiazepínicos como com fenotiazinas.

Complicações clínicas por uso crônico

O uso endovenoso predispõe a maior chance de arritmia cardíacas e convulsões tônico/ clônicas generalizada (isto também ocorre quando a cocaína é fumada). Além desta, existem complicações divididas em infecções: flebites, abscesso subcutâneo, endocardites bacterianas, é para infecciosa, AIDS, infecções pulmonares, etc. No uso por via nasal pode ocorrer atrofia de mucosa com consequente rinite chegando, por vezes, a pé perfurar do. Ouvir pulmonar as consequências específicas são queimaduras em mãos, boca e vias respiratórias superiores pela alta temperatura necessária para liberação da cocaína a partir dos cristais de (crack).

ANFETAMINAS

Como a cocaína, a anfetamina é uma substância que atua no SNC bloqueando a recaptação de monoaminas, incluindo norepinefrina e dopamina. Este bloqueio resulta em uma acumulação destas aminas biogênicas na fenda sináptica. O uso mais comum dessa substância está relacionado as suas propriedades anorexígenas, e para aumento de desempenho Atlético e intelectual. O consumo em nosso meio ocorre por via oral, sendo que o pico plasmático é atingido em 30 minutos.

Efeitos físicos

Aumento da frequência cardíaca, pressão, Arterial, temperatura (por ação centra e aumento de contração muscular), midríase, tremor de extremidades e vasoconstrição.

Efeitos psíquicos

Sensação de relaxamento, euforia, aumento de autoconfiança, hiperatividade, desinibição social, abolição da fome e dá sensação de cansaço. Com o aumento da dose observa-se ansiedade, irritabilidade, insônia, alteração do humor (disforia), apreensão, desconfiança e movimentos estereotipado. Também podem surgir delírios e alucinações, preferencialmente auditivas. Anfetaminas causam, em usuários, ataques de pânico típicos.

Abstinência

As anfetaminas assim como todos os estimulantes do SNC causam sintomas específicos de abstinência: uma fase inicial caracterizada por hipersonia acompanhada de pesadelos. Nos primeiros dias devido a irritabilidade e humor depressivo, o risco de suicídio deve ser considerado. A depressão causada na abstinência pode ter duração prolongada (até 15 dias).

Complicações específicas

A “fissura” ocorre principalmente durante abstinência, coincidindo com humor depressivo-irritável. As anfetaminas e as drogas anfetaminóides produzem quadro psíquico similar a esquizofrenia paranoide, mas o quadro é autolimitado. Em indivíduos predispostos o consumo

desta droga pode desencadear fases maníacas ou surtos esquizofrênicos. Episódios de agitação e ciclomotor a acompanhado por descobria e estereotipias são frequentes no uso em altas doses.

Complicações clínicas para uso intravenoso
Maior chance de arritmia cardíacas e de convulsões tônico/clônicas generalizadas.

DROGAS ANFETAMINOIDES (anorexígenos)
São substâncias estimulantes prescritas principalmente por efeito de redução do apetite remédios para emagrecer). Estas drogas produzem graus variáveis de estimulação do SNC e potencial para desenvolvimento de abuso de dependência. Seus efeitos anorexígenos, podem desaparecer após 6-12 semanas de consumo continuado (tolerância). Estas substâncias causam insônia, agitação e ansiedade como sintomas proeminentes, sendo que em grandes doses produzem todas as complicações pelo uso de anfetaminas.

MACONHA E HAXIXE
Podemos incluir aqui todas as substâncias psicoativas derivadas de plantas canabis Sativa. O ingrediente psicoativo principal destas substâncias é o delta-9 tetrahidrocanabinol (THC). Estas substâncias são predominantemente fumada, eventualmente, podem ser ingeridas misturadas com alimentos. A principal diferença entre a maconha e o Haxixe é o teor de delta-9 tetrahidrocanabinol: O Haxixe é, aproximadamente de vezes mais potente que a maconha.

Efeitos Físicos
Taquicardia, hiperemia de conjuntiva, boca seca e tremores de mãos, prejuízo da coordenação motora e diminuição da força muscular.

Efeitos Psicológicos
São muito variáveis, dependendo inclusive da expectativa do usuário. Em geral, provoca relaxamento, diminuição da ansiedade, aumento de apetite, euforia, alteração da percepção do tempo e do espaço. Com doses mais altas aparecem alterações de memória e de pensamento, medo, ansiedade, sensação de ser perseguido, alucinação e mal-estar difuso.

Intoxicação
O uso de grandes quantidades pode provocar uma síndrome mental orgânica com ou sem ideação paranoide. Os estudos psíquicos que podem acontecer são transitórios, mas pode ser necessário medica-los com neurolépticos por curto período. Tais estados são semelhantes aos quadros psíquicos de esquizofrênicos. Podem ocorrer crises de pânico que eventualmente requeiram uso de baixas doses de benzodiazepínicos. Em geral Tais crises duram poucas horas.
Abstinência
Não a síndrome de abstinência de escrita para este grupo.

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS

CHS - JOÃO PAULO II

A maior incidência de infecção das vias aéreas superiores e diminuição da capacidade Vital pulmonar. Discute-se se pode aumentar a incidência de câncer. Provoca a diminuição reversível da fertilidade masculina por diminuição da produção de espermatozoides.

Complicações Psiquiátricas Pelo Uso Crônico

O único prejuízo claramente associado ao uso crônico de maconha é o prejuízo da memória de fixação. Não está claro se a maconha pode levar a uma (síndrome emocional), que seria composta por desinteresse e desmotivação para as atividades do cotidiano.

Tratamento Das Dependências E Substâncias Psicoativas

Não existe um tratamento universal para as farmacodependências. Nenhuma modalidade terapêutica mostra-se claramente superior para todos os pacientes. Entretanto, alguns princípios comuns devem estar presentes em qualquer abordagem terapêutica. O tratamento das dependências, um distúrbio crônico, requer um tratamento longo. O tratamento deve ser voluntário, para que melhores resultados sejam obtidos. Na maioria dos dependentes não podem ser considerada incapaz, do ponto de vista legal, de modo que o tratamento compulsório deverá ocorrer apenas em caso de em excesso, quando o paciente corre risco iminente de vida (arritmia cardíaca, varizes de esôfago sangrantes ou se encontra incapaz, de controlar seus próprios atos (intoxicação severa, delirium, outros quadros psicóticos). O envolvimento de familiares no tratamento é de extrema importância: devido a dependência e as suas consequências, são comuns sentimentos de raiva, frustração e culpa. Através do envolvimento familiar, pretende se a desmistificação da existência de culpados pela farmacodependência e melhoria da comunicação nas relações interpessoais familiares. Didaticamente, Podemos dividir o tratamento das dependências em três fases, independentemente da modalidade de abordagem teórica empregada pelo profissional:

1. Promoção de abstinência
2. Tratamento das complicações
3. Prevenção de Recaídas.

Promoção de Abstinência

Frequentemente, O paciente espera poder controlar seu uso de droga, sem ter que interrompê-lo. Este ponto deve ser discutido à exaustão, uma vez que Esta possibilidade é bastante remota e a abstinência é fundamental. Cada uso isolado da, droga, independentemente da quantidade, ou mesmo o consumo de Outras Drogas, aumentam muito o desejo da utilização das substâncias, diminuindo assim a capacidade do indivíduo manter o controle desejado no tratamento. Desta forma, o processo de recuperação fica postergado indefinidamente. Além desses fatores, o uso de drogas compromete o funcionamento psíquico do indivíduo prejudicando o processo terapêutico. A interrupção do consumo de drogas deve ser abruta na maioria dos casos e de todas as drogas. O indivíduo dependente caracteriza-se por possuir o controle necessário para a manutenção da abstinência e pelo desejo de experimentar estados alterados de consciência. A interrupção do consumo de drogas implica em mudanças dos

CHS - JOÃO PAULO II

hábitos do indivíduo, como por exemplo, evitar situações usuais específicas que representam risco de recaída (frequentar locais de obtenção de substância). A síndrome de abstinência de algumas substâncias pode incluir uma série de efeitos indesejados, que são aliviados através da administração da substância. Estes efeitos devem ser prontamente identificados para a abordagem eficaz, pois apresenta grande possibilidade de indução e recaídas (por exemplo, a ansiedade da abstinência da cocaína, ou mesmo sintomas autonômicos de abstinência em dependentes de álcool). Abstinência, pode inclusive, representar risco de vida para o paciente (p. ex. álcool e o opiáceos).

Tratamento das Complicações

Qualquer tratamento psicofarmacológicos para dependentes deve respeitar cinco regras básicas:

1. Diagnóstico - muitas vezes a abstinência pode minimizar sintomas psicopatológicos, confundindo o diagnóstico de uma possível comorbidade.
2. Prescrição - sempre que possível, deve-se optar por substância que possua baixo potencial de abuso, e que possuam meia vida longa.
3. Margem de segurança - grande parte dos suicídios ocorrem entre dependentes de substâncias psicoativas (nos EUA). 15% dos suicídios são praticados por dependentes de álcool. Desta forma, deve-se optar por medicamentos que possuam maior margem de segurança possível.
4. Limitação na quantidade - pela mesma razão acima, o paciente deve ter acesso a quantidade bastante limitada das substâncias.
5. Testes laboratoriais - sempre que possível devem ser realizados testes para determinação de níveis séricos das substâncias prescritas, bem como para a detecção de outras substâncias que possam ser consumidas pelo paciente sem o conhecimento de seu médico.

Prevenção de Recaídas

Esta fase deve ser iniciada imediatamente após a obtenção da droga. A prevenção de recaída consiste em estratégia para o paciente adquirir gradativamente o autocontrole necessário em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Esta estratégia deve incluir a detecção de situações que envolvem risco de indivíduos consumir a droga e auxílio ao paciente para iniciar e manter alternativa de comportamento quando expostos a situações de risco, favorecendo, mudanças de hábitos (estilo de vida) do paciente. A estratégia deve ser dinâmica, ou seja, deve incluir possibilidade de revisão durante a duração do tratamento, para a inclusão de outros fatores de risco que se interpõem durante o surgimento. Alguns aspectos devem ser incluídos em qualquer programa de surgimento:

- Abstinência total de todas as drogas. Conforme descrito acima, qualquer consumo desencadeia o desejo de manutenção deste e prejudica o controle sobre o uso da própria substância ou de qualquer outra (p. ex. “craving”, por cocaína durante a intoxicação por álcool).
- Estabelecimento e metas de curto prazo. A proposta de metas de curto prazo possibilita maior aderência do paciente: o dependente caracteriza-se, segundo muitos autores por apresentar necessidades de recompensa rápida por sua incapacidade de lidar com

CHS - JOÃO PAULO II

frustrações. Metas de curto prazo (p. ex. abstinência de 1 semana) facilitam a diminuição de ansiedade do paciente frente ao tratamento, possibilitando avaliações constantes de seu surgimento e induzindo a percepção de melhoras em pequeno período, estimulando assim a continuidade do programa de manutenção da abstinência e das modificações comportamentais, com a resolução possível de prejuízo em áreas comprometidas pelo consumo (p. ex. relações familiares, se situação, etc.)

- Favorecer a compreensão do paciente quanto ao grande risco de um dado momento do tratamento, testar o grau de controle que adquiriu sobre a droga.
- Esta é uma das causas mais comuns da recaídas, possuindo ainda, uma espécie de efeito cascata, ao recair, o paciente frequentemente apresenta sentimentos de desmoralização, que normalmente tomam mais suscetível a novas recaídas ("período por um período por mil").
- Avaliação continuada dos fatores e situações que favorecem a recaída. Durante o tratamento o paciente Experimenta situações em que não imaginava, no início do tratamento, como passíveis de induzir recaídas, que irão necessitar de enfoque no surgimento, para diminuir o potencial da recaída.
- O profissional deve estimular que o paciente fortaleça laços de amizade com não usuários e melhor relacionamento familiar. Discussões familiares, problemas profissionais devem ser avaliados pelo potencial de associar-se a recaídas. Durante o segmento terapeuta e paciente devem "mapear" situações de risco (p. ex. encontrar companheiros de consumo), com a finalidade de desenvolver técnicas específicas para o dependente lidar com cada uma delas, incluindo (e mantendo) alternativas comportamentais frente a esta situação.
- O profissional deve se atentar de que recaídas são comuns e deve ser lidadas com dependente como integrante do programa de manutenção. Uma recaída isolada tem a possibilidade de apontar "falhas" no plano inicial de seguimento, possibilitando intervenção imediata, com o resultado de implementação do programa terapêutico.
- Relação global de violação de substância quando o paciente recair, apresenta sensação de que todos os esforços anteriores foram inúteis. Isto poderá gerar sentimentos intensos de auto desvalorização (p.ex. não presto para nada", "não sou capaz de cumprir regras"). Estas situações apresentam um risco geral para o tratamento porque favorecem recaídas subsequentes, tendo como consequência o isolamento do paciente, ou fazendo o desacreditar do programa estabelecido. Deves nesse momento, reforçara ideia de que o tratamento é um contínuo, e uma recaída isolada pode significar o aprendizado de como lidar com situações diferentes daquelas que o paciente inicialmente descreve como "de risco", identificando outros fatores que necessitam ser abordados no tratamento.

CHS - JOÃO PAULO II

1.8. Procedimentos Médicos: UTI

PROCEDIMENTO: Abordagem da PCR Na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter o paciente ventilado e com sistema circulatório ativo
- Determinar a causa da PCR.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável, medicamento pertinentes.

CHS - JOÃO PAULO II

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC primário
- Manobras manuais para abertura de vias aéreas superiores com controle da coluna cervical.
- Ventilação com máscara (e oxigênio suplementar - 5l/min).
- Compressões torácicas (massagem cardíaca externa).
- Procurar Fibrilação Ventricular e desfilar.
- Manter temperatura corporal.
- ABC secundário.
- Intubação orotraqueal.
- Ventilação via cânula traqueal com oxigênio a 100%
- Acesso venoso (gelco n. 16) e drogas (aminas vasoativas).
- Diagnóstico diferencial (e tratamento).

CUIDADOS

- Monitorar o paciente com cardioscopia e oximetria de pulso.
- Colher hemogasometria arterial.

AÇÕES CORRETIVAS

- Corrigir possíveis distúrbios com base nos resultados da hemogasometria.
- A depender do ritmo, seguir para os protocolos específicos.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Fibrilação e Taquicardia Ventricular sem Pulso na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas da vida.
- Reverter o quadro de fibrilação e/ou taquicardia ventricular.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco,

CHS - JOÃO PAULO II

desfibrilador, estetoscópio, tensiômetro aparelho de eletrocardiograma), material para curativo e material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC - Manter suporte básico de vida até desfibrilador conectado.
- Desfibrilar até 3 vezes com 200, 300 e 360 J para TV ou FV persistente.

CUIDADOS

- Preparar desfibrilador com gel condutor nas suas pás.
- Ao chocar o paciente ter certeza que estão todos da equipe afastados do paciente ou do leito.
- Colher hemogasometria e tratar possíveis alterações.

AÇÕES CORRETIVAS

- Se TV ou FV refratária - Ver rotina para TV e FV refratária. (PMH 018/019).
- Se atividade elétrica sem pulso - Ver protocolo. (PMH 010).
- Se evoluir para assistolia - Ver protocolo. (PMH 009).

PROCEDIMENTO: Abordagem da Fibrilação Ventricular Persistente (refratária) na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas de vida.
- Reverter o quadro de fibrilação e/ou taquicardia ventricular.

MATERIAL NECESSÁRIO

CHS - JOÃO PAULO II

- Material descartável (cateter de oxigênio, eletrodos, equipos, seringas, agulhas, gelcos), gel condutor, medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (desfibrilador, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro), material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC
- Intubação com cânula orotraqueal (7,0 - 8,5).
- Desfibrilar com 360J
- Adrenalina - 1mg IV de 3/3min.
- Após a droga, fazer "flush" de sol. Salina e RCP por 30 seg.
- Desfibrilar com 360J
- Lidocaína 1mg/kg IV até 3mg/kg
- Desfibrilar com 360J.

CUIDADOS

- Preparar desfibrilador com gel condutor nas suas pás.
- Ao chocar o paciente ter certeza que estão todos da equipe afastados do paciente ou do leito.
- Manter padrão: droga/choque.

AÇÕES CORRETIVAS

- Considerar Sulfato de Magnésio 1-2g IV em alcoólatras e o uso de diuréticos, como também amiodarona (dose de ataque 5mg/kg IV.
- Se atividade elétrica sem pulso - Ver protocolo. (PMH 010).
- Se evoluir para assistolia - Ver protocolo. (PMH 009).

PROCEDIMENTO: Abordagem da Assistolia na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas da vida.
- Reverter o quadro de assistolia ventricular.
- Diagnosticar causa da assistolia.

MATERIAL NECESSÁRIO

CHS - JOÃO PAULO II

Material descartável (cânulas orotraqueal, sonda para aspiração, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos, (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, respirador, monitor cardíaco, aspirador, estetoscópio, tensiômetro, material para curativo e material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC
- Intubação com cânula orotraqueal (7,0 - 8,5).
- Acesso venoso com gelco n.20.
- Confirmar assistolia em mais de uma derivação.
- Atropina 1mg IV de 3/3 min.
- Considerar término de esforços após 30 min.

CUIDADOS

- Considerar causas de assistolia.
- Hipóxia.
- Hipercalemia ou hipocalemia.
- Acidose.
- Intoxicação exógena.
- Hipotermia.

AÇÕES CORRETIVAS

Manter RCP prolongada na hipotermia e na intoxicação por barbitúricos (+ 30 min.).

PROCEDIMENTO: Abordagem na Atividade Elétrica sem Pulso na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas da vida.
- Reverter o quadro de atividade elétrica sem pulso.
- Atentar para eventuais causas da pseudodissociação.

CHS - JOÃO PAULO II

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (cânula orotraqueal n.7,0 / 7,5 / 8,0 e 8,5 gelcos, equipos de soro, seringas de 2,5 / 3,0 / 5,0 / 10ml, agulhas 30x / 30x 8, Tensiômetro, estetoscópio, garrote), medicamentos e equipamentos pertinentes (monitor cardíaco, desfibrilador).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC
- Intubação com cânula orotraqueal (7,5 - 8,5).
- Acessos venosos 2 com gelcos n.16 e 18.
- Adrenalina - 1mg IV de 3/3 min,
- Se presente bradicardia.
- Atropina 1mg IV 3/3 min. até 3mg.

CUIDADOS

- Considerar causas de pseudodissociação:
  - Hipovolemia.
  - Tamponamento cardíaco.
  - Acidose Metabólica.
  - "Overdose"
  - Pneumotórax hipertensivo.

AÇÕES CORRETIVAS

- Considerar os respectivos tratamentos após confirmar uma das causas abaixo:
  - Hipovolemia - reposição com solução cristaloide inicialmente e após com coloide.
  - Tratamento cardíaco - pericardiocentese.
  - Acidose metabólica - bicarbonato de sódio (?) - tratar causa.
  - Pneumotórax hiperativo - descompressão com agulha, confirmar se possível, com RX x de tórax em PA.

PROCEDIMENTO: Abordagem de Bradicardias na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manter as condições básicas da vida.
- Reverter o quadro de bradicardia.

CHS - JOÃO PAULO II

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável, medicamentos e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC (suporte básico da vida).
- O2 sob cateter 5 l/min.
- Acessos venosos (2) com gelcos n.16 e:18.
- Monitor cardioscópio, oxímetria, PA e sinais vitais.
- ECG de 12 derivações.

Determinar-se instável ou estável

Se Instável

- Caso esteja consistente promover analgesia e sedação:
  - Midazolam 0,1mg/kg IV.
  - Morfina 3 a 4mg IV.
  - Assim que possível marcapasso provisório transvenoso.
  - Atropina 0,5 a 1mg IV.
  - Dopamina 5 - 20ug/kg/min.
  - Adrenalina 2 - 10ug/min.

Se Estável

- BAV de 3o grau 2o grau tipo II
- Caso esteja disponível deixar em "stand by" o marca-passo externo transtorácico.

CUIDADOS

- Atentar para Sinais de instabilidade:
  - Hipotensão arterial.
  - Choque.
  - Alteração sensorial.
  - Insuficiência ventricular esquerda.
  - Precordialgia.

AÇÕES CORRETIVAS

Caso haja dificuldade de reverter o quadro e ausência de marca-passo externo ou transvenoso temporário, dever-se-á transferir o paciente para Unidade Hospitalar.

PROCEDIMENTO: Intubação em Situações Especiais na UTI

RESPONSÁVEL: EQUIPE

RESULTADOS ESPERADOS

Entubar paciente em situações especiais com menor risco de PCR.

CHS - JOÃO PAULO II

MATERIAL NECESSÁRIO

- Material descartável (seringas, agulhas gelcos, equipos de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes estetoscópio, tensiômetro monitor cardíaco, desfibrilador, respirador, oxímetro de pulso).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Paciente e Hipovolêmico

- Lidocaína 1 - 2mg/kg IV.
- Ketamina 1 - 2mg/kg ou etomidato 0,2mg/kg.
- Succinilcolina 1 - 2mg/kg ou Atracúrio 0,5mg/kg.

Paciente com TCE

- Lidocaína 1 - 2mg/kg IV.
- Tiopental 5mg/kg.
- Succinilcolina 1 - 2mg/kg ou Atracúrio 0,5mg/kg.

CUIDADOS

- Tiopental tem risco de hipotensão - administração lenta.
- Manter monitorização com cardioscopia, oxímetria e capnógrafo (se houver).
- Manter oxímetria de pulso entre 95 e 100%

AÇÕES CORRETIVAS

- Auscultar ambos hemitórax para diagnosticar possível intubação seletiva. Caso aconteça remover parcialmente a cânula, até que ambos pulmões possam se expandir.
- Considerar intubação nasotraqueal em situações especiais.

PROCEDIMENTO: Abordagem da Dor Torácica na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Identificar a etiologia da dor torácica.
- Sanar a dor.

CHS - JOÃO PAULO II

- Iniciar o tratamento da eventual causa.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Laudo do raio X, Exame laboratoriais, Material descartável (seringas, agulhas, gelcos, cateter de oxigênio, cateter de PVC equipos de soro), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (aparelho eletrocardiograma, estetoscópio, tensiômetro, termômetro).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Definir se a dor é atípica ou típica:

Se atípica:

- ECG.
- Raio x de tórax em PA.
- Investigar diagnóstico diferencial.
- Dispepsia, Osteoartropatia de coluna, Afecção de parede muscular, Pleurisia, Embolia pulmonar, Pneumoniatórax, Dissecção aórtica).
- Medicar com a AINS.
- Liberar o paciente.

Se típica:

- Monitorizar o paciente.
- Acesso venoso periférico com gelco 16 ou 18.
- Cateter nasal com O2 a 5 l/min.
- AAS 200mg via oral.
- Nitrato SL 5mg se PA sist.>100 mmHg
- Caso a dor não ceda e PA>100 mmHg - Morfina 3 a 4mg IV.
- Rx de tórax em PA e perfil.
- Solicitar enzimas CPK e CK-MB (e disponível e de 6/6 horas).
- Controlar arritmia ameaçadora.
- Tratar hipotensão/choque.

CUIDADOS

- Não fazer medicação intramuscular.
- Lembrar que o horário da dor deve ser contado a partir do início da dor e não da chegada a emergência.
- Referir ao protocolo de definição de risco de IAM ou morte na dor torácica (PHM 014).

AÇÕES CORRETIVAS

Transferir o paciente para Unidade Coronariana ou UTI para curva enzimática e definição terapêutica.

PROCEDIMENTO: Definição de risco de IAM ou Morte na Dor Torácica na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

CHS - JOÃO PAULO II

- Determinar o grau de risco de um paciente com dor torácica de evolui para IAM ou óbito.
- Proporcionar o encaminhamento pertinente a cada paciente com dor típica.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (seringas, agulhas, equipos, gelcos, de oxigênio) medicamentos abaixo) equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

E vividos com dor típica de:

Baixo risco

- Angina crescente em intensidade ou duração.
- Diminuição do limiar de dor.
- Angina de início > que 2 semanas e < de 2 meses.
- ECG normal ou inalterado.

Risco moderado

- Dor prolongada que se resolve
- Angina de repouso > 20 min. ou aliviada com nitratos.
- Idade > 65 anos
- Alterações dinâmicas da onda T.

Alto risco

- Dor prolongada sem alívio.
- EAP.
- Dor com hipotensão
  - Alterações dinâmicas do ST>1mm em duas ou mais derivações do ECG.
- Nos pacientes com risco moderado e Alto Rio, com se considerar aqui a CRE ao de tipo:
- Heparina IV.
- Monocordil IV.
- Narcóticos IV.

CUIDADOS

- Não fazer medicação intramuscular.
- Atentar para o uso cauteloso dos itens 1, 2, 3 e 4, Caso haja hipotensão.
- Lembrar que o horário da dor deve ser contado a partir do início da dor e não da chegada a emergência.

AÇÕES COLETIVAS

- Caso haja manutenção do quadro de choque cardiogênico considerar transferência para o local onde haja Balão intra-órtico e sala de cateterismo cardíaco.
- Transferir o paciente para Unidade Coronariana ou UTI para a curva enzimática e definição terapêutica.

PROCEDIMENTO: Abordagem do estado de choque na UTI

CHS - JOÃO PAULO II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Determinar a etiologia do choque.
- Retirar o paciente do estado emergencial.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, cateter para PVC, intracath, gelcos, seringas, agulha, equipos) material para curativo, medicamentos, soluções e equipamentos pertinentes (estetoscópio, tensiômetro).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

Medidas Gerais:

- ABC.
- O2 sob cateter 5 lit./min.
- Acesso venoso 2 gelcos 14
- Acesso venoso central por veia subclávia.
- Ausculta pulmonar.
- Definir a etiologia:

Choque cardiogênico

- Diminuição do enchimento cardíaco (pneumotórax, derrame pericárdico, miocardiopatia restritiva, arritmia com baixo).
- Diminuição do esvaziamento cardíaco embolia pulmonar e IAM).

Choque hipovolêmico

- Perda do sangue (tratar a hemorragia).
- Perda de plasma (pancreatites, queimaduras).
- Perda de cristaloides (vômitos, diarreia fístulas e poliúria).
- Reposição de volume no choque hipovolêmico.
- Ringer Lactato 1000ml IV a 5 a 10ml/s.
- Iniciar a transfusão de sangue doente não melhorar após a 2ª fissura.
- Choque distributivo
- Séptico (expansão de volume, drogas vasoativas, monitorização hemodinâmica invasiva, antibiótico).
- Anafilático (ver rotina).
- Neurológico (vê rotina).

CUIDADOS

- Ao repor volume do Choque hipovolêmico atentar para:
- Pacientes cardiopatas necessitam de drogas vasoativas.
- Monitorizar a PVC - (PVC pode chegar a 19cm H@O - padrão axilar).

AÇÕES CORRETIVAS

CHS - JOÃO PAULO II

Caso haja intolerância a volume com congestão pulmonar (considerar distúrbio de contratilidade miocárdica):

- PAS < 70mmHg ou sinais de choque - Dopamina 5 a 10ug/kg/min.
- PAS 70 a 100mmHg s/choque - Dopamina 5 a 10ug/kg/min.

CHS - JOÃO PAULO II

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Reconhecer indicações e resultados esperados na transfusão de hemoderivados.

MATERIAL NECESSÁRIO
Material descartável (gelcos, seringas, agulha, equipos), medicamentos, soluções e hemoderivados, e equipamentos pertinentes.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Concentrado de Hemácia.
- Composição: Hemácias + 100ml de plasma - Cada Unidade e leva Hb em 1g e Ht em 1g Ht em 3 a 4%
- Volume: 250ml.
- Indicação: Aumenta a massa eritrocitária.
- Concentrado de plaquetas (Múltiplos doadores).
- Composição: sim cinco, x 1010 cel/U - Espera-se elevação de 5000 plaquetas/mm3.
- Volume: 50ml.
- Indicações: Sangramentos devido a trombocitopenia.
- Plasma fresco congelado.
- Composição: Plasma com todos os fatores de coagulação e complemento.
- Volume: 220ml.
- Indicação: Tratamento de distúrbios da coagulação.

CUIDADOS

- Realizar tipagem sanguínea e prova cruzada antes de romper com concentrado de hemácias.
- Havendo reação do tipo anafilática, referir ao protocolo de choque anafilático (PHM 001).

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem Das Taquicardias na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconhecer a taquicardia
- Diminuir o seu Impacto sobre a morbimortalidade.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos e equipamentos pertinentes oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, aparelho de eletrocardiograma) Manter material para curativo e material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC (Suporte básico de vida).
- O2 sob cateter nasal a 5 lit./min.
- Acesso venoso com dois gelcos n.16.
- Monitorização com cardioscopia.
- Monitorização com PA
- Monitorização de sinais vitais.
- Oxímetria de pulso.
- ECG com 12 derivações e DII longo.
- Definir se a taquicardia é Instável ou Estável.

Instável

- Hipotensão arterial, choque, alteração sensorial, insuficiência ventricular esquerda, precordialgia.
- FC>150bat/min.
- Se consciente, sedar com midazolam 0,1mgkg IV + opiáceo (Fentanil 0,1 a 0,2mg IV).
- Iniciar com 50J no "flutter" atrial ou taquicardia paroxística supraventricular.
- Demais arritmias: sequência de 100 - 200 - 300 - 360J.
- Estável
- Define-se a complexos estreitos ou complexos longo.
- Ver protocolo específico.

CUIDADOS

Manter material para intubação endotraqueal sempre disponível.

AÇÕES CORRETIVAS

Havendo dificuldade na identificação do tipo de complexo, contratar cardiologia.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Abordagem das Taquicardias Estáveis na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconhecer a taquicardia.
- Identificar as picardias de complexo estreitos e complexos longos.
- Reverter o paciente a ritmo sinusal ou arritmia sem risco de vida.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos), medicamentos e equipamentos pertinentes, material para curativo e material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- ABC (Suporte básico de vida).
- O2 sob cateter nasal a 5 lit./min. acesso venoso com 2 gelcos n.16.
- Monitorização com cardioscopia.
- Monitorização da PA e de sinais vitais.
- Oxímetro de pulso e ECG 12 derivações e DII logos.
- Definir se a taquicardia é estável tem complexos estreitos ou largos:

Complexos estreitos

Se fibrilação ou flutter atrial:

- Se a frequência ventricular não estiver elevada, deve-se observar e estratificar.
- Se a FV estiver e levar - Amiodarona 5-10mg/kg e manter 600 a 1200mg/dia.
- Se taquicardia supraventricular paroxística:
- Manobra vagal.
- Não revertendo - Amenizar 5-10mg/kg.
- Manter infusão de 600-1200mg/dia.
- Não revertendo - avaliar se a QRS alargado.
- Havendo QRS alargado. -Lidocaína 1 a 5,5mg/kg IV.
- Não revertendo – realizar cardioversão elétrica sincronizada.
- Não havendo QRS alargado - Verificar PA. Caso esteja baixa deve-se realizar a cardioversão elétrica sincronizada.
- Caso PA esteja normal ou elevada - Amiodarona 5 a 10mg/kg IV lento.
- Não revertendo - realizar a Cardioversão elétrica sincronizada.

Complexos largos

Se taquicardia ventricular

- Lidocaína 1mg/kg IV até 3mg/kg.
- Revertendo - manter lidocaína 1 a 4mg/min. infusão contínua.
- Não revertendo - Amiodarona 5 a 10mg/kg IV lento.
- Revertendo - Amiodarona 600 a 1200mg/dia.

CHS - JOÃO PAULO II

- Não revertendo - Cardioversão elétrica para pacientes instáveis.

CUIDADOS

Checar os níveis de K sérico e de digoxina. Na FA ou flutter, Caso seja afastada intoxicação digital, pode-se acrescentar digital.

AÇÕES CORRETIVAS

Confirmando-se intoxicação digitálica deve-se suspender o digital e repor o potássio.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tabela Glasgow Na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Pontuar o estado neurológico do paciente segundo a escala de Glasgow.

MATERIAL NECESSÁRIO
Impresso para anotação

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Abertura ocular (1 a 4).
- Nenhuma.
- A dor.
- A voz.
- Espontânea.
- Resposta verbal (1 a 5).
- Nenhuma.
- Sons ininteligíveis.
- Palavras desconexas.
- Confusa.
- Orientada.
- Resposta motora (1 a 6).
- Ausente.
- Extensão anormal.
- Retirada a dor.
- Localizar a dor.
- Obedece a comandos.

CUIDADOS
Avaliar a cada item individualmente.
Pontuar o paciente a cada tomada de nova decisão terapêutica.
Paciente com Glasgow de 3 proceder a documentação de morte cerebral e acionar central de transporte do Estado.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Início a Ventilação Mecânica na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Iniciar ventilação mecânica assisto-controlada.
- Fornecer os parâmetros para instituição de ventilação adequada.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos, algodão, gaze, álcool), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (respirador, oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro aparelho de eletrocardiograma, capnógrafo) material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Monitorizar o paciente com ECG, oxímetro e capnógrafo.
- Sedar: Midazolam 0,1mg/kg IV e Fentanil 0,1 a 0,2mg IV.
- Modo de ventilação: Assisto controlada.
- FiO2 de 1,0.
- Volume Corrente (VC) de 8 a 10mg/kg.
- Frequência Respiratória (FR) de 12 -18/min.
- Relação I/E de ½.
- Fluxo 5 a 6 vezes o volume minuto.

CUIDADOS

- Se o paciente apresentar hipotensão afastar pneumotórax e hipovolemia.
- Nos pacientes com DPOC, VC=8ml /kg.

o Situações que causam a sincronia com o ventilador:

- Hipóxia.
- Acidose.
- VC inadequado.
- Dor.
- Ansiedade.
- Distensão vesical.
- Secreções.
- Vazamentos.
- Delírio.

AÇÕES CORRETIVAS

CHS - JOÃO PAULO II

- Nos pacientes com doença neuromuscular, VC=12ml/kg.
- Em hipoxemia refratária doença bilateral Sat< 92%.
- Iniciar com 5mbar.
- Aumentar 5/5mbar.
- Acompanhar PA s Sat O2.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Crise Convulsiva na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Proteger o paciente de trauma.
- Reverter o quadro com você.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, equipos, seringa, agulhas, gelcos), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, glicosímetro, estetoscópio, tensiômetro, respirador, aparelho de eletrocardiograma), material para curativo, material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Afastar objetos que possam ferir a vítima.
- Não conter ou tentar introduzir objetos em sua boca.

Se a crise cessa espontaneamente

- ABC.
- Acesso venoso com gelco n.20.
- O2 sob cateter nasal a 5lits/min.
- Manuseio de vias aéreas (Avaliar necessidade de intubação inconsistência com hipoventilação).
- Realizar meus e Mia capilar - Se eles e Mia <50mg - Glicose a 50%, 50ml IV.

Se a crise não cessar

- ABC
- Acesso venoso com gelco n.20.
- Manuseio de vias aéreas.
- Diazepam 5mg IV até 20mg.
- Se necessário entubar e assistir ventilação.
- Hidantal 20mg/kg IV em SF a 0,9% - 50mg/min.

CUIDADOS

- Considerar hidantalização nas crises que são espontaneamente - 20mg/kg hein SF a 0,9% durante 30min.
- Nas crises que não cessam pode se repetir 2ª dose de ataque de hidantal se necessário.
- Evitar o uso de tiopental.
- Ao estabilizar o quadro, contatar Neurologia.

CHS - JOÃO PAULO II

- Solicita Ht/Hb, glicemia, Ur, Cr, eletrólitos, ECG.

AÇÕES CORRETIVAS

Nas crises que não cessam responde, considerar:

- Fenobarbital 10mg/kg IV - infundir 50mg/min. podendo ser repetido.
- Se existir, pentobarbital 5mg/kg IV lento.

PROCEDIMENTO: Cetoacidose diabética na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Definir o quadro de cetoacidose diabética.
- Iniciar o tratamento do quadro crítico.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (luvas, sonda nasogástrica, sonda vesical, cateter de oxigênio, equipos, seringas, agulhas, gelcos luvas), medicamentos (ver abaixo) e medicamentos pertinente (oxímetro de pulso, estetoscópio, tensiômetro glicosímetro), material para curativo, exame laboratoriais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Quadro clínico.
- Hiperglicemia > 250mg%
- pH < 7,3.
- Bicarbonato < 15mEq/l
- Conduta
- Manter vias aéreas pérvias.
- Acesso venoso com gelco n.16.
- SF a 0,9% 3000ml a 5.000ml - 1000ml na 1ª hora e 500ml/h.
- Sonda nasogástrica e vesical, se do paciente inconsciente.
- Bicarbonato apenas se pH < 7,0 até o pH chegar a 7,1
- Insulina regular IV - 0,1Unid/kg em "bolus" seguida por 0,1 Unid./kg de h/h em infusão contínua, controlar com glicemia de h/h, caso ausência de resposta em 2 horas, a dose pode ser dobrado.
- Potássio 20 a 30 mEq/h se K+ Inicial baixo ou após 2 a 3 horas de boa diurese.
- SG a 5% quando a glicemia chegar a 250g% e manter insulina IV em dose baixa para clarear cetona - 1 a 2 UI/ horas.

CUIDADOS

- K+>5 mEq/l não repor potássio.
- Evitar quedas bruscas de missa - risco de risco.de de cerebral.
- Manter a glicemia > 200mg% nas 1ªs24 horas.
- Leucocitose com desvio não significa infecção.

CHS - JOÃO PAULO II

- Amilase alta não significa pancreatite.
- Monitorizar: glicemia, pH, cetonuria ou cetona, ECG para avaliar K+, Eletrólitos e hemogasometria.

AÇÕES CORRETIVAS

- Procurar fatores desencadeantes, e tratá-los.
- Infecção.
- IAM.
- Interrupção da terapêutica.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Drenagem torácica na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Drenagem de hemotórax, pneumotórax e/ou e empiema.

MATERIAL NECESSÁRIO
Material descartável (equipos, seringas, agulhas gelcos, luvas, esparadrapo), medicamentos (ver abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, estetoscópio, tensiômetro) materiais de curativo, campos estéreis, drenos e tubos, fios de sutura, selo d'água.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Monitorar os sinais vitais e reposição de líquidos (hemotórax);
- Determinar o local de drenagem usual: ao nível do mamilo (5 EICE) anteriormente a linha médio axilar do lado afetado.
- Realizar assepsia do local e colocar campos.
- Anestesiar a pele e periósteo da costela.
- Iniciar incisão transversal (horizontal) com 2 e 3cm e dissecar de forma romba as partes moles junto a borda superior da costela.
- Perfurar a pleura parietal com a ponta de uma pinça hemostática e introduzir o dedo na incisão para evitar lesão de outro órgão e remover aderências, coágulos;
- Pinçar a extremidade próxima do dedo de toracostomia e introduzir no espaço pleural;
- Observar o embocamento do tubo com inspiração e verificar fluxo de ar;
- Conectar a extremidade do dreno de toracostomia a um sistema de selo d'água;
- Fixar o dreno com fio de sutura;
- Aplicar curativo afixar com esparadrapo o dreno ao local;
- Rx de controle.

CUIDADOS

- Deixar o fio de sutura na pele para o procedimento de retirada do dreno;
- Radiografia do tórax para controle pós-procedimento.

AÇÕES CORRETIVAS
Reposicionar o dreno: caso necessário, nova drenagem de tórax.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Retirada de dreno torácico na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Retirar o dreno quando o mesmo se tornar um pouco produtivo e há expansão total do pulmão.

MATERIAL NECESSÁRIO
Material descartável (luva, gaze, algodão) material para curativo, medicamento (ver abaixo).

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Após antissepsia da área peri-dreno, adiciona o fio que fixa o dreno a pele do paciente;
- Na inspiração, retirar o dreno fechando a pele com o fio deitado no momento da passagem do dreno;
- Caso não esteja presente o fio para fechamento do orifício da pele, fazendo antes da retirada do dreno.

CUIDADOS

- Analgesia do paciente;
- Radiografia de tórax de controle após retirar o dreno.

AÇÕES CORRETIVAS
Redrenar o tórax caso seja necessário.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Acesso venoso central I na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe médica

RESULTADOS ESPERADOS
Punção da veia subclávia com abordagem da linha clavicular.

MATERIAL NECESSÁRIO
Material descartável (seringas, agulhas, gaze, algodão, álcool iodado, campo, intracath, equipo de soro) médico medicamento (ver abaixo), solicitação de RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Posicionar o paciente em trendelenburg (SI) para distender as veias do pescoço. Rodar a cabeça do paciente para o lado oposto;
- Realizar a limpeza e colocar os campos;
- Anestésico local;
- Introduzir a agulha 1cm abaixo da junção do 1/3 médio com 1/3 medial da clavícula;
- Manter sempre a agulha paralela ao plano frontal e dirigir medial e cranialmente;
- Quando o sangue fluir, guiar o bisel da agulha caudalmente, remover a seringa, introduzir o cateter na profundidade pré-predeterminada;
- Remover a agulha e conectar o cateter ao equipo de soro;
- Fixar o cateter.

CUIDADOS

- Solicitar RX de controle;
- Pressionar o soro aberto abaixo da linha do tórax observar retorno do sangue;
- Auscultar o tórax após passagem do cateter;

AÇÕES CORRETIVAS

- Reposicionamento no cateter;
- Drenagem torácica caso apresente hemotórax ou pneumotórax.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Acesso venoso Central II na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe médica

RESULTADOS ESPERADOS
Punção da veia jugular interna: via central ou médio.

MATERIAL NECESSÁRIO
Material descartável (seringa, agulhas, intracath, gaze, campo, algodão, equipo de soro, álcool iodado, esparadrapo) medicamentos (ver abaixo), material para curativo, solicitar para RX.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Posicional paciente em trendelenburg (IS). Rodar a cabeça do paciente para o lado;
- Realizar a limpeza e colocar os campos;
- Anestésico;
- Introduzir a agulha no centro do triângulo pelos dois feixes do músculo esternocleidomastoideo e pele clavícula.
- Direcionar a agulha caudalmente, paralelo ao plano sagital em um ângulo posterior de 30 em relação ao plano frontal.
- Quando o sangue fluir para a seringa, remover a seringa de introduzir o cateter até a profundidade pré-determinada;
- Remover a agulha e conectar o cateter al equipo de soro;
- Pensar o cateter.

CUIDADOS

- Solicitar RX de controle;
- Posicionar o soro aberto abaixo da linha do tórax a fim de observar retorno do sangue;
- Auscultar o tórax após passagem do cara;
- Checar radiografia de tórax.

AÇÕES CORRETIVAS

- Reposicionamento do café;
- Drenagem torácica caso apresente hemotórax ou pneumotórax.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Dissecção venosa na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe médica

RESULTADOS ESPERADOS
Obtenção de acesso venoso.

MATERIAL NECESSÁRIO
Material descartável (seringa, agulhas, intracath, gaze, campo, algodão, equipo de soro, álcool iodado, esparadrapo) medicamentos (ver abaixo), material para curativo.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Preparar a pele com solução antisséptica e cobrir a área;
- Infiltrar a pele sobre a veia escolhida com lidocaína 0,5%;
- Fazer uma incisão cutânea transversal de + ou - 2,5cm;
- Identificar e separar as veias das estruturas próximas, dissecação Romba usando uma pinça hemostática curva;
- Elevar e de secar a veia por uma distância de + ou - 2cm;
- Ligar aveia distal, de o sem cortar utilizando-o para tracionar a veia;
- Passar um fio em torno da veia proximamente;
- Fazer uma pequena venotomia transversa e dilatá-la com ponta de pinça hemostática fechada;
- Introduzir um cateter através da venotomia e fixá-lo;
- Conectar o equipo intravenoso a cânula e fechar a incisão com pontos separados.

CUIDADOS

- Observar o fluxo de sangue após cateterização da veia;
- Curativo compressivo;
- Informe a enfermagem que se trata de um cateter.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Respiratória na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS

- Manutenção básica da vida
- Manter paciente com boa ventilação e em condições satisfatórias de realizar trocas gasosas a nível pulmonar.
- Realizar incubações em situações especiais.

MATERIAL NECESSÁRIO

Material descartável (cateter de oxigênio, é que, seria seringa, agulhas, gelcos, luvas, cânula orotraqueal) medicamentos (abaixo) e equipamentos pertinentes (oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, tensiômetro, a para ele eletro eletrocardiograma) materiais para curativo, manter material para intubação.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Se paciente hipovolêmico.
- Lidocaína 1 - 2mg/kg IV.
- Ketamina 1 - 2mg/kg ou etomidato 0,2mg/kg.
- Succinilcolina 1 - 2mg/kg ou atracúrio 0,5mg/kg.
- Se paciente com TCE.
- Lidocaína 1 - 2mg/kg IV.
- Tiopental 5mg/kg (risco de hipotensão).
- Succinilcolina 1 - 2mg/kg ou atracúrio 0,5mg/kg.

CUIDADOS

Manter oxímetro de pulso entre 97 e 100%.

AÇÕES CORRETIVAS

Auscultar ambos hemitórax para diagnosticar possível intubação seletiva. Caso aconteça, remover paciente a cânula, até que ambos os pulmões possam se expandir.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Admissão Médica na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Admitir o paciente na UTI

MATERIAL NECESSÁRIO
Prontuário médico estetoscópio, tensiômetro, ter, termômetro, balança, oftalmoscópio.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Apresentar-se ao paciente e/ou familiares.
- Atender o paciente na UTI.
- Fazer anamnese e exame físico do paciente.
- Preencher a ficha de admissão com os dados do exame físico e anamnese.
- Descrever as suspeitas de Diagnóstico do paciente e solicitar os exames em formulário próprio em duas.
- Realizar a descrição médica do paciente em impresso próprio em duas.
- Informar a equipe de enfermagem os procedimentos a serem realizados de imediato.
- Informar ao paciente e/ou familiares acerca do diagnóstico e terapêutica realizada.

CUIDADOS

- Registrar os dados de forma legível
- Exames de urgência deverão ser informados a equipe de enfermagem para solicitar o respectivo serviço (laboratório, radiologia, etc.).
- Caso o paciente necessite de procedimentos invasivos (cirurgias, mutilações, etc.) deverá assinar o termo de consentimento orientado.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Prescrição Médica e Evolução na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Registrar no prontuário prescrição e evolução médica de forma legível e sistemática.
MATERIAL NECESSÁRIO
Prontuário médico, folha de evolução e prescrição médica, impressos, balança e materiais médicos e afins.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Examina o paciente colhendo as informações do estado de saúde do mesmo.
- Analisa gráficos de TRP, balanço hídrico e ocorrências de enfermagem.
- Preenche devidamente a folha de prescrição médica e, com nome com completo, registro, data, horário de internação.
- Registra no prontuário médico os principais achados pertinentes.
- Solicita exame, quando necessário.
- Realiza a prescrição médica em duas vias, que entregues até 9:00hs.

CUIDADOS

- Assinar e encaminhar a prescrição.
- Certificar-se da existência do medicamento na farmácia da, antes preço.
- Caso seja prescrito um antibiótico, será necessário o preenchimento de formulário de programação e quantidade de antibiótico.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Transferência de Paciente na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Transferir o paciente para outra unidade hospitalar

MATERIAL NECESSÁRIO
Prontuário médico, relatório de transferência.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Certificar-se da vaga no local de destino.
- De posse da vaga, informar o paciente sobre sua transferência.
- Fazer resumo de alta hospitalar no prontuário.
- Fazer relatório de transferência constando resumo da história e exame na admissão, curso de internamento e registro de todos os exames.
- Informa a equipe de enfermagem quando o relatório estiver pronto.

CUIDADOS

- Certificar-se junto à equipe de enfermagem que haja continuidade na administração dos medicamentos.
- Registrar no prontuário e relatório de transferência quadro clínico do paciente ao sair da unidade hospitalar.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Conduta no Óbito na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Atestar o óbito do paciente e tomar as providências cabíveis a situação.

MATERIAL NECESSÁRIO
Prontuário médico, atestado de óbito.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Constatar óbito do paciente.
- Descrever no prontuário médico a ocorrência, horário do óbito e medidas adotadas durante a parada cardiorrespiratória.
- Preencher o resumo de óbito no prontuário médico.
- Preencher o atestado de óbito.
- Entregar atestado de óbito a enfermagem.

CUIDADOS

- Certificar-se do preenchimento correto do atestado com atenção para data, hora e com conclui conclusão da causa do óbito.

AÇÕES CORRETIVAS
Em caso de suspeita diagnóstica de envenenamento, morte violenta ou óbito antes de completar 20 horas de internamento, não poderá ser fornecido atestado de óbito pelo hospital, devendo o médico entrar em contato telefônico com o delegado regional, para solicitar sua presença no hospital. O médico deve, ainda, fazer relatório com a ocorrência, em duas vias, onde uma delas ficará no prontuário médico do paciente e a outra será entregue ao delegado, que deverá autorizar a liberação do corpo para o Instituto Médico Legal.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Manuseio Adequado de Pacientes com Insuficiência Renal II na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe médica

REVISÃO

CUIDADOS

- Atentar sempre para o balanço hídrico, evitando negativá-lo demais - risco de desidratação como piora da função renal por mecanismo pré-renal - ou positiva-lo demais - risco de sobrecarga hídrica.
- Concentrar as soluções para diluir as medicações em caso de restrição hídrica. Em caso de diálise peritoneal, além dos cuidados com o balanço hídrico da diálise e com a patência do cateter, deve-se verificar o aspecto do líquido drenado do abdômen, para diagnosticar precocemente uma peritonite, que nesses casos podem ser oligossintomática. Em caso de hemodiálise com cateter de Sorensen, deve-se ter os cuidados usuais de um acesso venoso Central.

AÇÕES CORRETIVAS

- Indicações de procedimentos dialético:
  - Hipercalemia refratária a medidas conservadoras;
  - Congestão pulmonar;
  - Uremia: ureia é maior que 200 mg/dl e/ou sintomas neurológicos atribuídos a retenção de escórias nitrogenadas;
  - Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador.
  - Pericardite;
  - Neuropatia.

MATERIAL NECESSÁRIO

Balanço hídrico, exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, impressos. Em caso de diálise: material para curativo, Soluções dialíticas, cateteres.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Manuseio Adequado de Paciente com Insuficiência Renal Aguda II na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Atentar sempre para o balanço hídrico, evitando negativá-lo demais - risco de desidratação como piora da função renal por mecanismo pré-renal - ou positivá-lo demais – risco de sobrecarga hídrica.
- Concentrar as soluções para diluir as medicações em caso de restrição hídrica. Em caso de diálise peritoneal, além dos cuidados com o balanço hídrico da diálise e com a patência do cateter, deve-se verificar o aspecto do líquido drenado do abdômen, para de diagnóstico Preto uma peritonite, que nesses casos pode ser oligossintomática. Em casos de hemodiálise com cateter de Sorensen, deve-se ter os cuidados usuais de um acesso venoso Central.

AÇÕES CORRETIVAS

- Indicações de procedimentos dialético:
  - Hipercalemia refratária a medidas conservadoras;
  - Congestão pulmonar;
  - Uremia: ureia maior que 200mg/dl e/ou sintomas neurológicos atribuídos a retenção de escórias nitrogenadas;
  - Acidose metabólica refratária ao tratamento conservador;
  - Pericardite;
  - Neuropatia.

MATERIAL NECESSÁRIO

Balanço hídrico, exames laboratoriais, estetoscópio, tensiômetro, termômetro, impressos. Em caso de diálise: material para curativo, Soluções dialíticas e cateteres.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva II na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

CUIDADOS

- Atentar sempre para distúrbio hidroeletrolíticos, principalmente os relacionados ao potássio e ao magnésio.
- Em casos mais graves, com choque e/ou congestão pulmonar importante, associar hemogasometria arterial na avaliação laboratorial;
- Não esquecer medidas profiláticas para Trombose Venosa Profunda / Embolia Pulmonar, para pacientes de risco;
- Ficar atento para a possibilidade de Tromboembolismo Pulmonar, Principalmente nos casos de piora súbita inexplicada e dispneia mais Intensa com ausculta pulmonar pouco alterada. Um uso da profilaxia não afasta essa possibilidade;
- Checar rotineiramente se o desfibrilador está em funcionamento normalmente. Certificar-se de que sabe operar o antes de fazer se necessário o seu uso.

MATERIAL NECESSÁRIO

Resultado Laboratorial (potássio, magnésio), tensiômetro, estetoscópio.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Tratamento da Insuficiência Cardíaca Congestiva na UTI

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

RESULTADOS ESPERADOS
Assistência médica adequada e estabilização hemodinâmica e alívio dos sintomas.

MATERIAL NECESSÁRIO
Tensiômetro, estetoscópio, médico medicamento (citados abaixo) e equipamentos para monitorização e controle dos sinais vitais (T/ P/ PA/ R/ PVC) e balanço hídrico. Resultados laboratoriais.

PRINCIPAIS ATIVIDADES

- Esclarecer a etiologia do ICC (insuficiência coronariana, doenças de Chagas, valvulopatia) que de a conduta para cada caso em particular;
- Detectar hidratar precipitantes: distúrbio hidroeletrolítico, sepse, intoxicação digitálica, a etnias, etc.;
- Solicitar hemograma completo, função renal e eletrólitos, radiografia simples de tórax, ECG com 12 derivações. Demais exame, como é ecocardiograma, com conforme necessário para cada caso em particular;
- Aferição de dados vitais pela equipe de enfermagem em casos mais graves, monitor e PVC, o débito urinário e o balanço hídrico;
- Atividade física conforme a classe funcional do paciente. Dieta hipossódica, devendo-se suspensa em casos de instabilidade hemodinâmica importante;

Medicamentos:

- Digital: digoxina (VO) / Lana toxicidade C (IV) em casos de disfunção ventricular sistólica sintomática ou para controle de taquiarritmias supraventriculares:
- Diuréticos: furosemida VO (IV) para os casos de congestão mais importantes). Titular a dose que mantenha o paciente sem sinais ou sintomas congestivos. Associar com tiazídico caso seja necessário potencializar o efeito diurético;
- Vasodilatadores: I-ECA mesmo em pacientes assintomáticos e com disfunção ventricular. Antagonista da angiotensina 2 hein em pacientes que não toleram I-ECA. Titular a dose de ambos para a máxima tolerada pelo paciente. Esquemas outros como nitrato e hidralazina conforme julgamento médico;

CHS - JOÃO PAULO II

- Betabloqueadores: em pacientes com classe funcional II, III e IV. Os únicos derivantes testados para essa finalidade são carvelidol, metoprolol e bisoprolol. Titular a dose conforme tolerado, lentamente;
- Antagonista da aldosterona: espironolactona em baixas doses em pacientes em classe funcional III e IV;
- Aminas vasoativas em casos de choque. E sempre desfibrilador próximo;
- Em caso de EAP, fazer furosemida 60 - 100mg e Meperidina 2 - 3mg, IV. Fornecer 02 sob Máscara, sempre que possível. Utilizar técnica de CPAP se houver ventilador capacitado para tal disponível e o paciente encontra-se lúcido e colaborativo. Manter material de intubação orotraqueal - inclusive sedativo e miorrelaxante -prontamente disponível, casos esta seja necessário. Demais medicações a critério do médico assistente;
- Dar alta quando paciente encontrasse estável hemodinamicamente e com diurese satisfatória, com fato desencadeantes corrigidos e com adequada avaliação diagnóstica. Transcrever as medicações em uso para casa, com retorno ambulatorial agendado.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Unidades Especiais

RESPONSÁVEL: Equipe Médica

Unidades
Comentário geral
Unidades Especiais de Internamento são unidades em que determinadas patologias, do ou pro procedimento, são Agro agrupadas para cuidar e tratamento. Assim diabetes, Queimados, Obstetrícia de alto risco, recuperação anestésica, ou então Unidades de Tratamento Intensivo como UTI´s Gerais ou Especializadas (trauma, pós-operatórios de grandes cirurgias, infarto agudo de, miocárdio neurológicas, etc. Geralmente separadas de Unidades de Adultos, Pediátricas e Neonatais. Com pessoal especializado, envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, higiene, secretaria, serviços de apoio, etc. Na maioria delas com equipamentos de controle, de exames, ou Superespecializadas (transplantes), compatíveis com a necessidade do tipo de patologia do paciente internado.
Estas unidades têm como, tem como característica além do tipo de paciente, os e que especial como vem ventilar invasivos e não invasivos, e que equipe equipamento de em vasos pulmonares, balões intra-órticos, fototerapia, etc. Geralmente utiliza-se de escores e escalas de pontuações para todos os pacientes ou para grupos de paciente, como índices prognósticos (APACHE, etc.) demanda de mão-de-obra com funcionários especializados (TISS, etc.). Vide também Unidade de Transplantes apresentada no capítulo anterior (33).

Recebendo o plantão
Uma vez recebido o plantão conforme descrito no Capítulo 4 em ”recebendo o plantão em unidades comuns de internamento” (resumo da situação do paciente), deve-se estabelecer um roteiro de ações que pode ser chamado de “Ações de 15 minutos”; no entanto, ou outras perguntas devem ter respostas claras e precisas.
Por que o paciente precisou daquela unidade especial? Paciente está usando drogas vasoativas (para subir ou abaixar a pressão)? Foi operado? Tem catéteres, drenos?; Lúcido e orientado? Anestesiado ou sedado (ventilação mecânica)? Curativo aberto? Anotar as informações e estabelecer prioridades de trabalho.

15 Minutos de Ação em 3 etapas:

- **1ª etapa**

CHS - JOÃO PAULO II

(1 a 5 minutos) - retirar os adornos, lavar as mãos.

- Descobri o doente, retirar suas cobertas e verificar os (pérvias?), conexões dos drenos, Sondas sonda vesical e digestivo (drenando bem, infundindo bem?), cânulas, monitor cardíaco, oxímetro, capnógrafo: outros equipamentos em uso.
- **2ª etapa**
  (6 a 10 minutos) - verificar e comparar os sinais vitais, conferir os gotejamentos (bombas infusoras, buretas, dietas), olhar as composições dos frascos de soro/drogas para se iniciar dos planos das infusões.
- **3ª etapa**
  (11 a 15 minutos) - cuidar do box/leito do paciente verificando desde arrumação da cama, fonte de oxigênio (rede ou torpedo de oxigênio), com pelo menos dois bicos de vazão (debimetro, fluxômetro ou mamadeira) para ventilar o doente (manual), borracha de aspirador, sondas de aspiração traqueal, circuitos de respiradores, cânulas endotraqueais (traqueo ou comum) para eventuais trocas ou intubação, laringoscópios. AMBU´s limpos, secos, o máscaras próprias para os tamanhos dos pacientes. Vácuo (ou aspirador portátil), ar comprimido. Realizar uma checagem geral.

Começando a Trabalhar

Em função dos 15 minutos gastos se tem agora condições de começar a trabalhar.
Tentar estabelecer contato com o doente (se não estiver lúcido, orientado) para saber a profundidade do coma ou da sedação. Não beliscar! Isto é coisa da Neurologia! Planejar trocas de curativos, cadarços, mudança de decúbito, realização de procedimentos, exame, etc. Adotar. As anotações na folha de cuidados gerais são obrigatórias, mas os lembretes para você mesmo(a) são importantes. As anotações em separado não é demérito. Pelo, mostra eficiência. A cuidadosa anotação na folha de Cuidados Gerais de Enfermagem mostra profissionalismo.

- Monitorização Respiratória e Hemodinâmica em Pacientes Críticos.
- Monitorização Não Invasiva.
- Oxímetria de pulso.
- Capnografia.
- Ritmo eletrocardiográfico.
- Monitorização invasiva.
- Monitorização invasiva da Pressão Arterial Sistêmica.
- Pressão Venosa Central.
- Cateterização da artéria pulmonar - Swan-Ganz.

Introdução

Quando as primeiras UTI apareceram, a 40 anos, os sinais vitais eram monitorizados independentemente pela enfermagem, e monitorização precisa e contínua não eram possível, ou necessitava de procedimentos invasivos. A expansão do uso dos computadores e outras tecnologias de medicina, ao longo das últimas décadas mudou, significativamente, os cuidados dedicados aos pacientes críticos. Como a popularização destes métodos de monitorização, hoje,

CHS - JOÃO PAULO II

além um unir terapia, esse disponíveis nos mais diversos ambientes como centros cirúrgicos, unidades de atendimento de emergência, ambulâncias, etc. Com a crescente complexidade dos cuidados médicos, a condução de um doente grave, inclui, envolvendo também questões étnico/legais, o uso de monitorização ampla destes parâmetros. O intento dessas monitorizações é formar e alertar, de maneira imediata, sobre as mudanças que ocorrem na situação clínica do paciente e permitir em tempo real, a verificação do resultado das medidas terapêuticas instituídas.

A tecnologia disponível permite monitoração de múltiplos parâmetros como temperatura, frequência e amplitude respiratória, pressão arterial, oxímetria de pulso e capnografia, ritmo eletrocardiográfico, pH intragástrico e diversas formas de monitoração hemodinâmica, entre outros. A seguir as formas mais rotineiras da monitoração.

Monitoração não Invasiva

O equilíbrio da troca respiratória (homeostase respiratória) envolve mecanismos fisiológicos complexos que atuam no balanço do oxigênio e nas trocas do gás carbônico, nos pulmões e nas células. Pacientes críticos requerem intervenções terapêuticas para a manutenção de homeostase, portanto a monitoração contínua de parâmetros como a oxímetria e capnografia em muito auxiliam na condução de doentes com este perfil de gravidade.

Oxímetria de Pulso

O oxímetro de pulso utiliza um sensor (LED - light emissor diode) que transmite a intensidade da luz (absorbância de onda vermelha e infravermelha) através do leito tissular sendo este sinal registrado por princípios pletismográficos. O sensor pode ser locado no dedo indicador (mais comum), mas também no lobo da orelha ou ainda na asa do nariz, dependendo do tipo de sensor ou de paciente (adulto ou pediátrico). A Saturação de oxigênio periférica (SpO2) será a função logarítmica da intensidade da luz transmitida através da hemoglobina. Os sinais luminosos são recebidos por um fotodetector programado para receber estas informações. Lembrar que no trajeto da luz existem outras estruturas como unhas, pele e tecido gorduroso, ossos, sangue venoso e outras estruturas que também são capazes de absorver a luz, afetando a leitura.

Leitura incorreta de resultado

Alguns fatores podem resultar em leitura incorreta. A saturação poderá estar ”falsamente” reduzida em situações que não se detecta pulso periférico adequado como em situações de baixo débito cardíaco (hipotensão arterial), em anemias graves, hipotermia, etc. A presença de carboxihemoglobina em níveis elevados (em condições normais é inferior a 2%) como nos pacientes tabagistas inveterados ou nas inalações maciças de fumaça poderá superestimar a medida da SpO2. Fatores como a pigmentação da pele, a presença de luminosidade extrema intensa, a presença de esmalte nas unhas, níveis elevados de bilirrubinas poderão interferir nas medidas e prejudicar a leitura. A oxímetria de pulso é indicada para pacientes selecionados, onde há risco de hipoxemia, ou a alteração evidente que necessita de monitoração dos níveis da saturação de oxigênio, procurando principalmente a melhoria dos níveis de PaO2, quer seja com o uso de suplementação de oxigênio ou de algum meio de ventilação mecânica. É um método de fácil leitura, custo relativamente baixo, reprodutível, oferece informações contínuas

CHS - JOÃO PAULO II

e permite rápidas atitudes terapêuticas que podem prevenir danos irreversíveis ao paciente. A confiabilidade da oxímetria de pulso depende principalmente do fluxo arterial pulsátil adequado. Mensuração de SpO2, abaixo de 90%, apresentam perdas de 2 a 3%, quando comparado análise gasométrica da saturação arterial. São considerados normais valores oxímetricos acima de 90%, em pacientes respirando em ar ambiente (fração inspirada de O2 a 21%). É fundamental salientar que utilidade da oxímetria em pacientes críticos limita-se a refletir as variações clinicamente relevantes da SpO2 ao longo do período de monitoração de um determinado paciente e sua doença. A avaliação da ventilação deve obrigatoriamente incluir a análise rotineira e sequencial da gasometria arterial.

Indicações do uso de oxímetria de pulso

- Monitoração de rotina em procedimentos (cirúrgicos, anestésicos ou de diagnóstico).
- Monitoração ventilatório.
- Desmame do uso de suplementação de oxigênio ou ventilação mecânica.
- Transporte de pacientes graves.
- Insuficiência respiratória crônica.
- Limitações do uso da oxímetria de pulso.
- Envenenamento por monóxido de carbono (CO).
- Meta hemoglobinemia.
- Anemia severa.
- Hipotermia.
- Ausência ou diminuição importante do pulso.
- Diminuição importante na perfusão periférica.
- Hiperlipidemias.
- Uso de esmalte nas unhas.

Capnografia

A capnografia envolve a medida e o registro da concentração expirada de dióxido de carbono (CO2). A concentração do CO2 respirável(ETC2) pode ser medida por espectrometria de mesa, ou mais comumente por sensores de absorbância. A técnica de monitoração mais comum consiste no uso de um dispositivo fotodetector, conectado ao monitor (capnógrafo), colocado entre o tubo endotraqueal e o circuito do ventilador, ocorrendo a leitura na fase expiratória. A diferença entre os valores de CO2 mensurados pelo capnógrafo e pelos achados da gasometria arterial (PaCO2) é de aproximadamente 1,5 a 2mm Hg. As indicações do uso da capnografia, em pacientes em ventilação mecânica, incluem as situações de grave comprometimento das trocas gasosas, onde a hipoxemia e a hipercapnia e suas consequências representam um desafio a equipe médica, no que diz respeito ao resultado do regime de ventilação, e nos ajustes necessários ao equipamento de ventilação mecânica. Nesse grupo de pacientes estão principalmente os que se encontram em Síndrome de Angústia Respiratória Aguda (SARA).

Indicações gerais da capnografia

CHS - JOÃO PAULO II

- Uso geralmente limitado a UTI´s e centros cirúrgicos.
- Monitoração ventilatória em pacientes com grave comprometimento das trocas gasosas como SARA - Síndrome de Angústia Respiratória Aguda, DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica e edema pulmonar.
- Durante a intubação endotraqueal detecta com facilidade a colocação inadequada do tubo (esôfago).
- Detecção por alarme de extubação não intencional.

Observações
Da mesma maneira que a oxímetria de pulso, a capnografia não substitui a análise gasométrica da PaCO2, no sangue arterial, mas sua monitoração ajuda a detectar variações imediatas no comportamento basal da PCO2.

Monitorização Invasiva da Pressão Arterial Sistêmica

- PA = DC (débito cardíaco) x R (resistência periférica).
- Indicações.
- Monitorização contínua da pressão arterial.
- Prevenção de lesões provocadas por punção arterial frequente.
- Coleta direta de amostras sanguíneas arteriais.
- Acesso para remoção rápida do volume sanguíneo em situações de sobrecarga volêmica.

Nos pacientes em choque com elevada resistência vascular periférica, pode-se registrar divergências significativas na mensuração da pressão arterial sistêmica, quando comparados com os métodos convencionais (palpatório/auscultatório) com a técnica de mensuração direta por cateter intra-arterial. Estas discrepâncias podem atingir valores tão relevantes quanto 60-100mmHg, Sem dúvida implica em erros terapêuticos grosseiros e inaceitáveis. Também em pacientes que requeiram doses fracionadas e ajustáveis de drogas vasoativas potentes (dopamina, nitroprussiato de sódio, etc.), é de fundamental importância uma mensuração frequente, acurada e, se possível, contínua da PA.

Obtenção de linha arterial
Uma linha arterial permanente pode ser obtida por punção ou por dissecção arterial.

Prefere-se a obtenção pelo método de punção percutânea com dispositivo teflonado (Intracash) n.18 ou 20, após antissepsia com PVP-I e infiltração anestésica local (sem vasoconstritor). Os locais de escolha para a inserção incluem a artéria radial, femural ou Pedrosa. Raramente utiliza-se a artéria braquial pelo potencial risco de complicações tromboembólicas em antebraço e mão. Artéria Radial deve ser usada preferencialmente, sempre que possível do lado corporal não dominante, e após a realização do teste de Allen. O teste de Allen consiste na oclusão das artérias ulnar e radial por pressão do punho, após vazamento compreensivo da mão. Quando a mão se torna pálida e fria, a liberação da compressão ulnar deve promover o enchimento sanguíneo capilar da mão em aproximadamente 5 segundos, significando que a

CHS - JOÃO PAULO II

eventual perda da artéria radial (trombose, vasoespasmo) não acarretar a lesão isquêmica da mão. Conexão ao manômetro de mercúrio ou transdutor de pressão.
O sistema de conexão ao manômetro de mercúrio (que registra a p a média) ou a ao introdutor eletrônico é feito por interposição de cateter de polietileno rígido estéril, não menor que 30cm e nem maior que 1,20m de comprimento. Atualmente, os manômetros de mercúrio e aneroides estão em franca queda de utilização, justificando-se sua utilização somente em casos de emergência onde não há o Equipamento necessário. O sistema deve ser preenchido com solução salina fisiológica estéril (S.F. 0,9%) contendo heparina (vide heparinização de soro no Capítulo 20, página 232). As bolhas de ar presentes devem ser sistematicamente eliminadas do sistema interior. Deve-se restringir a cateterização ao tempo mínimo necessário para o controle hemodinâmico do paciente, pois a incidência de complicações trombóticas e infecciosas é diretamente proporcional ao tempo de permanência do cateter.
As principais complicações da cateterização arterial periférica são infecções e isquemia, que aparecem tão mais frequentes quanta menos são obedecidos os preceitos técnicos adequados para a obtenção da contínua e quanto mais tempo a cânula permanecer posicionada.

Complicações

- Vasoespasmo.
- Trombose.
- Embolização distal e proximal.
- Neuropatia compressiva.
- Formações aneurismáticas.
- Pistolas arteiro/venosas.
- Infecções local e sistêmica.
- Injeção inadvertida de drogas.
- Necrose e gangrena de dígitos.

Observação
A remoção do cateter deve ser feita imediatamente sem que se observar: isquemia distal, sinais de infecção local, pouca ou nenhuma oscilação (manômetro).

Notas

- Infecção do cateter - Capítulo 16, página 200.
- Cuidados de enfermagem - Capítulo 20, página 229.
- Manejo e medida de PAM - Capítulo 20, página 230.

Monitorização de pressão venosa Central (PVC)
A monitorização da PVC reflete a função das câmaras cardíacas direitas e suas pressões de enchimento, bem como sua habilidade de receber e bombear o sangue, e ainda indiretamente a situação do leito capilar pulmonar e suas correlações com a função ventricular esquerda e a situação de sua pré e pós-carga. Hoje, com o advento da monitorização mais precisa pelo cateter de Swan-Ganz, e de documentadas discrepâncias entre a correlação da PVC e das pressões no

CHS - JOÃO PAULO II

átrio esquerdo em determinada situações clínicas, a monitoração PVC perdeu em muito seu valor prático, porém pelo contraste com o alto custo da monitorização por cateter de artéria pulmonar, ainda tem seu uso muito de fundido. Utiliza o método de coluna d'água ou através de transdutores (gagues) eletrônicos, conectados a monitores multiparamétricos, conectados por um sistema simples, acoplado a um acesso venoso central, possibilita mensurações periódicas e de baixo risco para o paciente.

O cateter Central deve estar posicionado intratorácico envie a cava superior ou inferior, devendo evitar-se o posicionamento em átrio direito através de checagem radiológica. O cateter e o equipo de PVC não devem passar de 1,20m de comprimento.

O sistema deve ser preenchido com solução salina 0,9% (S.F.), com heparina, devendo o paciente ser colocado em posição de decúbito dorsal horizontal e o "zero" na coluna de água posicionado ao nível da linha axilar média. A mensuração da PVC deve ser feito com manômetro graduado em cm de água, ou através de transdutores calibrados em escala de 0 a 40mmHg. Obedecida a técnica mencionada e o ponto zero de referência na linha axilar média, obtêm-se valores normais de PVC entre 6 e 10cm de H2O (coluna de água) e 3 a 6mmHg (transdutor). A PVC deve ser medida em pacientes sem doenças cardíacas prévias. As medições são afetadas de maneira importante pelas características da ventilação mecânica e do valor da PEEP (Pressão Positiva Expiratória final). De maneira relativa, a PVC. Quando apresentar valores inferiores a 4cm H2O, é descrita como baixa e pode indicar necessidade de reposição de fluidos. Quando os valores estiverem acima de 10cm H2O, a PVC é referida como alta e a suspeita de insuficiência cardíaca congênito, edema pulmonar de outra natureza, DPOC ou cor pulmonale, sempre associados à correlação clínica, devem ser inicialmente considerado.

Nota

- Curativo de ponto de inserção - Capítulo 16.
- Cuidados de enfermagem - Capítulo 20, página 229.
- Heparinização - Capítulo 20, página 232.
- Manejo e medida de PVC - Capítulo 20, página 228.

Cateterização da artéria pulmonar - Cateter de Swan-Ganz

Introdução

A cateterização da artéria pulmonar ou de Swan-Ganz utiliza um sensor de termodiluição introduzido no acesso central (fluxo dirigido) que, atualmente, é de fundamental importância diagnóstico, na monitorização e análise terapêutica do paciente criticamente enfermo. Seu uso está indicado em pacientes com instabilidade

oxi-hemodinâmica como naqueles em choque cardiogênico, séptico, na Síndrome de Angústia Respiratória Aguda, em pré, per e pós-operatório de cirurgias cardíacas ou em cirurgias realizadas em portadores de cardiopatias de alto risco. Em nosso meio, o alto custo do cateter ainda impede sua utilização em maior escala, porém o domínio de sua técnica de implantação deve ser estimulado e a sua relevância clínica deve ser destacada.

O cateter

CHS - JOÃO PAULO II

A monitorização hemodinâmica à beira do leito, pode ser realizada pela cateterização das câmaras cardíacas direitas através de um cateter desenvolvido na década de 70 por Swan e colaboradores. O cateter de 3 vias é provido de sensor (termistor), a 5cm da sua porção terminal, e também de um balão inflável de látex (com capacidade de aproximadamente 1,5ml) que faz com que o mesmo direcione-se pelo fluxo (corrente sanguínea), através do átrio e ventrículo direito, artéria pulmonar e capilar pulmonar.
A superfície externa do cateter possui uma "régua", que auxilia na adequada colocação do cateter, e sua respectiva distância, válido para pacientes adultos:

- Átrio direito - 10cm.
- Ventrículo direito - 20 a 30cm.
- Artéria pulmonar - 45 a 5cm.
- Capilar pulmonar - 50 a 55cm.

Em cada um destes locais, as ondas registradas pelo sensor terão características próprias e que ao monitor deve ser reconhecidas, o que é fundamental para a adequada localização do cateter, onde finalmente, durante o procedimento de medição, o mesmo será inflável e registrar a pressão da artéria pulmonar concluída (PAPO). (ver figura das ondas de pressão acima). Multa emissor, por método de termodiluição Informa a situação do débito cardíaco (DC). Com o cateter posicionado, obtêm-se também os seguintes parâmetros hemodinâmicos medidos diretamente: pressão venosa Central (PVC), pressão sistêmica e diastólica do ventrículo direito (obtidas durante o seu posicionamento), pressões sistólica e diastólica da artéria pulmonar.
Já com o balonete insuflado em ramo da artéria pulmonar, obtém-se o que se chama de pressão capilar pulmonar (PCP) ou, mais aproximadamente, pressão de artéria pulmonar ocluída (PAPO). A PAPO, em várias situações clínicas comuns informa de maneira indireta outros parâmetros fisiológicos, como a pressão hidroelétrica capilar pulmonar a pré-carga do ventrículo esquerdo (VE). Desta forma, uma vez medida as pressões intracavitárias e Intravasculares, tendo-se em mãos valores do DC e da FC, pode-se calcular, por meio de fórmulas aplicativos, os valores da Resistência Vascular Pulmonar (RPV), o Volume Sistólico Ventricular (VS) e a Resistência Vascular Periférica (RVP). Assim, apenas com a cateterização à beira do leito, de maneira rápida e segura, do lado direito da circulação sanguínea, obtém-se o perfil e hemodinâmico do paciente em estado crítico, o que por sua vez, permite intervenções terapêuticas mais precoces e precisas.
O cateter de Swan-Ganz, em uso, deve ser trocado em no máximo a cada 5 dias, em da presença com complicações em infecciosas, porém a retirada deve ser feita imediatamente, a qualquer tempo, na evidência ou suspeita de contaminação do cateter, conforme as rotinas do serviço de controle de infecção hospitalar.

Indicações Clínicas

- Choque ou hipotensão (ou em situações clínicas em que a possibilidade de ocorrência de hipotensão é bastante, como em cirurgias de grande com apreciável perda polêmica). Os dados hemodinâmicos são úteis tanto para o diagnóstico quanto para a terapêutica, permite de hipovolemia (pressões de enchimento diminuída) vasodilatação periférica

CHS - JOÃO PAULO II

(resistência vascular) diminuída e insuficiência cardíaca (débito cardíaco diminuído por pressão de enchimento e resistência vascular elevada).
- Edema pulmonar cardiogênico ou não cardiogênico.
- Outras indicações Gerais como: doente em estado crítico para as quais se torna desejável um controle rigoroso da ação de drogas vasoativas ou administração de líquidos, como em situação de sepsis, crise hipertensiva, grandes queimaduras, intoxicações exógenos, infarto do miocárdio, insuficiência respiratória aguda, entre outras.

Complicações da cateterização relacionadas às técnicas de acesso venoso Central
- As mesmas de acesso venoso central.

Complicações relacionadas ao posicionamento do cateter
- Arritmia cardíaca (extrassístoles atriais e ventriculares, taquicardia atriais e ventriculares, flutter/fibrilação atrial e ventricular).
- Bloqueio de ramo direito.
- Infarto pulmonar.
- Ruptura de Ramos da artéria pulmonar; infecções e sepses relacionadas ao cateter.
- Ruptura do balonete.
- Nó no cateter.
- Lesão em endocárdica, incluindo lesões valvulares, de cordas tendíneas, músculos papilares.
- Trombose venosa profunda.

Cuidados de enfermagem - vídeo de cuidados com cateteres venosos e arteriais
- Assistência a Pacientes após Estudo Hemodinâmico.

Objetivo
- Prevenir complicações e assisti-las imediatamente quando se apresentarem.
- Estudo do coração e grandes vasos (aorta e artéria pulmonar).
- Estudo de suas artérias coronárias com procedimento - dilatações (angioplastia) e/ou colocação de stents (próteses).
- Estudos angiográficos de outros vasos do corpo.
- Estudos angiográficos de vasos da cabeça.

Cuidados de enfermagem
- Verificar a presença de sangramento no curativo; em caso afirmativo, se o sangue é Vivo, comprimir o local e comunicar o serviço de hemodinâmica com urgência.
- Passar o paciente da marca para a cama sem fletir o membro cateterizado.

CHS - JOÃO PAULO II

- Orientar o paciente a não fletir o membro cateterizado durante duas horas após o exame se não tiver bainha mantida; com bainha presente o membro da artéria não deve ser imobilizado.
- Pesquisar e comunicar imediatamente a ausência de pulso periférico, dor e formigamento, extremidades frias e cianose no membro caracterizado bem como, cefaleia náuseas e vômitos.
- Envolver o membro cateterizado com algodão e atadura na presença de extremidades frias ou, ao constatar a ausência de pulsos periféricos.
- Medir e anotar na folha de cuidados Gerais os dados vitais e administrar a medicação prescrita.
- Dieta livre após dois dias do exame. Em casos de anestesia geral ou complicações pós exame, observar Orientação médica na prescrição.

Notas
A retirada da bainha (cateter) deve ser feita cerca de 4 a 12 horas após procedimento. Quem retira é a equipe do serviço de hemodinâmica, Pois deve haver compressão local (com curativos compressivos) por cerca de 40 a 60 minutos.
Após a retirada da bainha, e compressão inicial do ponto de infecção, novo curativo é realizado, com bolas de gaze e faixas de esparadrapo (este deverá ser retirada pela enfermagem 12 horas após sua colocação).

Cardioversão
Objetivo

- Reversão de arritmia severas. Pode ser eletiva (Fibrilação Atrial Crônica) ou de emergência (Fibrilação Atrial Crônica).

Material

- Bandeja para reanimação cardiorrespiratória.

Ação

- Enfermagem => Posicionar o paciente em decúbito dorsal => Providenciar acesso venoso => Monitorizar o paciente => Preparar o cardioversor => Fornecer oxigênio através da máscara de AMBU => Colocar pasta eletrolítica nas pás do cardioversor => Afastar-se do leitor no momento do Choque => Manter a oxigenação após o procedimento => Adotar hora em nome de quem realizou.

Nota

- A cardioversão eletiva pode ser realizadas em choque elétrico em algumas situações e é chamada de cardioversão química.
- A cardioversão elétrica é sincronizada com o batimento cardíaco através do próprio equipamento.

CHS - JOÃO PAULO II

- Após cardioversão elétrica sempre manter-se atento a possíveis intercorrências (novas arritmia).
- Manter oxigenação através de cateteres por períodos determinados pelo médico.
- Procedimento muitas vezes é realizado (eletivo ou não) em pacientes já incubadas e sob ventilação mecânica.

Índices Prognósticos

Escore APACHE									
Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal						Faixa baixa anormal		
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Cardiovascular									
Frequência cardíaca (tpm)	≥ 180	141-179	111-140		70-110		56-69	41-55	≥ 40
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	131-159	111-190		70-110		51-69		≥ 50
Pressão venosa Central (mmHg)									
CPK MB ou evidência ECG de IAM	Sim								
Arritmia ao ECG		Arritmia atrial instabilidade hemodinâmica	Arritmia atriais somente					6 ESV/min	Taquicardia ventricular ou fibrilação
Lactato sérico (mEq/L)	> 8	3,5-8			0-3,4				
pH (sangue)	≥ 7,7	7,6-7,69		751-7,59	7,33-7,5		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Respiratória									
Frequência respiratória (rpm) (em não ventilados)	≥ 50	35-49	26-34		12-25	10-11	7-9		≤ 6
Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal					Faixa baixa anormal			
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
D(A-a) O2 (100) (MMHg) ou PaCO2 (mmHg)	> 500	≥ 70 351-499	61-69 50-60	200-350	< 200 30-49		25-29	20-24	< 20
Renal									
Diurese diária (ml)			≥ 5000	3.501-4.999	700-3.500		480-699 (20-29ml/h)	120-479 15-20ml/h)	≤ 120 (5ml/h)
BUN sérico (mg/dl)	> 150	101-150	81-100	21-80	10-20		< 10		
Creatinina sérica (mg/dl)			2.1-3.5	1.6-2	0.6-1.5	< 0.6			
Gastriteintestinal									
Amilase sérica (UI)	≥ 2.000	500-1.999			≥ 500				
Albumina sérica (g/dl)	> 8				3.5-8	2.5-3.4	< 2.5		
Bilirrubina total (mg/dl)		≥ 15		5.1-14.9	0-5				
Fosfatase alcalina (UI)				>160	0-160				
TGO (UI)			≥ 1.500	101-1.499	0-100				
Anergia	Total		Relativa		Nenhuma				

CHS - JOÃO PAULO II

(testes cutâneos)*									
Hematológico									
Hematócrito (%)	>60		51-60	47-50	30-46		20-29		< 20
Nº de leucócitos (mm3)	>40.000		20.001-40.000	5.001-20.000	3.000-15.000		1.000-2.999		< 1.000
Plaquetas (mm3)			>1.000.000	600.001-1.000.000	80.000-600.000		20.000-79.999		< 20.000

Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal						Faixa baixa anormal		
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
TAP (seg. controle) sem coagulantes	> 12	5,1-12	3,1-5						
Séptico									
Cultura de __ positiva Hemocultura positiva Cultura positiva para fungos Temperatura (ºC)	Sim Sim Sangue ou ____ > 41,0º	2 ___ do sangue ou ____ 39,1-41,015º							
Metabólico									
Cálcio sérico (mg/dl)	≥ 15		14-15,9	11,1-13,9	8-11,0		5,0-7,9		< 5
Glicose sérica (mg/dl)	> 800	500-800	156-160	251-499	70-250		50,69	30-49	< 30
Sódio sérico (mEq/l)	> 180	161-180		151-155	130-150		120-129	110-119	<100
Bicarbonato sérico (mEq/l)	> 7	6,1-7		5,6-6	3,5-5,5	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Osmolaridade sérica (_____/l)		> 40		31-40	20-30	10-19		5,9	< 5
	> 350	321-350		301-320	260-300		240-259	220-239	< 220
Neurológico									
Escala de Glosgow	3	4-6	7-9	10-12					

- Energia total - sem resposta a todos os testes cutâneos provocativos, incluindo caxumba e fungos.
- Resposta relativa - Indica compromisso da imunidade celular

Escore APACHE II - A) Escore Fisiológico Agudo									
Variáveis fisiológicas	Faixa alta anormal						Faixa baixa anormal		
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura renal (Cº)	≥ 41º	39-40,9º		38,5-38,9º	34-35,4º	34-35,9º	32-33,9º	30-31,9º	≤ 29,9º
Pressão arterial média (mmHg)	≥ 160	160-159	110-129		70-109		50-69	50-69	≤ 49
Frequência cardíaca (bpm)	≥ 180	140-179	110-139		10-109		55-69	55-69	≤ 39
Frequência respiratória (rpm) (ventilados ou não ventilados)	≥ 50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9	6-9	≤ 5
Oxigenação D(A-a) O2 ou PaO2 a. FO2 ≥ 0,5 - D(A-a) O2	≥ 500	350-499	200-349		< 200				

CHS - JOÃO PAULO II

b. FO2 < 0,5 - PaO2.	≥ 7,7				> 70	81-70		55,60	< 55
pH arteial	≥ 180	7,6-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	< 7,15
Sódio sérico (mEq/l)	≥ 7	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤ 110
Potássio sérico (mEq/l)	≥ 3,5	6-6,9			3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		< 2,5
Creatinina sérica (mg/dl) dobrar os pontos se IRA aguda)	≥ 60	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		< 0,6		
Hematócrito ___	≥ 40,0		50-59,9	46-49,9	30,45,9		20-29,9		< 20
Número de leucócitos (mm3)			20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		< 1
Escala de Glosgow para o coma Escore = 15 - escore atual									
Total de escore fisiológico agudo	≥ 52								
Bicarbonato sérico (mEq/l) (usar se não coletar gasometria)		41-52,8		32,40,9	22,31,8		10-21,9	15-12,9	< 15

Escore APACHE II - B) Pontos para idade					
Pontos	0	2	3	5	6
Idade (anos)	5-44	45-54	55-64	65-74	75

Escore APACHE II - C) Fotos para idade e Doença Crônica

Se o paciente tem um história de insuficiência grave de órgão ou sistema ou é imunocomprometido, assinalar pontos como se segue:

a. Para pacientes Não cirúrgicos ou pós-operatório de emergência = 5 pontos

b. Para pacientes pós-operatório eletivo = 2 pontos

Definições

A insuficiência de órgãos ou o estado imunodepressão deve ser dente antes da admissão hospitalar E conforme o seguinte critério:

Fígado
Cirrose comprovada por biópsia e Hipertensão Portal documentada; episódios passados de sangramento gastrintestinal a hipertensão portal; episódios anteriores de insuficiência hepática, encefalopatia ou coma.

Cardiovascular
New York Association Class IV.

Respiratória
Doença crônica restritiva, obstrutiva ou vascular resultando em grave restrição ao exercício, Isto é, incapaz de subir escadas ou fazer serviços domésticos: hipóxia crônica documentada, hipercapnia, policitemia secundária, hipertensão pulmonar grave (>40mmHg): dependência da prótese ventilatória.

Renal
Recebendo diálise cronicamente.

Imunocomprometido Paciente que tem recebido terapia que suprime a resistência a infecção - Isto é, imunossupressores, quimioterapia, radiação, corticosteroides cronicamente ou recentemente em altas doses; doença que é suficientemente avançada para suprir a resistência a infecção - isto, leucemia, linfoma, AIDS. SCORE APACHE II = A + B + C TOTAL =

Escore APACHE II - A) Coeficientes	
Pacientes não operatórios	Pacientes pós-operatórios

CHS - JOÃO PAULO II

Insuficiência respiratória		Trauma múltiplo	-1.684
Asma/ alergia	-2.108	Admissão devido a doença cardiovascular crônica	-1,376
DPOC		Cirurgia vascular Periférica	
SDRA		Cirurgia cardíaca vascular	-1,315
Parada respiratória		Craniotomia por neoplasia	-1,261
Aspiração/envenenamento/tóxico		Cirurgia renal por neoplasia	-1,245
Embolia pulmonar		Transporte renal	-1,204
Infecção		Trauma craniano	-1,042
Neoplasia		Cirurgia torácica por neoplasia	-0,955
		Craniotomia hemorragia cerebral	-0,802
Insuficiência cardiovascular		Laminectomia e outras cirurgias da coluna espinhal	-0,788
Hipertensão		Choque hemorrágico	-0,699
Distúrbios do ritmo		Hemorragia gastrointestinal	-0,682
Insuficiência cardíaca congestiva		Cirurgia gastrointestinal por neoplasia	-0,617
Choque hemorrágico/hipovolemia		Insuficiência respiratória pós-cirurgia	-0,248
Doença coronariana arterial		Perfuração/ obstrução gastrointestinal	-0,140
Sepse		Sepse	-0,060
Parada cardíaca		Parada Cardíaca	-0,113
Choque cardiogênico		Parada respiratória	-0,393
Aneurisma dissecante torácico/abdominal			-0,168
		Outros	
Trauma		Cardiovascular	
Trauma múltiplo		Respiratório	
Trauma craniano		Gastrointestinal	-0,797
		Metabólico/ renal	-0,610
Neurológico		Neurológico	-0,613
Desordens convulsivas			-0,196
Hemorragia cerebral			-1,150
Outras			
Overdose de drogas			
Cetoacidose diabética			
Hemorragia gastrointestinal			
MODS			
Metabólico/renal			
Respiratório			
Neurológico			
Cardiovascular			
Gastrointestinal			
		Probabilidade de Óbito ln (R/ 1 - R) = -3,517 + (escore APACHE II x 0,146) • + (0,603 apenas se cirurgia de emergência) • + (peso da categoria diagnóstica assinalado acima)	

Escore APACHE III para Sinais Vitais e Testes de Laboratório

			8 < 39	5 40-49	Pulso 0 50-59 bpm	1 100-109	5 110-119	7 120-139	13 140-154	17 ≥ 155	
	23 < 39	15 40-58	7 60-69	8 70-79	Pressão arterial média 0 36-39 mm Hg			4 100-119	7 120-129	9 130-139	10 ≥ 140
20 <32,9	16 33-33,4	13 33,5-33,9	8 34-34,9	2 35,35,9	Temperatura 0 36-39,9 ºC		4 > 40				
		17 < 5	8 6-11	7 12-13	Frequência respiratória 0 14-24 irpm			6 25-34	9 35-39	11 40-49	18 ≥ 50
		15 < 49	5 50-69	2 70-79	PaO2O ≥ 80mmHg						
					D (A-a)O2O < 100mmHg	7 100-249	9 250-349	11 350-499	14 ≥ 500		
				3 < 40,9	Hematócrito 0 41-49%		3 ≥ 50				
			19 < 1,0	5 1,0-2,9	Nº Leucócitos 0 3,0-19,9/mm3	1 20-24,9	5 ≥ 25				
				3 < 0,4	Creatinina sem ira 0 0-1,4mg/dl	4 1,5-1,94	7 ≥ 1,95				
					Creatinina sem 0-1,4mg/dl	10 ≥ 1,5					
15 < 399	8 400-599	7 600-899	5 900-1,499	4 1,500-1,999	Diurese 0 2,000-3,999ml/24h	1 ≥ 4,000					
					Ureia 0 < 16,9mg/dl		2 17-19	7 20-39	11 40-79	12 ≥ 80	
			3 < 119	2 120-134	Sódio 0 135-154mEq/l	4 ≥ 155					
			11 < 1,9	6 2,0-2,4	Albumina 0 2,5-4,4g/dl	4 ≥ 4,5					
					Bilirrubina 0 < 1,9mg/dl	5 2,0-2,9	6 3,0-4,9	8 5,0-7,9	16 ≥ 8,0		
			8 < 39	9 40-59	Glicose 0 60-199mh/dl	3 200-3,49	5 ≥ 350				

CHS - JOÃO PAULO II

Escore APACHE III para Anormalidades Neurológicas				
Abertura ocular espontânea ou à estimulação verbal/dolorosa				
Verbal Motor	Conversa orientada	Conversa confusa	Palavras Inapropriadas e sons incompreensível	Nenhuma resposta
Obedece a comandos verbais				
Localizar a dor				
Retirada flexão ou rigidez de decorticação				
Rigidez de descerebração ou nenhuma resposta				
Os olhos não abrem espontaneamente ou a estimulação verbal/dolorosa				
Verbal Motor	Conversa orientada	Conversa confusa	Palavras Inapropriadas e sons incompreensível	Nenhuma resposta
Obedece a comandos verbais				
Localizar a dor				
Retirada flexão ou rigidez de decorticação				
Rigidez de descerebração ou nenhuma resposta				

Escore APACHE III Distúrbios Ácido-Básicos									
PaCo2 pH (mmHg)	< 25	25 a < 30	30 a < 35	35 a < 40	40 a < 45	45 a < 50	50 a < 55	55 a < 60	≥ 60
< 7,15	12	12	12	12	12	4	4	4	4
< 7,15 a 7,20	12	12	12	12	12	4	4	4	4
< 7,20 a 7,25	9	9	6	6	3	3	2	2	2
< 7,35 a 7,30	9	9	6	6	3	3	2	2	2
< 7,30 a 7,35	9	9	0	0	0	1	1	1	1
< 7,45 a 7,40	5	5	0	0	0	1	1	1	1
< 7,40 a 7,45	5	5	0	0	0	1	1	1	1
< 7,55 a 7,50	5	5	0	2	2	12	12	12	2
< 7,50 a 7,55	3	3	3	3	12	12	12	12	2
< 7,65 a 7,60	3	3	3	3	12	12	12	12	12
< 7,60 a 7,65	0	3	3	3	12	12	12	12	12
≥ 7,65	0	3	3	3	12	12	12	12	12

Escore APACHE III para Idade e Avaliação de Doença Crônica			
Idade	Pontos	Doença	Pontos
< 44	0	AIDS	23
44-59	5	Insuficiência hepática	16
60-64	11	Linfoma	13
65-69	13	Metastático	11
70-74	16	Leucemia/mieloma múltiplo	10
75-84	17	Imunossupressão	10
≥ 85	24	Crise hepática	4

TISS - IntermediateTerapeutic Intervention Scoring System - 1983	
4 pontos	
a)	Parada cardiorrespiratória e/ou Choque precordial nas últimas 48 horas*
b)	Ventilação controlada com ou sem PPEP*
c)	Ventilação controlada com o uso de intermitente ou continuo de relaxantes musculares*
d)	Tamponamento por balão de varizes esofagianas*
e)	Inclusão arterial continua*
f)	Cateter da artéria continua pulmonar (cateter de Swan-Ganz)*
g)	Marca-passo atrial e/ou ventricular*
h)	Hemodiálise em pacientes instável*
i)	Diálise peritoneal
j)	Hipotermia induzida*
k)	Infusão de sangue sob pressão*
l)	Roupa G
m)	Monitorização de pressão intracraniana
n)	Transfusão de plaquetas
o)	Balão de contra-pulsação aeórtica
p)	Procedimentos cirúrgicos de emergência (dentro de 24 horas)*
q)	Lavagem de estômago para hemorragia gastro-intestinal
r)	Endoscopia ou Broncos fibroscopia de emergência
s)	Infusão de drogas vasoativas (> 1 droga).
3 pontos	
a)	Hiperalimentação parenteral EV (para insuficiência renal, cardíaca,) hepática.
b)	Marca-passo em stand by
c)	Tubo torácico
d)	Ventilação assistida ou VMI*
e)	CPAP-Pressão positiva contínua nas vias aéreas
f)	Infusão intermitente K de cateter central
g)	Intubação nasotraqueal ou orotraqueal*
h)	Sucção intratraqueal às cegas
i)	Balanço metabólico complexo (balanço hídrico frequente)*
j)	Múltiplos exame (, gasometria coagulograma, bioquímica > 4)
k)	Infusão frequência de produtos do sangue (>5 unidades/24 horas)
l)	Medicação em bolus (de urgência)
m)	Infusão de drogas vasopressoras (1 droga)
n)	Infusão contínua de antiarrítmicos
o)	Cardioversão para arritmia (não é desfibrilação)
p)	Colchão térmico para hipotermia
q)	Punção arterial
r)	Digitalização aguda dentro de 24 horas
s)	Medidas do débito cardíacos por qualquer método
t)	Diurese ativo a sobrecarga hídrica ou edema cerebral
u)	Tratamento ativo para alcalose e metabólica
v)	Tratamento ativo para acidose metabólica
w)	Pericardiocentese, paracentes e ou toracocentese de emergência
x)	Anticoagulação ativa (primeiras 48 horas)
y)	Flebotomía por sobrecarga hídrica
z)	Cobertura com mais de dois antibiótico EV
aa)	Tratamento para convulsões ou encefalopatia metabólica (dentro das primeiras 48 horas)

bb)	Tração Ortopédica complicado*
2 pontos	
a)	PVC (pressão venosa Central)
b)	2 cateteres em vias periféricas
c)	Hemodiálise em paciente estável
d)	Traqueostomia recente (menos de 48 horas)
e)	Respiração espontânea via tubo endotraqueal ou traqueostomia (tubo em T ou Máscara)
f)	Alimentação enteral
g)	Reposição por perda excessiva de líquido*
h)	Quimioterapia parenteral
i)	Sinais neurovitais horários
j)	Múltiplos mudanças de roupas
k)	Infusão de Pitressina EV

1 Pontos	
a)	Monitoração eletrocardiográfica
b)	Sinais vitais horários
c)	1 Cateter EV periférico
d)	Anticoagulação crônica
e)	Balanço hídrico standard (cada 24 horas)
f)	Teste sanguíneo - bioquímica e hemograma
g)	Medicação EV intermitentes de rotina
h)	Mudança de roupas de rotina
i)	Tração Ortopédica Standard
j)	Cuidados com a traqueostomia
k)	Úlcera de decúbito
l)	Sonda vesical
m)	Suplemento de oxigênio (nasal ou Máscara)
n)	Antibióticos EV (2 ou menos)
o)	Fisioterapia torácica
p)	Irrigações extensas, coxins ou desbridamento de feridas, fístulas ou colostomia
q)	Descompressão gastrointestinal (SNG)
r)	Hiperalimentação parenta/ infusão de Intralipid

CHS - JOÃO PAULO II

Códigos de Explicação	
4 pontos	
a)	Escore de pontos para dois dias depois da parada cardiorrespiratória mais recente.
b)	Não significa ventilação mandatória intermitente que é uma intervenção de 3 pontos. A despeito da regulagem do ventilador mecânico, todas as necessidades ventilatória estão sendo supridas pela máquina. Se o paciente vem ou não ventilando ineficiente é irrelevante, pois o respirador supre todas as necessidades da ventilação- minuto do paciente.
c)	Por exemplo: D- tubouoranine, pencuroni um (pavulon), metocurine.
d)	Uso de balão de Sengstaken-Blackmore ou Linton para sangramento gástrico ou esofágico
e)	Infusão de pitressin via IMA, SMA, cateteres arteriais gástrico para controle de hemorragia gastrointestinal ou outra infusão intra arterial.
g)	Não incluir a infusão contínua de heparina a 3ml/h para manter a patência do cateter.
h)	Marca-passo ativo mesmo que crônico.
i)	Incluir as 2 primeiras sessões em paciente agudo, inclui diálise crônica em pacientes cuja situação medida faz com que a diálise seja instável.
k)	Resfriamento contínuo ou intermitente para alcançar temperatura corporal de menos de 33ºC.
p)	Uso manual ou de bomba para infusão de sangue sob pressão em pacientes que requerem rápida reposição sanguínea. Pode ser o primeiro procedimento cirúrgico de emergência- incluir testes diagnóstico, E isto é CT scan.
3 pontos	
d)	O paciente participa parcialmente das suas necessidades frente lá tortas.
g)	Não é um escore diário. O paciente deve ter sido entubado na UTI (eletivo ou emergência) dentro de 24 horas.
i)	Medidas de entrar/ saída acima da rotina normal de 24 horas, ajustes frequentes das entradas de acordo com as perdas.
x)	Incluir dextran
bb)	Por exemplo Stroker Frame. Circ tetric.
2 Pontos	
g)	Reposição de líquidos acima do prescrito como nível de manutenção.
1 Ponto	
k)	Deve ter uma úlcera de decúbito. Não inclui terapia preventiva.

CHS - JOÃO PAULO II

Intermediate Therapeutic Intervention Scoring System (TISS)	
4 pontos	
a)	Parada cardíaca dentro de 48 horas.
b)	Ventilação mecânica.
c)	Endoscopia ou broncoscopia de emergência.
d)	Marca-passo provisório.
e)	Implante de marcapasso definitivo dentro de 48 horas.
f)	Início de diálise peritoneal.
g)	Infusão de sangue sob pressão.
h)	Infusão de plaquetas.
i)	Cirurgia de emergência dentro de 24 horas.
j)	Lavagem gástrica por hemorragia gastrointestinal aguda.
l)	Escala de coma de Glasgow cada 1-2 horas.
m)	Infusão de drogas vasoativas (>1).
n)	Cardioversão
o)	Culturas microbiológicas (sangue, puro, escarro, etc.).
p)	Isolamento
q)	Contenção dos 4 membros
r)	Pericardiocentese, toracocentese ou paracentese de emergência.
s)	Desfibrilador cardíaco interno automático.
t)	Infusão de estreptoquinase, uroquinase ou r-TPA.
u)	Bainha arterial
3 Pontos	
a)	Alimentação parenteral por cateter Central.
b)	CPAP.
c)	Infusão de KCl concentrado (40 mEq/100ml).
d)	Intubação.
e)	Aspiração endotraqueal às cegas.
f)	Balanço hídrico a cada 6 a 8 horas.
g)	Múltiplos exame (>1/ coleta).
h)	Infusão frequente de produtos sanguíneos (3 unidades em 24).
i)	Medicação EV de urgência.
j)	Infusão de drogas vasoativas (1).
k)	Infusão contínua de antiarrítmicos.
l)	Colchão térmico para hipo/hipertermia.
m)	Cateter arterial.
n)	Digitalização dentro de 24 horas.
o)	Diurético EV, início de diurético VO ou mudança na terapia de uretra VO.
p)	Anticoagulação EV (heparina, dextran).
q)	Tratamento agudo para convulsões/ encefalopatia.
r)	Terapia Ortopédica complicadas/ cama para cuidados especiais.
s)	Sinais vitais horários.
t)	Desfibrilador cardíaco interno automático crônico.
u)	Tratamento de diabetes mellitus automático crônico.
v)	ECG seriados/isoenzimas.
x)	Traqueostomia recente dentro de 48 horas

CHS - JOÃO PAULO II

z)	Diálise peritoneal crônica.

2 Pontos	
a)	Monitorização eletrocardiográfica/ telemetria.
b)	ECG eu já (12 derivações).
c)	Sinais vitais a cada 24.
d)	PVC.
e)	Escala de coma de Glasgow a cada 4 horas.
f)	Oxímetria de pulso.
g)	Dois cateteres EV.
h)	Tubo torácico.
i)	Marca-passo implantado crônico.
j)	Hemodiálise.
k)	Antibiótico EV (>1).
l)	Respiração espontânea via Máscara de traqueostomia ou tubo em T.
m)	Alimentação enteral.
n)	Reposição de perdas eletrolíticas e de líquidos.
o)	Quimioterapia EV.
p)	Múltiplos mudanças de roupas.
q)	Mini traqueostomia.
r)	Administração de oxigênio por máscara ou cânula.
s)	Fisioterapia torácica formal.
t)	Aminofilina/ teofilina EV.
u)	Sedação contínua ou anestesia controlada pelo paciente.
v)	Infusão epidural.
w)	Gravador de volume do pulso/doppler.
1 Ponto	
a)	Sinais vitais a cada turno.
b)	Um cateter EV.
c)	Anticoagulação oral.
d)	Balanço hídrico a cada 24 horas.
e)	Medicação EV do horário.
f)	Mudança de roupas simples.
g)	Cuidado com a traqueostomia.
h)	Terapia Ortopédica simples/ cuidados com o gesso.
i)	Cateter vesical (Foley).
j)	Antibiótico EV (1)
k)	Espirometria de incentivo.
l)	Tubo(s) de drenagem.
m)	Cateter nasogástrico/gastrotomia.
n)	Botas pneumáticas.
o)	Cultura de escarro, feridas e outras.
p)	Hiperalimentação Periferia/ infusão de lipídios.
q)	Aspiração do tubo endotraqueal (>2 x 6-8).

Autoria:

CHS - JOÃO PAULO II

Felipe Francisco Bondan Tuon, Marcos Augusto Pereira, Nelson Mozachi, Luiz Felipe Kugler Mendes e Kátia Cristiane Américo.
Manual do Ambiente Hospitalar

PROCEDIMENTO: Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NA SALA E EMERGÊNCIA

Operacionalidade

As diretrizes implicam em abordagem sistematizada dos pacientes com dor torácica, tendo como características:

- Programa de avaliação de pacientes com dor torácica, caracterizados como de moderado e baixo risco de eventos coronarianos ou morte, com sistematização.
- Unidade funcional para diagnóstico e tratamento das Síndromes Isquêmicas Agudas.
- Corpo Clínico treinando: Médicos e Enfermeiros.

Equipamentos e Serviço Complementares

- Central com Oxigênio, Vácuo e Ar comprimido; Monitor; Desfiblilador; Oxímetro PAM não invasiva.
- Eletrocardiógrafo.
- Serviço de Radiologia.com funcionamento em hospital integral.
- Laboratório equipado para dosagens de Troponinas, CPK CK-MB.
- Serviço de Ecocardiografia.
- Serviço de Ergometria.
- Serviço de Cintilografia.
- Serviço de Hemodinâmica.

Objetivos

- Priorizar o atendimento dos Pacientes com dor torácica.
- Agilizar o atendimento e o diagnóstico etiológico.
- Otimizar a acurácia diagnóstica das Síndromes Coronarianas Agudas.
- Reduzir a taxa de Hospitalização inapropriada de pacientes sem Síndrome Coronariana Agulha.
- Reduzir a taxa de liberação inapropriada de pacientes com Síndrome Coronariana Agulha.
- Reduzir o tempo de reperfusão coronariana nos pacientes com Infarto Agudo do Miocárdio.
- Reduzir os custos da investigação diagnóstica.

Fluxograma

Os Pacientes serão estratificados em um Fluxograma baseado nas características da dor torácica na admissão e os achados eletrocardiográficos.
História Clínica caracterização do tipo de dor e Exame Físico.

CHS - JOÃO PAULO II

A Anamnese inicial identifica uma dor torácica como típica ou atípica.

- Dor Típica.
- Dor Tipo A: Definitivamente Anginosa.
- Dor Tipo B: Provavelmente Anginosa.
- Dor Atípica.
- Dor Tipo C: Provavelmente não Anginosa.
- Dor Tipo D: Definitivamente não Anginosa.

Classificação do Tipo de Dor
Dor Tipo A - Definitivamente Anginosa Dor Torácica que dá ao médico examinador a certeza do diagnóstico de Insuficiência Coronariana Aguda, independente dos resultados dos Exames Complementares. (Dor/ desconforto retroesternal ou precordial, com piora ou desencadeada ao esforço físico, com duração maior que 5 minutos e aliviada com repouso ou nitrato em menor menos de 10 minutos).
Dor Tipo B - Provavelmente Anginosa Dor torácica cujas características faz da Insuficiência Coronariana Aguda a principal hipótese diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para sua confirmação. (Tem a maioria das características da dor definitivamente anginosa).

Classificação do Tipo de Dor
Classificação do Tipo de Dor Dor Tipo C - Provavelmente não Anginosa Dor torácica cujas características faz da Insuficiência Coronariana Aguda a principal suspeita diagnóstica, porém necessitando o médico de exames complementares para sua exclusão. (Tem algumas poucas características da dor definitivamente anginosa).
Dor Tipo D - Definitivamente não Anginosa Dor torácica que não apresenta nenhuma característica da dor definitivamente anginosa ou que apresentem alta suspeita para outro diagnóstico.

TERAPÊUTICA ADJUVANTE DAS S.I.M.I.

Medidas Gerais Iniciais:

- Repouso no Leito com monitorização eletrocardiográfica contínua, PA não invasiva e oxímetria de pulso (C).
- Morfina ou Meperidina quando os sistemas sintomas não forem controlados com as medidas anti-isquêmicas ou na presença de congestão pulmonar (C).
- Oxigênio suplementar para os pacientes que se apresentam com dispneia ou cianose, Supuração de Oxigênio < 90% Ou no máximo nas primeiras 2-3 horas nos pacientes que evoluíram sem complicações (C).

- Nitroglicerina, comp. Sublingual ou Spray seguindo pela administração intravenosa (C)
- Aspirina na dose inicial de 200mg (mastigada) ou 100 a 300mg nos pacientes que já fazem uso regular (A).

TRATAMENTO ESPECÍFICO

Nitratos

Dose:

Sublingual: NTG 0,30 a 0,44mg /Dinitrato de Isosorbida 5mg (01 comp.) a cada 5 min. dose máxima de 15mg.

Intravenoso: NTG 10 a 20mcg/min. Aumentar 5--10mcg cada 5-10min.

Atenção (Contraindicações):

PAS < 90mmHg.

Infarto Ventrículo Direito.

Uso de Sildenafil nas últimas 24hs

Limitar queda da PAS:

10% se normotenso.

30% se hipertenso.

BETA-BLOQUEADORES

Quando?

Em todos os pacientes com IAM sem elevação de ST ou Angina instável que não apresenta em apresentem contraindicações.

Como?

Metoprolol

5mg IV lento; repetir após 5min (total quem 15g), observando Pressão Arterial e Frequência Cardíaca.

Nos pacientes com boa tolerância iniciar a terapia oral com doses de 100 a 200mg/dia ou outro Beta bloqueador (Propranolol/Atenolol).

Contra - indicações ao uso dos Betabloqueadores

- Frequência Cardíaca < 60bpm.
- Pressão Arterial Estou <100mmHg.
- Sinais de Insuficiência Ventricular Esquerda.
- Edema Agudo de Pulmão.
- Sinais de hipoperfusão Periférica.
- BAV 1º grau com P-R > 0,24 Seg.
- BAV 2º ou 3º grau.
- DPOC grave
- História de Asma Brônquica.

- Doença Vascular.

Clopidogrel
Quando?
Pacientes que apresentem contra indicações absolutas ou relativas ao uso da AAS.
Pacientes com Angina Instável de Alto Risco (Inversão da Onda T > 02mm ou infradenivelamento do Segmento S-T > 0,5mm) ou Infarto sem Supradesnível do Segmento S-T.
Como?
Dose de Inicial de 300mg (04 comp.) e manutenção de 75mg/dia.

Ácido Acetil Salicílico
Quando?
Todo paciente com IAM e AI que não apresentem contra-indicações ao seu uso.
Como?
Dose inicial de 200mg (mastigar) ou manutenção da dose de 100 a 300mg/dia nos pacientes com relato de uso regular da mesmo. Manter o uso indefinitivamente.

Heparina Não Fracionada
Quando?
Em todos os pacientes com Angina Instável ou IAM sem onda Q que não apresentem contra indicação ao seu.
Como?
Bolos: 60UI/kg como dose máxima de 5.000UI.

Manutenção: 12 UI/kg como dose máxima de 1000UI/h reajustando a velocidade de infusão de acordo com o quadro em anexo.

TTP a (SEG)	Bolus	Parar infusão	Velocidade	Repetir TTPa
< 40	3000 UI	0 min	+ 2ml/h	6h
40-49	0	0	+ 1ml/h	6h
50-70	0	0	0	24h
71-85	0	0	+ 1ml/h	24h
86-100	0	30 min	+ 2ml/h	6h
101-150	0	60 min	+ 3ml/h	6h
> 150	0	60 min	+ 6ml/h	6h

Bloqueadores dos Canais de Cálcio
Quando?
Em pacientes com isquemia recorrente, quando der são contra indicados, na ausência de disfunção Ventricular Esquerda (verapamil e Diltiazem).

CHS - JOÃO PAULO II

BCC de longa duração para isquemia recorrente na ausência de contra indicação quando betabloqueadores e Nitratos estiverem em dose máxima.

Pravastatina

Quando?

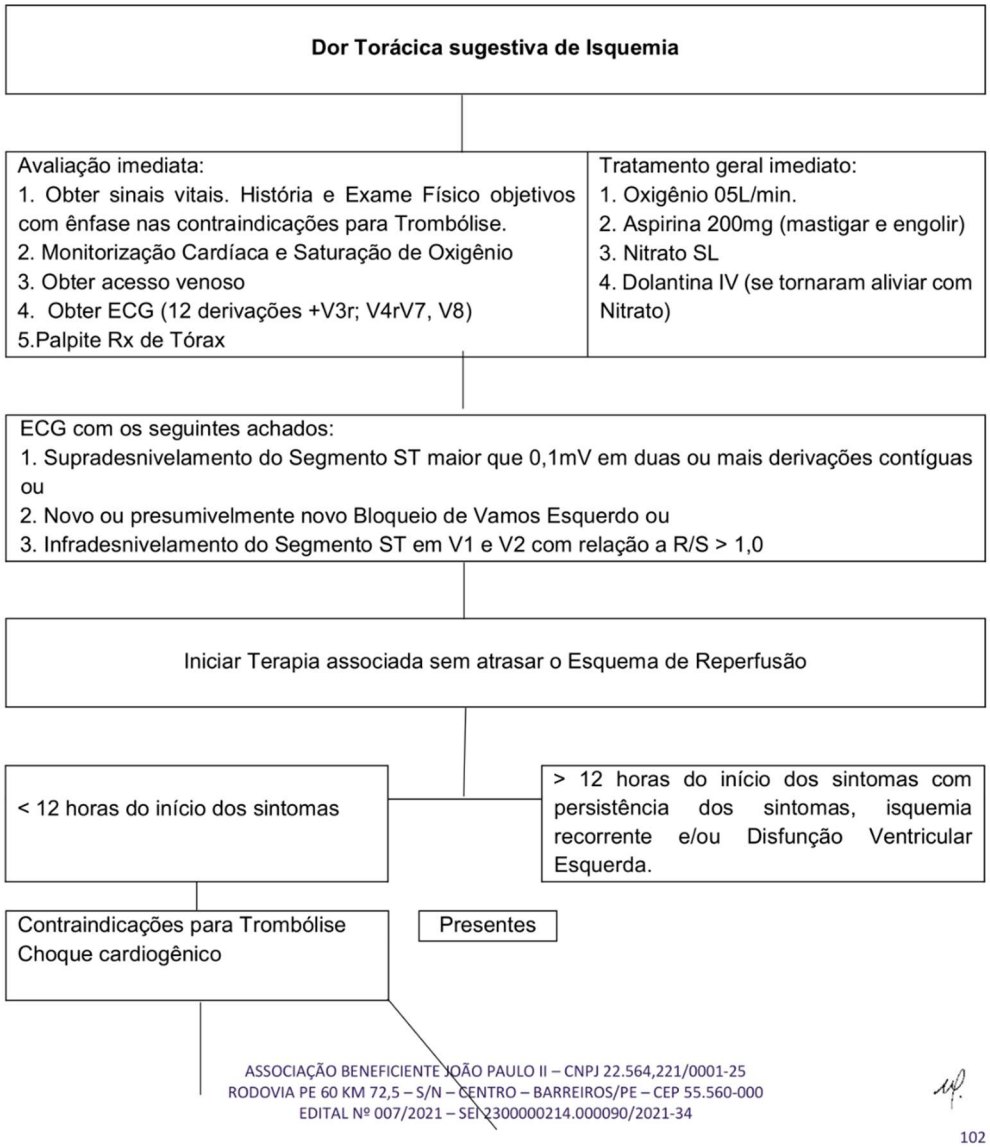
Em todos os Pacientes com quadro clínico de Angina Instável que apresentam LDL-Colesterol > 115.

Como?

Iniciar com dose de 20mg/dia e posterior reajuste de dose ambulatorial.

Diagnóstico e Tratamento das Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis

ROTINAS DA UNIDADE CORONARIANA PARA TRATAMENTO DOS PACIENTES COM INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO COM SUPRADESNIVELAMENTO DO SEGMENTO S-T



Ausentes

Iniciar Esquema de Reperfusão

Esquema 1 ou Esquema 2

Angioplastia Primária com Abciximab e/ou Stent

TERAPIA ASSOCIADA

Deverá ser administrada a todos os Passes IAM, concomitante ao esquema de reperfusão isoladamente naqueles que não preencherem os critérios descritos acima.

B-Bloqueador: Iniciar Metoprolol Intravenoso nos pacientes que não apresentem contraindicação. Deve ser administrado em três bolus de 5mg.Os pacientes são avaliados por 5min. após cada bolus, esse a frequência cardíaca cair abaixo de 60bpm ou a pressão sistólica cair abaixo de 100mmHg a droga não deve ser mais administrador administrada. Se a estabilidade hemodinâmica persistir, 15min. após a última, o paciente deve receber inicialmente Metoprolol Oral 5mg duas vezes a, aumenta gradativamente até atingir o controle ideal da frequência cardíaca.

Nitrato Intravenoso: Em todos os pacientes que não apresentem contra indicação, durante 48 horas.

AAS: Após a dose de admissão, manter 100mg/dia, exceto nos pacientes com intolerância ou alergia documentada (substituir por Clopidogrel).

IECA: Iniciar em todos os pacientes que não apresentem contra indicação: 12,5mg => 25mg => 50mg a cada 8 horas

Pravastatina: Iniciar em todos os pacientes com LDL - Colesterol > 130mg/dl.

Liquemine: Deve ser iniciado na dose de 5000UI SC de 8/8hs.

CHS - JOÃO PAULO II

ESQUEMA 1 DE REPERFUSÃO

R-tpa + Abciximab + Heparina

R-tpa: Dose Total de 50mg (15g em bolus +m 30g em 60min).

Abciximab: Bolus de 0,25mg/kg + Infusão contínua de 0,125ug/Kg/min até dose máxima de 10ug/min por um período de 12 horas.

Heparina: Bolus de 40UI/kg (Máximo de 3000UI) seguidos de 7UI/kg/h (Máximo de 800UI/h) nas primeiras 3 horas e posteriormente com o objetivo de manter o TTPa entre 50 e 70 segundos nas primeiras 24 horas.

Heparina Sódica Bolus Intravenoso - 40UI/kg (máximo de 3000UI)
Abciximab Bolus Intravenoso 0,25mg/kg
R-tpa Bolus Intravenoso de 15mg - Infusão de 35mg em 60min
Infusão contínua Abciximab 0,125ug/kg;min Máx. de 10ug/min. por 12 horas
Infusão contínua Heparina 7UI/kg/h (Máx. de 800UI/h) nas primeiras 3 horas e posteriormente de acordo com o TTPa

ESQUEMA 2 DE REPERFUSÃO

Segunda a Sexta das 7:00 às 19:00hs	Segunda a Sexta das 20:00 às 07:00hs Sábado, Domingos e Feriados
Angioplastia Primária com Stent e/ou Abciximab	Trombólise convencional com Streptokinase

CHS - JOÃO PAULO II

EXAMES DE ROTINA

- Hemograma
- CPK e CK-MB - Deverão ser realizadas inicialmente de 6/6hs até ser registrado Pico. Posteriormente a cada 12 horas até normalização. Se houver recorrência da dor com alteração eletrocardiográfica significativa, as enzimas deverão ser normalmente realizadas com os mesmos critérios da admissão com o máximo de 04 dosagens se não houver elevação inicial.
- TT Pa e TP.
- Perfil Lipídico em jejum e/ou na admissão.
- Eletrocardiograma - Além do realizado na admissão, de de ver realizados de 1 e 3hs após o término da trombólise e diariamente a partir da então enquanto estiver internado na UCO ou quando necessário.
- Ecocardiograma - Deverá ser realizado no 1º PIM ou mais precocemente se necessário. Novo Exame é critério da MP em caso de intercorrências.

ANEXOS DE UTILIDADE

Dose de Ataque e Manutenção do Abciximab

OBS.: A dose de manutenção é preparada diluindo-se 4,5 do Abciximab em 250ml de Sol. Fisiológico ou Glicosada a 5%

Peso (kg)	Bolu s IV (ml)	Manutenção (ml/h)	Peso (kg)	Bolu s IV (ml)	Manutenção (ml/h)
45	5,6	9	79	9.9	16
46	5,8	10	80	10,0	17
47	5,9	10	81	10,1	17
48	6,0	10	82	10,2	17
49	6,1	10	83	10,4	17
50	6,2	10	84	10,5	17
51	6,4	11	85	10,6	17
52	6,5	11	86	10,8	17
53	6,6	11	87	10,9	17
54	6,8	11	88	11,0	17
55	6,9	11	89	11,1	17
56	7,0	12	90	11,2	17
57	7,1	12	91	11,4	17
58	7,2	12	92	11,5	17
59	7,3	12	93	11,6	17
60	7,4	12	94	11,8	17

CHS - JOÃO PAULO II

NORMOGRAMA DE CONTROLE DA HEPARINA

TTPa (se)	Bolus	Parar Infusão	Velocidade	Repetir TTPa
< 40	3000 UI	0 min	+ 2 ml/h	6h
40-49	0	0	+ 1 ml/h	6h
5070	0	0	0	24h
71-85	0	0	- 1 ml/h	24h
86-100	0	30 min	- 2 ml/h	6h
101-150	0	60 min	- 3 ml/h	6h
> 150	0	60 min	- 6 ml/h	6h

Contraindicações para Trombólise

Absolutas
- AVC Hemorrágico prévio em qualquer época ou outros tipos de AVC ou eventos Cerebrovasculares no último ano. - Neoplasia Intracraniana Conhecida. - Sangramento interno Ativo (Exceto Menstruação). - Suspeita de Decepção de Aorta.
Relativas
- Hipertensão não controlada na admissão (TA > 180 X 110mmHg) - Uso atual de anticoagulante oral em dose Terapêutica. - História de Acidente Cérebrovascular prévio ou Patologia Cerebral conhecida que não se encaixa nas contra indicações. - Trauma recente (Entre 2 - 4 Semanas), incluindo trauma de Crânio ou manobras de reanimação traumáticas ou prolongadas (> 10min) ou Cirurgia maior (< 3 semana). - Punção Vascular não compressiva. - Sangramento interno recente (Entre 2 - 4 Semanas). - Exposição prévia a Streptokinase (Especialmente entre 5 dias - 2 anos) ou reação alérgica prévia. - Gravidez. - Úlcera Péptica ativa. - História de Hipertensão Crônica Severa.

CHS - JOÃO PAULO II

RECOMENDAÇÕES PARA CINEANGIOCORONARIOGRAFIA PRECOCE

Pacientes com episódios persistentes ou recorrentes de isquemia sintomas, Expo espontânea, com ou sem alterações eletrocardiográficas associadas.

Desenvolvimento de Choque Cardiogênico, congestão pulmonar severa ou hipotensão persistente.

Pacientes que apresentem critérios para indicação de cirurgia cardíaca de Urgência/Emergência.

RECOMENDAÇÕES PARA CIRURGIA CARDÍACA DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

Pacientes que não obtiveram sucesso na ATC, envolvido com manutenção da dor ou instabilidade hemodinâmica e com autonomia coronariana compassível com a realização de Revascularização Cirúrgica.

Pacientes que evoluírem com Comunicação Interventricular, Ruptura de Parede Livre ou Insuficiência da Válvula Mitral por disfunção/ruptura de músculo papilar.

RECOMENDAÇÕES PARA ESTRATIFICAÇÃO ANTES DA ALTA HOSPITALAR

Os Pacientes que evoluírem sem complicações deverão ter Alta da UCO no 2º PIM e Alta Hospitalar do 5º ao 7º PIM.

Todos os Pacientes que tiverem diagnóstico de IAM de Parede Anterior ao IAM Complicado que não preenchem os critérios de Cineangiocoronariografia Precoce, deverão ser submetidos a Cateterismo por volta do 5º PIM. Os demais deverão realizar Teste Ergométrico antes da Alta (Mini-Teste). Os que apresentar em impossibilidade de realizar o esforço na esteira, realizarão Cintilografia com Stress farmacológico.

CHS - JOÃO PAULO II

1.9. Procedimentos médicos: Angiologia

PROCEDIMENTO: Insuficiência Venosa Crônica

RESPONSÁVEL: Médico Angiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Foram identificados 37 publicações na busca de referências bibliográficas realizadas nas bases de dados: a) MEDLINE (1966-2000), b) EMBASE (1973-2000), c) LILACS (1985-2000), d) Base de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas (Cochrane Liberty 2000, fascículo 4). Foi utilizado uma intersecção da estratégia para trombose venosa (sintaxe para o LILACS) e da estratégia para revisões sistemáticas/meta-análises (sintaxe para o PUBMED). Foi realizada a seleção dos artigos pela leitura do título e do resumo, quando necessário foi utilizado o texto completo. Associada a busca eletrônica, outros artigos foram sugeridos o especialistas. A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada utilizando os solteiros publicados no JAMA.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:
A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
C: Relatos e séries de casos clínicos.

Definir uma orientação de como deve ser realizado o diagnóstico e o tratamento da insuficiência venosa crônica dos membros inferiores.

PROCEDIMENTOS

- História clínica e exame físico, detalhado sintomas e sinais de insuficiência venosa crônica;
- Exames complementares recomendados para a confirmação diagnóstica: pletismografia venosa (fotopletismografia, pletismografia a ar), ou ultrassonografia (Eco-doppler), flebografia ascendente dinâmica e descendente;
- Procedimentos que incluem orientações educativas, uso medicamento, meias elásticas de compressão graduada e compressão pneumática intermitente.

INTRODUÇÃO
Cada medicamento e procedimentos recomendados possuem contraindicações, precauções, interações e reações adversas. Verifique as orientações dos Fabricantes antes de utilizá-los. Esta diretriz de diagnóstico e tratamento da insuficiência venosa crônica podem auxiliar no processo de classificação da doença e definição do tipo de tratamento.

CLASSIFICAÇÃO DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA (CEAP) 10(D)
Classificação Clínica (C)

CHS - JOÃO PAULO II

Classe 0 - Sem sinais de visíveis ou palpáveis de doença venosa.
Classe 1 -Telangiectasias e/ou veias reticulares.
Classe 2 - Veias varicosas.
Classe 3 - Edema.
Classe 4 - Alterações de pele (hiperpigmentação; eczema; lipodermatofibrose.
Classe 5 - Classe 4 com úlcera curada.
Classe 6 - Classe 4 com úlcera ativa.

Classificação Etiológica (E)
Congênita - EC
Primária - EP
Secundária - ES - pós-trombótica; pós-traumática e outras.

Classificação Anatômica (A)
Veias superficiais - AS
Veias profundas - AD
Veias perfurantes - AP

Classificação Fisiopatológica (P)
Refluxo - PR
Obstrução - PO
Refluxo e Obstrução - PR,O

DIAGNÓSTICO

Insuficiência venosa crônica (IVC) pode ser consequente a obstrução do retorno venoso, refluxo ou combinação de ambos. O exame clínico e os métodos de Diagnóstico complementar objetivam estabelecer quais destas condições estão presentes; o de da insuficiência venosa crônica é eminentemente clínico através da anamnese e exame físico:

Anamnese: queixa e duração dos sintomas; história pregressa da moléstia atual; caracterização e doenças anterior.especialmente trombose venosa; traumat previ membros, resistente de doença varicosa;

Exame físico: hiperpigmentação em pernas, e poder lipodermatoesclerose, edema depressível (maior na perna sintomática); presença de veias varicosas, presença de no nevus, aumento do comprimento do membro e varizes de localização atípica devem ser observados. O exame deve ser sempre realizado com boa iluminação, com paciente em pé, alguns minutos de ortostatismo. A avaliação da IVC apresenta um grau de dificuldade maior que a avaliação da doença arterial. Os diferentes métodos de Diagnósticos da doença venosa são examinador - dependente que requerem habilidade Clínica específica. O doppler de ondas contínuas é o principal método de avaliação após o exame clínico, podendo detectar de refluxo em junção safeno femoral ou safeno-poplítea. O ecodoppler venoso determina a localização e a morfologia das alterações, príncipe objetiva o tratamento cirúrgico. É indicado para avaliação de refluxo envolvendo território da veia safena magna e/ ou parva; localização de perfurantes incompetentes; esclarecimento diagnóstico de edema sem outros sinais de AVC; avaliação de

CHS - JOÃO PAULO II

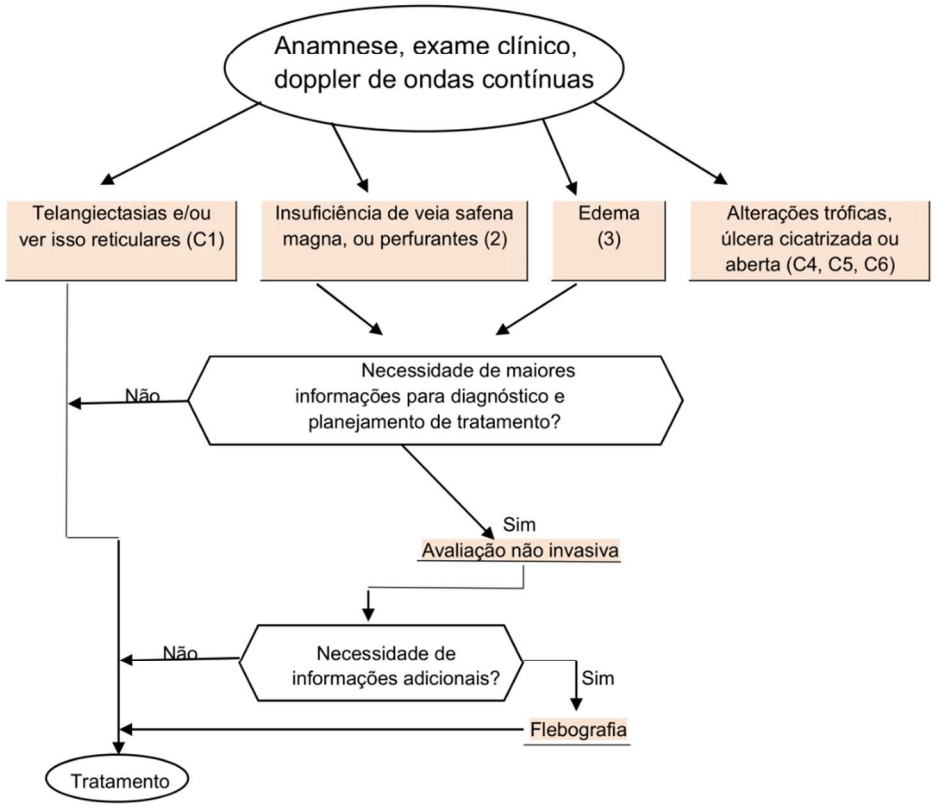
casos de varizes recidivadas e anomalias vasculares; investigação de trombose venosa profunda prévia e de insuficiência vascular e refluxo em sistema nervoso profundo. A pletismografia venosa pode ser utilizada na avaliação do grau de acometimento da função nervosa (obstrução e/ou refluxo), estimando a proporção de comprometimento do sistema venoso superficial e profunda e desta forma prevendo os resultados de cirurgia do sistema venoso superficial nos casos que apresentem comprometimento tanto superficial quanto profundo. Deve ser considerado como um teste quantitativo complementar. A Flebografia indicada quando os métodos não invasivos não forem decisivos para esclarecimento diagnóstico e/ou orientação de tratamento; nas angioplastias nervosas E na possibilidade de cirurgia do sistema nervoso profundo. A arteriografia tem sua indicação nos casos em que há suspeita de fistulas arteriovenosas. Na impossibilidade de realizar exames confirmatórios, o diagnóstico clínico é suficiente para iniciar o tratamento clínico.

TRATAMENTO

A meia elástica de compressão graduada deve ser utilizada para tratamento da insuficiência venosa crônica nas diversas classes clínicas da classificação CEAP. Pode ser utilizada em Associação com o uso de medicamentos. A para ser útil, deve ser compatível com as medidas do membro inferior de cada doente.

Algoritmo 1

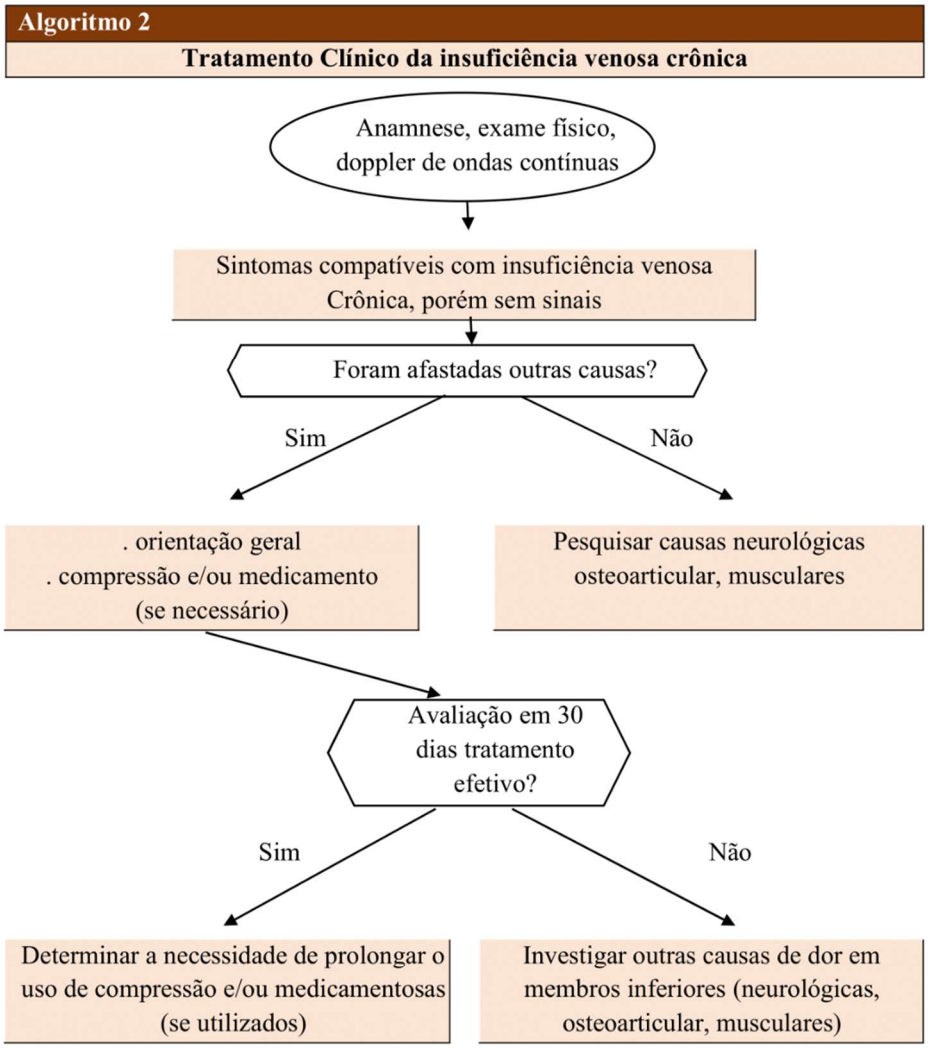
Diagnóstico da insuficiência venosa crônica



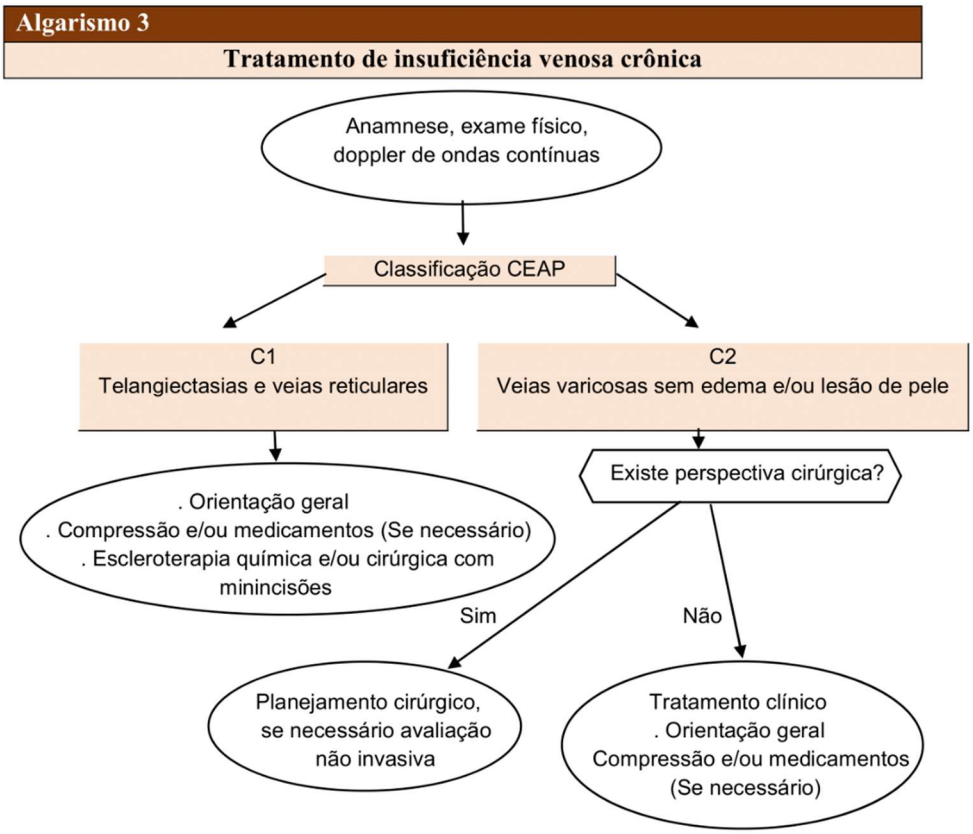
Sintomas isolados que necessitem tratamento apresentam melhora Clínica com uso de medicamentos vendo ativos e/ou compressão elástica. Os diversos tipos de medicamentos vendo ativos possuem diferentes efeitos nos variados sintomas. Nas telangiectasias e veias reticulares (CI): o tratamento de escolha é a escleroterapia, com a opção de tratamento cirúrgico por minincisões para retirada de veias reticulares. Sua indicação É principalmente elástica, devendo ser avaliada a perspectiva de melhora em relação aos riscos associados ao procedimento. O uso dos diferentes tipos de laser tem sido proposto, necessitando entretanto, de maiores estudos demonstrando sua real eficácia e/ou meias elásticas de compressão graduada

CHS - JOÃO PAULO II

é indicada na presença de sintomas associados. Veias varicosas (C2): na presença de refluxo em junção safeno femoral ou safeno-poplítea ou ainda na presença de tributárias e/ou perfurantes insuficientes, está indicado o tratamento cirúrgico. História pregressa de trombose venosa profunda (TVP) implica em propedêutica ampliada, sendo que o tratamento cirúrgico pode ser benéfico, caso exista refluxo em junção safeno-femoral ou safeno-poplítea e que seja demonstrado claramente que estes troncos não representam via de maior importância no esvaziamento venoso. Meias medicinais de compressão graduada com compressão acima de 40mmHg compatíveis com os diâmetros e conformação anatômica da perna e bandagens inelásticas, são efetivas no pós-operatório, que podem proporcionar um menor número de recidivas. Edema C3): Meias clássicas de compressão graduada acima de 35mmHg São efetivas. Bandagens elásticas e hino elásticas podem ser também usadas desde que corretamente colocadas. Medicamentos Venom ativos como a diosmina, dobesilato de cálcio, rotina, rutosídeos e extrato de castanha da Índia43 (B) proporcionam reduções objetivas nos índices de edema, podendo ser utilizados como terapêutica complementar. A correção cirúrgica de refluxo em junção safeno femoral ou safeno-poplítea pode ser benéfica. Pacientes com edema de passado de TVP devem ser avaliados com maior Rigor antes de serem submetidos a tratamento cirúrgico.



Alterações tróficas (C4): O uso de meias elásticas de compressão acima de 35mmHg pode ser benéfico. Vantagens corretamente colocadas também atuam favoravelmente. Não existem ainda evidências suficientes que demonstrem o valor do tratamento cirúrgico, no entanto, a correção na insuficiência venosa superficial com a melhora funcional subsequente pode promover melhora das alterações tróficas. Úlcera Cicatrizada (C5): A compressão acima de 35mmHg parece ser efetiva na prevenção da recorrência da úlcera venosa. Pacientes portadores de insuficiência venosa superficial apresentando o será cicatrizada devem ser submetidos a tratamento cirúrgico.

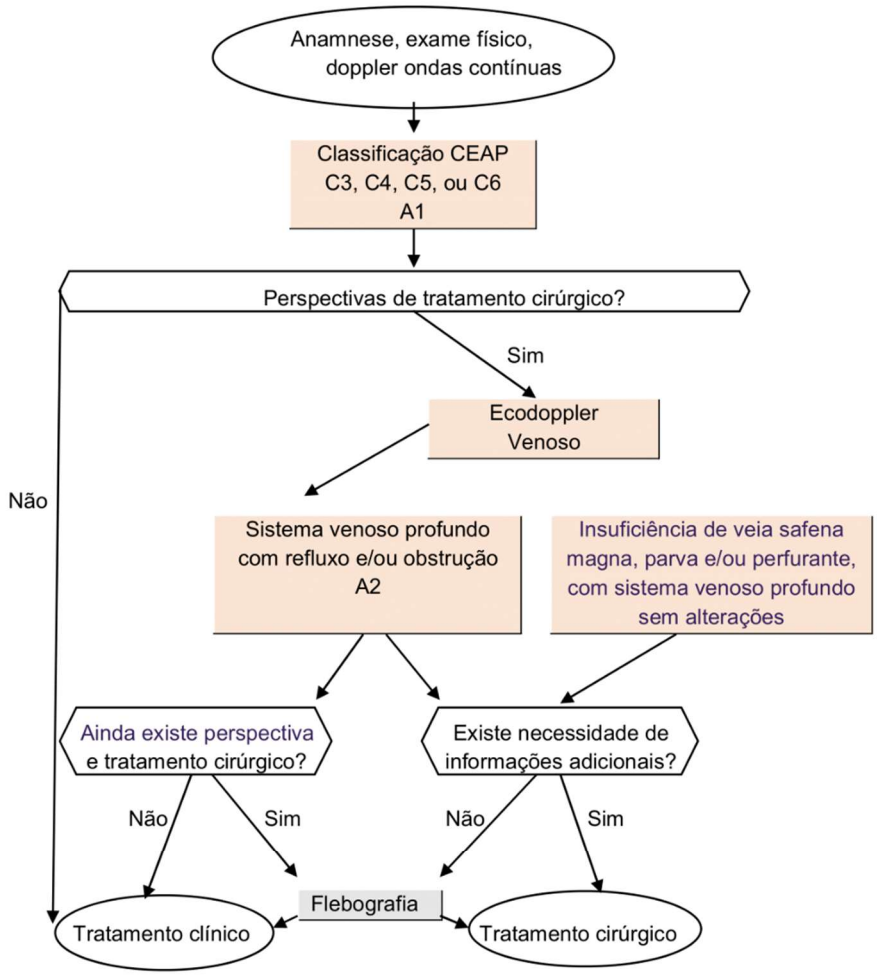


Úlcera ativa i(C6): Evidências da eficácia da medicação ainda são limitadas. O diagnóstico bacteriológico e uso de antibióticos rotineiramente não é recomendado, uma vez que não apresenta influência no diagnóstico tratamento e prognóstico. Ressalva-se o uso de antibióticos em casos de infecções com manifestações sistêmicas. O valor do uso dos diversos tipos de medicamento local ainda não foi comprovado, sendo contraindicado o uso de antibióticos tópicos. Bandagens elásticas e inelásticas são efetivas quando adequadamente colocadas. Meias de compressão elástica graduada acima de 35mmHg podem ser usadas. Pacientes portadores de úlcera venosa ativa e refluxo em junção safeno-femoral ou safeno-poplítea beneficiam-se com o tratamento cirúrgico. Na ausência de refluxo ou após TVP não existem evidências que indiquem o valor do tratamento cirúrgico.

CHS - JOÃO PAULO II

Algoritmo 4

Tratamento Clínico da insuficiência venosa crônica



Anexos:

Anexo 1 (A1):

. Afastar outras causas de edema em C3

Afastar causas dermatológicas em C4, C5 e C6

Anexo 2 (A2)

Sistema venoso profundo:

. Nos casos de refluxo, realizar flebografia

Ascendente e descendente:

Nos casos de obstrução realizar flebografia ascendente

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Transtornos na Extremidade Inferior do Paciente Diabético

RESPONSÁVEL: Médico Angiologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Foram identificadas 17 publicações na busca de referências bibliográficas realizada nas bases de dados: a) MADLINE (1966-2000), b) EMBASE (1973-2000), c) LILACS (1985-2000), d) Base de Dados Cochrane Sistêmicas (Cochrane Library 2000, fascículo 4). Foi utilizada uma intersecção dá estratégia para pé diabético (apêndice A) e da estratégia para revisões sistemáticas/ meta-analises (apêndice B). Foi realizada a seleção dos artigos pela leitura do título e do, quando necessário foi utilizado o texto completo. Associada a busca, eletrônica outros artigos foram sugeridos por especial especialista. A avaliação da qualidade dos estudos foi realizada utilizando os roteiros publicados no JAMA.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:
A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consciência.
B: Estudos experimentais e observacionais de menor consciência.
C: Relatos ou séries de casos.
D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVO:
Estas normas de orientação Clínica foram elaboradas com o intuito de orientação geral aos agentes de saúde que se deparam com pacientes diabéticos. As normas de orientação clínica não cumprem orientação definitiva e devem sempre ser analisadas de modo crítico e aplicação individualizada. A identificação e classificação do paciente de risco, o tratamento precoce, agressivo e educação, individual, familiar e comunitária compreendem as bases sólidas para a prevenção da amputação de membros nesta população.

PROCEDIMENTOS:
História clínica e exame físico;
Exames complementares (doppler, radiografia, ultrassonografia e arteriografia, Cultura);
Procedimentos que incluem orientações educativas, curativo, uso medicamento top e se sistêmicos, uso de sapatos, palmilhas e cirurgias convencional e endovascular.

EVOLUÇÃO E DESFECHO:
Os desfechos clínicos dos tratamentos na extremidade inferior do paciente Diabético São: mortalidade (geral e específica), necrose, ulceração, calosidades e qualidade de vida.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES:

CHS - JOÃO PAULO II

NEUROPATIA

Aspectos Gerais

Muitos fatores de risco para ulceração/ amputação podem ser descobertos na história Clínica e na inspeção cuidadosa do pé. Análise clínica é o método diagnóstico mais efetivo, simples e de baixo custo para diagnóstico da neuropatia. Na anamnese é importante analisar o grau de aderência do paciente e familiares próximos ao tratamento, bem como o estado nutricional, imunidade e comorbidades.

História ativa

Mesmo sem Queixas: paciente assintomático (em relação aos pés). Queixas relativas a outros sistemas não afastam a necessidade de avaliação dos membros inferiores, pois geralmente o paciente não valoriza Dados importantes: calos, fissuras, micoses, etc.

História familiar, tipo de tratamento e tempo de Diagnóstico do diabetes são importantes. Mecanismo da lesão: trauma direto, repetitivo, fissura infectada, etc. História de úlcera e/ou amputação prévia colocam o paciente em grupo de risco elevado para a extremidade afetada e para o membro contralateral.

Sintomas

- Pé seco, amortecido, pontada, agulhada, formigamento e queimação são queixas comuns;
- Dor discreta até insuportável que piora a noite;
- Calos e modificação da aparência do pé.

Inspeção

Independente da queixa:

- Pé hiperemiado, seco, quente e com fissuras;
- Ausência de sudorese;
- Calosidades;
- Morfologia: dedos em garra ou martelo, hálux valgo, pé cavo e outras deformidades;
- Proeminências ósseas;
- Úlceras plantar;

Arcos plantares: Alteração aguda acompanhada de hiperemia e inchaço ou crônica acompanhada de ulceração (Pé de Charcot);
Mobilidade articular limitada;

- Inspecionar também os sapatos.

Teste diagnóstico

Teste de monofilamento (Semmes-Weinstein): incapacidade de sentir o filamento de 10g em quatro ou mais pontos, entre 10 pontos testados (9 pontos na planta e 1 no dorso) demonstra

CHS - JOÃO PAULO II

neuropatia sensitiva. A pressão feita no filamento deve ser suficiente para que ele faça um arco quando apoiado na área de interesse. Sensibilidade térmica e vibratória (diapasão) acusam acometimento de diferentes tipos de fibras nervosas e necessitam de outros dispositivos para sua mensuração.

Radiografia

Rarefação óssea, falanges hein "taça invertida" ou "lápis", destruição óssea. A neuro-osteoartropatia de Charcot caracteriza-se por fraturas destruição óssea, reabsorção, esclerose e formação de sequestros e osso novo. Na fase aguda, o pé fica hiperemiado e inchado, a reabsorção óssea, osteólise, sub luxação, erosão da cartilagem, instabilidade predominam e na fase crônica a esclerose, exuberante formação óssea e deformação com estabilidade, predomina.

Profilaxia da neuropatia

- Controle rigoroso da glicemia;
- Proibição do tabagismo e etilismo;
- Controle da hipertensão arterial, dislipidemia e vasculopatia.

Profilaxia das complicações da neuropatia nas extremidades inferiores

Identificação do paciente de risco para ulceração (perda da sensibilidade, deformidade e história de úlcera prévia) e de risco para amputação (pé de Charcot, infecção e insuficiência vascular): estratificação do paciente nas categorias de risco e elaboração de estratégias para atendimento racional.

Abordagem multidisciplinar

- Educação do paciente, familiar e agente de saúde: cuidados Gerais com os pés, unhas micose, calça etc.;
- Palmilhas e sapatos adequados;
- Paciente que não adere o tratamento tem probabilidade 50 vezes maior de ulcera o pé e 20 vezes maior de ser amputado que aqueles que seguem corretamente as orientações. Os medicamentos de controle de neuropatia tem efeitos colaterais importantes para o SNC,

Tratamento da dor neuropática Tópico: capsaicina (0,075) creme. Inicialmente produz queimação intensa que tende a melhor no do.

Sistêmico:

- Antidepressivo tricíclicos;
- Amitriptilina;
- Carbamazepina;
- Imipramina;
- Antiarrítmico classe 1B;
- Cloridrato de mexiletina.

CHS - JOÃO PAULO II

Obs.: os medicamentos de controle da neuropatia sem efeitos colaterais importantes para o SNC, fígado, função renal, cardiovascular e globo ocular. Devem ser indicados de maneira gradativa e de preferência não associados, avaliando-se a resposta em períodos longos e de tratamento. Apesar dos inibidores da aldose redutase serem sistematicamente citados na literatura, o seu uso comercial não foi liberado devido aos efeitos colaterais.

Tratamento das consequências da neuropatia para os pés

- Déficit de sensibilidade: cuidados com os pés e sapatos apropriados;
- Pés e: cremes hidratantes (evitar o uso entre os dedos);
- Calosidades pequenas: sapatos e palmilhas apropriadas e remoção gradativa com lixas;
- Calosidades maiores, dolorosas e com hematomas: remoção cirúrgica (para a planta) e prescrição de sapatos adequado;
- Úlceras: curativos, frequente, repouso e palmilhas adequadas, gesso de contato total, antibióticos se infeccionadas;
- Material necrótico e/ou osteomielite associado: desbridamento cirúrgico;
- Alteração morfológica;
- Charcot agudo: repouso absoluto e imobilização da extremidade;
- Charcot crônico e outras alterações morfológicas: sapatos e órteses/próteses.

Na falha do tratamento conservador, a reconstrução do pé através de artrodese com ou sem enxerto ósseo, pode ser feita em pacientes selecionados como alternativa à amputação do pé. Reulceração após tratamento cirúrgico pode ocorrer em até 30% dos operados. Os procedimentos cirúrgicos mais comuns evoluem histerectomia, artrodese e/ou artroplastia interfalangeana e metatarsofalangeana. Nota: úlcera são um Marco na evolução dos pacientes diabéticos. A probabilidade de amputação na presença da úlcera se multiplica e o tempo médio necessário para o fechamento é de 30% das úlceras chega às 20 semanas, com tratamento bem feito e Estreita cooperação do paciente e família. A possibilidade de infecção aguda grave e osteomielite a partir da úlcera, está sempre presente, portanto, a sua profilaxia é um dos principais pontos de atuação dos agentes de saúde. Caso amputação da extremidade ocorre, o esforço em providenciar adequada protetização de membro e evitar amputação contralateral e os eventos cardiovasculares deve fazer parte da abordagem desses pacientes.

ANGIOPATIA

A avaliação vascular periférica é necessária em todos os diabéticos com estadiamento e classificação de risco.

Categorias de risco e seguimento ambulatorial 12(D)				
Categoria de risco	**Sensibilidade preservada**	**Deformidade/calo**	**História de úlcera**	**Retorno ambulatorial**
0	Sim	Não	Não	Anual
1	Não	Não	Não	Cada 6 meses
2	Não	Sim	Não	Casa 3 meses

CHS - JOÃO PAULO II

3	Não	Não	Sim	Cada 1-2 meses

História

- Claudicação intermitente;
- Pé pendente;
- Atrofia dos membros, alterações nos pelos e unhas;
- Úlceras dolorosas ou não de difícil cicatrização;
- Presença de hipertensão arterial, dislipidemia;
- Hábitos: tabagismo, alcoolismo, dieta inadequada.

Exame clínico

- Aparência e simetria dos membros inferiores;
- Palidez a elevação do membro e hiperemia reativa na posição pendente;
- Ausência dos pulsos e/ou presença de sopros;
- Úlceras;
- Necrose de Pododáctilos;
- Revascularização de extremidade e/ou amputação prévia.

Devido à frequente Associação com a neuropatia e infecção, as Queixas que físicos podem não ser hípicos. A dor isquêmica e infecciosa pode ser mascarada pela neuropatia. As úlceras podem ser componentes neuropático e, associe associado ao componente vascular.

Métodos diagnósticos

Doppler:

- Défice arterial: pressão arterial absoluta no tornozelo menor que a pressão braquial;
- Relação (índice) entre a pressão tornozelo/braço menor que 0,8/0,9 índice < 0,4/0,5 = déficit cicatrização de lesões:

Menos de 30% dos Diabéticos apresentam altos índices ou pressões absolutas devido à calcificação da camada média da parede arterial, tornando o exame pouco confiável (índice) > 1,15). A recomendações que seja usado o valor absoluto ao invés de se determinar o índice provisório;

Mapeamento doppler (Duplex scanning):

- Estudo preliminar de extensões e obstruções;
- Pode selecionar pacientes para procedimentos terapêuticos (angioplastia);
- Estudo venoso para analisar a qualidade da veia utilizada nas revascularizações de extremidade e para seguimento de pacientes revascularizados;
- Como o resultado é examinador dependente, sua utilização, exclusiva sem Range angiografia, para analisar serial pré-operatória é discutível.

Arteriografia

CHS - JOÃO PAULO II

- Exame pré-operatório: utilizando para planejamento da conduta: evidencia território revascularizado, através de anjinho, enxerto (com veia ou prótese) ou endarterectomia. O exame deve estender-se até a visualização das artérias do pé e seus ramos;
- Padrão clássico oclusão fêmoro-popliteo e das artérias tibiais e fibular, poupando artérias do pé e seus ramos.

Tratamento

Tratamento clínico

Indicado para: claudicação intermitente moderada e leve em pacientes com grave condição clínica geral.

Formas de tratamento:

- Controle dos fatores de risco: Hipertensão arterial sistêmica; dislipidemias;
- Alteração de hábitos: eliminação do tabagismo, controle da dieta e programa de condicionamento físico;
- Antiagregantes plaquetários;
- Drogas hemorreológicas.

Tratamento intervencionista

Indicado para: claudicação intermitente limitante, dor isquêmica de repouso, lesão trófica que não cicatriza e Associação de isquemia aneurisma (da aorta, ilíacas, femorais ou artéria poplítea).

Formas de tratamento:

- Enxerto (derivação) com veia autógena;
- Reservar escolarização com prótese ou substituto homólogo, são opções na ausência de veias autógenas;
- Endarterectomia;
- Angioplastia.
- Prótese endovascular (Stent).

Terapia hiperbárica

Ainda não existem estudos prospectivos controlados comprovando o seu benefício.

Nota: O conceito de microangiopatia que afeta os vasos da extremidade inferior refere-se ao espaçamento da membrana basal do capilar EA falta de controle sobre o peixe/ abertura de shunts arteriovenosos periférico. Estes fatores não contraindicam a revascularização da extremidade afetada e não tornam piores os resultados destas revascularização em diabéticos. A macroangiopatia é precoce e acelerada no diabético. É comum o achado de pacientes diabéticos com isquemia, forte pulso poplíteo, oclusão de artérias de pernas e artérias do pé

CHS - JOÃO PAULO II

poupados do processo oclusivo. A revascularização da extremidade e sua manutenção, mesmo, complexas, é fator de qualidade de vida do paciente revascularizado.

INFECÇÃO

Pés secos, edemaciados, insensíveis, com fissuras, estão sujeitos a infecção. Como a percepção destes quadros está afetada (neuropatia) e pode existir má perfusão tecidual (vasculopatia), graves infecções da extremidade ocorrem ameaçando o membro e/ou a vida do paciente.

Anamnese

Sintomas:

- Paciente com infecção grave pode ser poucos sintomático devido a neuropatia;
- Febre e sintomas relativos a infecção aguda e/ou crônica (osteomielite) geralmente são subdimensionadas pelo paciente.

Aspectos relevantes:

- Diabetes descontrolada Sem Causa aparente;
- Alteração no aspecto do pé (aumento, ver vermelho, rubor);
- Mudança no aspecto de lesão prévia (aumento, secreção e odor fétido);
- História prévia de debridamento, osteomielite e tempo de duração da lesão podem sugerir comprometimento infeccioso crônico.

Sinais:

- Gerais - febre, desidratação (em infecções);
- Locais - rubor, calor abaulamento;
- Lesão com odor fétido, material necrótico e secreção purulenta.

Em decorrência das características anatômicas dos compartimentos nos pés e da perna e das características clínicas dos diabéticos (neuropatia, déficit de imunidade), infecções Profundas e graves a partir de lesões superficiais podem se formar com a apresentação tardia dos sinais clássicos. Úlceras Profundas e maiores de 2,0cm2 tem maior chance de acarretar osteomielite. Nota: O diagnóstico, pré tratamento rápido e agressivo é Vitor perda do membro e reduz tempo e custo da terminação.

Instrumentação da lesão

Inspeção da úlcera com haste metálica bomba estéril (“proding”) é extremamente útil e prática manobra de diagnóstico de lesão profunda e de osteomielite. Se o osso adjacente a úlcera pudesse tocado pela haste sem tecido frouxo de proteção a chance de osteomielite é de 89% e afasta a necessidade de outros exames para diagnóstico.

Exames hematológicos

CHS - JOÃO PAULO II

Sugere infecção: leucocitose, VHS aumentada e níveis de glicemia elevados em paciente previamente bem controlado. VHS acima de 70mm/h em paciente com lesão bem tratada, sem Macrovasculopatia, mas que não fecha, sugere osteomielite.

Radiografia
Presença de gás, corpo estranho e envolvimento o. Sinais compatíveis com osteomielite: rarefação e destruição óssea. Diagnóstico diferencial com Charcot Agudo ou crônico (neuro-osteoartropatia). Na presença de úlcera com exposição óssea, a probabilidade maior é osteomielite. É imprescindível o segmento, pois na fase aguda a elite não é detectada no exame radiológico.

Ressonância magnética
Exame sensível para detecção de coleções Profundas no pé e pode sugerir acometimento ósseo, tem custo e disponibilidade limitada.

Cintilografia óssea
Tem papel secundário e limitado devido ao custo do exame e disponibilidade restrita. É utilizado nos casos de dúvida quando é osteomielite.
Nota: testes de Diagnóstico para detecção de osteomielite são perigosos e não demonstraram vantagem na evolução dos pacientes quando comparado aqueles tratados empiricamente39(B). Porto, na dúvida tratar o paciente.

Culturas
Tem valor quando o tecido profundo ou curetagem da base da lesão é encaminhado para exames em a contaminação superficial. Correlação positiva entre o germe encontrado e a infecção óssea não é unânime. Principal agente isolado é Estafilococos Aureus. Germes Grand - (Bacilos G-) e a associação entre germes aeróbios e germes anaeróbios é comum (Flora poli microbiana).

Histologia
É o método definitivo para diagnóstico de osteomielite.

Evolução
Depende de uma série de fatores que evoluem o paciente diabético: grau de neuropatia e insuficiência vascular periférica, doenças associadas (ins. renal), sítio e severidade da infecção, patógeno infectante, presença de osteomielite, tipo de antibiótico terapia e agilidade na procura e no atendimento médico (clínico- cirúrgico).

Tratamento empírico: tipo de infecção

- Leve: estas infecções geralmente são monomicrobiana e respondem bem ao, particularmente quando ainda não se usou nenhum antimicrobiano previamente: Cefalosporina de 1a geração36(D); amoxicilina/clavulanato. São opções para o uso via oral: a clindamicina e fluoroquinolona.

CHS - JOÃO PAULO II

- Moderada: infecção que ameaça o membro: Fluoroquinolona EV na fase inicial e VO com a melhora; Amoxicilina/clavulanato EV e posteriormente VO; Cefoxitina + clindamicina; Ceftazidima + clindamicina; Fluoroquinolona + clindamicina.
- Grave: infecção que ameaça a vida, geralmente polimicrobiana com aumento do número de bactérias anaeróbicas: Amoxicilina/clavulanato + vancomicina + fluoroquinolona; Vancomicina + Metronidazol + Ceftazidima; Imipenem / cilastatina.

Osteomielite:

- Remoção de osso infectado inviável;
- Sem remoção do tecido ósseo, tratamento por 6 a 12 semanas; alta probabilidade de recorrência;
- Com a remoção do tecido ósseo, três semanas de tratamento baseado em cultura de tecido e/ou osso. Se o osso não for removido completamente, 10 a 12 semanas de antibioticoterapia é aconselhável.

Notas:

- É fundamental o conhecimento de diversos esquemas antibióticos devido à natureza variável do agente etiológico e condição Clínica do paciente. Ex. Infecção por e seu pseudômonas resistente em paciente com insuficiência renal. Após o conhecimento do resultado da cultura, o esquema antimicrobiano deve ser adequado baseado na eficiência microbiológica e custo- efetividade;
- Iniciar empiricamente antibióticos terapia até a indicação do(s) germes(s) de acordo com a frequência bacteriana conhecida no hospital.

CHS - JOÃO PAULO II

1.10. Procedimentos Médicos: Nevralgia

PROCEDIMENTO: Diagnósticos e Tratamento da Esclerose Múltipla

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Pesquisa bibliográfica Ampla nas bases de referências MEDLINE.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:
A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
C: Relatos e séries de casos clínicos.
D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:
Fornecer orientação sobre o diagnóstico e tratamento da Esclerose Múltipla (EM).

INTRODUÇÃO
A EM uma de caráter geralmente progressivo, em e desmielinização da substância branca do sistema nervoso central resulta em vários sinais e sintomas neurológicos. Após 10 anos do início dos sintomas, 50% dos pacientes poderão Estar inaptos para fazer atividades profissionais e mesmo mais domésticas. A evolução da EM é extremamente variável e imprevisível. Identificam-se dois cursos bem distintos da EM: o primeiro se denomina curso remitente/ recorrente, mais comum no adulto jovem, onde sintomas e sinais neurológicos são transitórios, sendo imprescindível o momento e a característica do próximo surto; e o segundo, denominado curso, no neurológicos instalados se intensificam, sem remissão sendo o quadro neurológico

CHS - JOÃO PAULO II

mais sistematizado, geralmente com comprometimento motor (se sistema irá pirâmide e/ou cerebral) e manifesta-se mais frequente aos 40 anos. Em termos de frequência, o curso remitente é mais comum, sendo observado em aproximadamente 85% dos pacientes. A região Sudeste do Brasil é aquela que apresenta o maior número de pacientes diagnosticados. Em estudo realizado na população da capital do Estado de São Paulo, em Julho de 1997, obter-se uma prevalência de 15 pacientes por 100 mil habitantes. Este resultado não permite realizar estimativas de prevalência para outras regiões do país, pois é muito diversa a composição étnica do Brasil.

DIAGNÓSTICO

Para se estabelecer o diagnóstico da EM os critérios são clínicos. Utilizam-se as informações da anamnese para caracterizar a presença do surtos e os exame neurológico para estabelecer correspondência entre os surtos e a estrutura do SNC lesada. As diferentes classificações propostas distinguem um diagnóstico denominado definido, no qual se exige a identificação de pelo menos dois surtos separados de pelo menos 1 mês, com sinais neurológicos revelando duas lesões distinta, em diferentes níveis topográficos da substância branca do SNC. As denominações prováveis e possíveis são reservadas a situações em que a evolução em surtos pode estar presente, mas não há evidência clínica definida de lesões distintas. Recentemente, os critérios de Diagnóstico passaram a contar com o auxílio Laboratorial, como exemplo os Critérios de Poser at al, de 1983, Esses critérios estão representados por pesquisa de bandas oligoclonais nas imunoglobulinas do LCR, estudo da imagem do encéfalo e medula espinhal vou ressonância magnética. Esses exames permitem evidenciar a existência de processo inflamatório no LCR lesões em estruturas do SNC sem tradução clínica, permitindo que as exigências para os critérios de Diagnóstico definitivo venham a ser preenchidas. Quando o diagnóstico se realiza com auxílio Laboratorial recebe a denominação de EM laboratorialmente definida.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O diagnóstico diferencial deve ser a conduta clínica mais importante e que procede a confirmação da EM. Várias são as doenças que tem uma apresentação temporal e espacial descer sinais e sintomas:

- Doenças desmielinizantes com padrão de evolução monofásico com a encefalomielite aguda disseminada, a mielite transversa aguda e a neurite óptica; sendo que nesta, em aproximadamente dois terços dos pacientes, a infecção viral procedente;
- A mielinólise pontina e extrapontina, leucodistrofias (adrenoleucodistrofia), mielopatia pós radiação são exemplos de doenças crônicas que apesar de não terem caráter inflamatório, leve a mielina e podem apresentar evolução monofásica ou progressiva;
- As vasculites sistêmicas, lúpus eritematoso sistêmico, doença de Sjogren,doença de Behçet e sarcoidose podem ter comportamento semelhante a EM, tanto no padrão temporal como espacial dos sinais e sintomas neurológicos;
- Doença vascular cerebral como embolia de origem cardíaca em jovens, endocardite, síndrome do anticorpo anticardiolipina e cadocil;
- Síndromes infecciosas como sífilis meningovascular, doença de Lyme, Sida, mielopatia pelo HTLV-I;

CHS - JOÃO PAULO II

- Síndromes Parallel plásticas, sintoma de neurológicos precede aparecimento da, apresenta anticorpos antineuronal (anticélula de Purkinje), anti-YO na síndrome cerebelar subaguda; encefalite do tronco cerebral, mielite, encefalomielite, apresentando anticorpos anti-Hu e anticorpo antinucleo neuronal (ANNAcaiaque-2);
- Malformações venosas, encefálicas ou medulares, da transição occipito-cervical (malformação de Chiari);
- Processos expansivos em cefálicos ou medulares, principalmente os de natureza benigna;
- Doenças carenciais como mielose funicular, que pode envolver tratos realizados da medula, apresentando características progressivas simulando a esclerose múltipla progressiva primária;
- A neurite óptica como sintoma inicial da esclerose múltipla tem como característica fundamental a presença de dor ocular, principalmente a movimentação do olho, devendo ser diferenciada de outras Perdas oculares agudas que embora não apresentem dores, entram no diagnóstico diferencial tais como: neuropatia óptica anterior isquêmica, neuropatia óptica hereditária de Leber, coreoretinopatia serosa central, retinopatia associada à neoplasia (com a anticorpos anti-recoverina);
- Doenças degenerativas como paraplegia e ataxias hereditárias.

TRATAMENTO

Apesar de ser considerada como uma doença autoimune, a resposta clínica aos imunossupressores tem sido desapontadora. O controle da doença obtido com essas drogas sempre foi insuficiente apesar de que alguns deles demonstram maior eficácia. A introdução recente de imunomoduladores como o interferon beta produziu diminuição da frequência e severidade das recidivas e através da progressão da doença em pacientes ambulatoriais, portador da forma "surto/remissão": tanto o interferon beta 1a como o beta 1b diminuem a frequência dos surtos. O advento do acetato de glatiramer representou uma terapêutica que veio complementar o conjunto dos imunomoduladores, sendo recomendado como fármaco também de primeira opção no tratamento da esclerose múltipla ou como substituto para casos de falha de interferon, seja por ausência de resposta clínica, seja efeitos adversos dos mesmos. Ensaios clínicos descritos na literatura revelam um perfil de tolerância muito boa, sem evidências de alterações laboratoriais específicas ou efeitos clínicos adversos. Na forma progressiva secundária da doença, forma evolutiva, concomitante ou sequencial da forma surto/ remissão, foi comprovada a eficácia parcial do interferon beta 1b. entretanto na forma progressiva primária da doença as evidências da eficácia destes tratamentos, em pequenas séries de casos e até a presente data, não há comprovação clínica da eficiência terapêutica dos imunomodulador. Apesar de aproximadamente 20% dos pacientes apresentaram em uma evolução favorável, é recomendado iniciar o tratamento precoce em todos os casos que preencham os critérios que serão abaixo citados.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO TRATAMENTO:

As seguintes situações são requeridas, cumulativamente, como critérios de inclusão:

- Portador de esclerose múltipla definida clínica ou laboratorialmente pelos critérios de Poser e colaboradores;

CHS - JOÃO PAULO II

- Idade entre 18 e 50 anos, no do tratamento;
- Portadores de esclerose múltipla - forma definida em medicamento como "surto-remissão" ou progressiva secundária;
- Doença caracterizada como ativa: pelo e ou por neuroimagem com ressonância; magnética
- Ter apresentado pelo menos dois surtos da doença antes do início do tratamento;
- Apresentar pontuação na escala EDSS (escala de incapacidade para esclerose múltipla) igual ou inferior a 6,5. Capacidade de deambular com ou sem ajuda;
- Paciente ou familiar capaz de assegurar que a adesão ao tratamento será mantida e que a monitoração dos efeitos adversos será adequadamente identificada tanto pela família como pelo médico neurologista que prescreveu o imunomodulador;
- Paciente foi avaliado por neurologista em Centro Especializado em Esclerose Múltipla credenciado pelo Comitê Brasileiro de Tratamento e Pesquisa em Esclerose Múltipla (BCTRIMS) e pelo gestor municipal.

Foram excluídas outras doenças que clinicamente possam se assemelhar a esclerose múltipla, utilizando também o auxílio dos exames: ressonância magnética e neuro eixo e do líquido cefalorraquidiano.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

Serão excluídos deste tratamento todos os pacientes que apresentarem pelo menos uma das situações abaixo:

- Esclerose múltipla - forma progressiva;
- Esclerose múltipla - surto - remissão cara carácter caracterize avançado: com pontuação na escala EDSS maior do que 6;
- Paciente do sexo feminino onde há possibilidade de concepção não pode ser adequadamente controlada.

BENEFÍCIOS ESPERADOS COM O TRATAMENTO:

- Melhora sintomática;
- Diminuição da frequência e severidade das rescindir;
- Redução do número de internações hospitalares.

APRESENTAÇÃO

Existem três diferentes produtos disponíveis contendo interferon beta recombinantes:

- Interferon Beta - 1b - administração subcutânea;
- Interferon Beta - 1a - administração subcutânea;
- Interferon Beta - 1a - administração intramuscular.

O FIN Beta-Ia é a forma glicosilada e a mais semelhante ao IFN humano mais hidrossolúvel. Estudo recente mostrou a superioridade do IFN Beta-Ib analisando a resposta de marcadores plasmáticos da atividade do interferon. Entretanto, não a evidência de que estes achados se traduzam em superioridade clínica. Assim, adotamos assertiva da eficácia Clínica semelhante

CHS - JOÃO PAULO II

nas diferentes formas comerciais de interferon Beta no tratamento da esclerose múltipla na forma surto/remissão. O acetato de Glatiramer existe comercialmente na apresentação de ampolas de 20mg para injeção subcutânea, sendo esta a única via de administração. Não pode ser usada intramuscular ou intravenosa. O crescente interesse pelo estudo da EM em nosso meio, a identificação de maior número de caso, casos aqui de centro especializados de tratamento e as questões relacionadas à política de distribuição dos novos medicamentos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, levaram-nos a criar o BCTRIMS (Brazilian Committe for treatment Research in Multiple Selerosis and Neuroimunological Disorders). O BCTRIMS visa organizar e fomentar a interação entre os pesquisadores de vários pontos do país, implementando estudos multicêntricos, assim como traçar condutas baseadas nas evidências científicas disponíveis em relação ao diagnóstico e ao tratamento.

POSOLOGIA:

Formas de administração

Os 3 esquemas terapêuticos utilizando interferon-beta serão aceitas as seguintes formas:

Posologia (A) (B) (D):

	Formas de administração: Os 3 esquemas terapêuticos utilizando interferon Beta serão aceitos na seguinte forma:			
Produto	**Dose**	**Via**	**Intervalo**	**Conteúdo de IFN Beta**
IFN Beta-1b	9,6MUI	Subcutânea	Dias alternados	250ug
IFN Beta-1a	12MUI	Subcutânea	3 vezes por semana	44ug
IFN Beta-1a	6MUI	Intramuscular	1 vez por semana	30ug

O interferon Beta-1a é prescrito na dose de 11ug, subcutânea 3 vezes por semana. Será aceita a continuação da prescrição nessa dosagem somente por mais um ano, a fim de facilitar o ajuste da dose para 44ug, subcutânea três vezes por semana, dose atualmente preconiza, seguindo o cronograma estabelecido pelo médico assistente. O Acetato de Glatiramer deverá ser utilizado, da seguinte forma:

Produto	Dose	Via	Intervalo
Acetato de Glatiramer	20mg	Subcutânea	Diariamente

INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO:

Não há critérios definitivos na literatura para decidir sobre a suspensão do tratamento, exceto na vigência de efetivos adversos graves produzidos pelo interferon Beta ou acetato de glatirâmer.

MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO:

CHS - JOÃO PAULO II

Recomenda-se hemograma e provas de função hepática avaliados mensalmente nos primeiros seis meses e após, a critério clínico. O uso deve ser interrompido em caso de aparecimento de efeitos colaterais graves. Não há, necessidade em, de exame do líquido cefalorraqueano ou de neuroimagem por ressonância magnética para o acompanhamento Clínico destes pacientes. Leucopenia, alteração das enzimas hepáticas, hipersensibilidade e depressão são efeitos potenciais dos imunomoduladores que, de acordo com seu médico assistente, deverá tomar a conduta mais adequada.

TEMPO DE TRATAMENTO:
Indeterminado.

AS RECOMENDAÇÕES DO BCTRIMS
QUANTO AO USO DE IMUNOMODULADORES NA E:

- Os imunomoduladores devem ser exclusivamente prescritos por neurologistas clínicos;
- Os imunomoduladores devem ser prescritos somente para os pacientes com EM definido de acordo com os critérios diagnósticos de Pouser e col.;
- Os imunomoduladores só devem ser prescritos para pacientes com as formas remitente recorrentes e progressivas secundárias;
- Não há indicação de seu uso nas formas primariamente progressiva; progressivas
- Os imunomoduladores só devem ser prescritos para pacientes com EDSS igual ou inferior a 6,5;
- O tratamento deve ser indicado com doses mínimas, preconizadas mas que podem ser ajustadas, se necessário, durante a evolução;
- Não há imunomoduladores de escolha no tratamento, podendo haver substituições no seu curso;
- Não a contra indicação da associação de imunomoduladores a corticosteróides e/ou imunossupressores;
- O uso de imunomoduladores deve ser interrompido em caso de efeitos colaterais graves;
- O uso de imunomoduladores deve ser monitorado com hemograma e provas de função hepática, não havendo necessidade de RNM ou LCR na monitoração;
- Os imunomoduladores estão contra indicados em mulheres grávidas e apenas devem ser prescritos para mulheres em idade reprodutiva que estejam em uso de métodos contraceptivos seguros;
- O tempo de tratamento ainda é indeterminado.
- Estas recomendações serão revistas e modificadas quando novas evidências e condutas se tornarem normas aceitas na literatura.

CENTROS DE REFERÊNCIA:
Recomenda-se a criação de centros de referência a serem cadastrados e credenciados pelo BCTRIMS, avaliação do diagnóstico e quantificação da disfunção dos pacientes. Esse trabalho será realizado por neurologistas clínicos nesses centros de referências, cuja aferição será considerada indispensável para a liberação dos medicamentos. O seguimento do paciente deverá ser feito pelo seu médico assistente de origem, não havendo assim quebra nesse relacionamento. A ele compete a identificação dos efeitos colaterais e conduzir o esquema terapêutico, nas mudanças individuais, assim como Associação de medicamentos. Compete ao médico assistente apresentar ao paciente os riscos da terapêutica imunomoduladora e

CHS - JOÃO PAULO II

conjuntamente assinar o termo de consentimento informado, de acordo com as exigências do SAS do Ministério da Saúde

PROCEDIMENTO: HANSENÍASE: Diagnóstico e tratamento da Neuropatia

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Esta publicação buscou incorporar as melhores bases de dados disponíveis à época de sua execução. No entanto, estes dados devem ser interpretados cuidadosamente, os resultado de por futuros podem levar as alterações nas conclusões ou recomendações sugeridas por este documento. Foram utilizados principalmente das bases de dados MEDLINE (U.S. National Library of Medicine) e LILA CS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), manuais e documentos do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial de Saúde, teses e livros de textos relacionados ao assunto.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:
A: Estudos experimentais e observâncias de melhor consistência.
B: Estudos experimentais e observâncias de Menor consistência.
C: Relatos de que de casos (estudos não controlados).
D: Opinião Desprovida de avaliação, base consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

- Estas diretrizes destino se a abordagem prática e atualizada dos estudos relacionais da hanseníase.

CHS - JOÃO PAULO II

- Estabelecer terapêutica adequada ao paciente para minimizar os danos decorrentes das reações hansênicas e os efeitos colaterais dos fármacos empregados para o controle da reação.

CONFLITO DE INTERESSE:
Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO
Os avanços na terapêutica da hanseníase e a implementação de novas estratégias na conduta dos programas de controle reduziram drasticamente sua prevalência em todo o mundo. Entretanto, o comprometimento da função neural continua a ser um problema que requer atenção cuidadosa, tanto com o objetivo de se evitar ou minimizar a sua progressão, como para prevenir suas sequelas, as deficiências sensitivas ou sensitivo/ motores e as incapacidades e deformidades que podem resultar desse comprometimento neural. O comprometimento do sistema nervoso periférico antes, durante e mesmo após o término do tratamento, ou seja, a alta da medicação específica (poliquimioterapia), responsável pela maioria das deficiências e deformidades associadas à hanseníase. Na evolução da hanseníase, os nervos periféricos podem ser acometidos em número e gravidade variável, de acordo com a resposta imunocelular inerente a cada paciente. Episódios relacionais podem levar a um agravamento do processo inflamatório do nervo e, consequentemente, da função neural. Por esses e outros fatores, faz-se necessário padronizar uma definição mais clara sobre as características da neuropatia da doença de Hansen, dos métodos diagnósticos disponíveis e de uma conduta terapêutica aceitável e praticável.

DEFINIÇÃO
A neuropatia da hanseníase, resulta principalmente, de um processo inflamatório dos nervos periféricos, cuja intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da fase evolutiva da doença e dos fenômenos de agudização durante os episódios relacionar, ou seja, a reação tipo 1 ou reação reversa (RR) e a reação tipo 2 ou o eritema no dos hansênico (ENH), que que clínica da reação tipo, podendo acometer Ramos cutâneos ou o tronco do nervo, de mononeuropatia) ou múltipla (mononeuropatia múltipla). Estes episódios relacionais envolvendo os nervos são clinicamente conhecidos como neurites. Entre os outros mecanismos de lesão do sistema nervoso periférico na hanseníase deve ser considerado Outro fator agravante, de natureza extrínseca, qual seja, a compressão e o aprisionamento do nervo a demasiado por estruturas anatômicas vizinhas.

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO
Na hanseníase, há acometimento de fibras atômicas, sensitivas e motoras. Entre as manifestações atômicas, destaca-se a perda de sudorese, resultando em pele ressecada. Rua cometimento das fibras cutâneas resulta na perda da sensibilidade à dor, ou frio, ou calor ao calor e, mais tardiamente, também ao tato. Quando a lesão do tronco dos nervos periféricos, acometimento sensitivo, autonômico e motor no território do(s) nervo(s) afetado(s), resultando em perda de todas as formas de sensibilidade (dor, frio, calor, tato, parestesia e posição

segmentar) e de paresia, paralisia e atrofia muscular. Neuropatia inflamatória neurite) pode ser. As neurites agudas se apresentam de forma abrupta, com quatro objetivo de hipersensibilidade à palpação, do intensa, espontânea ou desencadeada pela palpação. Com referência, as estruturas neurais desenvolvem edema, resultando em espessamento dos né, com alterações da função sensitiva ou sensitivo- motora, que podem ser reversíveis se houver controle do edema6(D). Já as neurites crônicas se caracterizam por um início insidioso e lentamente progressiva, progressivo, apresentando, inicialmente, apenas leves alterações sensitivas, progredindo com as alterações sensitivo- sensitivo motor e sintomatologia dolorosa variável. A neuropatia não dolorosa, conhecida como "neurite silenciosa", se caracteriza o alteração da função sensitiva ou sensitivo- motora na ausência de fenômenos álgicos. O acometimento nervoso aumenta com a evolução da doença, com a idade do paciente e é maior nas formas multibacilares. A presença ou ausência de dor é outro aspecto notável da neuropatia da hanseníase. A dor da neuropatia (neuralgia) pode ocorrer durante o processo inflamatório, associado ou não a compressão neural, ou então de correr de sequela da neurite (do neuropática). A distinção entre as duas situações é importante, pois implica em tratamentos particularizados. A dor pode ainda ser espontânea ou ser desencadeada pela palpação ou percussão do nervo (sinal de Tinel). Sensações desagradáveis pode estar presente na ausência do estímulo (parestesias) e, ocasionalmente, distúrbios na percepção das sensações (disestesia) são também encontrados.

O exame físico destes pacientes devem incluir: palpação dos troncos nervosos, particularmente do nervo ulnar, no túnel epitrócleoolecraniano; do mediano, na fase anterior do Punho, na entrada do túnel do carpo; do tibial posterior, no túnel do Tarso e do fibular, no joelho, abaixo da cabeça da fíbula até a fossa poplítea. Avalia-se a forma, a consistência, e o volume do espessamento do nervo, e a mobilidade do nervo durante o movimento articular; o mapeamento sensitivo do tato cutâneo, utilizando-se o conjunto de monofilamentos de nylon de Semmes - Weinstein nos territórios específicos dos troncos nervosos das mãos e pés, recomendado para o programa de controle de hanseníase. Estudos demonstraram que este instrumento é útil para detectar quantificar a perda sensorial, permitindo avaliar resultados em seis níveis funcionais: sensibilidade normal, sem sensibilidade, sem sensibilidade diminuída, perda de sensibilidade protetora, sensação depressão profunda e perda de sensação depressão profunda; o teste manual de força dos músculos dos membros superiores e inferiores mais frequentemente acometidos, recomendado pelo programa de controle da hanseníase. Este método é utilizado para o diagnóstico de lesões nervosas periféricas, embora sua confiabilidade esteja na dependência da habilidade e conhecimento do examinador. Recomenda-se adotar o critério de graduação da força muscular de zero a cinco.

Os resultados dos exames devem ser analisados em seu conjunto. No que se refere à ocorrência de dor neural, perda de sensibilidade e da força muscular nas mãos e pés, os critérios para suspeitar de e/ou confirmar alterações da função neural são:

1. <u>NO DIAGNÓSTICO</u>:

A presença de dor no trajeto do nervo e/ou história de alteração da sensibilidade e/ou da força muscular, no período menor ou igual a 12 meses, comprovados no momento da avaliação, deverão ser tratados como caso de neurite;

CHS - JOÃO PAULO II

Quando na avaliação o paciente não sentir o toque do monofilamento igual ou maior a 2 gramas, em dois territórios específicos de um mesmo nervo.

2. EM TRATAMENTO E APÓS ALTA:

A presença de dor aguda no trajeto do nervo e/ou diminuição ou perda da sensibilidade e/ou força muscular em comparação a última avaliação;

É considerada alteração da sensibilidade, alteração em dois pontos do trajeto de um mesmo nervo em comparação a avaliação anterior.

As formas das neuropatias da hanseníase devem ser caracterizados segundo o tempo de evolução, o tipo de reação e a sintomatologia álgica:

1. TEMPO DE EVOLUÇÃO:
   Agudas e subagudas, com menor de três meses de evolução (neurites);
   Crônicas, com mais de três meses de evolução.
2. TIPO DE REAÇÃO:
   Tipo 1 ou reação reversa (RR);
   Tipo 2 ou de eritema nodoso hansênico (ENH).
3. SINTOMATOLOGIA ÁLGICA;
   Dor aguda ou crônica, incluindo aquela da sequela da neurite (dor neuropática);
   Neuropatia silenciosa ("neurite silenciosa").

Diagnosticada a, a a neuro está sempre presente. Independentemente da presença de Queixas, todos os pacientes devem obrigatoriamente ser submetidos a avaliação e monitoramento da função neural, durante o tratamento e mesmo após o término da poliquimioterapia.

TRATAMENTO DAS NEUROSES (NEUROPATIAS AGUDAS E SUBAGUDAS)

TRATAMENTO CLÍNICO

O tratamento procura controlar as alterações imunoinflamatórias dos episódios relacionais e evitar as deficiências físicas decorrentes do dano neural. Os episódios relacionais podem apresentar suas manifestações cutâneas e sistêmicas acompanhadas de neurite. O quadro relacional também pode manifestar-se somente com alterações neurais, configurando um quadro de neurite(s) saladas(s). A neurite silenciosa é um quadro sem sintomatologia dolorosa. Frequentemente, o seu diagnóstico, pela própria característica de quadro sem dor, é subavaliado. Recomenda, portanto, o acompanhamento sequencial e repetitivo da sensibilidade e função motora em todos os pacientes com hanseníase, a fim de se detectar e tratar precocemente a neurite silenciosa, Na tentativa de evitar as deficiências físicas. No tratamento das neurites, as drogas preconizadas são os corticosteróides e a Prednisona é a mais usada, na dose de 1 a 2mg/kg/dia, de acordo com a avaliação clínica da sintomatologia e da gravidade do quadro.

Esta dose deve ser mantida até a regressão dos sinais e sintomas, quando então pode ser reduzida em 5mg a cada duas ou três semanas, até chegar a 20mg. Essa dosagem pode ser mantida por alguns meses, enquanto ocorre a melhora gradual, com recuperação da função neural. Um número importante de deficiências pode se instalar nos pacientes com quadro de ENH. Os

CHS - JOÃO PAULO II

profissionais da Saúde devem avaliar o acometimento neural nesses casos. Todos os pacientes com reação tipo 2 devem ter seus nervos periféricos examinados e, se for o caso, prontamente com corticosteróides. A talidomida é indicada no controle do ENH com lesões de pele e articulares e pode ser usada no comprometimento neurológico quando da diminuição das doses de corticosteróides. O diagnóstico e tratamento dos quadros de neurites devem ser precoces, pois estes constituem os principais fatores para a prevenção das deficiências e deformidades em hanseníase. Existe estudo mostrando que neurite com menos de seis meses de evolução respondem melhor à corticoterapia. Tem-se sugerido regimes de corticoterapia com doses mais altas em períodos mais curtos. Habitualmente, o uso de corticosteróides é feito por via oral. Pode-se, todavia, optar pelo uso intravenoso da metilprednisolona, na dose de 1g por dia, conhecida como pulsoterapia, usar neuropatia, como as vasculíticas. Aconselha-se que este procedimento seja realizado em centros especializados, com o paciente hospitalizado ou em sistema de hospital-dia e monitorado. Está indicado para pacientes com quadro neurológico de difícil controle e/ou com sintomas muito intensos. Em casos Nos quais os pacientes estão em uso crônico de corticosteroides orais, sem melhora, adota-se o aumento significativo da dose oral ou a pulsoterapia com metilprednisolona. Esta estaria associada a resposta mais rápida. Pode-se usar a dose de 1g/dia metilprednisolona, durante três dias consecutivos, com reforço mensais de 1g/dia, um dia único. Em tais casos, visando a prevenção dos efeitos colaterais, relativos a parada abrupta do uso de altas doses de corticosteróides, pode-se utilizar doses progressivamente mais baixas de prednisona, durante 9 a 12 dias (30mg por via oral, durante três dias; 15mg por mais de três dias; após, 5mg por mais de três dias; do 2,5mg por mais de três dias e interrupção). Entre o 12º e o 30º dia pós-pulsoterapia, considera-se que essa continua sendo efetiva. Paciente com dor não controlada e/ou crônica. O tratamento da neuropatia deve contemplar o tratamento da dor neuropática, requerendo a identificação do seu mecanismo gerador para defini-lo. As pré-inscrições devem ser adaptadas às necessidades de cada caso e a administração realizada regularmente e não sob demanda. A preferência deve ser dada aos medicamentos de fácil aquisição e prescritos em escala crescente de potência. Nas dores persistentes, em pacientes com quadro sensitivo e motor normal ou sem piora, o tratamento da dor é feito exclusivamente com antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina, imipramina, clomipramina), neurolépticos (clorpromazina, levomepromazina), e ou anticonvulsivantes (carbamazepina, gabapentina, Topiramato, oxcarbazepina) - (Quadros 1, 2 e 3). Quais medicamentos são exclusivamente analgésicos de ação central, ou seja, não promovem a recuperação da função neural (sensibilidade e motricidade). Em qualquer dos casos mencionados é necessário monitorar a função neural, pois pode haver piora da sensibilidade e/ou da força muscular. Então situação ou na ausência de melhor, o paciente deve ser encaminhado aos centros de referência para avaliação de indicação cirúrgica. Associado ao tratamento da neurite, deve-se orientar repouso da articulação próxima ao nervo comprometido e iniciar a prevenção de complicações secundárias, por por meio fisioterapia fisioterapêutica.

Tratamento cirúrgico

É um componente coadjuvante na abordagem deste problema. Um dos fatores importantes na produção de neuropatia é a compressão intra e extraneural. A finalidade da cirurgia é reduzir

CHS - JOÃO PAULO II

ou eliminar a compressão. O edema e a compressão intraneural respondem bem ao tratamento com corticóides mas a presença de estruturas anatômicas construtivas próximas ao nervo surge a necessidade de sua liberação para melhor solução do problema do que o paciente apresenta. Esta é uma das principais razões para que a atenção cirúrgica seja levada em consideração na atenção global desse problema.

Quadro 1

Antidepressivos tricíclicos		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Amitriptilina	10-150mg	300mg
Nortriptilina	10-50mg (0,2-3mg/kg)	150mg
Imipramina	25-150mg	300mg
Clomipramina	25-150mg	250mg

Quadro 2

Fenotiazínicos		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Clorpromazina	25-100mg	100mg
Levomepromazina	10-100mg	100mg

Quadro 3

Anticonvulsivantes		
Fármaco	**Dose habitual/dia**	**Dose máxima/dia**
Carbamazepina	200-1200mg	3000mg
Oxicarbamazepina	300-900mg	3000mg
Gabapentina	900-2400mg	3600mg
Topiramato	25-800mg	1600mg

Indicações para o tratamento cirúrgico podem ser:

- Abscesso de nervo;
- Quando presente ou existindo forte suspeita de sua presença, a drenagem cirúrgica está indicada;
- Paciente com neuropatia que não responde ao tratamento Clínico adequado para neurite dentro de quatro semanas.

Nestes que, é fundamental ter uma avaliação funcional inicial e em intervalos regulares (sensitiva motora e, se possível, eletrofisiológica) para subsidiar a decisão. Se o paciente já foi tratado com dose adequada de corticosteróide e com talas e, mesmo assim, sim a função nervosa não tivesse sido recuperada ou piorar em quatro semanas, a possibilidade de cirurgia deve ser fortemente considerada;

- Paciente com neuropatia (neurites) subentrante.

Estes são os casos que respondem bem ao tratamento com corticosteróides mas, logo que a dose seja reduzida ou totalmente retirada, a fase aguda recrudescer. Após 3 episódios de agravamento, está indicada a cirurgia. Novamente, o meu monitoramento de função neural é fundamental, mais do que os sintoma de dor. Lembrar que o nervo destruindo raramente dói.

- Neurite de nervo tibial posterior

CHS - JOÃO PAULO II

A neurite é silenciosa e não responde bem ao tratamento com corticosteróide. A indicação de neurólise neste nervo deve ser feita de acordo com os padrões já discutidos. Estudos têm demonstrado que frequentemente esta cirurgia auxilia na prevenção da ocorrência de úlceras plantares e no tratamento dessas úlceras. Por esta razão, a indicação não segue critérios rígidos, podendo ser indicada como intervenção preventiva em casos que apresentem sinais/ sintomas mínimos e iniciais de lesão do nervo até como intervenção terapêutica nos casos com sinais/ sim de renal estabelecida.

PROCEDIMENTO: Tratamento da Fase Aguda do Acidente Vascular Cerebral

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
A Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares, que é o Grupo de Trabalho em patologia vascular cerebral da Academia Brasileira de Neurologia, constituiu um Comitê "Ad Hoc" para estabelecer um consenso no tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC). Para tanto, procurou encontrar respaldo na literatura médica Mundial, bem como na experiência pessoal dos relatores, Sem esquecer a realidade dos recursos coletados disposição no Brasil. Sempre que possível, procurou-se alicerçar as conclusões quanto à escolha de determinada conduta, no recomendados pelo "Stroke Council" publicado em 1941.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO A FORÇA DE EVIDÊNCIA:
A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.
B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.
C: Relatos e séries de casos clínicos.

CHS - JOÃO PAULO II

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVO:
Elaborar recomendações para o uso dos profissionais da área médica.

PROCEDIMENTOS:
Apresentados em diferentes itens comumente elaborados no tratamento desses doentes.

AVC UMA URGÊNCIA NEUROLÓGICA
Estatísticas recentes mostram que no Brasil o acidente vascular cerebral (AVC) é a primeira causa de óbito. Em suas diversas formas de apresentação, os AVC constituem uma emergência neurológica. A perda de tempo para abordagem destes pacientes significa uma pior evolução. O AVC, portanto é uma emergência médica e deve ser conduzido prontamente, por equipe médica coordenada por neurologista clínico. Recomenda-se o desenvolvimento de "Unidades de AVC" em todos os centros hospitalares habituados ao atendimento a pacientes com esta doença, onde estes doentes deverão ser internados.

A INVESTIGAÇÃO NA FASE AGUDA DO AVC
A tomografia computadorizada do crânio (TC) tem sido o exame de imagem recomendo, de de ver realizado o mais rapidamente possível. Deve ser repetida em 24 a 48 horas nos casos em que não sejam evidenciadas alterações do exame Inicial ou de evolução insatisfatória. A ressonância magnética encerrar (RM) com espectroscopia, ou ponderada para perfusão ou difusão pode ser realizada; apresenta os eternidade maior que a TC nas primeiras 24 horas para AVC isquêmico (AVCI), especialmente no território vértebro-basilar. Para início de investigação radiológica recomenda-se a realização do ultrassom doppler de carótidas e vertebrais, avaliação cardíaca com eletrocardiograma, radiografia de tórax e ecocardiograma com doppler transtorácico ou transesofágico, devendo ser realizado antes da alta hospitalar. A angiografia cerebral deve ser realizada nos casos de HSA ou acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH) de etiologia desconhecida. Outros exames de imagem podem ser realizados conforme a necessidade, incluindo a angioressonância, o doppler transcraniano e o SPECT ("single photon emission computed tomography"). O exame do líquido como hackear (LCR) está indicado nos casos de suspeita de hemorragia subaracnóide (HSA) com TC nega negativo e de vasculites inflamatórias ou infecciosas. Recomenda-se realizar em caráter de emergência os seguintes exames sanguíneos: hemograma, glicose, creatinina, uréia, eletrólitos, gasometria arterial, coagulograma e, antes da alta hospitalar, frente a suspeita de trombose, a dosagem do colesterol total e frações, triglicerídeos e fibrinogênio. Recomenda-se também reações sorológicas para a doença de chagas e sífilis. Nos casos de AVCI hein jovem ou sem etiologia definida, recomenda-se "screening" completo para processos autoimune, arterites, distúrbios da coagulação, perfil genético, malformação e dosagem de hemossiderina.

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL
Embora a hipertensão arterial (HA) ocorra frequentemente na fase aguda do acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico, sendo encontrada em 50 a 80% dos pacientes, muita controvérsia

CHS - JOÃO PAULO II

existe no tocante ao seu manejo. Tem sido descrita deterioração neurológica com uso de Agentes anti-hipertensivos. Recomenda-se nenhum ou mínimo tratamento inicial de HA leve a moderada na fase aguda do AVC isquêmico, com a ressalva de que não existe estudos randomizados que permitam firmar definitivamente tal conduta. Em casos de HA grave (PA sistólica >220mmHg ou PA diastólica > 120mmHg ou PA média >130mmHg, sendo esta calculada somando-se a PA sistólica ao dobro PA diastólica e dividindo-se por três), a sua redução deve ser feita de maneira bastante cautela, visto pode ocorrer piora do quadro neurológico em consequência de resposta hipotensora excessiva. Beta-bloqueadores o via intravenosa (metoprolol) e nitroprussiato de sódio em infusão contínua são as drogas de eleição. A utilização precoce de drogas anti-hipertensivas parenterais também está indicado quando a HA se a insuficiência seco secundária a hipertensão acelerada, dissecção da aorta torácica, infarto agudo do miocárdio ou transformação hemorrágica do infarto cerebral. A terapêutica por via oral também pode ser utilizada, dando-se preferência aos inibidores de enzima conversora da angiotensina e beta bloqueadores. Drogas que possam causar queda brusca e imprevisível da pressão arterial tais como os bloqueadores de canais de cálcio por via sublingual e os diuréticos de alça, devem ser evitados. Aprovação do uso de ativador do plasminogênio tissular recombinante (PA) para o tratamento do AVC isquêmico agudo trouxe como consequência um fator complicador no manejo da PA, pois nesta situação a PA deve ser igual ou menor a 185x 110mmHg. Se a PA sistólica estiver entre 185 e 230mmHg ou a PA e a diastólica entre 105 a 120mmHg, deve-se administrar o metoprolol na dose de 5mg por via intravenosa em 2 a 3 minutos. Tá o dose pode ser repetida a cada 10- 20 até o máximo de 20mg. Se a PA deve ser monitorizada a cada 15 minutos durante o tratamento anti-hipertensivo, observando-se cuidadosamente a possibilidade do aparecimento de hipotensão. Nos pacientes com hemorragia intracerebral, Décio evitar que a PA sistólica ultrapasse 180mmHg e que a PA diastólica supere 105mmHg, recomendando-se nas situações em que tais parâmetros pressóricos forem ultrapassados, a utilização intravenosa de metoprolol ou nitroprussiato de sódio. Tal terapêutica deve a PA sistólica a níveis entre 140 e 160mmHg ou a PA média e 130mmHg. Nos pacientes torporosos ou em com, em comum a Mônica da monitorização da pressão intracraniana pode necessário para de manter a pressão de perfusão cerebral acima de 70mmHg. A hipotensão arterial, embora incomum na fase aguda do infarto cerebral, pode ter efeitos deletérios sobre os déficits neurológicos, devendo sempre ser. evitada Dessa forma, o combate à hipovolemia e a falência cardíaca são medidas prioritárias nessa situação.

CONTROLE DA GLICEMIA

A relativo consenso de que é hiperglicemia (glicemia>120mg/dL) é deletar na fase aguda do AVC, independentemente da idade do paciente ou da extensão e tipo do AVC (e isquêmico ou hemorrágico). O diabetes pode piorar o prognóstico do AVC por favorecer o desenvolvimento de complicações Clínicas no curso da doença.

Não há evidência direta e que o controle estrito da glicemia com insulinoterapia nos primeiros dias do infarto cerebral altere a evolução Clínica a curto ou longo prazo, mas é já é Clara em estudos de infarto agudo do miocárdio (estudo DIGAMI).

Recomenda-se, então:

CHS - JOÃO PAULO II

Pesquisar diabetes em todo paciente que se detect hiperglicemia; na na Diagnóstico, medir hemoglobina glicosilada (total e fração A1);
Monitorizar a Glicemia nas primeiras 48 a 72 horas em todo paciente com AVC agudo (qualquer tipo); sugere se intervalo de 6 horas; regimes de monitorização mais intensivos e por tempo maior pode estar indicados em pacientes com hiperglicemia grave ou Histórica de diabetes tipo I - insulino dependente, hiperglicemia de difícil controle o risco de hipoglicemia;
Evitar Soluções parenterais de glicose; Soluções cristalóides (soro fisiológico a 0,9% com potássio ou Ranger) é sugerido para reposição volêmica parenteral; suporte nutricional na fase aguda de preferência por via digestória no menor prazo possível;
Evitar e tratar causas adicionais de hiperglicemia, como o uso de esteróides ou infecção;
Evitar hipoglicemia e outras alterações metabólicas; da hipertônica em pacientes com glicemia menor que 70mg%; atenção especial em pacientes em uso de antidiabéticos orais;
Até que mais dados impunham outras recomendações, o um de insulina por mim info contínua não pode até aqui se recomendado; sugere-se, entretanto, o uso de doses isoladas de insulina regular sempre que os níveis glicêmicos e serão 180mg%; em ambientes sofisticados que permitam monitorização intensiva, nível mais baixos, como 150mg%, podem ser utilizados.

CONTROLE DA TEMPERATURA

A hipertermia deve ser tratada adequadamente Por que existem evidências que o aumento da temperatura exacerbar a lesão neurológica na vigência de isquemia cerebral. A hipotermia moderada (33- 34Cº) tem sido empregada como abordagem terapêutica para diminuir o edema cerebral e o efeito de massa pelo infarto cerebral, contudo deve ser realizada somente em serviços com unidades de tratamento intensivo e pessoal altamente especializados.

HIPERVENTILAÇÃO

Segundo alguns autores, existem controvérsias sobre o benefício da hiperventilação no tratamento da fase aguda do AVC, principalmente se a pressão intracraniana for > 35mmHg. A hiperventilação é uma conduta de emergência, sendo efetiva e recomendada no controle inicial de pacientes cujas condições estejam deteriorando secundariamente à hipertensão intracraniana aguda (Glasgow < 8), intracraniana e/ou do edema cerebral através da hipoventilação não são sustentados, esta deve ser mantida enquanto se associam outras medidas terapêuticas. A diminuição gradual da hiperventilação essencial para elevação rebote da pressão entrar, não sendo recomendado o aumento da PCO2 acima de 2 a 3mmHg por hora. Os parâmetros utilizados são: PCO2 entre 25 e 30mmHg; pressão expiratória final positiva no máximo entre 10 e 20 em H2O, se possível, para evitar o comprometimento do fluxo venoso cerebral. Deve-se evitar a hiperventilação prolongada quando houver instabilidade da pressão sanguínea, a rir ou barotrauma pulmonar.

HEMODILUIÇÃO

O tratamento com hemodiluição do AVC isquêmico é controverso, não sendo recomendado quando houver desidratação, anemia, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, angina instável, insuficiência cardíaca descompensada e edema cerebral. A hemodiluição hipovolemia pode ser útil na isquemia secundária ou vasoespasmo após hemorragia subaracnóide

CHS - JOÃO PAULO II

32(D)33(A). Novos estudos sobre terapia com hemodiluição são necessários em pacientes com policitemia e AVC.

ANTIAGREGAÇÃO PLAQUETÁRIA

A droga de escolha é o ácido acetil salicílico (AAS), pelo baixo, rap e nem início e ação e por ser o único antiagregante testado clinicamente no tratamento da fase aguda do AVC. Portanto adaptar as doses as apresentações disponíveis no mercado nacional, sugerimos a utilização de 200mg a 500mg de ácido acetil salicílico (AAS) ao dia. Existem outras opções de antiagregantes plaquetários disponíveis para serem utilizados em caso de contraindicação ao uso do ácido acetil salicílico (AAS) mas Tais medicamentos não foram testados na fase, tendo eficácia comprovada apenas para prevenção secundária.

ANTICOAGULANTES: HEPARINA

O uso de anticoagulantes em AVC isquêmico é controverso da literatura.

AVC isquêmico arterial:

Até o presente não existem estudos definitivos que demonstrem a pertinência do uso da heparina (ou a sua falta) sobre a evolução Clínica do paciente com AVC na fase aguda.

AVC isquêmico venoso:

Recomenda-se o uso da heparina na fase aguda da trombose venosa cerebral.

Posologia: heparina 5000UI/ml - Dose de ataque: um 1 a 2ml IV. Dose de manutenção: 1ml IV de 4/4h ou 1,2ml diluídos em 120ml de SF 0,9% IV contínuo através de bomba de infusão (20ml/h) ou através do "med-med" (20ugotas/min). Fazer coagulograma basal antes de iniciar o tratamento, com TTPa diário (manto entre 1,5 a 2,3 vezes em relação ao valor basal). Manter heparina IV e iniciar anticoagulante oral (D4) [femprocumona 3mg: 1 cp VO /dia ou Warfarin 5mg: 3 cp VO/dia (1º dia), 2 cp VO/dia (2º dia), mantendo 1 cp VO/dia]. Controlar TTPa, TAP e INR diário (manter INR entre 2,5 e 3,5). A partir de D7 manter anticoagulante oral por 3 a 18 meses (controlar TAP e INR).

Heparina de baixo peso molecular [nadroparina 0,6ml/SC 12/12h ou enoxaparina 60mg/SC 12/12h]: Manter por 3 semanas, seguindo por anticoagulante oral.

TROMBOLÍTICOS

A estreptoquinase foi avaliada em diversos isto, sendo endovenoso (EV) mesa estimulado por causa dos efeitos colaterais não é atualmente recomendada. O uso do rtPA EV trouxe um resultado significativo quando administrado ao paciente nas primeiras 3 horas.

NEUROPROTEÇÃO

Apesar das evidências experimentais de sucesso com este grupo de drogas, o meu com comprovante em ensaios clínicos; os principais fármacos, até hoje estudados, não é evidenciaram benefícios no uso clínico. As recomendações em relação a este tema são: Evitar a hipertermia, com o uso de paracetamol 500mg 6 em 6 horas e diagnosticando e intervindo precocemente nas infecções; a realização de hipotermia implica em técnicas nem sempre viáveis no nosso meio. Cada droga possui características de 12, monitoramento e precauções

CHS - JOÃO PAULO II

distintas, que precisam ser de pleno domínio do neurologista. É de fundamental importância considerar a janela terapêutica para cada uma das drogas a serem indicadas.

ANTIEDEMATOSO

O edema cerebral é a principal causa de complicações e de óbito após o AVC. Tem características próprias que o distingue dos demais tipos de edema cerebral que ocorrem em outras afecções. O seu tratamento é controverso, com alguns relatos desfavoráveis e outros, havendo evidências de benefício com o uso de drogas hiperosmolares (glicerol e Manitol). O tratamento deve ser indicado o mais precocemente possível, e mantido por um período aproximado de 10 dias, com um mínimo de 5 dias. Casos leves não necessitam desta terapia. Merece especial cuidado, e por vezes deve ser contra indicado, nos doentes com insuficiência cardíaca, insuficiência renal e diabetes. A Dexametasona deve ser contra-indicada como tratamento antiedematoso.

ATAQUE ISQUÊMICO TRANSITÓRIO (AIT)

Os pacientes com AIT deve ser rapidamente avaliados para reduzir o risco de AVC esquema, que é maior logo após o AIT, especialmente em alguns subgrupos, como, os os pais com trombo intracardíaco ou Doença carotídea associada. A investigação dos pacientes com AIT na fase aguda segue as recomendações adotadas aos pacientes com AVC isquêmico agudo. A internação hospitalar é justificada para acelerar a investigação do paciente com AIT recente.
Os exames deverão ser realizados para evitar a necessidade de tratamento específico, como a anticoagulação ou endarterectomia, e reduzir a possibilidade de AVC isquêmico.

TROMBOSE VENOSA CEREBRAL (TVC)

O tratamento de escolha e a heparina, intravenosa ou subcutânea, seguir antes anticoagu anticoagulante orais o tempo variável de 3 a 6 meses, dependendo da etiologia do quadro.

MANEJO CLÍNICO DA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE (HSA)

Os objetivos fundamentais no manejo Clínico dos doentes com HSA são:

. Prevenção do ressangramento;

. Prevenção do Déficit neurológico isquêmico tarde (vasoespasmo cerebral).

Não: e é adequar; e no; conta Hydra hidroeletrolítico rigoroso; analgesia/ sedação sempre que necessário; controle da PA (não existe consenso sobre o adequado manejo dos níveis de PA nestes doentes. Reduções drásticas da PA são contraindicadas, pois estão associadas com aumento dos índices de complicações isquêmicas. Pode ser indicado hipotensores quando houver evidência de lesão de órgãos-alvo ao quadro a PA média estiver acima de 125mmHg). A nimodipina recomendada para prevenção da isquemia cerebral relacionada com HSA. A dose deve ser de 6mg VO a cada 4h. Monitorização hemodinâmica invasiva: cateter de sua Swan-Ganz Oi é especialmente recomendada em pacientes com história de doença cardiovascular prévia e nos pacientes com evidência Clínica ou ecocardiográfica de disfunção ventricular esquerda. Terapia anticonvulsivante profilática pode ser empregada por curto período; a droga escolhida e a fenitoína. Nos pacientes que desenvolvem sintomas clínicos de vasoespasmo cerebral (déficit neurológico isquêmico tardio), nos quais o aneurisma já esteja preparado ou

concluído, recomenda-se a utilização da terapia hiperdinâmica, também "Terapia 3 Hs" (hemodiluição e hipertensão hipervolemia), e os parâmetros do protocolo de Widijicks.

PROCEDIMENTO: Intoxicações

RESPONSÁVEL: Médico Neurologista

Tipos de Intoxicações

A enfermagem tem uma participação importante no tratamento das intoxicações, por suas intervenções na descontaminação de olho, pelo e lavagem gástrica, e na assistência respiratória, quando indicado. Pacientes com overdose de drogas ou intoxicação necessitam cuidados precisos para evitar complicações; o paciente pode ainda estar acordado apesar da quantidade

CHS - JOÃO PAULO II

de droga ingerida (absorção ainda parcial) sendo indicada a lavagem gástrica (se a ingestão não for de agentes corrosivos); é importante observar o paciente por um tempo prolongando. O paciente pode se apresentar um como ou evoluir para coma, com sérias complicações como: hipóxia, broncoaspiração de conteúdo gástrico, etc. Manobras de tratamento devem ser instituídas como: emergência visando a proteção de vias aéreas, respiração, circulação, drogas (dextrose, tiamina, antagonistas de narcóticos), e outros. Hipotermia, hipotensão, hipertensão, arritmia e convulsões são as complicações mais evidentes. Antídotos devem ser usados quando a droga ingerida é conhecida. A descontaminação da pele deve ser feita com abundante quantidade de água para aqueles casos de lesão da pele por corrosivos. Nos olhos também deve ser utilizada a água abundante - utilizar se possível anestésico tópico ocular antes do início da Lavagem ocular e subpalpebral. A descontaminação do trato gastrointestinal pode ser feita por:
Emese - provocação de vômito com substâncias vomitórios (ipeca, porém);
Lavagem gástrica - indicada quando a emese não foi efetiva, porém contra indicada em situações de intoxicação por corrosivos, inconsciência (vômitos e broncoaspiração de conteúdo gástrico sem tubo endotraqueal).
O uso do carvão ativado tem suas indicações precisas bem como contra-indicações.
Catalase - é outra manobra para diminuir os efeitos deletérios da intoxicação provocando a aceleração do trânsito intestinal na tentativa de eliminar o produto ingerido. Ainda, como medida para desintoxicação, podem ser utilizados a diurese forçada (diuréticos), alcalinização da urina ou acidificação da urina (contra-indicado como rabdomiólise e mioglobinúria). Hemodiálise e hemoperfusão - utilizadas quando a droga é conhecida ou suspeita de poder ser dializada; em coma profundo, apneia, hipotensão ou choque, e outras alterações graves do balanço metabólico. E, em situações com intoxicação, em cortadores de doenças graves de base.

Graduação Fisiológica da Gravidade do Envenenamento		
Sinais e Sintomas		
Gravidade	**Envenenamento Estimulante**	**Envenenamento Depressivo**
Grau 1	Agitação, ansiedade, diaforese, hiper-reflexiva, midríase, tremores	Ataxia, confusão, letargia, fraqueza, capaz de seguir comandos verbais.
Grau 2	Confusão, febre, hiperatividade, hipertensão, taquicardia, taquipnéia.	Coma leve (não responde a estímulos verbais mas responde à dor): tronco e reflexos profundos intactos.

CHS - JOÃO PAULO II

Grau 3	Delírios, alucinações, hiperpirexia, taquiarritmias.	Coma moderado (depressão respiratória, não responsivo à dor). Alguns mas nem todos reflexos ausentes,
Grau 4	Coma, colapso cardiovascular, convulsões.	Coma profundo (apnéia, depressão cardiovascular), todos os reflexos ausentes.

Opióides

Intoxicação Aguda

Pupila puntiforme, depressão respiratória e como, boca, analgesia, hipotensão arterial, cianose, hipotonia muscular, respiração de Cheyne-Stokes.

Intoxicação Crônica

Dependência física e psicológica - a falta da droga provoca o que se chama de síndrome de abstinência que é caracterizada por nervosismo, ansiedade, sonolência, sudorese, pele arrepiada, contrações musculares, dores acentuadas nas costas e nas pernas, vômitos, diarréia, aumento da pressão arterial, aumento da temperatura, sofrimento psicológico.

Estado de Mal Epiléptico (EME)

Considerações Gerais

O Estado de Mal Epiléptico (EME) é uma condição clínica que requer um pronto reconhecimento e tratamento, a fim de se prevenir uma lesão cerebral Irreversível ou mesmo a morte do paciente. Apesar do processo das técnicas diagnósticas e terapêuticas, o EME associa-se a uma significante mortalidade e morbidade, que somente será diminuída com uma melhor compreensão dos seus mecanismos básicos e com o desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes.

Definição

Condição clínica em que as crises epilépticas repense tão frequentemente ou são tão prolongadas que criam uma condição epiléptica fixa e duradoura. Para efeitos práticos, um paciente se encontra em EME quando apresenta duas ou mais crises sem que tenha uma recuperação completa da consciência entre os episódios críticos ou tenha uma crise que se prolongue por mais de 30 minutos. A presença do edema cerebral desencadeado pelo EME, por sua vez, agrava a situação da doença de base, aumentando a pressão intracraniana e o sofrimento cerebral, criando um ciclo vicioso que vai agravando a situação, corroborando as evidências clínicas de que quanto mais retardado é o tratamento do EME, mais difícil é o seu controle e pior ainda, o seu prognóstico. Do ponto de vista sistêmico, na fase inicial EME, observamos aumento da pressão arterial, dos níveis de glicose e lactato e queda do pH, passando a desenvolver hipoglicemia conforme progride o EME. Arritmia cardíacas podem ocorrer devido a hiper-atividade autonômica, acidose e hipercalemia (aumento do potássio). A depressão respiratória pode ocorrer uma dificuldade mecânicas devido a musculatura contraída, disfunção do centro respiratório, constrição brônquica, broncopneumonia aspirativa (conteúdo gástrico, salivar) ou edema agudo neurogênico. Pode ocorrer também insuficiência renal por mioglobinúria. O paciente desenvolve hipertermia e leucocitose.

Classificação do EME

CHS - JOÃO PAULO II

Generalizado
Convulsivo - tônico, clônico, tônico/clônico, mioclônico.
Não convulsivo - ao ausência.
Parcial
Simples - motor, somatossensitivo, afasico, sensorial.
Complexo.
Os principais objetivos do tratamento nesses pacientes são:

- manter condições vitais por todo o tempo: checar sinais vitais, observar padrão respiratório, monitorização eletrocardiográfica;
- identificar possíveis fatores desencadear;
- prevenir e corrigir as complicações Clínicas: está atento às alterações pré-históricas, edema pulmonar, infecções intercorrentes, fraturas e contusões;
- as administra medicação anticonvulsivante.

Drenos Cateteres Cerebrais
Comumente em pacientes neurológicos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se apresentam com caracteres e/ou drenos em região cefálica ou coluna lombar, e o manejo destes pacientes pela equipe de enfermagem implica no conhecimento básico dos tipos de treinos e cateteres, suas funções e indicações. A seguir faz-se necessária uma breve exposição sobre os principais elementos anatômicos do Sistema Nervoso (SN) onde estes materiais são alocados.

Espaço Subgaleal
É o espaço virtual situado logo acima da Tábua óssea externa do crânio e fáscia pericrânica, sendo um local frequente de hematomas (hematomas subgaleais) em traumatismos crânio-encefálicos (TCE). Os pós-operatórios de neurocirurgia habitualmente requerem drenos subgaleais, que em geral são drenos tipo suctor, e se prestam para evitar coleções de sangue ou soro signo lentas neste espaço.

Espaço Epidural
É o espaço virtual situado entre a dura-máter e a tábua óssea interna do crânio, sendo o local de origem dos hematomas epidurais ou estruturais no TCE. Os pós-operatórios de neurocirurgia podem requerer drenos epidurais, da mesma forma que drenos subgaleais, que são drenos do tipo suctor e evitam que coleções soro sanguinolentas se fundem. Neste caso, porém, a formação de coleções pode custar a vida do paciente, dada a gravidade dos hematomas epidurais.

Espaço Subdural
É o espaço situado imediatamente abaixo da dura-máter, e abriga os chamados hematomas subdurais, que podem ser pós-traumáticos ou pós ruptura de malformações vasculares do SN ou espontâneos. O emprego de drenos subdurais em neurocirurgia de maneira geral se faz após drenagem de hematomas subdurais crônicos, em que se utilizam drenos maleáveis e delicados (cateteres tipo ventricular ou similares) conectados a sistemas coletores dos mais variados tipos como, por exemplo, bolsa de drenagem ventricular externa. Nestes casos a drenagem se faz por

CHS - JOÃO PAULO II

ação da gravidade, daí a importância de serem colocados sempre em nível abaixo da cabeça do paciente. Outro detalhe de suma importância é que não se deve permitir a entrada de ar no sistema, o que poderia levar ao acúmulo de ar no espaço subdural, condição conhecida como pneumoencéfalo, que poderia até mesmo, se pneumoencéfalo hipertensivo, causar grande aumento da pressão intracraniana e requerer cirurgia de emergência. Tecnicamente os chamados cateteres lombares são também colocados no espaço subdural porém em coluna espinhal lombar. São também conhecidos como drenagens ou derivações lombares, e são indicados nos casos em que se faz necessária a diminuição da pressão do Líquido Cefalorraquidiano ou líquor (LCR) acima do local de sua introdução, como nos casos de fístulas liquóricas espontâneas ou adquiridas de coluna espinhal ou cefálicas, roupa para administração de fármacos.

Sistema Ventricular

Trata-se de estrutura cavitárias intercomunicados situadas na profundidade SN Central, recobertas por epitélio cúbico e em alguns pontos pelo plexo coróide, estrutura especializada na produção do LCR. O LCR é, produzido pelas células epiteliais do nexo coróide do III e IV ventrículos, ganha o espaço subaracnóideo por meio de forames específicos e é reabsorvido pelas granulações aracnóideas, situadas junto aos seios nervosos do encéfalo. O conteúdo total de LCR de um ser humano adulto é de cerca de 150ml e sua produção se dá de forma continua, sendo 8h, aproximadamente, esse total é renovado. Os neurocirurgiões, utiliza, frequentemente cateter ventre em pais o fins e o conhecimento dessa de produção e LCR, bem como a noção básica da anatomia do sistema ventricular são de fundamental importância para o manejo desses pacientes por parte da equipe de enfermagem.

Derivações Ventriculares Externas - D.V.E.

Conceito

O sistema fechado de drenagem de LCR consiste em uma cateterização cirúrgica do sistema ventricular, exteriorização do cateter pela pele e acoplamento do mesmo a um sistema coletor (bolsa de drenagem).

Indicações

Utilizados no controle do volume e da pressão liquórica por intermédio da drenagem temporária externa de LCR quando não houver a indicação de sistema de derivação interna permanente (DVP- derivação ventrículo-peritoneal/pleural; DVA - derivação ventrículo atrial).

As indicações mais comuns são:

- hidrocefalia associada a meningite infecciosa/ inflamatória;
- hidrocefalia por sangramento intraventricular (no Acidente Vascular Encefálico, hemorrágico, hipertensivo ou ruptura de aneurisma cerebral ou outra malformação cerebrovascular;
- em pós-operatório de neurocirurgia quando se tem o conhecimento da possibilidade de hidrocefalia pós operatório (reflexão de grandes tumores na fossa posterior e pós-operatório de aneurisma cerebral com grande quantidade de sangue no espaço subaracnóideo, por exemplo);

CHS - JOÃO PAULO II

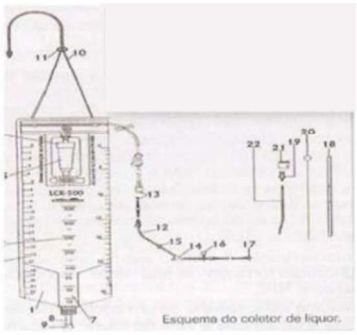
- Qualquer forma de hidrocefalia aguda em que se presencia o rápido e progressivo deterioro neurológico, pela facilidade e rapidez do procedimento;
- acoplar sistema transdutor para monitorização da pressão intracraniana (PIC), sendo uma das modalidades propedêuticas para aferição da PIC e que também encerra propriedade terapêutica na HIC, conforme o conceito acima exposto.

Aspectos Técnicos

O sistema de drenagem externa, abaixo ilustrado, consiste em uma bolsa coletora de fluídos adicionado a um sistema de tubagem que permite a drenagem do LCR sem contato com o meio exterior. Vários são os modelos nestes conjuntos de drenagem externa e pacificamente são compostos de:

- um cateter proximal ou ventricular;
- um sistema de tubagem;
- uma bolsa coletora.

Sistema coletor de líquor



Esquema do coletor de líquor

1	Bolsa coletora de fluido
2	Marcação de volume
3	Escala em cm H2O
4	Escala em mmHg
5	Câmara de gotejamento
6	Filtro bacteriano com válvula anti-refluxo
7	Câmara de pequeno volume
8	Clampe
9	Tampão sem látex
10	Cordão para pendurar
11	Controlador posicionamento da altura da escada de drenagem
12	Equipo
13	Conexão macho-fêmea Luer-Lock (p/reposição de bolsa)
14	Conector em "Y"
15	Válvula anti-refluxo
16	Torneira 3 vias
17	Conector macho Luer-Lock p/adaptação no cateter

CHS - JOÃO PAULO II

18	Cateter de silicone radiopaco
19	Conector fêmea Luck-Lock p/adaptação ao cateter
20	Estilete de aço inoxidável
21	Alça de fixação do cateter
22	Tunelizador de aço inoxidável

Sistema de parafuso e/ou transdutor espaço subaracnóideo
Figura 3. 28/STÁVALE. 1996

Sistema de drenagem extracraniano sanfonado (esq.) e intracraniano (dir.)
Figura 4. 28/B.IMAG. M.M.

O cateter proximal ou ventricular é feito de silicone radiopaco, conserto de 23cm de comprimento. O sistema de tubagem, que pode em alguns modelos já está acoplado a bolsa, é composto de uma conexão macho tipo luer-lock em uma extremidade que deve ser conectada ao adaptador do cateter ventricular. Distal a essa conexão existe uma torneira de três vias, a qual se pode adaptar uma conexão com transdutor para aferição da PIC, em alguns modelos, e medidas imediatamente após a torneira de três vias, um conector em "y" e uma válvula anti-refluxo. A bolsa coletora é descartável e especialmente desenhada para a coleta de LCR. Na grande maioria dos modelos, o sistema de tubagem se acopla a bolsa e termina numa câmara de gotejamento. Geralmente essas bolsas São demarcadas com uma escala em mmHg um cm H2O. Não há sistema vascular nos conjuntos utilizados nas derivações ventriculares externas, o que significa que a drenagem do líquor é feita contra um gradiente de pressão hidrostática, ou seja, na dependência da altura em que se coloca a bolsa coletora aberta. Considerando a PIC normal em até 20mmHg, seria este o valor da altura da bolsa coletora ao nível do forame de Monroe dentro de uma condição mais próxima da fisiologia. A orelha do paciente poderia corresponder mais aproximadamente a esse elemento. Variações individuais, bem como o tipo de Patologia em questão podem alterar esse valor para mais ou para menos, o que deve ser determinado pelo médico responsável. Cuidados imprescindíveis devem ser tomados quanto à

CHS - JOÃO PAULO II

mudança de decúbito, alteração da altura da cabeceira e transporte do paciente no sentido de se evitar a hiper ou hipo drenagem LCR o mesmo na retirada inadvertida do cateter ventricular, O que poderia acarretar consequências desastrosas para o paciente. Na dúvida, o médico deve ser sempre consultado.

Monitorização da pressão intracraniana (PIC)

Os protocolos utilizados nas Unidades de Terapia Intensiva para o tratamento de pacientes com Traumatismo Crânio Encefálicos (TCE) foram inicialmente propostos por Becker e colaboradores (1977), Marshall e colaboradores (1979) e outros pesquisadores, enfatizando a importância da intubação precoce e da sedação dos pacientes com TCE grave. Essas condutas facilitaram o rato transporte de pacientes para estudos tomográficos, melhoraram a qualidade das imagens obtidas, reduziram o risco de hipoxemia, aspiração do conteúdo gástrico e, provavelmente diminuíram a com pressão intracraniana que pode ocorrer secundariamente a agitação dos pacientes submetidos à ventilação mecânica. A sedação torna impossível uma avaliação neurológica adequada (exceto a avaliação da reatividade pupilar).

Sem contar que o TCE é um fenômeno evolutivo e é praticamente impossível obter-se tomografia com uma referência suficiente para um diagnóstico de hematomas cardíacos, Swelling e outros fenômenos secundários da evolução do TCE. A monitorização do PIC, o exame neurológico evolutivo, o escudo tomográfico e outras modalidades diagnósticas tornam-se altamente reconhecidos como uma parte fundamental do tratamento dos pacientes com TCE. Volume intracraniano de um adulto é de, aproximadamente, 1900ml e é ocupado em 80% de cérebro, 10% de sangue e 10% de líquor. O volume dos componentes acima ordenados deve ser compensado se houver aumento de um destes componentes ou aparecimento de outro elemento "que ocupe espaço", considerando a doutrina de Monro-Kellie, na qual o volume do compartimento intracraniano deve permanecer constante porque o crânio é uma caixa inextensível.

Considerações básicas para a monitoração da PIC

- procedimento deverá causar lesão ou irritação mínima as estruturas intracranianas.
- risco de infecção deverá ser mínimo.

Manter a conexão entre o sistema ventricular ou subaracnóideo e os sistemas escritores e transdutores sem nenhum vazamento de líquido.

Manter o aparelho durante a monitorização por períodos relativamente longos sem manipular o paciente, porém sem causar problemas para o atendimento do mesmo ou desconforto.

Continuar (se possível) a monitoração durante outros procedimentos diagnósticos:

- estudos radiológicos, tomografia, anestesia, etc.
- equipamento deverá ser de fácil, manuseio com adaptar para o pessoal de enfermagem, não requerendo um grande treinamento específico.

Indicações de monitorização da pressão intracraniana

Pacientes com ausência de abertura ocular, ausência de resposta verbal e postura motora inadequada (pacientes com escore de Glasgow menor ou igual a 7).

CHS - JOÃO PAULO II

Pacientes com estudo tomográfico de lesão expansiva e com resposta motora de descerebração e/ou decorticação (incidência de HIC em 70%).
Pacientes com lesões difusas, para seguimento de tratamento da HIC e alterações das medidas terapêuticas (swelling).
Pacientes politraumatizados, com alteração do nível de consciência (onde a terapia necessária pode ser efeitos deletérios sobre a PIC): PEEP – pressão expiratória final positiva, hiper-hidratação, etc.
Seguimento após procedimentos neurocirúrgicos para tratamento de lesões expansivas intracranianas.

Contra-indicações (relativas)
Pacientes conscientes.
Paciente com coagulopatias (incluindo CIVD), frequentemente observadas em pacientes politraumatizados graves (quando para a monitorização subaracnóideo em lugar da intraventricular.

Tipos de Monitorização - Vantagens e Desvantagens		
Tipo	Vantagens	Desvantagens
Cateter ventricular	- Alta confiabilidade - Possibilidade terapêutica de drenagem de LCR	- Dificuldade para puncionar o ventrículo - Requer uma coluna líquida que pode ter toalhas e artefatos - Necessita reposicionamento do transdutor como dança da cabeça
Parafuso subaracnóideo	- Não invadir o cérebro - Baixa taxa de infecção - Não necessita puncionar o vestíbulo	- Bloqueio do orifício dando uma PIC falsa reduzida - Artefatos à mobilização do sistema - Necessita reposição do transdutor com mudança da posição
Sistema de fibra óptica	- Espaço de colocação: subaracnóideo, intraparenquimatosos, intraventricular (mínimo artefato, alta resolução de pressão e do tipo de onda, não necessita reposicionamento do trânsito).	- Impossibilidade de calibração após colocação - Quebra da fibra óptica

Tabela 2

A monitorização da PIC nos dá o valor da PIC. Isto nos permite uma abordagem terapêutica adequada nas suas várias modalidades. Em adultos O valor é normalmente entre 0 e 20mmHg. Elevações da PIC porém ocorre com a tosse, espirro, durante aspiração de secreções, rotação

CHS - JOÃO PAULO II

excessiva da cabeça (por compressão unilateral da veia jugular), cadarços fixadores de cânulas traqueais ou orotraqueais muito apertados (por compressão das jugulares bilateralmente), etc. Arbitrariamente, uma pressão de 20mmHg é usada como limite máximo aceitável em pacientes com TCE. Se a PIC é observada por um longo período de tempo e permanece inalterada, os inalterado o se ou de mecanismo que a com a conta estão em equilíbrio. As alterações no valor da PIC orientam: indicação de novos estudos tomográfico, avaliação da conduta terapêutica (hiperventilação, terapia osmótica, etc.), diagnóstico de outros fatores extracranianos que podem comprometer a pressão intracraniana, etc.

Complicações

Infecção superficial no local da inserção (pouco frequente).

Meningite, encefalite e ventriculite (graves).

Hemorragia Intracerebral ou intraventricular.

Atualmente pode-se considerar que a monitoração da PIC de diminui a mortalidade e a morbidade, facilita a orientação terapêutica, melhora o prognóstico e os riscos do procedimento não excederem os benefícios.

Escala de Coma

As escalas de coma São Marcos comparativos da evolução dos pacientes quando criteriosamente utilizadas, tanto na avaliação de melhora ou piora da situação do Sistema Nervoso Central (SNC). Adotadas por muitos serviços, Prince aqueles como manejo de pacientes com envolvimento do SNC, tendo em vista a facilidade de seu uso.

Escala de Glasgow para o Coma		
A. Abertura ocular		
Espontânea	4	Olhos abertos não implicam consciência.
A fala	3	Não necessariamente a comando verbal.
A dor	2	Não usar pressão Supra orbitária como estímulo doloroso.
Nenhuma	1	

B. Melhor resposta verbal		B. Verbal - Paciente entubado	
Orientado e conversa	5a	Parece capaz de conversar.	5
Desorientado e conversa	4b		
Palavras inapropriadas	3c	Habilidade de conversar questionável.	3
Sons incompreensíveis	2d		
Nenhuma	1	Nenhuma	1
a. no tempo, pessoas e lugares; b. fala confusa; c. berros, palavrões; d. gemidos.			

C. Melhor resposta motora		
Obedece a comandos	6	
Localiza a dor	5	Movimento deliberado e proposital.
Flexão- retirada	4	Afasta-se do estímulo.

CHS - JOÃO PAULO II

Decorticação	3	Flexão anormal.
Descerebração	2	Extensão anormal.
Nenhuma	1	Flacidez.

Tabela 2

Observação

A escala de Glasgow não exclui a anotação de outras informações vitais no manejo de pacientes com doença neurológica:

- Funcionamento neurológico assimétrico;
- Anormalidades do tamanho do Pilar e reatividade;
- Grau de esforço necessário para elicitar uma dada resposta;
- Distúrbios da linguagem.
- Escore

3-4 = 85% letalidade e vegetativo;

> 11 = 5- 10% de letalidade ou vegetativo e 85% de probabilidade de incapacidade moderada ou boa recuperação;

No TCE;

13-15 = TCE leve;

9-12 = TCE moderado;

3-8 = TCE grave.

Escala de Glasgow para o Coma	
Sonolência	O paciente mantém-se adormecido. Se estimulado, mantém diálogo e atividade motora apropriada, voltando à adormeceram quando o estímulo cessa.
Torpor	O paciente mantém adormecido. Após estímulos fortes, responde monossilabicamente e apresenta atividade motora simples, visando livrar-se do examinador.
Coma leve	O paciente não mantém contato verbal. Se estimulado dolorosamente, sua atividade motora restringe-se a defender o local afetado.
Coma moderado	Situa-se entre o coma leve e o profundo.
Coma profundo	O paciente não mantém contato verbal. A atividade motora, após estímulos intensos, constitui-se apenas de movimentos reflexo, como por exemplo, querendo dar a atividade respiratória e possuir em decorticação ou descerebração.
Coma irreversível	Também designado como morte cerebral ou coma dépassé.

Tabela 4

Escala de Glasgow - Pitt para o Coma	
A. Abertura ocular	
Espontânea	4
Ao estimulo sonoro	2
A dor	1

CHS - JOÃO PAULO II

Nenhuma	0
B. Reação pupilar à luz	
Normal	4
Constritas	3
Desiguais, ambas reagente	2
Desiguais, uma reagente	1
Nenhuma	0
C. Melhor resposta verbal (compreensão) - se estiver com TOT. anote I.T.	
Orientada	4
Confusa	3
Palavras desconexas	2
Incompreensíveis	1
Nenhuma	0

Tabela 5

D. Melhor resposta motora direita	
Obediência	4
Apropriada "a"	3
Intermediária (imprecisa)	2
Estereotipada	1
Nenhuma	0
E. Melhor resposta motora esquerda	
Idem acima	
F. Resposta dos nervos cranianos	
Todos presentes	4
Piscar ausente	3
Corneano ausente	2
Oculocefálico ausente	1
Todos Ausentes	0
G. Gravidade das convulsões	
Nenhuma	4
Convulsão focal	3
Convulsões generalizadas	2
Status epilepticus mioclônico	1
Flacidez	0
H. Respiração espontânea "b"	
Nenhuma	4
Cheyne-stokes	3
Hiperventilação Central	2
Hiperventilação e regular, difícil	1
Nenhuma (apneia)	0

Tabela 5

"a" - qualquer resposta ao estímulo doloroso, além Black esse estereotipada da extremidade superior.

"b" - se estiver curarizado ou em ventilação controlada, marque os escores das melhores deduções possíveis.

CHS - JOÃO PAULO II

Observações
TOT = Tubo Orotraqueal; IT = Intubação Traqueal.
Para lactantes e crianças vide Escala de Prognóstico.

Órteses Interação da Coluna Cervical
Órteses interação da coluna cervical são frequentemente utilizados em pacientes politraumatizados, em pós-operatórios imediatos e em situações que necessitem de restrição do movimento cervical. Dentro da Unidade de Terapia Intensiva, a órtese é mais utilizada naqueles pacientes com politraumatismos graves em que não foi possível incompleto estudo da coluna cervical, naqueles com uma forte suspeita ou confirmação de lesão medular. Órteses são dispositivos que param ou limitam a amplitude de movimentos. Os objetivos principais são suporte e imobilização da coluna cervical e não correção. A seleção da órtese adequada segue em planejamento clínico que deve incluir: alterações autocinéticas ou biomecânicas, alterações musculares, alterações ligamentares ou capsulares e alterações neurológicas. As órteses cervicais são comumente classificadas em duas categorias: convencional e não convencional. Na categoria convencional estão os colares cervicais e as órteses cervicotorácica; na categoria não-convencional está o sistema de tração por Halo, que é assim considerado uma vez que necessita de uma técnica invasiva de fixação esquelética. Nas fraturas de vértebras superiores na coluna cervical, particularmente C1 e C2, a órtese mais apropriada é o colete com Halo craniano, pois permite um grau de imobilização maior e restringir movimentos de flexão, extensão e rotação. Esse arranjo permite máxima imobilização e está indicado em fraturas instáveis com possibilidade de graves complicações neurológicas.

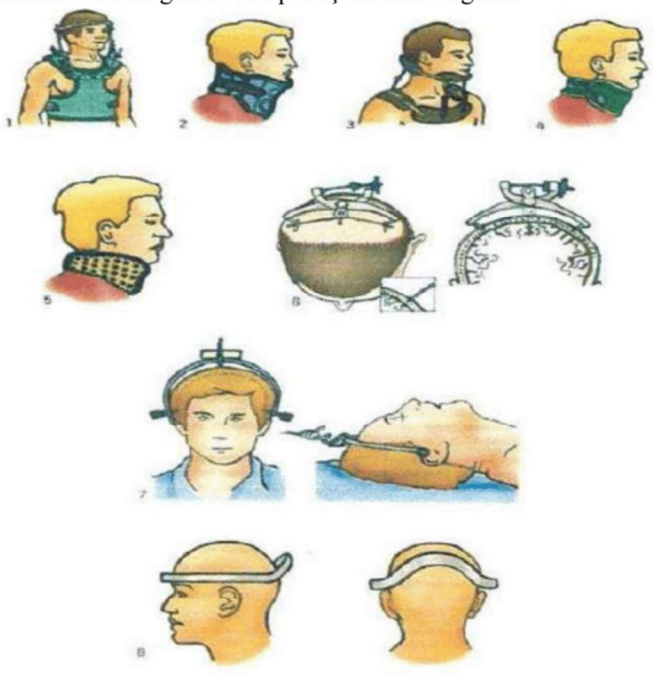


Figura:
1 - Órtese Colete com a halo.

CHS - JOÃO PAULO II

Fixada no Calvário por parafusos e na caixa torácica por meio de uma expressão do tipo colete.

2 - Colar tipo Filadélfia.
Rígido que mantém apoios em coluna, occipício, mandibular e pequena extensão do esterno.

3 - Colar com 4 apoios.
Fixação possibilitada pela imobilização do occipício, mandibular e pela extensão até o esterno e aspecto posterior do tórax.

4 - Colar cervical macio.
Apoio mínimo da coluna cervical. Pode ser utilizado nos estágios finais da consolidação da fratura.

5 - Colar cervical rígido (tem abotoadura).
Apoio mínimo da coluna cervical. Pode ser utilizado nos estágios finais da consolidação da fratura.

6 - Pinça de Crutch-Field.
Dispositivo não ultrapassa a Tábua óssea externa.

7 - Pinça de Gardner-Wells.
Melhor fixação ao crânio.

8 -Halo órtese.
Posição final após fixação ao crânio. A redução de fraturas ou luxações deve ser iniciada o mais breve possível.

Fraturas de C3 a C7 com mecanismos de trauma tipo explosão, compressão ou apenas das facetas, podem ser tratadas com outros tipos de órteses, destacando-o S.O.M.I. (Sternal Occipital Mandibular Immobilization) e o colete com a halo; ambos proporcionam melhor imobilização de flexo/extensão e de rotação. O uso de Colares tipo Filadélfia e colares com quatro apoios também podem ser empregados, porém o movimento de rotação fica limitado parcialmente. Colares rígidos tem uma eficácia razoável, mas mantém o que botar potássio. Colares rígidos que não tem extensões adequadas até a cabeça ou tronco pode restringir movimentos cervicais, no entanto, esse tipo de órtese não é adequado, particularmente para restrição de movimentos entre occipício e C1 - C2. O colar cervical macio tem aplicações restritas por não proporcionar limitação de movimentos adequados mas pela sua grande aceitação e grau de conforto que traz ao paciente, principalmente à noite seu uso tornou-se bastante difundido em patologias da coluna cervical. As lesões da coluna cervical exigem tratamento de urgência porque podem inicialmente já serem determinantes de lesão medular ou causá-las posteriormente, e que por resultar em gravíssimas e definitivas incapacidades para os pacientes. Socorro a vítima de acidente com suspeita de lesão cervical, não incluir movimentos de reflexão, extensão, botar rotação ou lá lateralidade do. Uma vez feito o diagnóstico, na presença de sinais e sintomas de comprometimento medular, medi específicas deverão ser tomadas para que se evite o maior dano neurológico. O tratamento ortopédico Visa reduzir uma fratura ou luxação e reconduziu o canal vertebral as suas formas e dimensões normais, obtendo uma descompressão medular. Luxações frequentemente determinam lesões medular, devendo devendo-se instituir imediatamente o tratamento medicamentoso (com corticosteroide) e

realizar a redução por meio de halo craniano, um método eficiente e bem tolerado pelo paciente. Técnicas diferentes de tração esquelética estão descritas na literatura, podendo ser ressaltada a de Gardner-Wells, Crutch-Field, e a do halo craniano, cada qual com suas vantagens e indicações. Crutch Field de diz que descreveu o uso de tração esquelética em fraturas-luxações recentes ou antigas, usar como que fixados do. São fáceis de instalar, eficientes, não requerem grandes cuidados de enfermagem e causam poucas complicações. Composto por um conjunto de pinças que se fixam na tábua óssea externa sem ultrapassá-la, proporcionando maior segurança para o paciente.

Outro dispositivo utilizado são as pinças de Gardner-Wells, que possuem mecanismo parecido com o aparato anterior, porém sua fixação é feita em ambas mastoides. Os resultados são semelhantes e possui a vantagem de apresentar um risco de deslocamento menor.
O halo-órtese foi primeiramente utilizado em 1959 por Perry and Nickel em um halo colete; seu uso foi amplamente difundido e até hoje se mantém como melhor opção para o tratamento de patologias cervicais e em que o uso de tração deve ser mantido por um período mais prolongado. Sua fixação é feita em quatro pontos, sendo uma na região frontal entre os olhos e a 2cm da glabela, o restante dividido simetricamente. Requer dos profissionais para a simultânea fixação dos pinos. Somente deverão ser alterados os locais de fixação caso o paciente apresente drenagem serosa inflamação local e sensação dê ”Click”. Depois de instalado o halo, aluno inicia-se a tração, em posição de repouso. O peso inicial deverá ser de, aproximadamente, 4 a 8kg, dependendo do peso do paciente. A cama deve estar em proclive, funcionando como contratação. A cada 15-30 minutos feito controle radiológico em perfil, aumentando-se a tração até se conseguir o descavalgamento dos processos articulares Após a redução, o peso da tração é reduzido para 4 ou 5kg, com a finalidade de manutenção da mesma.

Doppler Transcraniano (DTC)
Considerações Gerais
No Brasil, nos últimos 10 anos, o Doppler Transcraniano (DTC) vem ganhando o seu espaço em neurointensivismo, uma vez que fornece informações indiretas, mas plenamente confiável da fisiologia vascular em encefálico, quando realizado de forma seriada.

Vantagens
Trata-se de um método não invasivo, não invasivo, cujo custo operacional é baixo, produz mínima interferência nos cuidados intensivos do paciente e pode ser realizado à beira do leito, provendo informações indiretas sobre a PIC (Pressão Intracraniana), PPC (Pressão de Perfusão Cerebral), FSC (Fluxo Sanguíneo Cerebral) complacência cerebral (CHAN et al, 1993).

Desvantagens
Pode ser um exame extremamente operador-dependente, o médico que o realiza deve ter conhecimento pleno da neuroanatomia, bem como suas correlações tridimensionais estruturais, fisiologia circulatória, autorregulação cerebrovascular, princípios da física aplicados nas diversas relações entre análise de onda e som no DTC, relacionadas com a PPC, FSC e resistência cerebrovascular.

CHS - JOÃO PAULO II

Equipamento

O DTC utiliza o princípio do efeito piezelétrico (Cristian Dopplei, 1842) do ultrassom pulsando contínuo, com uma frequência do transdutor de 2 MHz, cujas onda são refletidas pelas células sanguínea (principalmente hemácias), e novamente captadas pelo transdutor. Como as hemácias estão em, movimento pode-se utilizar a mudança na frequência sonora para se calcular a sua velocidade (fluxometria).

Técnicas de exame

Utiliza-se transdutor (emissor/receptor), operado manualmente pelo médico que realiza o exame gel entre a pele e o transdutor para otimizar a superfície de contato. A combinação de uma região mas condutiva para exame de estruturas, por meio do Doppler, de janela e, no caso do crânio, é o osso temporal (janela temporal) a região com maior condutividade para exame de estrutura intracranianas: outras janelas utilizadas para fluxometria de vasos intracranianos são orbitária e suboccipital (sonação por meio de forame magno). Na Janela orbitária deve-se obedecer a orientação da segurança de não utilizar potência acima de 25%.

Janelas Cranianas e Artérias Alcançadas pelo Transdutor	
Janelas	Fluxo
temporal	Aa. cerebrais médias. Bifurcação cara vida (segmento C7 dá a carótida interna). Aa. cerebrais anteriores. Aa. cerebrais posteriores (os segmentos P 1 e P2). A. comunicante posterior. A. comunicante anterior, em alguns casos. Veia Basal de Rosenthal.
oftálmica	Aa. oftálmicas. Sifão carotídeo (segmento C6, Oftálmico, de A, carótida interna) bilateral.
occipital	Aa. vertebrais. A. basilar. Aa. cerebelares posteiror-inferiores (PAICAs).
A = artéria; Aa = artérias	

Tabela 6

Sensibilidade e Especialidade

Em alguns estudos, a comparação com a angiografia convencional mostrou uma sensibilidade e especificidade média de 87,5% para o DTC. Alguns autores, escusando a fisiopatologia do vaso espasmo cerebral, consideram DTC como o método mais eficaz e prático na identificação de pacientes com alto risco de desenvolver déficits isquêmicos neurológico, com sensibilidade de 78% e especificidade de 85%, variando até sensibilidade de 94% especificidade de 90% em dois estudos diferentes.

Doppler Transcraniano e Pressão Integrante (PIC)

CHS - JOÃO PAULO II

Em situações de aumento progressivo da PIC a alterações (quantitativa) nas ondas do DTC, que as tornam características de hipotensão intracraniana. O fluxo diastólico final desaparece quando a PIC alcança a pressão arterial diagnóstico de diastólica e se a PIC continuar aumentando (excedendo a pressão arterial diastólica), reaparece fluxo sanguíneo com reversão do fluxo intracraniano durante a diástole, caracterizando um tamponamento progressivo da circulação cerebral.

Doppler Transcraniano e Pressão de Perfusão Cerebral (PPC)
Abaixo de 40mmHg de PPC (produzindo por uma PIC 90mmHg), tanto o FSC, quanto à velocidade média são reduzidos e tal queda pode ser atribuída à exaustão dos mecanismos compensatórios cerebrovasculares.

Doppler Transcraniano e Fluxo Sanguíneo Cerebral (FSC)
O fluxo sanguíneo no tecido cerebral é definido como a quantidade de sangue (ml) que perfunde um volume de tecido cerebral (100g) por unidade de tempo (min). O FSC é influenciado por vários fatores que interagem entre si: pressão de perfusão arterial, pressão intracraniana, viscosidade sanguínea, conteúdo de CO2 arterial, presença de estenose arterial proximal, calibre e extensão de colaterais e autorregulação cerebral. O DTC não pode ser utilizado como medida direta da perfusão tissular cerebral, uma vez que não se tem como quantificar a área seccional (transversal) do vaso, necessária para a definição do fluxo sanguíneo em uma artéria. Entretanto, a medida da velocidade dos eritrócitos fornece um índice que se relaciona com alterações do fluxo sanguíneo em uma artéria em indivíduos normais e em situações de patologia, de forma prática, segura e não dispendiosa.

Fatores que influenciam o fluxo sanguíneo cerebral

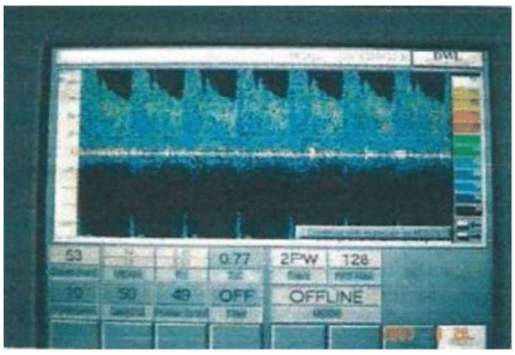
- Hematócito
- Níveis séricos de hemoglobina influenciam, se significativamente, nas velocidades de fluxo DTC, uma vez que alteram a viscosidade sanguínea; níveis de fibrinogênio são inversamente proporcionais à velocidade média de fluxo.
- Pressão parcial de oxigênio

Um decréscimo de 20% na pO2 pode resultar num aumento entre- sim 5-25% na média.
Idade - com o aumento da idade há um decréscimo progressivo nas velocidades do DTC que pode variar de 15- 24%; mulheres entre 20 e 60 anos de idade apresentam aumento significativo da Vm no DTC comparado aos homens da mesma faixa etária; as seus 70 anos, qual diferença não é detectada.
Pressão parcial de CO2 - alterações na pressão arterial parcial de CO2 (pCO2) produzem os maiores efeitos sobre as velocidades cerebrais no DTC. A hipercapnia causa vasodilatação arteriolar, reduzindo a resistência vascular periférica, resultado um do FSC macrocirculação. Já a hipocapnia induz vasoconstrição cerebral e consequentemente diminuição do FSC.
Temperatura - Há a redução de 4% no FSC na hipotermia, e na hipertermia, um aumento de 7% no FSC.

CHS - JOÃO PAULO II

Outros fatores - sono - a Vm reduz, aproximadamente, 15%; movimentos oculares rápidos que ocorrem durante o sono ocasionam na Vm, aumento de 9-18% e exercícios físicos extenuantes, ao aumento até 60%.
Autorregulação Cerebral - FSC permanece relativamente constante durante variações fisiológicas normais da pressão média de perfusão cerebral (50-140mmHg).

Doppler Transcraniano e Traumatismo Craniano
Em pacientes vítimas TCE grave, a manutenção da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC) se mostra como um dos mais importantes fatores prognósticos em UTI. Nenhum método, até o advento da DTC, proporcionava visão indireta da pressão de perfusão cerebral e fluxo sanguíneo cerebral tão global, prática e segura. O DTC em pacientes com traumatismo craniano, além de definir as diferentes fases vasculares do trauma (oligoemica, hiperêmica e vasoespasmo) mostra reduções unilaterais de fluxo que podem refletir a existência de lesões expansivas como hematomas epidurais, subdurais ou intraparenquimatosos. Não é incomum a, associação em um mesmo momento, de achados sugestivos de vaso espasmo de um lado e hiperemia cerebral contralateral.



DTC de paciente masculino, 18 anos, vítima de traumatismo craniano grave, no quarto dia de internamento - denotado fase hiperêmica do TCE, ressalta-se média de fluxo e redução relevante do índice de Goshing.

A associação dos diferentes métodos de monitoração monitorização da PIC, PAM e os demais parâmetros metabólicos e gasométrico, talvez sejam os maiores avanços no que se refere ao tratamento de pacientes com traumatismo craniano.

Doppler Transcraniano e Hemorragia Subaracnóidea
Geograficamente o vaso espasmo, relacionado à ruptura de aneurisma intracerebrais, é detectado entre 21 e 70% de pacientes c/ hemorragia subaracnóidea (TORNER, at al 1990).

CHS - JOÃO PAULO II

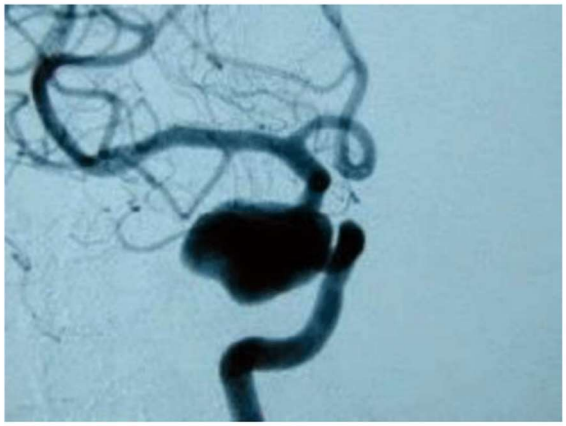


Figura 02. Angiografia Cerebral - cateterismo seletivo de artéria carótida interna de direita, demonstrando aneurisma gigante deste vaso em seu segmento supraclinoideo.

A clínica de vasoespasmo pode ocorrer a partir do 2º dia de sangramento, até o 17º dia, tendo o seu pico entre o 5º e 12º dia. Duas maiores problemas em Medicina Intensiva consiste na identificação precoce do vaso espasmo clínica, uma vez que estes ocorrem em 24 por cento dos casos. (KASSEL, at al 1990). O uso protocolar do DTC auxilia o médico a reduzir progressivamente a mortalidade (7,2%) e a morbidade (6,3%) com relação correlacionar à isquemia encefálica, secundária ao vasoespasmo cerebral.
Em serviços de neurointensivismo o DTC em pacientes vítimas de hemorragia subaracnóidea, secundária à ruptura de aneurisma cerebral, deve ser realizado diariamente na tentativa de identificar, bem como tratar o mais precocemente possivel.

No atendimento de pacientes com suspeita clínica de acidente vascular cerebral isquêmico a resposta relevante e urgente que deve ser dada: evento isquêmico embólico ou trombótico. Todo o protocolo terapêutico partir desta premissa. Você exame rap, não invasivo, altamente preditivo quanto a embolia ou trombose da vasculatura cerebral, identificando muitas vezes diretamente sinais sugestivos de embolia, aferindo o número de êmbolos por minuto para SNC, bem como a eficácia ou não da terapia trombolítica. A localizações não invasivas de leitos, estenótico e pós-estenótico podem sugerir doença ateromatosa intracraniana ou extracraniana. Ainda em situações intra-operatoria de endarterectomia de carótidas, bem como colocar são por angiografia do Stent pode ter DTC como mais um exame auxiliar na detecção de embolia para SNC, bem como sua repercussão hemodinâmica.

Doppler Transcraniano e Morte Cerebral
Antes do Advento do DTC alguns autores já buscavam um método não invasivo de Diagnóstico para morte cerebral e dentre eles destacaram-se (YONEDA et al 1974), que estudando por ultrassonografia artéria carótida comum, haviam evidenciado a movimentar de, característica de parada de fluxo dentro do crânio.

WILLIAMS et al (1993), revisando a Literatura e correlacionado com a sua própria experiência, identificaram cinco padrões de alterar DTC, observadas em situações de hipotensão intracraniana, que levariam à morte cerebral:

- velocidade de Fluxo Diastólica (Vd) baixa;
- picos sistólicos;
- fluxo oscilatório;
- espículas sistólicas curtas;
- ausência de sinal no DTC.

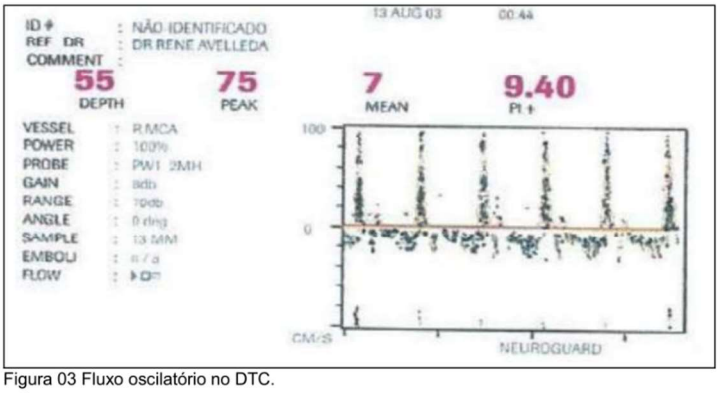


Figura 03 Fluxo oscilatório no DTC.

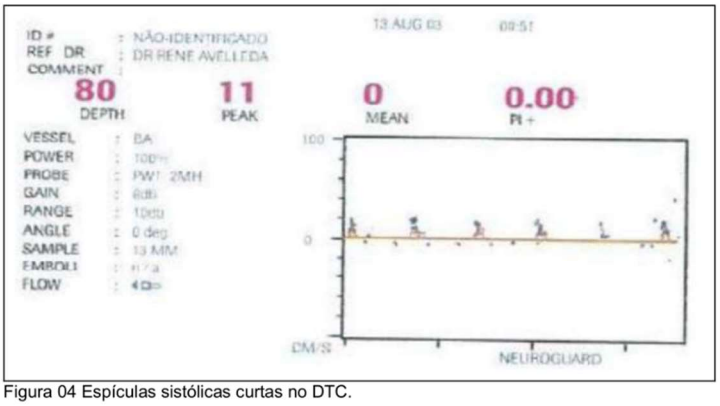


Figura 04 Espículas sistólicas curtas no DTC.

No Brasil, para o diagnóstico de morte cerebral, segundo a resolução Nº 1.480 de 08 de agosto de 1997, do Conselho Federal de Medicina, apenas, comprova-se tal diagnóstico com a utilização do DTC se associando a duas provas clínicas protocolares. Ressaltamos que o DTC deve ser realizado, apenas, em situações em que não haja nenhuma causa reversível de coma para diagnóstico de morte cerebral.

CHS - JOÃO PAULO II

1.11. Procedimentos Médicos: Urologia

PROCEDIMENTO: Médico Urologista

REVISÃO
DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Trabalhos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos e pesquisa na Internet.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA CINTÍFICA:
A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
C: Relatos de casos (estudos não controlados).
D: Opinião Desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:
Apresentar, de forma sucinta e didática, as diretrizes fundamentais para o tratamento das infecções complicadas do trato urinário.

CONFLITO DE INTERESSE:
Nenhum conflito de interesse declarado.

CISTITE NA GRÁVIDA
TRATAMENTO EMPÍRICO
Em pacientes grávidas com cistite devem ser realizados, além do exame de elementos anormais e sedimento de urina (urina tipo I), valorizando-se leucocitúria e, secundariamente, hematúria, a cultura de urina e o teste de sensibilidade a antimicrobianos (antibiograma). Isto porque a morbidade e o possível agravamento da infecção exigem um controle mais rigoroso do tratamento, da evolução e da cura. No entanto, esta conduta não impede que a paciente sela medicada com terapia empírica embora instituída apenas contraindicações relativas a determinados antimicrobianos. Assim, todos os agentes pertencentes à classe das quinolonas devem ser evitados (exceto em situações excepcionais, quando não existir nenhum outro

antimicrobiano potencialmente útil); a associação sulfametoxazol + trimetoprima (co-trimoxazol) tem limitações em certos períodos da gestação, não sendo recomendada no primeiro trimestre (potencialidade teratogênica da trimetoprima) e no último mês da gestação, sofre uma redução significativa com relação às drogas potencialmente utilizáveis. As possibilidades terapêuticas disponíveis para a gestante repousam sobretudo em antibióticos beta-lactâmicos, autores de países nórdicos recomendam particularmente o pivmecilinam, por sua boa atividade contra os microrganismos urinários, boa tolerabilidade. Este aintimicrobiano não está disponível no Brasil. A apresentação da fosfomicina trometamol é a terapêutica de escolha para grávidas, por ser ativa contra Enterobactérias e enterococos, ter eficácia próxima de 99%, não ter contraindicado nesta pacientes e por ser empregada em dose única.

Esquemas terapêuticos da cistite em grávidas

- Fosfomicina trometamol: administrada em jejum na dose única de 3g da apresentação em pó, diluída em copo d´agua;
- Cefalosporinas de primeira geração;
- Cefalexina: em comprimido (500mg) em intervalos de 6 ou 8 horas, durante três dias;
- Cefadroxil: em comprimido (500mg) em intervalos de 8 ou 12 horas, durante três dias;
- Amoxicilina: em comprimido (500mg) em intervalos de 8 horas, durante sete dias;
- Nitrofurantoína: em comprimido (100mg) em intervalos de 6 horas, durante sete dias;
- Nos casos com cura clínica, nova cultura de urina deve ser realizada uma a duas semanas após o término do tratamento. Se a urina for estéril, novas culturas devem ser realizadas, mensalmente, até o parto.

CISTITE NO HOMEM
TRATAMENTO EMPÍRICO

A infecção urinaria no homem não é habitual, tornando-se mais frequente nos pacientes com idade superior a 60 anos, em função do aumento da glândula prostática. Pacientes com AIDS também apresentam maior incidência da infecção. Pode ainda, ocorrer em homens jovens que praticam o sexo anal, expondo-se à E. coli presente no reto, e em crianças do sexo masculino, devido à presença de fimose. A ocorrência de infecção urinária no homem, praticamente nos idosos, justifica a realização de exame prostático e deve ser acompanhada da avaliação de leucócitos e hemácias em exame de urina tipo 1 e de cultura de urina. Os agentes microbianos causadores da cistite no homem são similares aos da mulher. Não existem estudos controlados sobre o tratamento da infecção urinária do homem, recomendando-se as drogas ativas na infecção da mulher, porém, por tempo mais prolongado, de pelo menos sete dias. Em geral, as mesmas drogas (quinolonas, co-trimoxozol) são utilizadas se houver prostatite, mas o tratamento deve ser estendido por até 30 dias. A nitrofurantóina não é indicada por não atingir concentração adequada na próstata. Os esquemas terapêuticos relacionados a seguir são utilizados no tratamento empírico da infecção urinária baixa no homem, só devendo ser instituída após a colheita de urina para os referidos exames.

Esquemas terapêuticos da infecção urinária baixa no homem

CHS - JOÃO PAULO II

- Norfloxacina: um comprimido (400mg) de 12/12 horas, durante sete a dez dias;
- Ácido pipemídico: um comprimido (400mg) de 12/12 horas, durante sete a dez dias;
- Lomefloxacino: um comprimido (400mg) em dose única diária, durante sete a dez dias;
- Ofloxacino: um comprimido (500mg) de 12/12 horas, durante sete a dez dias;
- Levofloxacino: um comprimido (500mg) em dose única diária, durante sete a dez dias;
- Gatifloxacino: um comprimido (500mg) em dose única diária, durante sete a dez dias;
- Co-trimoxazol: dois comprimido (400/80mg) de 12/12 horas, durante sete a dez dias;
- Como referido no item sobre tratamento da cistite em mulheres, as cafalosporinas de primeira geração (cefalexina e cefadroxil) e a amoxicilina são alternativas terapêuticas dotadas de menor eticácia26-28(A)29(B).

CISTITE NA MULHER IDOSA E NO PACIENTE DIABÉTICO TRATAMENTO EMPÍRICO

A infecção urinária é a mais comum e a primeira causa de bacteremia no idoso e tende a ser mais complicada no paciente idoso e no diabético. Nos pacientes idosos e com diabetes com sintomatologia clínica, deve-se realizar a colheita de urina para a realização dos exames de urina tipo I, cultura de urina e teste de sensibilidade a antimicrobianos. Esta conduta não impede que se institua o tratamento empírico imediatamente após a colheita de material, visando os microrganismos gram-negativos. No caso destes pacientes, o tratamento de curta duração é menos eficaz e a recorrência é mais comum; por isso, a duração nos casos de cistite deve ser de 7 a 14 dias. No entanto, estudo sugere que o tratamento de infecção urinária não complicada na paciente idosa com ciprofloxacino por três dias não é inferior ao uso poe sete dias. E, em outro estudo, observou-se boa eficácia terapêutica do ofloxacino utilizado também por 3 dias.

<u>Esquemas terapêuticos da cistite na idosa e no paciente diabético</u>

- Norfloxacina: um comprimido (400mg) de 12/12 horas, durante sete dias;
- Lomefloxacino: um comprimido (400mg) em dose única diária, durante sete dias;
- Levofloxacino: um comprimido (500mg) em dose única diária, durante sete dias;
- Ofloxacino (na idosa): um comprimido (200mg) em dose única diária, durante três dias;
- Ciprofloxacino: um comprimido (500mg) de 12/12 horas, durante sete dias;
- Gatifloxacino: um comprimido (500mg) em dose única diária, durante sete dias;
- Co-trimoxazol: dois comprimido (400/80mg) de 12/12 horas, durante sete dias;
- Nitrofurantóina: um comprimido (100mg) a cada 6 horas, durante sete dias).

Como referido no item sobre tratamento da cistite em mulheres, as cefalosporinas (cefalexina, cefadroxil, cefpodoxina proxetil, cefixima) e a amoxicilina são alternativas terapêuticas dotadas de menor eficácia.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Na mulher sexualmente ativa, não grávida, não tratar. Na gestante, devido às alterações anatômicas e fisiológicas que acorrem nesse período, a bacteriúria assintomática tem uma probabilidade muito maior de evoluir para pielonefrite; em função deste maior risco, a

terapêutica é compulsória: o esquema terapêutico a ser prescrito é o mesmo indicado para a infecção sintomática na grávidas. Igualmente, na criança, deve-se utilizar o esquema terapêutico referido para a infecção urinária sintomática na criança. Na paciente idosa, julgar individualmente a necessidade ou não do tratamento. Alguns autores não recomendam o tratamento na bacteriúria assintomática da mulher idosa, pois não está associada com aumento da mortalidade ou morbidade. Se indicado, utilizar o esquema terepêutico referido para a infecção urinária na paciente idosa, especialmente cotrimoxazol, norfloxacino, cefalexina, cefradina, nitrofurantoina e amoxicilina, mantido por três dias. A continuação do tratamento pode não ser necessária na idosa assintomática se a urocultura permanecer positiva.

CISTITE COMUNITÁRIA NA CRIANÇA
TRATAMENTO EMPÍRICO

A infecção urinária na criança não é um evento raro, estimando-se que sete anos de idade 2% de meninos e 8% de meninas tenham este tipo de infecção. No menino, a infecção urinária é habitualmente decorrente da presença de fimose, enquanto na menina devem ser investigados os hábitos de higiene e excluída a presença de infecções concomitante por oxiúros. Em ambos, podem resultar de uropatias congênitas. Realizado o diagnóstico clínico, deve-se proceder à colheita de urina para a realização dos exames: elementos anormais e sedimento da urina (urina tipo 1), cultura de urina e teste de sensibilidade a antimicrobianas. O tratamento empírico dev ser instituído após a colheita de urina para a realização dos exames citados, preferindo-se os derivados sulfamídicos associados com trimetoprima, antibióticos betalactânicos, fosfomicina trometamol e nitrofurantoína. Trabalhos de revisão demonstram que o esquema de curta duração, por dois a quatro dias, é tão eficaz quanto os de longa duração, de 7 a 14 dias.

Esquemas terapêuticos da cistite na criança

- Co-trimoxazol durante três a cinco dias (8mg/kg peso/dia de trimetoprima), fracionada de 12/12 horas;
- Cefixima durante três a cinco dias (30mg/kg/dia), dose única diária;
- Cefalexima durante três a cinco dias (30mg/kg/dia), fracionada de 6/6 horas;
- Cefadroxil durante três a cinco dias (30mg/kg peso/dia), fracionada de 12/12 horas;
- Fosfomicina trometamol em dose única de 2g;
- Amoxiclina durante três a cinco dias (30-40mg/kg/dia), fracionada de 8/8 horas;
- Amoxiclina/clavulanato durante três a cinco dias (30-40mg/kg/dia), fracionada de 8/8 horas;
- Nitrofurantoína durante três a cinco dias (5-7mg/kg peso/dia), fracionada de 6/6 ou de 8/8 horas;

USO PROFILÁTICO DE ANTIMICROBIANOS NA INFECÇÃO URINÁRIA

O uso profilático de antimicrobianos tem por finalidade básica reduzir a frequência das ocorrências. Está recomendado para a mulher que apresenta três ou mais episódios de infecção urinária sintomática no período de um ano. Nesta circunstância, usualmente utiliza-se nitrofurantoína (50-mg/dia), norfloxacino (200-400mg/dia) ou cotrimoxazol (800 + 160mg/dia), nesta ordem de preferência, mantida a profilaxia por seis meses. Caso ocorra a

CHS - JOÃO PAULO II

infecção, a profilaxia é estendida para 12 a 24 meses, eventualmente por cinco anos.Uma conduta alternativa na mulher que identifica o coito como o fator responsável pela recorrência da infecção consiste na tomada do antimicrobiano (um comprimido de cotrimoxazol - 400g + 80mg, ou um comprimido de ciprofloxacino - 100mg) após o relacionamento sexual. Outra alternativa de custo/ benefício é a ingestão de dose única/ diária de co-trimoxazol (800 + 160mg) ao início dos sintomas, mantido por 3 dias. Na paciente idosa com cistites recorrentes recomenda-se, após tratamento da recorrência, avaliar os possíveis fatores de risco: cistocele, incontinência urinária, aumento (> 50ml) do volume urinário vesical residual, higiene perineal. A introdução de esquema profilático não é consensual; o uso de estrógeno sobre a forma de creme vaginal reduz a frequência das recorrências. Crianças que apresentam recorrência da infecção urinária frequentemente tem algum tipo de uropatia, particularmente refluxo vesicoureteral, havendo o risco de lesão renal.

O uso profilático de antimicrobianos não está adequadamente definido nesta circunstância; contudo, tem sido recomendado o uso de co-trimoxazol ou nitrofurantoin em dose baixa (respectivamente, 10mg/kg + 2mg/kg ou 1 a 2mg/kg), tomada uma vez ao, do longo (6 ou 12 ou mais meses). Na gestante com infecção urinária recorrente é recomendada a administração profilática de uma dose de cefalexina (250mg) ou nitrofurantoína (50mg) após o coito.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Infecção do Trato Urinário Alto de Origem Comunitária e Hospitalar - Tratamento

RESPONSÁVEL: Médico Urologista

REVISÃO

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Trabalhos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos e pesquisa na Internet.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA CINTÍFICA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

Apresentar, de forma sucinta e didática, as diretrizes fundamentais para o tratamento das infecções do trato urinário alto de origem comunitária e hospitalar.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

TRATAMENTO DA INFECÇÃO URINÁRIA ALTA (PIELONEFRITE) NÃO COMPLICADA DE ORIGEM COMUNITÁRIA

Um aspecto de Agentes etiológicos é semelhante tanto nas infecções do trato urinário baixo (cistite) como nasce do trato urinário alta (pielonefrite), quando agudas, não complicadas e de origem comunitária. Escherichia coli (70% - 95%), Staphylococcus saprophyticus (5% - 20%) e, ocasionalmente, Proteus mirabilis, Klebsiella sp e Enterococcus (principalmente E. faecalis).

CHS - JOÃO PAULO II

O diagnóstico fundamenta-se no quadro, clínico exame de elementos anormais sedimento de urina e urocultura quantitativa. Nos pacientes hospitalizados também está indicada a coleta de hemoculturas. Rotineiramente, essa conduta investigatória é suficiente para o esclarecimento diagnóstico. No entanto, os casos sugestivos de pielonefrite que evidenciam gravidade ou ocorrem em pacientes diabéticos ou em pacientes com antecedentes de mobilidade renal devem incluir a realização de ultrassonografia (US). Além de ser um exame de fácil, rápida e econômica realização, a US serve para diferenciar as pielonefritis complicadas das não complicadas. Entre as primeiras, a US pode detectar má formação, alteração estrutural, cálculo ou abscesso. Nos pacientes diabéticos sua realização é mandatória devido à alta incidência de anormalidades renais nesta população. Os pacientes com maior gravidade (febre alta, calafrios, hipotensão arterial) devem ser hospitalizados e receber terapia antimicrobiana inicial por via parenteral.

ESQUEMAS DE TRATAMENTO DA PIELONEFRITE AGUDA NÃO COMPLICADA DE ORIGEM COMUNITÁRIA

- Tratamento ambulatorial.
- Tratamento por via oral, durante 10 a 14 dias.

Drogas de escolha: fluorquinolonas. Opções: ofloxacino (400mg 12/12h), pefloxacino (400mg 12/12h), levofloxacino (500mg em dose única diária), gatifloxacino (400mg em dose única diária), ciprofloxacino (500mg 12/12h). A vantagem das fluoroquinolonas de terceira geração (gatifloxacino e levofloxacino) é a maior adesão, devido ao menor número de doses em função da dose única diária.

Drogas alternativas usadas por via oral, porém dotadas de menor eficácia: sulfametoxazol/trimetoprima (800/160mg) de 12/12 horas, cefpodoxima proxetil (200mg) de 12/12 horas, cefixima (400mg/dia).

- Tratamento hospitalar.
- Tratamento durante 14 dias, devendo ser iniciado por via intravenosa e, a deve, alternar para via oral.

Drogas de escolha: fluorquinolonas. Opções: levofloxacino (500mg em dose única diária), gatifloxacino (400mg em dose única diária), Ciprofloxacino (500mg 12/12h).

Drogas alternativas: ceftriaxona (1-2g em dose única diária), gentamicina (3mg/kg/dia), aztreonam (1g 8/8h).

Evolução após tratamento ambulatorial ou hospitalar

Paciente assintomático: cura. Nova urocultura após duas a quatro semanas: se negativa, alta.

Persistência ou piora clínica: urocultura quantitativa com teste de sensibilidade in vitro a antibióticos (TSA), ultrassonografia (US), tomografia computadorizada (TC). A terapêutica deverá ser escolhida de acordo com os resultados dos exames e o status clínico).

TRATAMENTO DA INFECÇÃO URINÁRIA ALTA (PIELONEFRITE) NÃO COMPLICADA DE ORIGEM COMUNITÁRIA

CHS - JOÃO PAULO II

Pielonefrites são consideradas complicadas hein Em presença de certos fatores determinantes. A conduta diagnóstica é a mesma recomendada para as infecções não complicadas; o que varia são as e tecnologias mais prováveis - dependentes do fator determinante específico - e, consequentemente, a conduta terapêutica. O quadro é a seguir esquematiza a rotina de atendimento nessas situações.

TRATAMENTO DE INFECÇÃO URINÁRIA DE ORIGEM HOSPITALAR

A infecção urinária nasocomial é responsável por cerca de 40% das infecções hospitalares. A maior gravidade das doenças apresentadas pelos pacientes, a idade mais avançada, a debilidade causada por doenças ou desnutrição, a colocação de cateter de drenagem, a manipulação urológica, a longa permanência na cama, são fatores que contribuem para a ocorrência de infecções urinárias no enfermo hospitalizado. Considerando a variedade de microrganismos infectantes no ambiente hospitalar e a variação em sua sensibilidade, o tratamento da infecção urinária baixa (cistite) ou alta (pielonefrite) em pacientes hospitalizados deve fundamenta-se no isolamento da bactéria na urocultura e na sensibilidade demonstrada ao antibiograma. Os germes mais frequentes são os gram-negativos, incluindo as enterobactérias e os não fermentadores (P. aeruginosa, Acinetobacter sp., S. maltophilia), os enterococcus e os estafilococos.

Tabela 1

1. Diagnostico:
   Exame clínico + exame de urina tipo I + urocultura; acrescentar hemoculturas em pacientes hospitalizados e ultrassonografia caso haja pertinência (vide acima).
2. Determinantes da complicação:
   Anormalidades estruturais (1), metabólico/hormonais (2), imunológicas (3) patogênicos incomuns (4).
3. Etiologias mais prováveis:
   Enterobactérias (principalmente E. coll), P. aeruginosa e Enterococcus sp. (principalmente E.faecalls).
4. Tratamento durante 14 a 21 dias. Iniciando por via intravenosa*.
   Drogas de escolha: fluoroquinolona** ou ceftriaxona (1-2g em dose única diária).
   Alternativas terapêuticas: ampicilina*** + gentamicina*** ou piperacilina/tazobactam***.
5. Evolução:
   Paciente assintomático: cura; repetir urocultura: se negativa, alta.
   Persistência ou piora clínica: Urocultura + TSA + hemocultura + imagem (US ou CT).
   Terapêutica subsequente de acordo com os resultados dos exames e o "status" clínico.

Obstrução, infecção prostática, cálculo, cateteres, refluxo vesicoureteral, bexiga neurogênica, fístula.

Diabetes mellitus, gravidez****.

Transplantados, neutropênicos, imunodeficiência adquirida ou congênita;

Etiologia incomuns: fungos, Mycoplasma sp. e outras, habitualmente resistentes.

* Trocar para via oral, quando dispõe disponível, após melhor Clínica evidente.

** Ofloxacino (400mg 12/12h); Ciprofloxacino (500mg 12/12h); levofloxacino (500mg em dose única diária); gatifloxacino (400mg em dose única diária).

*** Ampicilina: 1g 6/6h; gentamicina: 3 - 5mg/kg em dose única diária; piperacilina/tazobactam: - 4,5g 6/6h.
**** Na gravidez, preferir antibióticos cefalosporínicos ou penicilínicos.

Fluorquinolonas são contraindicadas.
Os pacientes internados com infecção urinária podem evoluir para sepse, sendo essencial o rápido início de terapia antimicrobiana apropriada para o combate ao microrganismo agressor. Nestas situações, é importante e necessário a informar sobre a do me micro microrganismos mas frequente isolar na Instituto, obtida das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), para que seja instituída uma terapêutica empírica até que se obtenha o resultado das culturas. A terapêutica antimicrobiana deve ser iniciada tão logo seja colhidas amostras de sangue e urina para as culturas e realizada por via intravenosa. Nos casos de maior gravidade, em que se necessária a terapêutica de urgência, no tratamento empírico Inicial via predominantemente enterobactérias e P. aeruginosa, sendo indicados, portanto, antibióticos beta-lactâmicos, aminoglicosídeos e fluoroquinolonas adotados de atividade antipseudomonas e que atinjam os patógenos Gram-negativos entéricos e outros não fermentadores com seleccionada a resistência. Neste contexto, podem ser utilizadas associações de um aminoglicosídeo com uma cefalosporina de terceira ou de quarta geração ou combinações de uma penicilina com inibidor de Beta lactamases. Pode, ainda, se necessária a administração de monobactâmicos (aztreonam), ciprofloxacino, carbapenems e, até mesmo, polimixina B, na dependência da resistência do microrganismo, conforme possíveis esquemas, como relacionados, a seguir.
Esquemas terapêuticos para tratamento de infecção urinária de origem hospitalar

- Piperacilina/tazobactam + gentamicina (ou ciprofloxacino).
- Cefepima (ou ceftazidima) + gentamicina (ou ciprofloxacino).
- Ticarcilina/ácido clavulânico + gentamicina (ou ciprofloxacino).
- Aztreonam.
- Imipenem ou Meropenem.
- Doses recomendadas para pacientes adultos.
- Cefepima - 500mg a 1g a cada 6 ou 8 horas.
- Piperacilina/tazobactam - 4,5g a cada seis horas.
- Ticarcilina/ácido clavulânico - 3,1g a cada 4 ou 6 horas.
- Gentamicina dose única diária de 5mg/kg/peso. Pode ser substituída por outro aminoglicosídeo: amicacina, tobramicina ou netilmicina.
- Ciprofloxacina no (IV) - dose de 200 a 400mg a cada 8 ou 12 horas. Nestas infecções, preferir ciprofloxacino as demais fluorquinolonas devido a sua maior potência de ação com P. aeruginosa.
- Aztreonam - 1g a cada 8 horas.
- Imipenem - 500mg a 1g a cada 6 horas.
- Meropeném - 500mg a 1 a cada 8 horas.

CHS - JOÃO PAULO II

USO PROFILÁTICO DE ANTIMICROBIANOS NA INFECÇÃO URINÁRIA

O uso profilático de antimicrobianos tem por finalidade básica reduzir a frequência das recorrências. Está recomendado para a mulher que apresenta três ou mais episódios de infecção urinária assintomática no período de um ano. Nestas circunstâncias, usualmente utiliza-se nitrofurantoína (50-100mg/dia), norfloxacino (200-400mg/dia) ou cotrimoxazol (800 + 600mg/dia), nesta ordem de preferência, mantida a profilaxia por seis meses. Caso ocorra é infecção, a profilaxia é Estendida para 12 a 24 meses, eventualmente os cinco anos. Uma conduta alternativa na mulher que identifica o coito como o fator responsável pela recorrência da infecção consiste na tomada do antimicrobiano (um comprimido de co-trimoxazol - 400mg + 80mg, ou um comprimido de ciprofloxacino - 100mg) após o relacionamento sexual. Outra alternativa de uso/ de benefício é a injeção dois/ diária de cotrimoxazol (800 + 160mg) no início dos sintomas, mantido por três dias. Na paciente idosa com cistite recorrentes recomenda, após tratamento da recorrência avaliar os possíveis fatores de risco: cistocele, incontinência urinária, aumentar (> 50ml) do volume urinário vesical residual, higiene perineal. A introdução de esquema profilático não é consensual; o uso de estrogênio sobre a forma de creme vaginal reduz a frequência das ocorrências. Crianças que apresentam ocorrência de infecção urinária frequentemente tem algum tipo de uropatia, particularmente refluxo vesicoureteral, havendo o risco de lesão renal. O uso profilático de antimicrobianos não está adequadamente definido nesta circunstância; contudo, tem sido recomendado o uso de cotrimoxazol ou nitrofurantoína em dose baixa (respectivamente, 10mg/kg + 2mg/kg ou 1 a 2mg/kg), tomada uma vez ao, do o (6 ou 12 ou mais meses).

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Infecção do trato urinário: Diagnóstico

RESPONSÁVEL: Médico Urologista

REVISÃO
DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Trabalhos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos e pesquisa na Internet.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA CINTÍFICA:
A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
C: Relatos de casos (estudos não controlados).
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:
Apresentar, de forma sucinta e didática, as diretrizes fundamentais para o diagnóstico das infecções do trato urinário.

CONFLITO DE INTERESSE:
Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO
A infecção sintomática do trato (ITU) situa-se entre as mais frequentes infecções bacterianas do ser humano, figurando como a segunda infecção mais comum na população em geral, predominando entre os adultos em pacientes do sexo feminino. Nas, para partícula particularmente, a infecção urinária também é muito comum, predominando igualmente no sexo feminino; nesta população de pacientes pediátricos, predomina a pielonefrite, recorrente na maioria dos casos, devido à presença de refluxo vesicoureteral, uni ou bilateral.

DEFINIÇÃO
A infecção urinária pode comprometer somente o trato urinário baixo, o que especifica o diagnóstico de cistite, ou afeta simultaneamente o trato urinário inferior e o superior; neste caso, utilize ter infecção urinária também de nome denominado pielonefrite. A infecção urinária baixa ou cistite pode ser sintomática ou não. As infecções do trato urinário podem ser complicadas ou não complicadas, as primeiras tendo maior risco de falha terapêutica e sendo associadas a fatores que favorecem ocorrência da infecção. A infecção urinária é complicada quando ocorre em um aparelho urinário com alterações estruturais ou funcionais. Habitualmente, assistentes são infecções não complicadas quando as pielonefritis, ao contrário, são mais frequentemente complicadas, pois em geral resultam da ascensão de microrganismos do trato urinário inferior e estão frequentemente associadas com a presença de cálculos renais. A origem tanto a infecção urinária baixa como a alta podem ser agudas ou crônicas e sua origem pode ser comunitária ou hospitalar.

CHS - JOÃO PAULO II

EPIDEMIOLOGIA

A maior sensibilidade a infecção no sexo feminino é devida às condições anatômicas: uretra mais curta e sua maior proximidade com vagina e com o ânus. Outros fatores que aumentam o risco de ITU nas mulheres incluem: episódios prévios de cistite, o ato sexual, o uso de certas geleias espermicidas, a gestação e o número de gestações, o diabetes (apenas no sexo feminino) e a higiene deficiente, mas frequente em pacientes com piores condições socioeconômicas e obesas. No adulto do sexo masculino, favorecem a ITU, a instrumentação das vias urinárias - incluindo-se o cateterismo vesical - e a hiperplasia prostática; nos idosos e em indivíduos hospitalizados, as taxas de ITU também são elevadas pelos fatores citados e por inúmeros outros, relacionados aquela faixa etária.

As taxas de ITU são bem maiores nos homossexuais masculinos, estando relacionadas com a prática mais frequente de sexo anal não protegido e também nos indivíduos com prepúcio intacto. Nos indivíduos com o vírus HIV, a infecção, por si só, é um fator de risco para ITU, aumentando em relação direta com a queda dos níveis dos linfócitos. Nos hospitalizados submetidos a cateterismo, a presença de sistema de drenagem de urina aberto resulta em bacteriúria em 100% dos casos, após quatro dias. Já naqueles com sistema de drenagem de urina fechado, a bacteriúria irá ocorrer em 5% a 10% dos casos, por dia de manutenção do cateter. Note-se que a ITU adquirida em hospital é considerada a principal causa de bacteremia por bacilos gram negativos. As ITU adquiridas em hospital são as nosocomiais mais frequentes em todo o mundo, representando cerca de 50% do total das infecções adquiridas em hospitais gerais e, em custo, 14% do valor total despendido com as infecções nosocomiais.

ETIOLOGIA

Os agentes etiológicos mais frequentemente evoluídos com ITU adquirida na comunidade são, em ordem de frequência: a Escherichia coli, Staphylococcus saprophyticus, espécies de Proteus e de Klebsiella e o Enterococcus faecalis. A E. coli, sozinha, responsabiliza-se por 70% a 85% das infecções do trato urinário adquiridas na comunidade e por 50% a 60% em pacientes idosos adquiridos em instituições. Contudo, quando a ITU é adquirida no hospital, em paciente internado, os agentes etiológicos estão diversificados, predominando as enterobactérias, com redução na frequência de E. coli (embora ainda permaneça habitualmente como a primeira causa), e em crescimento de Proteus sp, Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella sp., Enterobacter sp., Enterococcus faecalis de fungos, com destaque para Cândida sp.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A infecção do trato urinário baixo (assistir), quando sintomática, exteriorizar-se se clinicamente pela presença habitual de disúria, urgência miccional, polaciúria, nictúria e do suprapúbica. Febre neste caso, não é comum. Na anamnese, a ocorrência prévia de quadro semelhante, de água diagnóstico se, deve ser valorizada. O aspecto da urina pode também trazer informações valiosas: urina turva (pelo presença piúria) e/ou avermelhada (pela presença de sangue), causada por cálculo e/ou pelo próprio processo inflamatório. A infecção do trato urinário alto (pielonefrite), que habitualmente se inicia com um quadro de cistite, é acompanhada de febre - geralmente superior a 38 graus centígrados, de calafrios e de dor lombar, uni ou bilateral. Esta

tríade febre + calafrios + dor lombar está presente na maioria dos casos de pielonefrite. A dor lombar pode-se irradiar para o abdômen ou para o(s) flanco(s) e, mais raramente, para, situação que sugere mais fortemente a presença de cálculo com ou sem infecção, na dependência da presença dos outros sintomas relacionados. Os sintomas gerais de um processo infeccioso agudo podem também estar presente e sua intensidade é diretamente proporcional à gravidade da pielonefrite. A maioria dos pacientes com pielonefrite refere história prévia de cistite, geralmente detectada nos últimos seis meses.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

A infecção urinária é caracterizada pelo crescimento bacteriano e pelo menos 105 unidades formadoras de colônias por ml de urina (100.000ufc/ml) colhida em jato médio e de maneira asséptica. Indeterminada circunstâncias (paciente, infecção, crônica uso antiantimicrobianos) pode ser valorizado crescimento bacteriano e igual acima de 104 colônias (10.000ufc/ml). A bacteriúria assintomática é definida com a presença de, no mínimo, 105 colônia/ml da mesma bactéria em pelo menos duas amostras de urina em paciente, habitualmente mulher, que não apresenta infecção habituais.

Exame de urina I com sedimento urinário. Este exame irá fornecer - quando associado a anamnese e ao quadro clínico, os dados que praticamente confirmam o diagnóstico de ITU: presença de piúria (leucócitúria), de hematúria e de bacteriúria. Os valores encontrados são, habitualmente, proporcionais a intensidade da infecção.

Urocultura. A cultura de urina quanto está, quantitativa, avaliada em amostra de urina colhida assepticamente, jato médio poderá fornecer, na maioria dos casos, o agente etiológico causador da inflamação e trazer subsídios para conduta terapêutica. Sua importância crescerá quando, diante de falha da terapia empírica, possibilitará a realização do teste de sensibilidade in vitro (antibiograma) que orientará uma nova conduta terapêutica. Fator limitante a importância da cultura de urina é a demora habitualmente exigida para a obtenção do seu resultado. Na grande maioria das vezes, a paciente com cistite não complicada, tratada empiricamente, já está clínica ou mesmo microbiologicamente curada quando o resultado da cultura é fornecido; nestas situações esse exame torna-se inútil, além de dispendioso.

Teste de sensibilidade in vitro a antimicrobianos (TSA). O antibiograma, como é habitualmente reconhecido este exame, atua complementarmente a cultura de urina. Na rotina da cistite não complicada, sua utilidade é pequena, haja vista a predominância maciça e resolutiva da terapia empírica. No entanto, naqueles casos em que ocorre falha nesse tipo de terapia, nas pielonefrites e nas infecções urinárias hospitalares, apresenta do antibiograma é de grande utilidade. Igualmente sua importância cresce na cistites complicadas, quando o risco de insucesso da terapia empírica aumenta. O antibiograma fornece os antimicrobianos potencialmente úteis a serem prescritos.

Hemocultura. Exame não tem nenhum valor em paciente com cistite. No entanto, diante de um quadro de pielonefrite, torna-se potencialmente valioso; sua positividade, nesta infecção, situa-se entre 25% a 60% e, além da informação do agente etiológico (nem sempre identificável na urocultura), indica que o risco de uma sepse, sugerindo uma potencial gravidade.

Exames de imagem. A ultrassonografia, a tomografia computadorizada e a ressonância magnética tem indicação restrita àqueles casos de cistite/pielonefrite não resolvidos com terapia

CHS - JOÃO PAULO II

empírica; assumem maior importância para o diagnóstico de complicações e, também, para evidenciar alterações estruturais e/ou funcionais do sistema urinário.

PROCEDIMENTO: Infecção do Trato Urinário não Comunitária - Tratamento

RESPONSÁVEL: Médico Urologista

REVISÃO
DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:
Trabalhos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos e pesquisa na Internet.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA CINTÍFICA:
A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
C: Relatos de casos (estudos não controlados).
D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:
Apresentar, de forma sucinta e didática, as diretrizes fundamentais para o tratamento das infecções não complicadas do trato urinário.

CONFLITO DE INTERESSE:
Nenhum conflito de interesse declarado.

TRATAMENTO DA CISTITE
CISTITE COMUNITÁRIA NÃO COMPLICADA EM ADULTOS
A terapêutica específica inicial da cistites comunitárias não complicadas deve ser dirigida para o combate à Escherichia coli, realizando-se modificações no esquema terapêutico quando necessário e, preferentemente, de acordo com o resultado da urocultura, quando o resultado deste exame é exigido. Devido à elevada concentração urinária alcançada com a utilização de vários antimicrobianos, a literatura médica registra uma exuberância de revisões e estudos sobre o tratamento da cistite não complicada na mulher adulta. Por outro lado, a crescente resistência de microrganismos as drogas antimicrobianas tem sido enfocada com preocupação por diferentes autores, nos últimos cinco anos, também no contexto das infecções urinárias. Uma questão ainda aberta a discussão refere-se ao tempo de uso de antimicrobianos para o tratamento da cistite não complicada em paciente imunocompetente. Diversas publicações com emprego de drogas antimicrobianas ativas em vias urinárias, as sulfonamidas, a trimetoprima, as quinolonas, a fosfomicina, antibióticos beta-lactâmicos, demonstram que o tratamento de curta duração é tão eficaz quanto o de maior duração na mulher imunocompetente. A questão ainda não definitivamente esclarecida é curta duração é a ideal, em termos de eficácia das drogas, adesão pelo paciente, menor efeitos ADN, do e custo. O tratamento rápido em dose única, com diferentes antimicrobianos, vem se mostrando seguro e eficaz em mulheres jovens com episódio

ocasional de infecção urinária baixa não complicada. Por outro lado este regime de tratamento não está indicado em homens, crianças, mulheres idosas e em pacientes com diabetes, por mostrar menor eficácia. Em algumas situações os antimicrobianos acima referidos podem sofrer restrições que os contraindiquem. Assim é que as quinolonas tem contra indicação em grávidas, em crianças e em pacientes a elas hipersensíveis. Co-trimoxazol é contraindicado na gravidez e a pacientes com hipersensibilidade e/ou intolerância. Dos citados, apenas a fosfomicina trometamol não é contraindicada na gravidez, como também não tem contra indicação a crianças; apenas hipersensibilidade e/ou intolerância podem restringi-la. Evidentemente que para todos os antimicrobianos, referidos, a falta de terapêutica torna-os inviáveis. Alternativamente as drogas de escolha anteriormente referidas, a amoxicilina, as cefalosporinas orais de primeira geração e a nitrofurantoína torna-se opções adequadas. Dentre as diversas fluoroquinolonas disponíveis para uso clínico, o moxifloxacino não é recomendado para a terapia das infecções urinárias por não atingir concentração adequada nas vias urinárias. Desta maneira, na da infecção urinária não complicada de origem comunitária deve se diferenciar aquela que ocorre na mulher jovem imunocompetente e destacar algumas situações que existem esquemas terapêuticos específicos, em inclui a infecção, recorrente aí, a gestante, no diabético, na paciente idosa e na criança.

CISTITE NÃO COMPLICADA NA MULHER JOVEM

Tratamento empírico

Feito o diagnóstico clínico, a terapia da Cistite não complicada Pode ser instituída sem a exigência da realização da cultura de urina teste de sensibilidade à antimicrobianos; apenas o encontro de leucocitúria e, frequentemente, de hematúria, no exame dos elementos anormais e sedimentos da urina (urina tipo I), sustenta a conduta terapêutica (empírica) a ser indicada. A paciente a ser tratada deve estar com uma infecção primária, ocasional, deve ser jovem, e não deve portar fatores agravantes da cistite. Estudos com cotrimoxazol (associação do sulfametoxazol com trimetoprima), norfloxacino, lomefloxacinos, pefloxacinos, ofloxacino, ciprofloxacino, levofloxacino, gatifloxacino, nitrofurantoína, pivmecilinam, cefpodoxima proxetil e transformice na trometamol indicam que tratamento com a duração de três dias em geral têm eficácia superior a 90% nas cistites não complicadas. Este resultado é compatível ao emprego destas drogas por tempo mais prolongado, seja de cinco, de sete ou de dez dias. Os antibióticos beta-lactâmicos, em especial amoxicilina, cefalexina, cefixima, cefpodoxima proxetil e nitrofurantoína, embora ativos, têm menor eficácia nos esquemas de três dias e são acompanhados de maior número de recorrências, quando acompanhados com os antimicrobianos referidos anteriormente. O pivmecilinam não está disponível no Brasil e é, utilizado sob sobretudo nórdicos, mostrando elevada eficácia na terapia da cistite, sendo baixa a resistência a esta droga. O ácido pipemídico utilizado por dez dias tem boa eficácia e mínimos efeitos colaterais. Os antimicrobianos disponível no Brasil que apresentam elevada eficácia quando usados em dose única por via oral, com índice de cura acima de 90% são ciprofloxacino, pefloxacino, gatifloxacino e fosfomicina trometamol. Registre-se que os antimicrobianos referidos como de elevada eficácia em esquema terapêutico com duração de três dias também se mostram curativos em regime de dose única, porém, a eficácia é menor, com porcentual entre 80% e 90%, e as recorrências mais frequentes. Todavia, é importante ressaltar que a se utilizado

CHS - JOÃO PAULO II

em pacientes idosos, diabetes, imunossuprimidos e em pacientes com infecções complicadas, devido ao maior risco de complicações caso a infecção não seja debelada. O outro lado, é sugerido na literatura que os resultados obtidos com o emprego de dose única na terapia da infecção urinária não complicada são inferiores aos obtidos com esquemas de três dias. As vantagens dos tratamentos de curta duração, preferentemente os de dose única, são evidentes: é maior a adesão ao tratamento, é menor a ocorrência de efeitos adversos, a significativa redução nos custos do tratamento e a pressão seletiva para a emergência de micro-organismos resistentes é menor. Diversos esquemas terapêuticos podem ser prescritos, todos os utilizados a via oral e com eficácia superior a 90%; a seleção de um dos medicamentos a seguir referidos deve ser feita baseada em critérios individuais; tais como tolerância gastrointestinal, presença de hipersensibilidade, poder aquisitivo e disponibilidade para múltiplas administrações que, em outros termos, significam adesão ao tratamento.
São eles:

Esquemas terapêuticos* da infecção urinária baixa não complicada na mulher com duração de três dias:

- Co-trimoxazol: um comprimido (400/80mg) de 12 em 12 horas, durante três dias;
- Norfloxacino: um comprimido (400mg) de 12 em 12 horas, durante três dias;
- Ciprofloxacino: um comprimido (200 a 400mg) de 12 em 12 horas, durante três dias;
- Pefloxacinos: um comprimido (500mg) de 12 em 12 horas, durante três dias;
- Lomefloxacina: um comprimido (400mg) dose única diária, durante três dias;
- Gatifloxacino: um comprimido (500mg) dose única diária, durante três dias;

* As doses apresentadas referem-se a adultos. Ver tratamento da cistite em crianças na Diretriz de Tratamento da Cistite em Pacientes Especiais.

Esquemas terapêuticos* da infecção urinária baixa não complicada na mulher em dose única:

- Pefloxacinos: um comprimido 400mg, em uma única tomada;
- Ciprofloxacino: um comprimido 500mg, em uma única tomada;
- Ofloxacino: um comprimido 400mg, em uma única tomada;
- Gatifloxacino: um comprimido 500mg, em uma única tomada;
- Fosfomicina trometamol: 3g de pó, diluídos em meio copo d'água, em uma única tomada.

*Este regime não deve ser utilizado em pacientes idosos, diabéticos, imunossuprimidos e em pacientes com infecções complicadas, devido ao maior risco de complicações caso a infecção não seja debelada.

Esquemas terapêuticos* alternativos da infecção urinária baixa não complicada na mulher:

- Amoxicilina: comprimido de 500mg, a cada 8 horas, durante três dias;
- Cefalosporina de 1ª e 3ªgerações;
- Cefalexina: comprimido de 500mg, a cada 6 a 8 horas, durante três dias;
- Cefadroxil: comprimido de 500mg, a cada 8 horas, durante três dias;
- Cefixima: comprimido de 400mg, dose única diária, durante três dias;

CHS - JOÃO PAULO II

- cefpodoxima proxetil: comprimido de 100mg, a cada 8 horas, durante três dias;
- Nitrofurantoína: comprimido de 100mg, de 6/6 horas, durante três dias;
- Ácido pipemídico: comprimido de 400mg, 12/12 horas, durante sete a dez dias.

* As doses apresentadas referem-se a adultos.

Ver tratamento da cistite em crianças na diretriz de tratamento da Cistite em pacientes especiais.

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Na mulher sexualmente ativa, não grávida, não tratar. Na gestante, devido às alterações anatômicas e fisiológicas que ocorrem nesse período, a bacteriúria assintomática tem uma probabilidade muito maior de evoluir para pielonefrite; em função deste maior risco, a terapêutica é compulsória: o esquema terapêutico prescrito é o mesmo indicado para a infecção sintomática na grávida. Igualmente, na criança, deve-se utilizar o esquema terapêutico referido para a infecção urinária sintomas na criança. Na paciente idosa, julgar individualmente a necessidade ou não do tratamento. Alguns autores não recomendam o tratamento da bacteriúria assintomática da mulher idosa, pois não está associada com aumento da mortalidade ou morbidade. Se indicado, utilizar o esquema terapêutico referido para a infecção urinária na paciente idosa, especialmente cotrimoxazol, ofloxacina, cefalexina, cefradina, nitrofurantoína e amoxicilina, mantido por três dias. A continuação do tratamento pode não ser necessária na idosa assintomática se a urocultura permanecer positiva.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO: Doenças da próstata

RESPONSÁVEL: Médico Urologista

REVISÃO
Avaliação inicial: Consul + exame digital PSA
Observação: dependendo das alterações do toque retal, e do PSA, submetido a Bia da, ou acompanhamento ambulatorial anual.

Hiperplasia Prostática Benigna:
Conforme o volume da próstata (ultrassonografia), e dos sintomas obstrutivos, levando-se em conta o escore de sintomas (LUTS), e a quantidade de vida do paciente, o paciente deve ser tratado e acompanhado no ambulatório, medicações alfa-adrenérgicos, ou apenas acompanhamento clínico. Quando houver indicação de cirurgia deverá ser utilizada a técnica de ressecção endoscópica ou cirurgia a céu aberto, dependendo do volume da próstata, se > que 100g, deverá ser utilizada cirurgia a céu aberto. Deverá ser feito acompanhamento semestral dos pacientes.

Adenocarcinoma da próstata:
Diagnóstico: O diagnóstico é histológico e os métodos de imagem são complementares. O ultrassom transretal indicado para dirigir a biópsia. Estadiamento local, extensão extracapsular e invasão de vesículas seminais devem ser realizados com USTR + exame digital, porém a USTR apresenta baixa eficácia como método isolado. A TC apresenta eficácia moderada no estadiamento linfonodal, devendo ser utilizada em pacientes de alto risco (PSA > 20ng/ml, ou PSA > 10ng/ml e Gleason de 8 a 10).
Estadiamento a distância, a Cintilografia óssea é o método de escolha para rastreamento de metástases ósseas, devendo ser utilizada em pacientes com sintomatologia óssea ou tumores localmente avançados, ou de alto risco (PSA > 20ng/ml, ou Gleason > 7). A TC é um ótimo método para pesquisa de metástases a distância em órgãos parenquimatosos.

Biópsia da Próstata - Indicações
Toque retal alterado PSA > 4,0ng/ml, PSA > 2,5ng/ml em pacientes jovens (até 55 anos), velocidade do PSA > 0,75ng/ml/ano.

Re-biópsia - Indicações
PSA persistentemente elevado ou em elevação PIN de alto grau
Proliferação atípica de pequenos ácinos (ASAP)

CHS - JOÃO PAULO II

Parar na terceira re-biópsia, salvo em situações especiais.

Tratamento - Ca Próstata localizado

O tratamento deve ser individualizado com a participação do paciente na escolha. Tratamento cirúrgico está indicado em todos os casos, desde que os pacientes apresentem condições clínicas e expectativa de vida que justifique o procedimento. Embora a maioria dos estudos surgiram melhor resultado da cirurgia em segmentos mais prolongados (> 10 anos), A radioterapia pode ser indicada em todos os casos de CaP localizados, exceto em pacientes com obstrução urinária. O regime de observação controlada pode ser instituído para pacientes com curta expectativa de vida devido a outras comorbidades. O acompanhamento deve ser trimestral nesses pacientes, com novos tratamentos quando houver progressão da doença.

Observação: o tratamento de doença avançada deve ser feita através de castração química ou cirúrgica, sendo a primeira escolha. Os demais tratamentos sugerem protocolos individuais em estudo.

Tumor renal

Cerca de 50% dos TU renais são achados incidentais, e o rastreamento para a detecção precoce não é justificável, pela baixa incidência destes tumores; exceto em populações de alto risco (pacientes em hemodiálise, com diagnóstico de Von hippel-Lindau ou esclerose tuberosa, ou história familiar). Pacientes com suspeita clínica devem ser investigados com US ou TC. O estadiamento se faz por meio de TC de abdômen e RX de tórax. Cintilografia óssea é indicado nos casos de TU localmente, avançado presença de dor óssea, hipercalcemia, ou elevação da fosfatase alcalina.

Tratamento: Nefrectomia radical é o padrão ouro

Nefrectomía parcial está indicada em tumores menores que 4cm e nos cistos complexos favoráveis. A melhor estratégia para o tratamento de doenças metastáticas é a associação de nefrectomia seguida de imunoterapia com interferon.

Tumor de Bexiga

Cistoscopia É a conduta padrão no diagnóstico e acompanhamento do CaB. O diagnóstico definitivo é realizado por meio de RTU do tumor, sob anestesia. Biopsiar a base da lesão, após a ressecção. Uma segunda ressecção deve ser realizada, se a recepção for incompleta e nos casos de TI de alto grau. Estadiamento tem por objetivo determinar se a doença é superficial ou invasiva (comprometendo a camada muscular), sua extensão local ou metastática.

Tu superficiais:

A RTU é o padrão ouro. Re-RTU, realizada 3 a 6 semanas após, é recomendável em ressecções incompletas e em todos TI de alto grau.

Tumores com moderado ou alto grau de recidiva ou progressão, após a RTU devem ser tratados com terapia intravesicular adjuvante, preferencialmente BCG. Cistectomia radical pode ser indicada para tumores recidivantes, TI de alto, príncipe principalmente associados a Tis.

CHS - JOÃO PAULO II

Tu invasivos:
Cistectomia radical com linfadenectomia ampliada é o tratamento recomendado para o câncer de bexiga com invasão da camada muscular.

1.12. Procedimentos Médicos: Choque

PROCEDIMENTO: Choque

RESPONSÁVEL: Médico Clínico

Introdução
Com algumas modificações, esse, principalmente o choque hemorrágico, tem como base o protocolo do ATLS - Advanced Trauma Life Support (Suporte Avançado de Vida no Trauma, Manual 1993 do Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões).

Definição
Definir choque como uma anormalidade silo circulatória cuja perfusão orgânica e a oxigenação tecidual estão inadequadas. Dois passos são importantes no que se refere ao choque:

- Reconhecer precocemente sua presença.
- Identificar sua provável causa.

Nos casos de pacientes traumatizados a causa do Choque está relacionada ao mecanismo de lesão. Todos os tipos de choque podem estar presentes no paciente politraumatizado. A maioria dos pacientes em choque está em hipovolemia. O início do tratamento do Choque deve ser simultâneo com o reconhecimento do estado de choque. A resposta ao tratamento, inicial além, secundário direto diagnóstico da causa. Lembrar que a hemorragia é uma causa mais comum de choque no paciente traumatizado.
Os componentes fisiológicos envolvidos nos choques são:

- pré-carga - representada pela capacitância nervosa e pela Polônia;
- bomba - a contratilidade cardíaca é o que mantém o sistema em Atividade;
- pós-carga - é a resistência vascular sistêmica (periférica).

No tratamento inicial do choque busca-se o restabelecimento das funções orgânicas e o celular com sangue adequadamente oxigenado. No choque hemorrágico isso significa aumentar a pré-carga o quê, por si só, contra indica o uso de drogas vasopressoras.

Classificação dos Estados de Shopping
Hipovolêmico - falta conteúdo (baixo volume intravascular):

- sangramentos volumosos (exteriorizadas ou não);
- perda líquida excessiva (diarreia, vômito, poliúria, febre);

CHS - JOÃO PAULO II

- sequestro - tecidos inflamados (peritonite, colite, pleuris);
- drenagem de grandes volumes de transudato (ascite, hidrotórax).

Observação
Muitas vezes, mais de um fator associado quando em doenças graves.

Obstrutivo - (1) Bloqueio do fluxo de sangue na pequena circulação ou (2) na circulação sistêmica:

- embolias pulmonares maciças ou submaciças produzem obstrução direta pelo coágulo é (êmbolo) e, indiretamente, pela liberação de vasoconstrictores;
- tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, coartação aórtica - causando restrição mecânica da pré-carga ventricular direita (não há enchimento).

Distributivo - Existe inadequada demanda tecidual e oferta local de oxigênio:
. Fluxo alto/necessidade;
. Fluxo alto/não atendendo a necessidade.
. Séptico
. Neurogênico
. Anafilaxia
. Síndrome de hiperviscosidade
. Doenças endócrinas:
. Hipotiroidismo
. Hipocortisolismo
Cardiogênico - O desempenho cardíaco está limitado (inotropismo e cronotropismo):
. Falência ventricular esquerda
. Lesões vasculares
. Infarto do miocárdio
. Shunt arteriovenoso
. Miocardiopatia
. Aneurisma ventricular
. Miocardite
. Alterações elétricas
. Disfunção miocárdica da sepse
. Arritmias
. Defeitos mecânicos
. Distúrbios de condução.

Avaliação inicial
Reconhecimento do choque
Mecanismos compensatórios mantém a pressão sistólica até uma perda de 30% da volemia. Então, não aguardar perda da pressão arterial, aparecimento de alterações do fluxo renal e do Sistema Nervoso Central para fazer diagnóstico do choque. Taquicardia, pele fria, queda da pressão do pulso (sistólica/diastólica) em pacientes traumatizados, até provar o contrário,

CHS - JOÃO PAULO II

devem ser considerados evidências de choque. Idosos, medicamentos com o Propranolol, hematócritos, podem ter comportamento não esperado.

Diferenciação clínica na etiologia do choque

Choque hemorrágico

Hemorragia, Como já foi dito, é a causa mais comum de choque em pacientes politraumatizados. Outros choques podem responder facial ou transitoriamente a reposição volêmica. O fator de grande importância é identificar se o quadro é ou não é dividido a hemorragia.

Choque não hemorrágico

Choque Cardiogênico

A disfunção miocárdica pode ocorrer por contusão miocárdica, tamponamento cardíaco, embolia gasosa ou infarto do miocárdio associado ao trauma. Destes o mais comum é o tamponamento cardíaco relacionado ao ferimento penetrante do tórax. Taquicardia, abafamento de bulhas, jugulares ingurgitadas, hipotensão e resposta ruim a reposição volumétrica falam a favor do diagnóstico. O pneumotórax hipertensivo pode simular tamponamento cardíaco. Inserção correta de uma agulha alivia estas ameaças.

Pneumotórax Hipertensivo

Mecanismo valvular que causa compressão e colapso pulmonar, com desvio do mediastino para o lado oposto, diminuindo o retorno venoso e o débito cardíaco. Requer tratamento imediato. Clinicamente a enfisema subcutâneo, ausência murmúrio vesicular, manifestações estas que autorizam a descompressão torácica sem esperar a confirmação radiológica.

Choque Neurogênico

Lesões cranianas isoladas não causam choque. Já os traumas por lesão nodular podem provocar hipotensão pela perda do tônus simpático, mas não há taquicardia nem vasoconstrição cutânea, assim como o pulso fino não é visto no choque neurogênico.

Choque Hemorrágico no Paciente Traumatizado

Fisiopatologia: as respostas iniciais a perda de sangue são compensatórias, como a vasoconstrição progressiva cutânea, muscular e visceral na tentativa de preservar o fluxo sanguíneo. Taquicardia é o sinal mais precoce. Nas células, a perfusão e oxigenação inadequada desencadeiam um mecanismo compensatório que é o metabolismo anaeróbio que resulta em produção de ácido lático e acidose metabólica. No choque prolongado, aparelho celular perde a capacidade de manter o gradiente elétrico, e ocorre o edema celular, levando a lesão e até morte celular, e ao edema tecidual. Isto agrava o impacto global da perda sanguínea e da hipopefusão pré-existente. A infusão de soluções eletrostáticas ajuda a combater este processo. Às vezes, a reposição pode ser acompanhada de um aumento significativo do edema intersticial devido a lesão de repulsão da membrana capilar intersticial, necessitando de volumes maiores de soluções salinas.

Definição de hemorragia

CHS - JOÃO PAULO II

É uma perda aguda de sangue. O indivíduo adulto normal tem um volume sanguíneo de aproximadamente 7% do seu peso corporal enquanto a criança tem cerca de 8 ou 9%. Em caso de obesos considera-se o peso ideal.

Efeitos diretos da hemorragia

O tratamento deve ser orientado mais pela resposta individual do que por uma classificação, pois a distinção entre as classes de choque nem sempre é precisa. Didaticamente divide-se em quatro classes: I - perda de sangue igual ao doador de sangue: II - choque não complicado que requer reposição de cristalóides; III - estado mais complicado onde há necessidade de reposição de líquidos e provavelmente de sangue e: IV - grave, considerando o evento preterminal, se medidas agressivas não forem tomadas. Alguns fatores podem alterar a dinâmica vascular e devem ser lembrados: (1) idade do paciente, (2) gravidade do trauma e localização anatômica, (3) intervalo entre o trauma e o início do tratamento e (4) reposição volêmica pré-hospitalar e uso do PASG. Como regra, diz-se o que é perigoso aguardar que o paciente traumatizado se enquadre em uma classificação fisiológica precisa antes de iniciar uma tentativa agressiva.

Efeitos Diretos da Hemorragia				
Alteração	**Classe I**	**Casse II**	**Casse III**	**Casse IV**
Perda Sanguínea em ml	Até 750	750-1.500	1.500 – 2.000	> 2.000
Perda Sanguínea em %	Até 15%	15-30%	30-40%	> 40%
Frequência de Pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Pressão Arterial	normal	normal	diminuída	diminuída
Pressão de Pulso mmHg	Normal ou diminuída	diminuída	diminuída	diminuída
Frequência Respiratória	14-20	20-30	30-40	> 35
Diurese ml/horas	> 30	20-30	5-15	desprezível
Estado Mental/SNC	Ansiedade leve	Ansiedade moderada	Ansiedade e confusão	confusão e letargia
Reposição Volêmica	cristalóide	cristalóide	cristatóide e sangue	cristaloide e sangue

Alterações hidro eletrolíticas secundárias a lesão de partes moles

Fraturas e lesões de partes moles, extensas, comprometem a hemodinâmica de dois modos:

- pela perda do sangue nos casos de fraturas externas (tíbia e úmero Podem perder 750ml cada e fêmur 1500ml). Vários litros de sangue podem acumular-se no hematoma retroperitoneal associado a uma fratura pélvica;
- edema intersticial obrigatório em partes moles lesadas. Este edema depende da extensão da lesão e consiste de líquido extracelular. Lembrar que o plasma é parte do extra-celular e correspondente a 25% do volume do edema e sua parte tem impacto no volume circulatório na presença de grandes edemas. Por exemplo, a perda de 2.000ml de edema em uma fratura de fêmur correspondente a 500ml de plasma, volume que somado a outras perdas pode complicar o estado hemodinâmico.

Abordagem do Choque Hemorrágico

CHS - JOÃO PAULO II

O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados em rápida sucessão. Para a maioria dos pacientes traumatizados, o tratamento é instituído como se fosse choque hipovolêmico, até evidente prova em contrário.

Exame físico

- Anotar sinais vitais, diurese e nível de consciência para comparação,
- Vias aéreas e respiração (A e B do ABC):
- estabelecer via aérea prévia;
- iniciar oxigênio.
- controlar hemorragia externa (compressão, garrote, etc.);
- estabelecer acesso venoso;
- avaliar perfusão tecidual.

Exame neurológico:

- avaliar nível de consciência (escala adotada na instituição ou Glasgow), movimentação ocular, resposta pupilar, função motora e sensibilidade.

Exame completo:

- despir o paciente, identificar lesões. Cuidado com hipotermia.

Descompressão gástrica:

- não se sabe por quê mas a distensão gástrica torna o choque de difícil tratamento e aumenta o risco de aspiração. Deve-se drena-lo sempre (SNG-Sonda Nasogástrica).

Sondagem vesical:

- mede débito urinário, avalia presença de hematúria. Na presença de sangue uretral ou próstata não palpável em homem, não sondar.

Acesso vascular:

- obter acesso vascular imediatamente por meio de dois cateteres que devem ser curtos e grossos preferencialmente em braço ou antebraço. Na impossibilidade da pulsão, de secar veias (membro superior ou safena) evitando-se danos arteriais/nervosos. Em crianças menores de 6 anos, utilizar função óssea. Colher sangue para exame de rotina. Se realizado acesso venoso central via subclávia ou jugular interna, obter Raio-x de tórax em seguida.

Reposição líquida inicial

Inicialmente são usadas soluções elétricas isotônicas que promovem expansão intravascular (transitório) ou reposição das perdas que ocorrem para o interstício e compartimento celular.

Posteriormente, Se necessário, sangue.

ringer lactato é a primeira escolha e o soro fisiológico a segunda. As reposições a base de soro fisiológico, devido aos grandes volumes, podem acarretar acidose hiperclorêmica que se agravará ainda mais se a função renal estiver comprometida.

Preconiza-se para o adulto cerca de 2.000ml e na criança cerca de 20ml/kg de peso, infundidos rapidamente e observando se a resposta é hemodinâmica. Pode-se utilizar a tabela como guia para a reposição (3 ml de solução isotônica para cada ml de sangue perdido) lembrando sempre dos fatores que podem interferir ou modificar as respostas esperadas. Sempre avaliar a resposta a reposição inicial.

CHS - JOÃO PAULO II

Avaliação da reposição Polêmica e da Perfusão Orgânica

Generalidades

Os dados da manifestação clínica são os parâmetros para avaliação da reposição. Então, regularização da frequência cardíaca, frequência respiratória, palidez, pele fria, pressão de pulso, diurese. Pode incluir exames laboratoriais.

Débito urinário

Utilizar o débito urinário como um dos monitores de reposição. 50 ml/hora no adulto ou 1/2 a 1ml/kg/hora inclusive para crianças até 1 ano; abaixo de 1 ano e desejável 2ml/kg/hora. Débito urinário inferiores sugerem reposição volêmica inadequada, sendo necessária a complementação da reanimação e/ou outras medidas diagnósticas.

Equilíbrio ácido-base

Normalmente o paciente hipovolêmico cursa, no início, com alcalose respiratória ocasionada pela taquipneia e posteriormente evolui para acidose metabólica (no início e leve e não necessita tratamento). O choque prolongado ou profundo leva a acidose metabólica grave provocada pelo metabolismo anaeróbio indicando reposição inadequada. Acidose metabólica persistente em paciente normotérmico deve ser manejada com aumento de infusão líquida. Só utilizar bicarbonato de sódio com pH abaixo de 7,2.

Resposta a Reposição Volêmica Inicial e as Decisões Terapêuticas

Generalidades

A resposta do doente é reposição volêmica inicial mostra o caminho dos próximos passos da terapêutica. Aumentar, de diminuir ou complementar a infusão de líquidos, adição de sangue, novos exames, tornam por base a evolução ao tratamento inicial instituído cujo padrão de resposta pode ser resumido na tabela a seguir (Tabela 2):

Respostas e Decisões Terapêuticas			
Tipo de resposta	Rápida	Transitórias	Sem resposta
Sinais vitais	Retorno ao normal	Melhora Transitórias Recidiva PA e FC	Continuam Anormais
Perda Sanguíneo Estimada	Menina - 10 a 20%	Moderada e Persistente 20 a 40%	Grave (< 40%)
Necessidade de Mais Cristalóide	Baixa	Alta	Alta
Necessidade de Sangue	Baixa	Moderada a Alta	Imediata
Preparo do Sangue	Equipado e com Prova Cruzada	Tempo Específico	Liberado em Caráter de Emergência
Necessidade de Cirurgia	Possível	Provável	Muito Provável
Necessidade de Opinião Cirúrgica	Sim	Sim	Sim

* Sangue com provas cruzadas, tipo específico e tipo O (vide tabela anterior).
Tabela 2.24

CHS - JOÃO PAULO II

É sempre preferível o uso de sangue, com todas as provas cruzadas realizadas, procedimento que normalmente exige uma hora. Sangue tipo específico (ABO e Rh) são encontrados na maioria de bancos de sangue. Aqui a incompatibilidade a anticorpos menores podem ocorrer, mas justifica-se seu uso na presença de choque grave cuja resposta a infusão líquida é transitória. Na presença de sangramento profundo, exsanguinante indisponibilidade de sangue específico, usa-se o tipo O e, se possível, Rh negativo.

Filtros de sangue
Utilizar filtros comerciais de transfusão sanguínea.

Aquecimento dos líquidos
Para prevenir hipotermia Rua ajudar a reverter a já existente, infundir líquidos cristaloides a 39 graus centígrados, utilizar cobertores e evitar exposição corporal. Não aquecer em micro-ondas as soluções contendo glicose, plasma e sangue. Vide hemoterapia, Capítulo 26, para maiores informações.

Autotransfusão
Existem equipamentos disponíveis comercialmente para coleta estéril, anticoagulação e retransfusão de sangue drenado utilizados principalmente em hemotórax volumoso.

Coagulopatia
Normalmente não é necessário a transfusão de plaquetas, crioprecipitado, plasma fresco e fibrinogênio em atendimentos iniciais. A medida do tempo de protrombina, do tempo de tromboplastina parcial e a contagem de plaquetas são estudos de grande valia em algumas situações especiais em portadores de coagulopatias ou uso de medicamentos anticoagulantes. Está Alerta nos casos que cursam com hipotermia e necessitam de transfusões maciças, pois poderá ocorrer alterações dos fatores de coagulação e diluição plaquetária levando a coagulopatia.

Administração de cálcio
Reposição de cálcio deve ser baseada em dados laboratoriais.

Dispositivo Pneumático Antichoque - PASG (Pneumatic Antishock Garment)
Esse equipamento de insuflação age, na extremidade inferior e abdômen, por compressão causando aumento da resistência vascular periférica e da pós carga, elevando a pressão arterial. Iniciado em casos de transporte ou atendimento extra hospitalar para fraturas pélvicas com hemorragia contínua e hipotensão e em traumas abdominais com grave hipovolemia em pacientes que estão sendo removidos. Está contra indicado seu uso no edema pulmonar, ruptura diafragmática conhecida (impulsiona órgãos da cavidade abdominal para dentro da cavidade torácica) e em hemorragias fora da área de ação do dispositivo como lesão de tórax, extremidades superiores, couro cabeludo, face e pescoço. Deve ser usado com conhecimento

CHS - JOÃO PAULO II

de seus efeitos deletérios no quadro clínico do choque assim como sua desinsuflação também requer manejo sequencial e protocolar.

Problemas no Diagnóstico e Tratamento do Choque
Equiparação da pressão arterial ao débito cardíaco
Não assume que é obrigatoriamente uma elevação de pressão arterial corresponde a um aumento concomitante do débito cardíaco. Assim, um aumento da resistência periférica sem aumento do débito cardíaco por uso de drogas, aumenta a pressão arterial mais não, necessariamente, melhora a perfusão e a oxigenação tecidual.
Idade
Os idosos toleram mal à hipotensão, pois pode evoluir para complicações sérias como o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral.

Atletas
Os atletas podem aumentar seu volume sanguíneo em 15 a 20%, elevar o débito cardíaco em até seis (6) vezes, aumentar o volume da injeção sistólica em até 50% e baixar a frequência cardíaca a 50 bpm. Por isso tudo, eles suportam perdas sanguíneas maiores sem grandes alterações hemodinâmicas.

Medicamentos
Medicamentos como os bloqueadores beta-adrenérgicos e os de cálcio podem alterar a resposta hemodinâmica do paciente frente a hemorragia.

Hipotermia
Já comentado, porém deve ser enfatizado. Processo que junto com a hemorragia torna difícil a reanimação com a infusão líquida e pode caminhar para coagulopatia. Levando-se em conta isso, a temperatura é um bom indicador da eficácia da reanimação. Esofágica, vesical, timpânico ou ainda a retal podem ser usadas. Em alguns casos, dependendo da evolução da reanimação deve-se "lançar mão" das infusões aquecidas tanto em tórax como em abdômen não comprometidos. Utilizar todos os dispositivos de aquecimento ambiental.

Marca-passo
Fica evidente que pacientes em uso de marca-passo, cuja frequência cardíaca é determinada pelo dispositivo, alguns sinais precoces de choque hipovolêmico ficam comprometidos.

Reavaliação da Prevenção de complicações
A hemorragia oculta ou não diagnosticada é a principal causa da resposta inadequada a reposição volêmica. O controle da PVC durante a reanimação tem seu valor relativo estabelecido. Para tanto, o acesso venoso central deve ser providenciado (se já não o foi durante a busca de acesso vascular por dissecção, com introdução de cateter longo). De melhor utilidade é a medida de PVC, inicialmente baixa, que progressivamente se eleva, a medida da progressão

CHS - JOÃO PAULO II

da reanimação. Valores altos porém significa problemas com o cateter, com o funcionamento cardíaco, com acesso de volume, além de inúmeros outros. Buscar outras causas sempre que a reanimação não ofereceu o resultado planejado no início da infusão de líquidos.

Observação
É recomendável que todos os participantes de equipes médicas envolvidas em atendimento de traumatizados obtenham o título de ATLS.

Choque Séptico
Sepse significa uma resposta sistêmica desencadeada por uma infecção evidente. Esta resposta sistêmica é denominada de síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS), a qual pode ser desencadeada não só por infecção, mas por outros processos que levem ao estímulo da cascata inflamatória, como um paciente queimado, pancreatite e até mesmo neoplasia, e algumas doenças neurológicas. Quando nos referimos a infecção, estamos referindo que existe a presença de organismos no local previamente estéreo. A SRIS é manifestada como temperatura axilar > 38ºC ou <36ºC, frequência cardíaca > 90 batimentos por minuto, frequência respiratória > 20 batimentos por minuto ou por pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO2) < 32mmHg (< 4.3 kPa), contagem de leucócitos no sangue > 12.000 células/mm3 ou < 4.000 células/mm3, ou > 10% de formas imaturas, também denominadas de bastões. A síndrome séptica diz respeito a sepse associada com a evidência de alteração da perfusão orgânica e um dos seguintes estado: hipoxemia, níveis elevados de lactato, ou alteração do nível de consciência.

Já a sepse severa representa a sepse associada com disfunção orgânica, hipoperfusão ou hipotensão. O choque séptico apresenta a sepse com hipotensão mesmo depois de adequada reanimação volêmica. A última definição é a de choque séptico refratário, sendo aquele que persiste por mais de uma hora sem resposta a reposição volêmica e intervenção com drogas vasoativas. A incidência anual e o número de óbitos relacionados a septicemia vem aumentando progressivamente, embora a mortalidade relacionada à doença esteja diminuindo. A incidência nos Estados Unidos da América (EUA) têm se aproximado de 240.4 casos por 100.000 habitantes. A mortalidade provocada pela septicemia severa gira em torno de 28%, variando conforme o estudo; é preciso determinar qual a gravidade de sepse para podermos predizer a mortalidade, a qual Segue uma hierarquia muito bem definida de SRIS, sepse, sepse severa e choque séptico, cujos níveis de mortalidade são representados por 7%, 16%, 25% e 46%, respectivamente. O atendimento do paciente em choque séptico deve seguir uma ordem de raciocínio e alguns conceitos básicos, principalmente nas primeiras horas da identificação. Os critérios e os diagnósticos e o estudo do choque devem estar bem definidos.

Ressuscitação Inicial
Deve iniciar assim que o diagnóstico de sepse com hipoperfusão seja feito, antes mesmo do doente ser encaminhado para a UTI, nas primeiras 6 horas. O volume necessário para a realização vai depender da capacidade de atingir algumas metas, independendo do tipo de fluido, cristalóide ou colóide. A vantagem do colóide parece ser basear na menor necessidade de volume para se atingir os parâmetros de ressuscitação adequada devido a menor distribuição

em relação ao cristalóide, o qual tende a produzir mais edema. O objetivo desta é reanimação é manter uma pressão venosa central (PVC) entre 8 a 12mmHg, uma pressão arterial média (PAM) maior que 65mmHg, um débito urinário maior que 0,5ml/kg/h e uma saturação venosa central (SVC) acima de 70%. Atingir estes objetivos em menos de 6 horas significa uma redução na mortalidade em mais de 50%. Pacientes submetidos à ventilação mecânica devem ter níveis de PVC entre 12 a 15, devido aumento da pressão intratorácica. Se não houver sucesso inicial em manter uma SVC acima de 70% com a reposição volêmica, pode se realizar hemotransfusão, a fim de manter um hematócrito acima de 30% ou a utilização de dobutamina em doses crescentes, sempre mantendo uma PAM 65mmHg.

Diagnóstico

Em todo paciente séptico devem ser colhidas culturas antes da terapêutica antimicrobiana. Em geral, códice 2 hemoculturas, sendo pelo menos uma delas percutânea e outra podendo ser de acesso vascular já instalado. Outras culturas deverão ser obtidas conforme a indicação do quadro do paciente, como cultura de urina, líquor, ferida, secreção brônquica outras. A vantagem da coleta de hemocultura pelo acesso vascular é que se esta cultura apresentar crescimento em tempo maior que 2 horas antes da hemocultura coletada percutânea, indica que o acesso vascular pode ser a fonte da septicemia. Além da pesquisa microbiana, deve se realizar estudos de imagem, como o Raio X de tórax ultrassonografia de abdômen, para auxílio no foco de septicemia quando a dúvida diagnóstica. Apesar da importância de exames de imagem no diagnóstico, deve-se levar em consideração o risco de transporte dos pacientes para os locais de exame, considerando a utilização de exames à beira do leito como de eleição em pacientes graves.

Terapia Antimicrobiana

O tratamento com antibióticos não podem ultrapassar 1 hora após o reconhecimento de sepse severa, muitas vezes iniciado junto com a ressuscitação volêmica. Quanto maior a demora na utilização de antibióticos, maior a mortalidade. Devido a esse motivo, os serviços de emergência e UTI devem ter a sua disposição os antimicrobianos de amplo aspecto, mas utilizados para se iniciar a primeira dose. A escolha antimicrobiana dependerá de muitos fatores, como a doença de base, doenças associadas, histórico de uso de antimicrobianos, infecção nosocomial ou comunitária, critérios esses que vão além do espaço neste capítulo. Mesmo com a terapia correta, nunca esquecer que infecções que necessitam de outro tratamento além do antibiótico, como a drenagem de abscessos (abdominais, torácicos, articulares, colangite, pielonefrite), desbridamento de tecidos necróticos, retirada de dispositivos como prótese, cateter, sondas ou tubos.

Vasopressores

Quando a terapia com volume falha em atingir os parâmetros mínimos mesmo com hidratação vigorosa ou quando o volume infundido está proporcionando sobrecarga sem alguma vantagem, deve-se iniciar drogas vasoativas, preferencialmente através de um acesso venoso central. Essas drogas são necessárias não só para manter uma PAM adequada, mas sim uma perfusão tecidual suficiente para os órgãos mais importantes. As duas drogas mais utilizadas no choque séptico

CHS - JOÃO PAULO II

são a noradrenalina e a dopamina. Essas duas catecolaminas apresentam diversas vantagens sobre a adrenalina ou fenilefrina (discutidas a seguir). A noradrenalina é a catecolamina mais potente e a mais efetiva em reverter quadro de choque séptico, além de menos efeitos adversos que a dopamina. Em pacientes com baixo débito cardíaco apesar da reposição adequada de fluidos, dobutamina pode ser usada para aumentar o débito cardíaco, sendo droga de primeira escolha nestes casos, uma vez que a pressão de enchimento ventricular esteja normal e a PAM normal ou elevada.

Corticóide

Recomenda-se em pacientes com choque séptico já com terapia vasopressora O uso de hidrocortisona 200 a 300mg ao dia devido à redução da mortalidade. Esse fato Foi verificado pela existência de insuficiência adrenal relativa em alguns pacientes com choque séptico. A insuficiência relativa da adrenal pode ser identificada pelo teste de estimulação com ACTH, o qual define os pacientes com choque que respondem ao uso de corticoide. Como o exame não é disponível facilmente e o resultado pode demorar, É sensato utilizar corticóide em todo paciente com choque séptico em terapia vasopressora. A duração da terapia com corticoide não está definida, podendo ser utilizada por 1 semana ou até recuperação do estado de choque e sem o uso de drogas vasoativas. Considerando que o choque da insuficiência adrenal apresenta componente mineralocorticóide mais importante, pode-se utilizar a fludrocortisona, que apresenta a vantagem de não interferir com a imunidade. Na ausência de choque, uso de corticoide pode ser maléfico.

Proteína C Ativada Humana Recombinante

Uma das vias inflamatórias da sepse severa refere-se a ativação endotelial e agentes procoagulantes, predominando no início dos quatro séptico. A utilização de agentes anticoagulantes sempre foi estudado com o intuito de diminuir a mortalidade e evolução para CIVD. Dentre as medicações, uma delas, a proteína C ativada vem sendo largamente estudada após demonstração de aumentar a sobrevida em pacientes com sepse severa na presença de disfunção orgânica. Conhecida como drotrecogina alfa ou Xigris® é recomendada em paciente com risco de maior mortalidade, definidos pelo APACHE II com escore igual ou maior que 25 (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), disfunção múltipla de órgãos e sistemas induzida pela sepse, choque séptico ou SARA (Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto) introduzida pela sepse e sem contra-indicações absolutas a medicação. Estudos do Xigris ® na sepse sem disfunção de órgão não aumentou a sobrevida.

Hemoderivados

Não existe um nível de hemoglobina considerado ótimo. O ideal é a quantidade de hemoglobina que possa carrear oxigênio suficiente para os tecidos, a fim de manter uma oferta tecidual de oxigênio adequada. Em estudos controlados, níveis entre 7 e 9g/dL são bem tolerados em pacientes com sepse. É óbvio que um nível de 12g/dL é melhor que 9g/dL. Estudos comparando mortalidade entre a manutenção de níveis de hemoglobina mais baixos evitando-se transfusão de concentrado de hemácias contra níveis de hemoglobina > 10g/dL permitindo-se a transfusão a critério do intensivista não demonstrou diferença na mortalidade. Apesar do aumento da

CHS - JOÃO PAULO II

hemoglobina produzir um aumento da oferta de oxigênio, parece não haver melhora no consumo do oxigênio. O uso de eritromicina como agente estimulador na produção/ manutenção hemática não se justifica na sepse por não apresentar alteração na mortalidade. O uso de plasma fresco só é se justifica para correção de anormalidades na coagulação na vigência de sangramento ou para procedimentos cirúrgicos. Concentrados de plaquetas estão indicados quando a contagem de plaquetas menor de 5.000mm3 Independente de sangramento, entre 5.000 e 30.000mm3 na vigência de sangramento, acima de 50.000mm3 quando o paciente for submetido a cirurgia.

Controle Glicêmico

Em pacientes com sepse severa o ideal é manter a glicemia menor que 150mg/dL. Trabalhos recentes têm demonstrado que o ideal seria manter a glicemia entre 80 e 110mg/dL. Para atingir esta meta é necessário realizar inicialmente de cada 30 a 60 minutos e 3 a 4 horas quando o doente está mais estável. Associado ao controle rígido de glicemia, utilizar insulina em infusão contínua. Com esse tipo de abordagem a hipoglicemia é frequente, porém, obtêm-se diminuição da mortalidade. Aliado ao controle estrito com insulina em infusão contínua, dar preferência a nutrição enteral contínua, o que permite o ajuste de insulina e controle glicêmico mais fácil.

Ventilação Mecânica na SARA

Em pacientes com SARA associada a sepse deve-se evitar altos volumes correntes e pressões de platô altas, tentando utilizar volumes de 6ml/kg de peso ideal como alvo, assim como eliminar a pressão de platô para máximo de 30 cm H2O. Essa estratégia de ventilação pode se associar com a hipercapnia, a qual teoricamente tende a promover piora do choque por vasodilatação e queda do pH tecidual. Porém, estudos têm demonstrado que os pacientes toleram bem a hipercapnia até um certo nível, denominada então de hipercapnia permissiva. O uso de altos valores de PEEP (Pressão Positiva Expiratória Final) nem ao auxilia na oxigenação para redução dos níveis de FiO2, evitando lesão pulmonar secundária radicais livres. Apesar disso, trabalhos recentes têm demonstrado não haver benefícios em altos níveis de PEEP em relação ao nível mais baixo, desde que se mantenha um nível FiO2, suficiente para atingir uma saturação de oxigênio entre 88 e 92%. Além dos parâmetros do ventilador, pode-se utilizar manobras de recrutamento alveolar como pronação do paciente, aumento progressivo de PEEP e outros, conforme protocolo de cada serviço. As manobras de recrutamento promovem melhora da saturação de oxigênio sem alterar mortalidade.

Sedação Analgesia

Devem ser utilizados protocolos de sedação com reavaliações diárias dentro de uma escala de sedação, fazendo a retirada da sedação para evitar o nível de ocorrência e ajustar a nova dose de sedação, seja em infusão contínua ou intermitente. Essa estratégia diminui o tempo de ventilação mecânica, assim como o tempo de internamento e taxas de traqueostomia. Evita-se o uso de bloqueadores neuromusculares pelo risco de manutenção do bloqueio em pacientes com sepse, mesmo após descontinuação prolongada.

Terapia de Substituição Renal

CHS - JOÃO PAULO II

Em pacientes sem instabilidade hemodinâmica, o uso de hemodiálise contínua ou intermitente não apresenta diferença. Já nos pacientes instáveis, a hemofiltração contínua apresenta-se como de mais fácil manejo. Ainda não existe evidências ou benefícios na utilização de hemodiálise continua em choque séptico que não haja como terapia de substituição renal.

Uso de Bicarbonato

Não existem vantagens na utilização de bicarbonato em pacientes com choque séptico e pH ≥ 7,15. O mesmo não promove redução da mortalidade e melhorias no sistema cardiovascular quando comparado com de sódio na proporção de milequivalência. Indicação para melhora de ventilação durante a hipercapnia permissiva e promove redução da carga de drogas vasoativas em pacientes com choque séptico com uso de vasopressores e pH de 7,2. Não promove piora na acidose intracelular como a maioria dos trabalhos antigos especulavam, porém ainda não apresenta definido 7 cm septicemia, sendo seu uso baseado na experiência de cada serviço e profissional até que trabalhos de melhor evidência e com maior número de pacientes sejam realizados.

Profilaxia da Trombose Venosa Profunda

Uso de baixas doses de heparina não fracionada ou de baixo peso molecular é indicado nos pacientes com sepse severa. Quando contraindicados, devem ser substituídos por dispositivos profiláticos mecânicos.

Profilaxia de Úlceras de Estresse

Deve ser realizada em todos os pacientes com e sepse severa. Os antagonistas de receptor H2 são mais eficazes que o sucralfato. O uso de inibidores de bomba de prótons não se justifica pela ausência de trabalhos comparativos com os antagonistas de receptor H2.

Choque Pirogênico

É um quadro clínico apresentado por alguns pacientes submetidos a infusões, principalmente via endovenosa, mais comum de ocorrer com medicamentos, sangue, plasma, troca de soro, troca de equipo.

Então, nestas condições, sempre que um doente começar a apresentar:

- calafrios (arrepios de frio);
- tremores (abalos musculares);
- febre de início súbito (que pode não aparecer);
- queda de pressão arterial ou choque.

PROTOCOLO

- Retirar todos equipos, frascos, etc. que estiverem conectados ao doente, substituindo por outros, inclusive os de PVC e PAM.
- Avisar o médico.

Em casos de infusão endovenosa, proceder como protocolo para hemoderivados e SPGV.

Observações

- Alguns pacientes com febre podem ter convulsões.

- A reação com o sangue deve se tipos diferentes (reação hemolítica).
- Às vezes, os causadores do choque pirogênico não são os medicamentos e sim as substâncias que compõem os plásticos dos equipos, frascos, etc.

Choque Anafilático

Reações alérgicas com prurido intenso, vermelhidão no corpo, edemas (inchaços) ou problema respiratórios, muitas vezes acompanhados de choque (queda de pressão arterial), são geralmente muito graves e necessitam de atendimento médico imediato. É o quadro de anafilaxia que, quando acompanhado de choque, recebe o nome de choque anafilático. Apresenta risco de morte e normalmente é medicado como abaixo:

- Epinefrina (adrenalina), via subcutânea, na concentração de um: 1:1.000:
  - adultos: 0,2 a 0,5ml;
  - crianças: 0,1 a 0,3ml.
- Se o doente apresentar uma queda de pressão arterial, a epinefrina (adrenalina) é utilizada por via intravenosa na concentração mais diluída: 1: 10.000:
  - adultos: 0,3 a 0,5ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 15 minutos.
  - crianças: 0,1 a 0,2ml, em aplicação lenta, durante 5 minutos, repetindo a dose, se houver necessidade, a cada 30 minutos.

Além disso, medidas específicas de (ventilação, intubação, traqueostomia) podem ser necessárias para garantir a vida do doente.

Drogas Vasoativas

Noções básicas

O funcionamento celular depende de oferta de oxigênio e de nutrientes. A oferta de oxigênio depende do débito cardíaco, pressão de perfusão tissular, fluxo tissular e conteúdo arterial de oxigênio. Na situação de estresse ocorre Centralização da Circulação, isto é, prioriza-se a oferta de nutrientes e oxigênio para o pulmão, cérebro e coronárias. O débito cardíaco (DC) é o volume de sangue impulsionado pelo coração por minuto. Ele depende diretamente da frequência cardíaca (FC) e do volume sistêmico (VS), sendo esse último o volume de sangue que é impulsionado pelo coração a cada contração (DC = FC x VS). O Volume Sistêmico depende da pré-carga (pressão e volume de enchimento), pós-carga (resistência ao esvaziamento) e contratilidade (capacidade contrátil). Desta forma, podemos concluir que vários fatores influenciam no débito cardíaco e, consequentemente, na oferta de oxigênio e nutrientes aos tecidos. A distribuição de oxigênio para os tecidos, assim como o consumo, pode ser calculada indiretamente (Tabela 3). Por intermédio da aferição de parâmetros gasometria cus colhidos de sangue arterial e venoso, e medindo-se o débito cardíaco por meio de técnicas mais invasivas com a utilização de cateter central tipo Swan-Ganz, conforme técnica, obtemos dados para o cálculo correto de oferta e consumo de oxigênio. A finalidade primordial e manter um equilíbrio entre o que é ofertado e o que é consumido, evitando desta forma, a disfunção de múltiplos órgãos e sistemas.

CHS - JOÃO PAULO II

Cálculos de oferta e consumo de oxigênio
Oferta de O2 = DC x CaO2 x 10 donde CaO2 = Hb x 1,39 x SaO2 + PO2 x 0,0031
Consumo de O2 = DC x D (a-y)O2 x 10; D(a-y)O2 = CaO2 – CvO2; CvO2 = Hb x 1,39 x SvO2 + PvO2 x 0,0031

Tabela 3.24

Drogas vasoativas e os receptores adrenérgicos

Aplica-se o termo adrenérgico a um neurônio pré simpático que libera noradrenalina como transmissor, e chama-se de receptor adrenérgico os receptores de adrenalina e noradrenalina (divididos em α1, α2, β1 e β2). As principais drogas vasoativas são: Noradrenalina, Adrenalina, Dopamina, Dobutamina, Dopexamina, isoproterenol, Nitroprussiato de Sódio, Nitroglicerina, Amrinone, Milrinone.

Receptores alfa 1 adrenérgicos

Apresentam a função de constrição arteriolar (pele, rins e órgãos abdominais), aumenta pressão arterial, perfusão cerebral e coronária.

Receptores alfa 2 adrenérgicos

São receptores pré-sinápticos que quando estimulados promovem feed-back negativo de (noradrenalina) NOR nas terminações nervosas levando a vasodilatação.

Receptores beta 1 adrenérgicos

São responsáveis basicamente por aumentarem a contratilidade cardíaca.

Receptores beta 2 adrenérgicos

Promovem dilatação arteriolar, principalmente em nível muscular, além de broncodilatação e acentuar os efeitos cronotrópicos promovidos pelos receptores beta 1.

Receptores do para um (dopaminérgicos)

Fornecem vasodilatação arteriolar e inibe aldosterona e ADH (hormônio antidiurético).

Receptores dopa 2

Estão relacionados à alterações hormonais.

As drogas vasoativas são drogas que tem sua ação fisiológica induzida, mensurável e podem ser divididas em:

- Catecolaminas - Naturais - Noradrenalina, Adrenalina e Dopamina;
- Sintéticas - Isoprenalina, Dobutamina e Fenilefrina;
- Vasodilatadoras - Nitroprussiato de sódio, Nitratos, Nifedipina, Inibidoras da ECA;
- Não-digitalicas - Dopexamina, Amrione e Milrinone.

Noradrenalina (NOR)

A NOR aumenta o VS, diminuindo taquicardia reflexa por meio de efeito vagal reflexo, diminuir FC. Aumenta a pressão (PA) sistólica, diastólica e média. Promove vasoconstrição renal, cutânea e esplâncnica, sendo que o fluxo renal é mantido, exceto quando usada em altas doses por tempo prolongado. A minha vida é de 2 a 3 minutos e que permite justar a dose a cada 10 minutos. A NOR é pouco menos potente em receptor alfa que a adrenalina, tem pouco efeito beta 2 e é equivalente a adrenalina na ação beta 1. (Tabela seguinte).

Indicação:

CHS - JOÃO PAULO II

choque séptico (1ª escolha);
outros choques como droga de resgate.

Dose: 0,05µg/kgmin 2µg/kg/min
1 ampola + 4mg ∴ 5 ampolas = 20mg ∴ 20mg (5 ampolas) em 500ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40µg/ml
Exemplo: Paciente de 60kg 4,5ml/h até 180ml/h

Adrenalina (ADR)
Em dose < 0,2µg/kg/min tem efeito beta 1 e beta 2, diminuindo a pressão diastólica.
Em dose < 0,2µg/kg/min tem efeito alfa 1 mais importante, aumentando a pressão diastólica, DC e FC. O trabalho cardíaco é aumentado, mas a eficiência é ruim (relação trabalho e consumo de oxigênio pelo miocárdio). Provoca broncodilatação e vasoconstrição renal. Apresenta efeitos hormonais mas pronunciados que a NOR; além de hiperglicemia, aumenta a renina, a lipólise e diminui potássio. Aldosterona e aminoácidos. Apresenta meia-vida de 2 a 3 min, o que permite ajustar a dose a cada 10 minutos. Tem as mesmas indicações que a NOR.
Indicação:
choque séptico (3ªEscolha);
outros choques como droga de Resgate.
Dose:
0,05µg/kg/mina 2µg/kg/min ∴ 1 ampola = 1mg ∴ 20 ampolas = 20mg ∴ 20mg (20 ampolas) em 500ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40µg/ml
Exemplo: Paciente de 60kg - 4,5ml/h até 180ml/h.

Comparação entre ADR e NOR					
Efeito	Adrenalina	Noradrenalina	Efeito	Adrenalina	Noradrenalina
FC	+	-	Fluxo Cerebral	+	0
VS	++	++	Fluxo Muscular	+++	-
DC	+++	0	Fluxo Cutâneo	--	--
Fluxo Coronário	++	++	Fluxo Renal	-	-
PAS	+++	+++	Fluxo Esplâncnico	+++	0
PAM	+	++	Consumo de O2	++	0
PAD	-	++	Glicemia	+++	0
PAP	++	++	Ácido Lático	+++	0
RVS	-	++			

Tabela 4.24

Dopamina (DOPA)
Seus efeitos são complexos e dose dependente. Tem efeitos dopaminérgicos (dopo 1), beta 1 e 2, alfa 1.
Os efeitos do para um (1-3 µg/kg/min) elevam a vasodilatação renal e esplâncnica, levando ao aumento da diurese, não só pelo aumento da vasodilatação, mas também pela natriurese, devido a inibição de ADH aldosterona.

CHS - JOÃO PAULO II

Os efeitos beta (3-10 µg/kg/min) aumentam a pressão arterial de forma importante, semelhante a noradrenalina. Estas doses (não-rígidas), dependem de outros fatores e devem ser ajustados conforme a avaliação clínica e hemodinâmica do paciente, e a dose ajustada conforme a resposta desejada.
A meia-vida de 2 a 3 minutos, permite o ajuste a cada 10 minutos. Apesar de aumentar a diurese, não há "proteção" renal e nem mesmo reversão da insuficiência renal aguda, mas continua se indicando em casos de choque com insuficiência renal, pelo efeito farmacológico de no trio e aumento da taxa de filtração glomerular, o que poderia tornar uma insuficiência renal oligúrica hein não-oligúrica. Considerando suas ações e a disponibilidade de Noradrenalina e Dobutamina, a Dopamina não teria lugar em UTI, a não ser como droga de Resgate em choque refratário. Tem as mesmas indicações que a Noradrenalina e Dobutamina.
Indicação:

choque séptico (2ª escolha);
outros choques com drogas de resgate:
choque cardiogênico (2ª escolha).

Dose:
1µg/kg/min a 3µg/kg/min dose dopa 1
3µg/kg/min a 10µg/kg/min dose beta 1 e 2 (manor)
> 10µg/kg/min dose alfa 1
1 ampola = 50mg ∴ 10 ampolas = 500mg ∴ 500mg (10 ampolas) em 500ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 1.000µg/mL

Exemplo:

Paciente de 60kg - 3,5ml/h até 11ml/h dose dopa
Paciente de 60kg - 11ml/h até 36ml/h dose beta
Paciente de 60kg - 36ml/h dose alfa

Isoprenalina
Apresenta efeitos beta 1 e 2 puros, aumentando DCe VS. Aumenta FC e PAS (Pressão Arterial Sistólica) como diminuição da PAD (Pressão Arterial Diastólica). Potente vasodilatador pulmonar e broncodilatador, por isso parar ou diminuir infusão quando sinais e sintomas colaterais (FC e PA).
Indicação:

choque com baixo débito e RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada (mesmo da Dobutamina), hipertensão pulmonar ou broncoconstrição que justifique o sal uso (diminui perfuração coronária devido a queda de PAD);
casos de bradicardia ou torsades de pointes aguardando marcapasso.

Dose: 0,05µg/kg/mina a 2µg/kg/min
1 ampola = 1mg ∴ 10 ampolas = 10mg ∴ 10mg (10 ampolas) em 250ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 40µg/ml
Exemplo:

Paciente de 60kg - 4,5ml/h até 180ml/h.

CHS - JOÃO PAULO II

Dobutamina

Droga com efeito quase beta 1 exclusivos, se não fosse pelo discreto beta 2, o qual pode piorar uma hipotensão existente, principalmente em casos de choque hipovolêmico e séptico (vasodilatação). No choque séptico ainda piora o efeito de "shunt" periférico (piora o consumo de O2 - VO2), isto é, mantém uma relação boa de DO2 / NO2, mas, na realidade, a pressão de fluxo capilar é baixa dado não-aferido).

Aumenta DC e VS, sem alterar FC.

Indicação:

choque com RVS aumentada, como no choque cardiogênico;

droga de Resgate em pacientes euvolêmicos.

Dose:

inicial - 1µg/kg/min a 2µg/kg/min;

manutenção - 1µg/kg/min a 10µg/kg/min;

diluição - 250mg (1 ampola) em 250ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 1.000µg/mL.

Exemplo: Paciente de 60kg - 3,5ml/h até 36ml/h.

Fenilefrina

Droga alfa agonista adrenérgica que age aumentando a atividade pressora com baixo estímulo da FC e de arritmias.

Dopexamina

Catecolamina sintética com atividades B2 e B1 muito fraca, além de atividade de dopa 1 fraca. Com esse perfil farmacológico, apresenta capacidade de aumento do DC por redução do pós-carga e aumento do fluxo renal.

A meia-vida é menor que as catecolaminas naturais, permitindo o ajuste de dose em curtos espaços de tempo (1 minuto).

Indicação:

choque com RVS (Resistência Vascular Sistêmica) aumentada, com o choque cardiogênico.

Doses: 0,5µg/kg/min a 6µg/kg/min.

1 ampola = 50mg ∴ 10 ampolas = 500mg ∴ Diluição 10 ampolas em 500ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9%.

Nitroprussiato de sódio

Existem muitas etiologias para o (falência circulatória), porém se baseia em apenas 3 mecanismos: a diminuição do volume circulante, diminuição do débito cardíaco e diminuição da resistência vascular periférica. Um estado de baixo débito com resistência aumentada ocorre no choque cardiogênico, pode ocorrer em cirurgia cardíaca e infarto agudo de miocárdio apesar de toda terapêutica pressora. Apesar da pré-carga se o fator mais importante para o DC, em

CHS - JOÃO PAULO II

casos de insuficiência cardíaca, DC fica muito dependente da resistência ao esvaziamento cardíaco. O estado de baixo fluxo estimula receptores alfa, aumentando a resistência vascular periférica, sendo o uso de vasodilatadores indicados nesses casos para diminuir a pressão de enchimento esquerdo e a congestão pulmonar. A diminuição da Resistência vascular periférica diminui o trabalho cardíaco mais do que a PA diastólica, melhorando a perfusão miocárdica. Apresenta efeito veno e arteriodilatador devido ao aumento de óxido nítrico com relaxamento da musculatura lisa. Os efeitos são em circulação pulmonar e sistêmica. Meia vida de um minuto (ajustes cada 3 a 5 minutos). Usar por até 72 horas devido risco de intoxicação por cianetos (tiocianato) e troca de solução a cada 12 horas com equipo protetor de luz.

Indicação:

- emergências hipertensivas;
- choques com resistência vascular periférica aumentada ou com pressão de enchimento ventricular elevada (hipervolemia e congestão pulmonar);
- aneurisma dissecante de Ao.

Dose: 1µg/kg/min até 5µg/kg/min e titulada conforme necessário.

50ml (1 ampola) em 250ml Soro Glicosado 5% ou Soro Fisiológico 0,9% = 200 µg/ml

Exemplo: Paciente de 60kg - 18ml/h até 90ml/h.

Relação entre as catecolaminas e os receptores adrenérgicos				
Catecolamina	Receptor			
	alfa 1	beta 1	beta 2	dopa
Noradrenalina	+++	+++	+	-
Adrenalina	-/+++	+++	+++	-
Dopamina	-/+++	++/+++	++	+++
Dobutamina	-/+	+++	+	-
Isoprenelina	-	+++	+++	-

(+) grau relativo de estimulação; (-) ausência de estimulação

Tabela 5.24

Nitratus

São vasodilatadores preferencialmente venosos (agem também nas artérias). Diminuem o tônus venoso reduzindo a pré-carga e o diâmetro ventricular, diminuindo a tensão da parede ventricular e finalmente redução do pós-carga. Útil na Insuficiência Cardíaca aguda sem hipotensão, com pressão capilar pulmonar elevada e sinais clínicos de congestão pulmonar. Seu tempo de ação é curto. SL ou EV.

CHS - JOÃO PAULO II

Nifedipina
Atua bloqueando os canais de cálcio, inibindo a contração da musculatura Lisa dos vasos (vasodilatação).
Aumentam o transporte de O2 miocárdico por sua atividade vasodilatadora coronariana. Indicado na Insuficiência Coronariana (ICO) com discreta disfunção ventricular, bradicardia sinusal, doença do nó sinusal e bloqueio Átrio-Ventricular.
Tem vida média de cerca de 6 horas.
V.O. e S.L.

Inibidoras da ECA
São potentes hipotensores que agem no ciclo renina (rim), angiotensinogênio, angiotensina I (ECA) e angiotensina II.
Apresentação oral e endovenosa.

Amrinone/Milrinone
Aumenta o DC devido à diminuição da RVS, com pouca interferência na FC. É inibidor de fosfodiesterase que apresenta efeitos inotrópicos além de vasodilatador.
Doses: 5 a 10µg/kg/min com bolo EV de 0,75µg/kg/min de peso.
Diluição 2 ampolas (200µg) em 250ml de Soro Fisiológico (800µg).

PARADA CARDÍACA

Introdução

Morte Cardíaca súbita e definida como uma parada cardíaca inesperada (que biológica), ocorrendo dentro de uma hora após o início dos sintomas. A morte biológica é definida como a parte Irreversível da capacidade de respirar e sustentar os batimentos cardíacos. A parada cardíaca (PC) pode se apresentar de uma forma súbita ou progressiva, por meio de falência múltipla dos órgãos e sistemas. Abordaremos aqui apenas a PC intra-hospitalar.
Em aproximadamente um 1/3 dos casos, a arritmia encontrada é a fibrilação ventricular; o restante corresponde a assistolia e atividade elétrica sem pulso. Essa predominância de dois/3 é justificada pela gravidade das doenças que levam a PC. Em 80% das PC a doença aterosclerótica coronariana e a causa, sendo 10% de cardiomiopatia E o restante por outras causas.

Manejo
O manejo nestes pacientes devem seguir uma sequência para que atinja uma maior chance de sobrevida, seguindo Protocolos de atendimento básico e avançado, sendo os mais difundidos o BLS (Basic Life Support) e o ACLS (Advanced Life Support). Em geral, o ACLS segue-se do BLS, porém se o paciente encontra-se já entubado e monitorizado quando ocorre a PC, podemos pular alguns passos e proceder às medidas avançadas.

CHS - JOÃO PAULO II

BLS

Deve-se, em uma suspeita de PC, conferir se o paciente realmente se encontra inconsciente. Caso monitorizado, verificar a posição dos transdutores e eletrodos do monitor cardíaco para não promover uma iatrogenia. Se já em ventilação mecânica, verificar se está sendo eficaz ou há problemas com respirador ou até mesmo a existência de pneumotórax que exija outra abordagem. Após verificar a real existência de uma PC, chama por ajuda e solicita o desfibrilador, caso contrário não será possível realizar a reanimação de forma eficaz. Verifique vias aéreas, se o paciente está ventilando, assim como se não existe algum corpo estranho (boca). Caso negativo, proceder a ventilação com máscara e AMBU até a chegada do desfibrilador. Assim que obtivermos ventilação adequada, inicie a massagem cardíaca externa alternando com a ventilação em uma relação 5:1 (5 massagens cardíacas para uma ventilação), com frequência cardíaca entre 80 e 100 bpm (batimentos por minuto). Chegando o desfibrilador, Verifique o ritmo e siga os protocolos conforme o ritmo identificado. Antes mesmo de iniciar o ACLS, se for encontrado o ritmo de fibrilação ventricular (FV) ou taquicardia ventricular sem pulso (TV), deve-se proceder ao choque com o desfibrilador com a carga inicial de 200 J. Verifique o pulso e ritmo, se a sucesso, proceder a dadgos Passos conforme o ritmo obtido e manter dados vitais estáveis. Caso não haja sucesso, no CD o novo choque com 300 J e se continuar em FV ou TV, com carga de 360 J.

ACLS

Caso os eventos do BLS não tenha sucesso, deve-se proceder ao ACLS. O primeiro passo é a intubação endotraqueal (via aérea definitiva), verificar sua posição correta e iniciar ventilação com AMBU, não necessitando mais sincronismo com a massagem cardíaca, mantendo uma frequência respiratória entre 12 e 14 vezes por minuto. Busca-se um acesso venoso e realiza-se a infusão de 40U de vasopressina ou 1mg de adrenalina.

Se não houver sucesso no acesso venoso, aplica-se a droga pelo tubo traqueal e aplica-se 2,5 vezes a dose indicada. Após isso, devemos prosseguir a identificação do ritmo e tratar a arritmia conforme os protocolos. Deve ser observado que essa sequência serve para lembrar os eventos que devem ser realizados no paciente em PC, porém, a ordem pode ser alterada conforme a situação encontrada. Esta ordem torna o procedimento de reanimação mais efetivo na maioria das vezes. Durante a infusão das drogas e o tratamento das arritmias, devemos buscar causas alternativas para a PC. Quando não encontramos turgência (ingurgitamento) jugular, Devemos pensar em hipovolemia, hipóxia, hipercalemia, acidose, hipotermia e intoxicação exógena. Nos casos em que a turgência jugular, pensar em tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar e trombose coronariana. Cada uma destas causas apresenta tratamento específico que devem ser tentados caso a reanimação não tenha sucesso após todas as manobras.

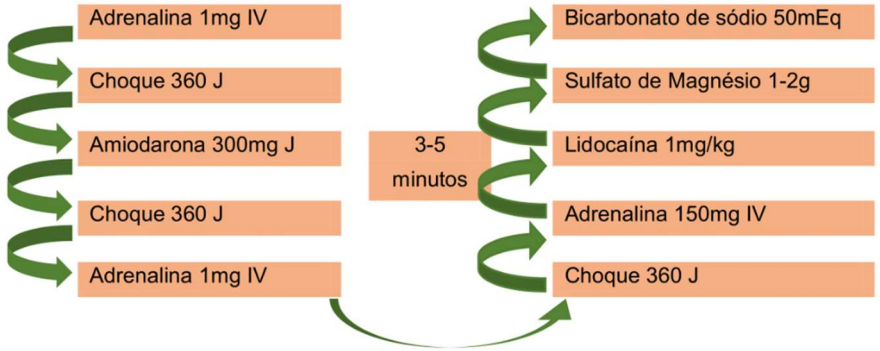
CHS - JOÃO PAULO II

Procedimentos sequenciais	
1 - Testar responsividade do paciente	
2 - Chamar por ajuda	
3 - Proceder a ABCD	A - Intubação Orotraqueal
A - Abrir Vias Aéreas	B - Realizar Ventilação
B - Realizar Ventilação	C - Acesso Venoso e Drogas Intravenosa
C - Massagem Cardíaca	D - Diagnósticos Diferenciais
D - Desfibrilação	

Basic Life Support - Sequência BLS
Tabela 6,24

Advanced Life Support - Sequência ACLS
Tabela 7.24

Tratamento da FV/TV



FV=Fibrilação Ventricular; TV = Taquicardia ventricular
Tabela 8

Tratamento da Assistolia

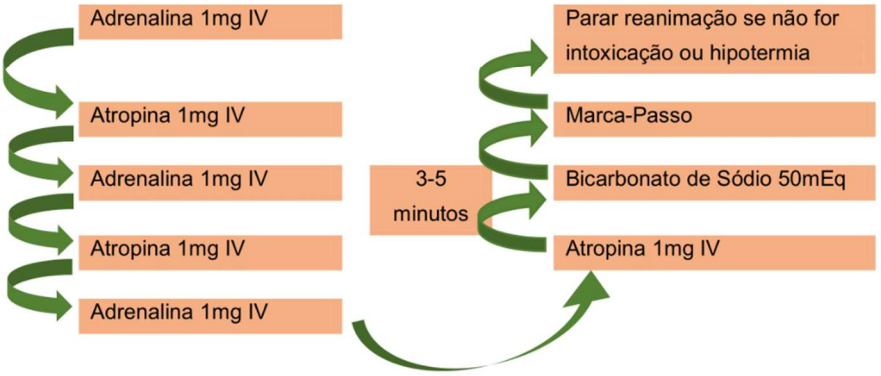


Tabela 9

Tratamento da Atividade Elétrica sem Pulso

Adrenalina 1mg IV alternando com Atropina IV 3-5 minutos	→ Turgência Jugular presente	→ Traqueia desviada e Timpanismo torácico	→ Jalco nº 14 no 2º espaço intercostal do tórax afetado

Tabela 10

b) Protocolos assistenciais de atenção de enfermagem

Regulamento, Normas, Rotinas
Procedimentos Operacionais Padrão

Enfermagem

SERVIÇO DE ENFERMAGEM REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

CHS – João Paulo II
2021

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CHS - JOÃO PAULO II

COLABORADORES

Pedro Alberto Paraiso de Almeida – Diretor Precidente do CHS – Joao Paulo II

Ana Cristina da Silva – Diretora Financeira do CHS – Joao Paulo II

Suedilson Maracajá Ramos - Diretor Operacional CHS- Barreiros

Raissa Buarque Pessoa – Diretora Social CHS- Barreiros

Hely José de Farias Júnior - Diretor Clínico CHS- Barreiros

Eduardo Cézar dos Santos Montezuma – Lider Cirurgia Geral CHS – Barreiros; Responsável Técnico - CHS – Paudalho

Leila Regina Gonzaga – Lider do Bloco Cirurgico CHS - Barreiros

José Nicacio de Amorim Neto - Responsável Técnico - CHS Água Preta

Karine Isabelle de L Ferreira - Enfermeira Responsável pelo serviço de Urgência/Emergência- CHS - Barreiros

Isabella Laís N. de Almeida - Enfermeira Responsável pelo Serviço de Internamento - CHS Barreiros

Rayra Julia Pereira Portela - Enfermeira Responsável pelo bloco cirúrgico- CHS Barreiros

Marcilene de Miranda Silva - Coordenadora de Enfermagem - CHS - Água preta

Daiany Maria Marques Beni Hidalgo - Responsável Técnica CHS - Vertentes

Daniela Barbosa de Miranda - Enfermeira Responsável Técnica - CHS Vertentes

Tarcísia Domingos de Araujo Sousa - Enfermeira Responsável pelo bloco cirúrgico - CHS Paudalho

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

RODOVIA PE 60, KM 72,5 - S/N, CENTRO, BARREIROS/PE
CEP: 55.560-000—CNPJ: 22.564.221/0001-25

CHS - JOÃO PAULO II

APRESENTAÇÃO

O CHS – JOÃO PAULO II apresenta o **Regulamento, Normas, Rotinas e Procedimentos Operacionais Padrão – POPs** com objetivo de padronizar a assistência de enfermagem prestada em todos os serviços da nossa organização, primando pela a segurança do paciente, a valorização dos profissionais e a melhoria da qualidade dos serviços ofertados, como também diminuir infrações éticas e ocorrência de possíveis erros no processo de trabalho da enfermagem.

Salientamos que o referido Manual foi desenvolvido baseado nas exigências das legislações vigentes dos órgãos competentes e na literatura existente.

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CHS - JOÃO PAULO II

SUMÁRIO

COLABORADORES **02**

APRESENTAÇÃO **03**

SUMÁRIO 04

Bloco: Enfermagem

Regulamento ..... **Anexo**

Normas e Rotinas 08

Atendimento no Serviço de Enfermagem 09

Registro dos Atendimentos de Enfermagem em Prontuário Tradicional 10

Registro de Enfermagem 11

Controle do Carro de Emergência 12

Carro de Emergência – Check-List 13

Controle de Abertura do Carro de Emergência 15

Controle Diário do Carro de Emergência 16

Controle da Viatura de Transporte – AMBULÂNCIA 17

Viatura de Transporte – Check-List 18

POP 01: Normas Institucionais 20

POP 02: Orientações Básicas de Higiene Pessoal do Profissional de Saúde 21

POP 03: Precauções Padrão e Uso de Equipamentos de Proteção Individual – EPI 22

POP 04: Técnica de Lavagem das Mãos 23

POP 05: Utilização de Luvas Látex, Estéril e Borracha 24

POP 06: Administração de Imunobiológicos 26

POP 07: Administração de Medicamento: Nebulização 29

POP 08: Administração de Medicamento: Via Intradérmica 30

POP 09: Administração de Medicamento: Via Intramuscular 34

POP 10: Coleta de Sangue para Glicemia Capilar 39

POP 11: Curativo: Queimadura 40

POP 12: Instalação dos Equipamentos de Monitoração Hemodinâmica 42

POP 13: Reação Cardiopulmonar 44

POP 14: Acolhimento do paciente 47

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CHS - JOÃO PAULO II

POP 15: Administração de medicação por via intradérmica. 49
POP 16: Administração de medicação por via intramuscular 52
POP 17: Administração de medicação por via intravenosa. 55
POP 18: Administração de medicação por via nasal..... 58
POP 19: Administração de medicação por via ocular 61
POP 20: Administração de medicação por via oral 64
POP 21: Administração de medicação por via otológica 67
POP 22: Administração de medicação por via retal 70
POP 23: Administração de medicação por via subcutânea 73
POP 24: Administração de medicação por via sublingual 76
POP 25: Administração de medicação por via tópica 79
POP 26: Administração de Nutrição Enteral (NE) 82

POP 27: Administração de Aerossolterapia/Nebulização 84

POP 28: Oxigenoterapia 87

POP 29: Aferição da Pressão Braquial 90

POP 30: Aferição da Temperatura Axilar e Oral 92
POP 31: Alta do paciente. 93

POP 32: Aspiração das Vias Aéreas Superiores 95
POP 33: Aspiração Traquial de Pacientes entubados e traqueostomizados com Sistema aberto 97
POP 34: Banho no Leito 99
POP 35: Cateterismo Vesical de Alívio 101
POP 36: Cateterismo Vesical de Demora 103
POP 37: Checagem de Medicação no Prontuário 106
POP 38: Coleta de Escarro para Baciloscopia 109
POP 39: Preparo de Corpo Pós-Morte 111
POP 40: Realização de Balanço Hidrico 112
POP 41: Realação de Prova do Laço 114
POP 42: Verificação de Glicemia 115
POP 43: Coleta de Fezes para Exames 116
POP 44: Coleta para Gasometria Arterial 118
POP 45: Coleta de Urina para Urocultura 120
POP 46: Coleta de Urina Tipo I 122
POP 47: Colocação de Dipositivo Urinário 124
POP 48: Conferência do Carrinho de Parada Cardiorrespiratoria 125
POP 49: Contenção Química 127
POP 50: Contenção Mecanica 128
POP 51: Curativo de Cateter Venoso Central – CVC 130
POP 52: Curativo para Retirada de Cateter Venoso Central – CVC 132
POP 53: Curativo para Retirada de Cateter Venoso Central – CVC com Infecção 134
POP 54: Higienização Simples das Mãos com Água e Sabão e com preparação Alcoólica 136
POP 55: Fixação de Tubo Orotraqueal 138
POP 56: Preparo da pele e ferimentos (área traumatizada) para realização de sutura 140
POP 57: Posicionamento e movimentação do paciente acamado 142
POP 58: Punção de Jugular Externa 144
POP 59: Preparo de Material para Realização de Sutura 146

POP 60: Registro de Enfermagem 147
POP 61: Retirada de Ponto 149
POP 62: Sondagem Nasoentérica 151
POP 63: Sondagem Nasogástrica 153
POP 64: Verificação da Respiração 155

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

POP 65: Verificação de pulso radial. 156
POP 66: Verificação de oximetria de pulso arterial 157
POP 67: Realizar Eletrocardiograma – ECG 159
POP 68: Inserção de Cânula Orofaríngea - Guedel.....161

POP 69: Lavagem Gástrica 163
POP 70: Curativos. 165
POP 71: Admissão do Paciente no Centro Cirúrgico Geral 168
POP 72: Montagem da Sala Operatória para Cirurgia 169
POP 73: Desmontagem da Sala Operatória 170
POP 74: Limpeza Terminal da Sala Operatória 171
POP 75: Encaminhamento de Peça Anatômica 172
POP 76: Transferência para Unidades de Insumos Hospitalares, Medicamentos, Material Cirúrgico e Gestão do Bloco pelo Corpo de Enfermagem 173
POP 77: Preparar Instrumentais e Materiais para a Esterilização 175
POP 78: Recepção da gestante, puérpera e / ou recém-nato no setor, para o atendimento de urgência….178

REGIMENTO GERAL DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM ..... ANEXO

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

RODOVIA PE 60, KM 72,5 - S/N, CENTRO, BARREIROS/PE
CEP: 55.560-000—CNPJ: 22.564.221/0001-25

CHS - JOÃO PAULO II

Bloco: Enfermagem

NORMAS E ROTINAS

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CONCEITUAÇÃO

NORMAS: conjunto das regras e instruções para definir procedimentos, métodos e organização. Orientam os executantes no cumprimento de uma atividade. Define O QUÊ, COMO E QUANDO FAZER AS TAREFAS. Devem se fundamentar nos princípios ético-legais. O documento deve ser feito com linguagem clara e objetiva, com divulgação ampla e extensiva a todos os funcionários/colaboradores/servidores. As normas serão construídas em acordo com as características da unidade de saúde e podem ser publicadas isoladamente ou em conjunto com as rotinas.

EXEMPLOS DE NORMAS: Jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem; Fardamento dos profissionais de enfermagem; Envio de amostras biológicas ao laboratório; Pedido de materiais e medicamentos.

ROTINAS DE ENFERMAGEM: representam as instruções técnicas para execução de uma tarefa específica de assistência em enfermagem. Descrevem sistematicamente todos os passos para a realização de uma tarefa. Não descrevem procedimentos, pois estes serão discriminados nos POPs.

EXEMPLOS DE ROTINAS: Registro dos atendimentos de enfermagem; Controle do carro de emergência; Preparo da sala de vacina e Controle de imunobiológicos; Notificação de doenças transmissíveis.

ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CHS - JOÃO PAULO II

NORMAS

Todos os servidores/funcionários/dependentes atendidos pelo Serviço de Enfermagem terão uma matrícula no Sistema de Consultas Médicas (ou similar).
O rol de procedimentos realizados pela equipe de enfermagem é: administração de medicamentos e vacinas, nebulização, curativos, verificação de sinais vitais, glicemia capilar, eletrocardiograma (ECG), distribuição de preservativos, orientações de saúde.
Para os servidores/funcionários/dependentes que necessitem de aplicação de medicação/nebulização, curativos e ECG, será **OBRIGATÓRIA** a apresentação da prescrição realizada por profissional habilitado (médico, cirurgião-dentista ou enfermeiro), com letra legível, datada, assinada e carimbada pelo prescritor.
O controle de sinais vitais, a administração de vacinas e o fornecimento de orientações de saúde dispensam a necessidade de prescrição, porém mantém-se a necessidade de identificação correta do cliente.
Os preservativos serão distribuídos por livre demanda.

Nº da ação	Agente	Ação	Notas
01	Recepcionista	Identificação do servidor/funcionário/dependente para verificar a existência de matrícula no serviço.	Dados necessários: nome completo e/ou matrícula.
02	Recepcionista	Definição da necessidade primária do servidor/funcionário/dependente	
03	Recepcionista	Encaminhamento do servidor/funcionário/dependente ao local do atendimento (consultório médico ou odontológico ou serviço de enfermagem).	
04	Médico ou CirurgiãoDentista	Realização da consulta, com prescrição a ser executada no serviço de enfermagem.	
05	Médico ou CirurgiãoDentista	Encaminhamento do servidor/funcionário/dependente ao serviço de enfermagem	
06	Enfermeiro	Acolhimento do servidor/funcionário/dependente	
07	Enfermeiro	Realização da consulta de enfermagem, com prescrição de enfermagem	
08	Enfermeiro	Delegação dos cuidados de enfermagem, exceto os privativos.	
09	Técnico ou Auxiliar de Enfermagem	Realização dos cuidados de enfermagem e execução das prescrições	O ECG somente será realizado pelo Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem. A testagem rápida somente será realizada pelo Enfermeiro.

REGISTRO DOS ATENDIMENTOS DE ENFERMAGEM EM PRONTUÁRIO TRADICIONAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CHS - JOÃO PAULO II

NORMAS

O registro do atendimento de enfermagem em prontuário tradicional ocorrerá sempre que o SCM estiver *off-line* ou não for possível o registro eletrônico por qualquer outro motivo.

Neste caso, o registro será realizado no impresso "REGISTROS DE ENFERMAGEM", cujo modelo segue abaixo.

Cada profissional de enfermagem fará o registro dos atendimentos que realizou, sendo proibido registrar procedimentos executados por outro profissional.

Todos os registros de enfermagem em prontuário serão **obrigatoriamente** precedidos por data e hora e serão feitos com letra legível, a caneta azul ou preta, sem rasuras e emendas e sem deixar linhas em branco. Todos os registros de enfermagem em prontuário serão **obrigatoriamente** finalizados com assinatura do profissional e carimbo, contendo NOME COMPLETO, NÚMERO DE REGISTRO PROFISSIONAL NO COREN-SE E CATEGORIA PROFISSIONAL.

Nº da ação	Agente	Ação	Notas
01	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	Preenche o cabeçalho do impresso	
02	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	Registra data e hora do atendimento/procedimento	
03	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	Registra o atendimento/procedimento realizado	
04	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem	Assina e carimba	O carimbo deve conter nome completo, número de registro no Coren e categoria profissional

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

RODOVIA PE 60, KM 72,5 - S/N, CENTRO, BARREIROS/PE
CEP: 55.560-000—CNPJ: 22.564.221/0001-25

CHS - JOÃO PAULO II

REGISTROS DE ENFERMAGEM

NOME:_____ **MATRÍCULA:** _____ **LEITO:**_____

DATA	HORA	REGISTRO	ASSINATURA/COREN

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

CONTROLE DO CARRO DE EMERGÊNCIA

NORMAS
O carro de emergência ou carro de parada fica localizado na sala de observação deste Serviço.
É responsabilidade do Enfermeiro o seu controle diário, a fim de que os mesmos estejam disponíveis e completos para uso imediato em caso de necessidade.
O Enfermeiro deve manter o carro completo quanto a quantidade, validade e organização dos medicamentos e materiais.
O Enfermeiro deve conferir o carro de emergência mensalmente, no 1º dia útil de cada mês, independentemente de tere sido aberto em data anterior. O Enfermeiro deve conferir também toda vez que o carro for abertos.
O controle da abertura é feito através da numeração do lacre.
A conferência do carro aberto é feita através dos *check-lists* abaixo. O controle do lacre é feito através dos impressos abaixo. É possível que o Enfermeiro delegue esta função ao Técnico de Enfermagem.

Nº da ação	Agente	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Faz a conferência do carro, conforme os passos: a. Verificar a presença e o número do lacre antes de abrir o carro de emergência para conferência; b. Preencher o *check-list* de controle de abertura, registrando todas as informações de acordo com o direcionamento do mesmo; c. Avaliar a conformidade dos materiais e medicamentos com relação à presença do item quantidade e validade; d. Observar a validade dos medicamentos e materiais e retirar aqueles que irão vencer nos próximos 02 meses, a contar da data que a inspeção/reposição está sendo realizada; e. Repor todos os itens e ao termino lacrar; f. Preencher formulário com número do novo lacre.	Diariamente o enfermeiro deverá registrar no impresso de controle diário o número do lacre encontrado. Sempre conferir a validade de medicamentos e materiais antes de fazer a reposição. Após a abertura, os medicamentos utilizados deverão ser repostos imediatamente.

CHS - JOÃO PAULO II

CARRO DE EMERGÊNCIA – *CHECK-LIST*

1ª GAVETA

ITENS	QUANTIDADE	VALIDADE
AAS 100 mg	15 comprimidos	
ADRENALINA	06 ampolas	
ÁGUA DESTILADA 10ml	11 ampolas	
CAPTOPRIL 25 mg	05 comprimidos	
DIAZEPAM 10 mg	05 ampolas	
FENERGAN	06 ampolas	
GLICOSE 25% 10 mL	03 ampolas	
GLICOSE 50%	0	-
HIDROCORTISONA 100mg	05 frascos-ampola	
ISOSSORBIDA – ISORDIL 5 mg	12 comprimidos	
LASIX – FUROSEMIDA	06 ampolas	
Na Cl 0,9% 10 mL	10 ampolas	
NORADRENALINA – NOREPINEFRINA	06 ampolas	
NOVALGINA	05 ampolas	
AGULHA 30x0,7 / 30x0,8	06 unid / 06 unid	
JELCOS n. 20 / 22 / 24	06 unid / 03 unid / 03 unid	
LÂMINA DE BISTURI N. 15	08	
SCALPS n. 23 / 25	04 unid / 04 unid	
SERINGAS 1ml agulhada/ 3ml / 5ml / 10ml / 20ml	04 unid / 04 unid / 04 unid / 04 unid / 04 unid	

2ª GAVETA

ITENS	QUANTIDADE	VALIDADE
EQUIPO MACROGOTAS	03	
EXTENSOR	04	
RINGER LACTATO 500 ml	02	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ml	02	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ml	02	
SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 mL	01	
SORO GLICOSADO 5% 250 ml	02	
SORO GLICOSADO 5% 500 ml	02	

3ª GAVETA

ITENS	QUANTIDADE	VALIDADE
ATADURA DE CREPOM 13 CM	02 unidades	
CABOS + ELETRODOS DEA	01 unidade	-
CÂNULAS DE GUEDEL n. 03/04	04 unid / 04 unid	
ELETRODO DESCARTÁVEL	0	-
FIO GUIA	03 unidades	
GEL PARA ECG	01 frasco	
LIDOCAÍNA SPRAY	01 frasco	
LUVAS DE PROCEDIMENTO TAM. M	01 caixa com 50 pares	
MÁSCARA COMUM	05 unidades	
ÓCULOS DE PROTEÇÃO	01 unidade	-

CHS - JOÃO PAULO II

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	**02 unidades**	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	**02 unidades**	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,0	**02 unidades**	

4ª GAVETA

ITENS	QUANTIDADE	VALIDADE
AMBU ADULTO	**01 unidade**	
EXTENSOR PARA ASPIRAÇÃO	**05 unidades**	

_____

DATA/ASSINATURA

CHS - JOÃO PAULO II

CONTROLE DE ABERTURA DO CARRO DE EMERGÊNCIA

DATA	Nº LACRE ROMPIDO	Nº LACRE NOVO	MOTIVO DA ABERTURA	ASSINATURA/COREN CARIMBO

CHS - JOÃO PAULO II

CONTROLE DIÁRIO DO CARRO DE EMERGÊNCIA

Mês: _____/_____

DATA	HORA	Nº DO LACRE	ASSINATURA/COREN TEC. ENF	ASSINATURA/COREN ENFERMEIRO

CHS - JOÃO PAULO II
HMB - Hospital Municipal de Barreiros

CONTROLE DA VIATURA DE TRANSPORTE – AMBULÂNCIA

NORMAS

A viatura de transporte é do tipo B e fica estacionada na garagem, sob responsabilidade do condutor.
A saída da mesma depende da necessidade do cliente, após avaliação médica e do enfermeiro.
É responsabilidade do Enfermeiro mantê-la disponível e completa para uso imediato em caso de necessidade.
O Enfermeiro deve manter a viatura completa quanto a quantidade, validade e organização dos medicamentos e materiais.
Em caso de saída da viatura com cliente, deve-se levar junto a maleta de emergência.
O Enfermeiro deve conferir a viatura mensalmente, no 1º dia útil de cada mês, independentemente de ter sido utilizada em data anterior. O Enfermeiro deve conferir também toda vez que a viatura for utilizada.
A conferência é feita através dos *check-list* abaixo.
É possível que o Enfermeiro delegue esta função ao Técnico de Enfermagem.
A viatura deve ser tripulada por condutor, enfermeiro e técnico de enfermagem.

Nº da ação	Agente	Ação	Notas
01	Enfermeiro	Faz a conferência da viatura, conforme os passos: a. Verificar a presença e integridade da maca de transporte, da cadeira de rodas e do torpedo de oxigênio leve; b. Verificar a montagem e funcionamento do painel de gases (ar comprimido, oxigênio e vácuo), observando se os materiais para assistência respiratória e aspiração estão próximos às saídas; c. Avaliar a conformidade dos materiais e medicamentos com relação à presença do item quantidade e validade; d. Observar a validade dos medicamentos e materiais e retirar aqueles que irão vencer nos próximos 02 meses, a contar da data que a inspeção/reposição está sendo realizada; e. Repor todos os itens; f. Preencher o *check-list*, datar, assinar e carimbar.	Sempre conferir a validade de medicamentos e materiais antes de fazer a reposição. Os medicamentos e materiais utilizados deverão ser repostos imediatamente.

CHS - JOÃO PAULO II

VIATURA DE TRANSPORTE – *CHECK-LIST*

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE	VALIDADE
ÁGUA PARA INJEÇÃO 250 mL	01 ampola	
SORO GLICOSADO 5% 250 mL	02 ampolas	
RINGER LACTAT O 500 mL	01 bolsa	
GLICOSE 25% 10 mL	02	
ÁGUA PARA INJEÇÃO 10 mL	05	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 mL	02 ampolas	
SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 mL	01 ampolas	
MATERIAIS PERMANENTES	**QUANTIDADE**	**VALIDADE**
CABO DE LARINGOSCÓPIO	01	-
CADEIRA DE RODAS ARTICULADA	01	-
COBERTOR	01	-
CONEXÃO	01	-
ESTETOSCÓPIO ADULTO	01	-
FIO GUIA	01	
FRASCO DE ASPIRAÇÃO	01	-
GARROTE	01	-
LÂMINA DE LARINGOSCÓPIO	3	-
LENÇOL	02	-
MACA DE TRANSPORTE ARTICULADA	01	-
MÁSCARA COMUM	02	-
MÁSCARA DE HUDSON C/ RESERVATÓRIO	01	-
ÓCULOS DE PROTEÇÃO	02	-
OXÍMETRO DE PULSO	01	-
TÊNSIOMETRO ADULTO	01	-
TESOURA	01	-
TERMÔMETRO DIGITAL	01	-
TIPOIA ALMOFADADA GRANDE	02 unidades	-
TORPEDO DE OXIGÊNIO LEVE	01	-
UMIDIFICADOR	02	-
MATERIAIS DE CONSUMO	**QUANTIDADE**	**VALIDADE**
ABAIXADOR DE LÍNGUA	01 pacote	
AGULHA 30x0,7	12	
AGULHA 30x0,8	12	
ALGODÃO HIDROFÍLICO	01 pacote	-
ATADURA DE CREPOM 13 cm	06	
CAIXA PAR A PÉRFURO-CORTANTE	02 unidades	-
CATETER TIPO ÓCULOS	02	
COMPRESSA DE GAZE ESTERILIZADA	10 pacotes	
EQUIPO MACROGOTAS	04	
ESPARADRAPO COMUM	01 rolo	
EXTENSOR DE BORRACHA	02	-
EXTENSOR PARA INFUSÃO	04	
JELCO N. 20	03	
JELCO N. 22	04	
JELCO N. 24	02	
LUVA DE PROCEDIMENTO	40 pares	-
MÁSCARA COMUM	20 unidades	-
SCALP N. 23	07	
SCALP N. 25	03	
SERINGA 1 mL com agulha 13x0,45	05	
SERINGA 10 mL	09	
SERINGA 20 mL	05	

CHS - JOÃO PAULO II

SERINGA 3 mL	**05**	
SERINGA 5 mL	**05**	
SWAB DE ÁLCOOL	**01 caixa**	
TUBO OROTRAQUEAL TAM 5.0	**02 unidades**	
TUBO OROTRAQUEAL TAM 8.0	**02 unidades**	

_____ _____

DATA **ASSINATURA**

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 01	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
NORMAS INSTITUCIONAIS		

Objetivos	Manter os princípios éticos e favorecer um ambiente agradável de trabalho.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	Tipo	*Atendimento em geral*

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Apresentar-se no horário estabelecido no contrato de trabalho. 2. Comunicar e justificar ausências. 3. Respeitar clientes internos e externos à instituição: superiores, colegas de trabalho, clientes, visitantes e outros. 4. Adotar postura profissional compatível com as regras institucionais: falar em tom baixo, evitar gargalhadas, evitar diálogos desnecessários com clientes, sem que seja questionado previamente, não fumar e não guardar ou consumir alimentos e bebidas nos postos de trabalho (BRASIL, 2005), exceto áreas reservadas para esse fim.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	Data da Elaboração	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	Data da Revisão	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	Data da aprovação	*28/06/2019*

Referências

SAUDE, Ministério. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Edição 2ª. Brasília, 2010.

SAUDE, Ministério. Humaniza SUS: Politica Nacional de Humanização. Brasília, 2004.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 02	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ORIENTAÇÕES BÁSICAS DE HIGIENE PESSOAL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE		

Objetivos	Garantir a higienização pessoal, o bem estar do profissional, evitando a transmissão de infecções.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. **Higiene pessoal:** Deve a todos os trabalhadores da área de saúde manter a higiene corporal, que está diretamente ligada à aparência pessoal. 2. **Cuidados com os cabelos:** Os cabelos devem estar limpos e, presos, se compridos. A touca, que consta do uniforme, deverá cobrir todo o cabelo pois seu objetivo é a proteção dos cabelos. 3. **Cuidado com as unhas:** As unhas devem estar sempre aparadas para evitar que a sujidade fique depositada entre as unhas e a pele dos dedos. 4. **Cuidados com o uniforme:** Deve mantê-lo limpo, passado, sem manchas e com a identificação profissional. 5. **Cuidados com os sapatos:** Devem ser fechados e impermeáveis, para proteger os pés.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. **ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superfícies. Editora ANVISA, 1ª edição.Brasília

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 03	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
PRECAUÇÕES PADRÃO E USO DE EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL - EPI		

Objetivos	Garantir o cumprimento das práticas assépticas, evitando a transmissão de infecções e evitando acidentes de trabalho.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Sempre que iniciar qualquer atividade verificar a necessidade do uso de EPI's; 2. Luvas devem ser usadas sempre quando houver risco de transmissão de patologias tanto para o profissional quanto para o cliente, e qualquer situação que for manipular ambientes que possuam depósitos de secreção, sangue, e outras matérias orgânicas; 3. Máscaras devem utilizadas quanto houver risco de contágio de patologias por meio de gotículas das vias áreas superiores e respingo de secreções e sangue à mucosa oral, evitar irritações orais diante de produtos que liberam aerossóis; 4. Óculos devem ser utilizados quando o procedimento oferece risco de respingo à mucosa ocular; 5. Touca deve ser utilizada quando se realizara um procedimento que necessite de técnicas assépticas, evitando queda de cabelo ou células epiteliais; 6. Botas devem ser utilizadas quando os sapatos não são capazes de reter secreções e água; 7. Avental utilizado para evitar que o uniforme não seja contaminado ao contato com respingos de secreções e evitar vinculação de microorganismo patogênicos fora do ambiente de trabalho, devendo ser retirados sempre após término do expediente; 8. Lavar as mãos ou usar soluções antissépticas antes e depois de qualquer procedimento; 9. Desprezar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes rígidos e nunca reencapar agulhas.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. **ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Segurança do Cliente em Serviços de Saúde: Limpeza e Desinfecção de Superícies. Editora ANVISA, 1ª edição.Brasília 2010
2. **PORTARIA N.°37**, DE 06 DE DEZEMBRO DE 2002 **MINISTÉRIO DO TRABALHO.** Norma Regulamentadora 32, de 16 de Novembro de 2005

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 04	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
TÉCNICA DE LAVAGEM DAS MÃOS		

Objetivos	Garantir a higienização das mãos, evitando a transmissão de infecções.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Lavar as mãos com água e sabão líquido friccionando por 30 segundos: 2. Retirar relógios, jóias e anéis das mãos e braços (sob tais objetos acumulam-se bactérias que não são removidas mesmo com a lavagem das mãos); 3. Abrir a torneira com a mão dominante, quando na ausência de dispensador de pedal, não encostar na pia para não contaminar a roupa; 4. Molhar as mãos; 5. Colocar em torno de 3 a 5 ml de sabão líquido nas mãos; 6. Ensaboar as mãos (proporcionar espuma), através de fricção por aproximadamente 30 segundos em todas as faces (palma e dorso das mãos), espaços interdigitais, articulações;	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. • Nas situações descritas a seguir para preparação alcoólica. Higienizar as mãos com preparação alcoólica quando estas não estiverem visivelmente sujas, em todas as situações descritas a seguir: • Antes de contato com o cliente • Após contato com o cliente • Antes de realizar procedimentos assistenciais e manipular dispositivos invasivos • Antes de calçar luvas para inserção de dispositivos invasivos que não requeiram preparo cirúrgico • Após risco de exposição a fluidos corporais • Ao mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, durante o cuidado ao cliente • Após contato com objetos inanimados e superfícies imediatamente próximas ao cliente • Antes e após remoção de luvas (sem talco)

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. **OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Versão Teste 1 2006/07.
2. **ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** SEGURANÇA DO CLIENTE:Higienização das mãos. Editora ANVISA. www.anvisa.gov.br

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 05	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
UTILIZAÇÃO DE LUVAS LÁTEX, ESTÉRIL E BORRACHA		

Objetivos	Garantir a eliminação do risco de infecção pessoal e cruzada através das mãos.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	**Procedimento:** 1. Utilize-as antes de entrar em contato com sangue, líquidos corporais, membrana mucosa, pele não intacta e outros materiais potencialmente infectantes; 2. Troque de luvas sempre que entrar em contato com outro cliente; 3. Troque também durante o contato com o cliente se for mudar de um sítio corporal contaminado para outro, limpo, ou quando esta estiver danificada. 4. Nunca toque desnecessariamente superfícies e materiais (tais como telefones, maçanetas, portas) quando estiver com luvas. 5. A luva estéril deve ser utilizada somente para procedimentos que necessitam de ambiente totalmente estéril como uma aspiração traqueal, cateterismos 6. Observe a técnica correta de remoção de luvas para evitar a contaminação das mãos 7. Lembre-se: A luva é um equipamento de proteção individual, o uso de luvas não substitui a higienização das mãos! **Remoção de luvas de látex e estéril:** 1. Pegue um par de luva próximo ao seu punho em direção à ponta dos seus dedos até que a luva se dobre; 2. Pegue cuidadosamente a dobra e puxe em direção às pontas dos seus dedos. À medida que puxar você estará colocando a luva ao avesso; 3. Continue puxando a dobra até que a luva esteja quase que totalmente removida; 4. A fim de evitar contaminação do ambiente, continue a segurar a luva removida. A seguir, remova sua mão da luva completamente;	

	5. Escorregue o dedo indicador da mão sem luva por baixo da luva que permanece. Continue a inserir seu dedo em direção à sua ponta até que quase metade do dedo esteja sob a luva; 6. Gire o seu dedo a 180º e puxe a luva ao avesso e em direção à ponta dos seus dedos. À medida que fazer isso a primeira luva será contida dentro da segunda luva. O lado interno da segunda luva também será virada ao avesso.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. **ANVISA**, Unidade de Tecnovigilância. Luvas cirúrgicas e Luvas de procedimentos: Considerações sobre o seu uso. Boletim Informativo de Tecnovigilância nº 2, Brasília 2011
2. www.anvisa.gov.b Acessado:21/08/2013(http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/higienizacao.ht m)

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 06	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS		

Objetivos	Administrar imunobiológicos para estimular o sistema imune de forma eficaz		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Imunobiológico (soro ou vacina), seringa, agulha, algodão, álcool a 70%, cartão de vacina, lápis e caneta		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de Enfermagem	1. Explicar o procedimento ao cliente. 2. Solicitar o cartão de vacina do cliente. Caso o mesmo não o tenha, preencher um novo (nome e data de nascimento). 3. Lavar as mãos. 4. Selecionar a vacina ou soro prescrito na caixa térmica ou na geladeira da farmácia. 5. Aspirar a quantidade adequada, utilizando a seringa de 3 ou 5 mL e a agulha apropriada (30 x 0,7 ou 25 x 0,7 ou 25 x 0,8). 6. Substituir a agulha que utilizou para aspirar por uma agulha de tamanho apropriado, conforme **tabela 1** abaixo. 7. Umedecer um chumaço de algodão com álcool a 70%. 8. Realizar a antissepsia do local onde será administrado o medicamento, conforme **tabelas 3 a 6** abaixo. 9. Checar os "10 CERTOS" – ROTINA 11. 10. Administrar o medicamento. 11. Registrar a administração no mapa, no cartão de vacina, registro eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria). 12. No caso do prontuário ou registro eletrônico, especificar o local onde foi administrado. 13. Aprazar novas doses no cartão, a lápis, conforme o caso. 14. Arrumar a unidade.	OBS.: ✓ Neste serviço, é possível administrar as vacinas antitetânica (dT), antirrábica, hepatite B, tríplice viral e influenza. ✓ A continuidade do esquema das vacinas é da competência das unidades de atenção primária à saúde. ✓ Os frascos de vacina multidose devem receber identificação do dia e horário de abertura, a fim de cumprir a validade após aberto, conforme **tabela 2** abaixo. ✓ Nenhum imunobiológico pode ser administrado na região glútea.

CHS - JOÃO PAULO II

TABELA 1: Tamanho recomendado de agulha para administração de imunobiológico, conforme idade do cliente e via de administração.

IDADE	VIA	LOCAL	AGULHA
Ao nascer	*Intradérmica*	**Deltoide direito**	*13 x 4,5 ou 3,8*
Qualquer idade	*Subcutânea*	**Deltoide**	*13 x 4,5*
Menor de 1 ano	*Intramuscular*	**Vasto lateral da coxa**	*20 x 5,5*
1 ano até 1 ano, 11 meses e 29 dias	*Intramuscular*	**Vasto lateral da coxa**	*20 x 5,5*
2 anos até 6 anos	*Intramuscular*	**Deltoide**	*25 x 6,0*
A partir de 7 anos	*Intramuscular*	**Deltoide**	*25 x 7,0 ou 6,0*

TABELA 2: Validade dos imunobiológicos após abertos e possibilidade de congelamento

VACINA	VALIDADE APÓS ABERTO O FRASCO	CONGELAMENTO
Hepatite B	Final da validade	Não permitido
Triviral	8 horas	Não permitido
DTP, dT e DT	15 dias	Não permitido
Influenza	7 dias	Não permitido

TABELA 3: Calendário básico nacional de imunização do adolescente

VACINA	ESQUEMA	DOSE/VIA
Hepatite B	**3 doses (0, 1, 6) não há necessidade de reforço**	**0,5 mL/IM**
Tríplice viral	**2 doses (intervalo de 30 dias entre elas)**	**0,5 mL/SC**
dT	**3 doses (0, 2, 4) A cada 10 anos - reforço**	**0,5 mL/IM**
HPV	**2 doses (0 e 6) – meninas de 11 a 14 anos (2017) Meninos de 09 a 10 anos (2017)**	**0,5 mL/IM**

TABELA 4: Calendário básico nacional de imunização do adulto

VACINA	ESQUEMA	DOSE/VIA
Hepatite B	**3 doses (0, 1, 6) não há necessidade de reforço**	**0,5 mL/IM**
Tríplice viral	**1 dose**	**0,5 mL/SC**
dT	**3 doses (0, 2, 4) A cada 10 anos - reforço**	**0,5 mL/IM**

TABELA 5: Calendário básico nacional de imunização da gestante

VACINA	ESQUEMA	DOSE/VIA

Hepatite B	**3 doses (0, 1, 6) não há necessidade de reforço. Iniciar após o 1º trimestre**	**0,5 mL/IM**
dT	**3 doses (0, 2, 4) A cada 5 anos – reforço, em qualquer fase gestacional**	**0,5 mL/IM**
Influenza	**1 dose anual em qualquer fase gestacional**	**0,5 mL/IM**

TABELA 6: Calendário básico nacional de imunização do idoso

VACINA	ESQUEMA	DOSE/VIA
dT	**3 doses (0, 2, 4) A cada 10 anos – reforço**	**0,5 mL/IM**
Influenza	**1 dose anual**	**0,5 mL/IM**
Pneumocócica 23	**1 dose na campanha a cada 5 anos**	**0,5 mL/IM**

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 07	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO: NEBULIZAÇÃO		

Objetivos	Administrar medicamentos por via aérea em forma de aerossol		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Medicamento prescrito, máscara de nebulização, conector para ar comprimido ou O_2, fonte de ar comprimido ou O_2		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Reunir o material e Lavar as mãos. 2. Preparar a medicação prescrita. 3. Explicar o procedimento ao cliente. 4. Checar os "10 CERTOS" – ROTINA 11. 5. Conectar a máscara de nebulização à rede de gases, conforme prescrição médica. 6. Girar a válvula do fluxômetro até o máximo de 4 L/min e verificar se há a saída do aerossol pela máscara. 7. Colocar a máscara no rosto do cliente, de forma bem ajustada, a fim de evitar o escape de aerossol. 8. Pedir ao cliente que respire o mais profundo possível durante a nebulização. 9. Avaliar os dados vitais do cliente, durante a administração. 10. Ao fim da administração, recolher o material e arrumar a unidade. 11. Lavar as mãos. 12. Checar a prescrição, assinar e carimbar. 13. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria).	✓ A contagem criteriosa das gotas dos medicamentos broncodilatadores e seus adjuvantes utilizados na nebulização é indispensável, a fim de evitar reações graves.

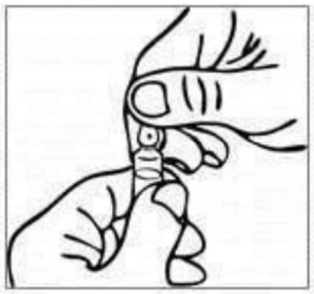
Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 08	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO: VIA INTRADÉRMICA		

Objetivos	Administrar medicamentos por via intradérmica (ID), para auxílio diagnóstico, teste alérgico, imunização e outros.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Medicamento prescrito, bandeja ou cuba, máscara comum, luva de procedimento, seringa de 1 mL, agulha 30x0,7 ou 30x0,8 ,agulha 13x0,45, algodão, álcool a 70% ou clorexidine a 5% ou swab umedecido com álcool a 70%.		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Reunir o material e Lavar as mãos. 2. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha 30x0,7 ou 0,8 para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original. 3. Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool ou Clorexidine. 4. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante.  5. Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção. 6. Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do	✓ Volume máximo para a via ID é 0,5 mL.

CHS - JOÃO PAULO II

	medicamento ou dentro da bandeja. 7. Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frascoampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento. 8. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente. 9. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar. 10. Trocar a agulha utilizada para aspiração pela agulha 13x0,45. 11. Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original 12. Explicar o procedimento ao cliente. 13. Checar os "10 CERTOS" – ROTINA 11. 14. Paramentar-se. 15. Posicionar o paciente de forma confortável na maca ou poltrona. 16. Colocar biombos se necessário. 17. Escolher o local para administração do medicamento: parte ventral do antebraço, parte superior do tórax, superior do braço e da região escapular.	

CHS - JOÃO PAULO II

	18. Retirar o conjunto de seringa e agulha da embalagem. 19. Fazer a antissepsia da região utilizando algodão ou swab com álcool ou clorexidine. 20. Distender a pele do local de aplicação, com ajuda dos dedos polegar e indicador. 21. Introduzir 1/3 da agulha na pele, com bisel voltado para cima, em ângulo de 15°, quase paralelamente à pele. Não é necessário aspirar após a introdução da agulha, devido às condições anatômicas da derme, relacionada a vasos e nervos. 22. Injetar lentamente até formar uma pequena pápula logo abaixo da pele. 23. Retirar a agulha em movimento rápido e único. 24. Não massagear o local de aplicação do medicamento. Isto pode causar irritação no tecido subjacente, podendo comprometer o efeito dos testes alérgicos. 25. Observar resposta do paciente após 30 minutos da administração do medicamento.	

CHS - JOÃO PAULO II

	26. Deixar o cliente em posição confortável. 27. Ao fim da administração, recolher o material e arrumar a unidade. 28. Desprezar os materiais perfurocortantes na caixa rígida. 29. Lavar as mãos. 30. Checar a prescrição, assinar e carimbar. 31. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria).	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

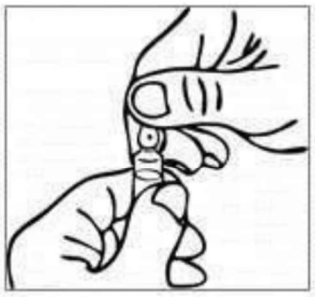
Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 09	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO: VIA INTRAMUSCULAR

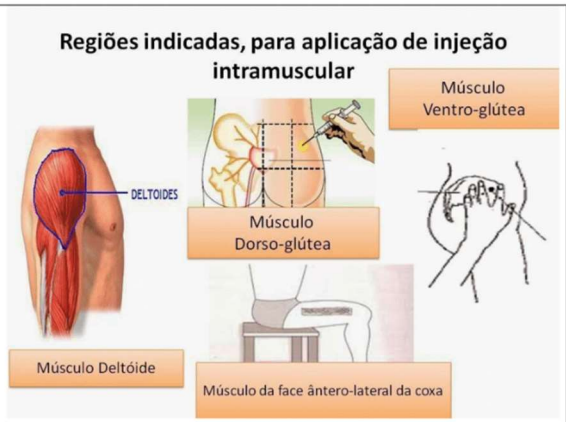
Objetivos	Administrar medicamentos por via intramuscular (IM).		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Medicamento prescrito, bandeja ou cuba, máscara comum, luva de procedimento, seringa de 1, 3 ou 5 mL, agulha 20x0,55, 30x0,7 ou 30x0,8, algodão, álcool a 70% ou clorexidine a 5% ou swab umedecido com álcool a 70%.		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Reunir o material e Lavar as mãos. 2. Abrir a embalagem da seringa e acoplá-la à agulha para aspiração do medicamento, observando-se a técnica asséptica, protegendo-a em sua embalagem original. 3. Fazer a desinfecção da ampola/frasco ampola com algodão umedecido com álcool ou Clorexidine. 4. Quebrar a ampola, envolvendo-a com um pedaço de algodão, pressionando-a com os dedos indicador e polegar da mão dominante.  5. Nos casos de frasco-ampola, retirar a proteção metálica com o auxílio de um pedaço de algodão ou extrator de grampos e após, fazer a desinfecção. 6. Retirar o protetor da agulha e mantê-lo dentro de sua embalagem original sobre o balcão de preparo do medicamento ou dentro da bandeja.	✓ A região ventroglútea é considerada a mais segura e menos dolorosa para injeção IM, para pessoas a partir dos 3 anos de idade. ✓ A região deltoidea deve ser utilizada apenas para vacinação.

CHS - JOÃO PAULO II

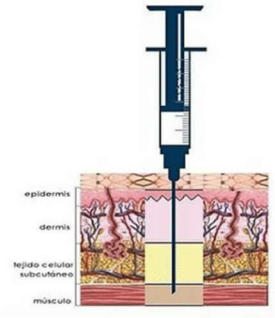
	7. Aspirar o medicamento segurando a ampola ou frascoampola com os dedos indicador e médio da mão não dominante, segurar a seringa com os dedos polegar e anular da mão não dominante e com os dedos polegar, indicador e médio da mão dominante, tracionar a extremidade do êmbolo sem contaminar sua extensão, aspirando o medicamento. 8. Reencapar passivamente a agulha, colocando a ponta da agulha na entrada da tampa até cobri-la completamente. 9. Colocar a seringa na posição vertical e retirar o ar. 10. Proteger o êmbolo da seringa com sua embalagem original 11. Explicar o procedimento ao cliente. 12. Checar os "10 CERTOS" – ROTINA 11. 13. Paramentar-se. 14. Posicionar o paciente de forma confortável na maca ou poltrona. 15. Colocar biombos se necessário. 16. Escolher o local para administração do medicamento, de acordo com a massa muscular do paciente, a característica da medicação (viscosidade, irritantes) e do volume a ser administrado (vide recomendações e tabela).	

CHS - JOÃO PAULO II



17. Retirar o conjunto de seringa e agulha da embalagem.

18. Fazer a antissepsia da região utilizando algodão ou swab com álcool ou clorexidine. 19. A agulha deve estar a 90º.



20. Fazer a prega do músculo para firmar a introdução da agulha.

21. Tracionar o êmbolo da seringa e observar se há presença de sangue. Caso não haja, injetar a medicação de forma precisa exceto (anticoagulantes).

22. Injetar o medicamento lentamente.

23. Retirar a agulha em movimento rápido e único.

24. Observar resposta do paciente após 30 minutos da administração do medicamento.

25. Deixar o cliente em posição confortável.

26. Ao fim da administração, recolher o material e arrumar a unidade.

27. Desprezar os materiais perfurocortantes na caixa rígida.

CHS - JOÃO PAULO II

	28. Lavar as mãos. 29. Checar a prescrição, assinar e carimbar. 30. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria)	

Recomendações para administração de medicamentos por via IM.	
Ventroglúteo	**Esta área é considerada a mais segura para administração de injeção IM, devendo ser o primeiro local de escolha para pacientes com 3 anos de idade ou mais.** Coloca-se a mão não dominante no quadril contra-lateral do paciente (mão esquerda no quadril direito) apoiando o dedo indica dor sobre a espinha ilíaca ântero-superior e o dedo médio ao longo da crista ilíaca, formando um V, onde devemos aplicar no máximo 4 mL de medicamento (1 mL em lactentes e 2 mL em crianças pequenas).
Vasto-Lateral	**É o primeiro local de escolha para lactentes podendo também ser usado em adultos saudáveis**
Deltóide	**Nunca será o sítio de primeira escolha para injeção IM, devido ao alto risco de lesão neural. Faz-se exceção para a administração de vacinas e para pacientes com paraplegia**. Localizar o processo acromial e identificar o triângulo invertido que forma o músculo deltoide. A Levar sempre em consideração a massa muscular do paciente e a viscosidade/irritabilidade da droga. Contraindicação: mastectomia ou fístula arteriovenosa
Dorsoglúteo	**Em diversas partes do mundo, esta região não é mais recomendada para injeção IM, devido ao alto risco de lesão neural e punção arterial.** Traça-se uma linha imaginária da espinha ilíaca póstero-superior até o trocanter maior do fêmur. A injeção deve ser administrada acima dessa linha. Um método menos preciso de localização desta região consiste em dividir a nádega em quadrantes traçando uma linha imaginária horizontal do trocanter maior do fêmur até a proeminência sacral e uma vertical da tuberosidade isquiática até a parte inferior mais volumosa da nádega. O local da injeção é o quadrante superior externo.

CHS - JOÃO PAULO II

Valores para administração de medicamentos por via IM, por sítio de injeção e faixa etária.

Idade/Músculo	Deltoide	Ventro glúteo	Dorsoglúteo	Vasto lateral
Prematuros	-	-	-	0,5 ml
Neonatos	-	-	-	0,5 ml
Lactentes	-	-	-	1,0 ml
Crianças de 3 a 6 anos	-	1,5 ml	1,0 ml	1,5 ml
Crianças de 6 a 14 anos	0,5 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 – 2,0 ml	1,5 ml
Adolescentes	1,0 ml	2,0 – 2,5 ml	2,0 – 2,5 ml	1,5 – 2,0 ml
Adultos	1,0 ml	4,0 ml	4,0 ml	4,0 ml

Fonte: Adaptado de SILVA, L.M.G.; SANTOS, R.P. Administração de medicamentos. In: BORK, A.M.T. Enfermagem baseada em evidências. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p.166-190.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 10	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
COLETA DE SANGUE PARA GLICEMIA CAPILAR		

Objetivos	Realizar a coleta de amostra de material de biológico de forma a favorecer a execução do exame.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Luvas de procedimento, agulha 13x4,5 ou lanceta, glicosímetro, tiras de glicemia, algodão e álcool a 70% ou *swab* de álcool (lenço umedecido com álcool a 70%)		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Reunir o material. 2. Lavar as mãos. 3. Orientar o cliente. 4. Selecionar o local para coleta (dedo da mão). 5. Calçar luvas de procedimento. 6. Conectar a tira de glicemia ao aparelho, deixando-o pronto para receber a amostra de sangue. 7. Realizar a antissepsia do dedo. 8. Comprimir o dedo escolhido, fazer a punção digital e formar a gota de sangue. 9.Aproximar a tira de glicemia da gota de sangue e coletá-la. 10. A guardar o aparelho ler a amostra. 11. Comprimir o local puncionado com algodão limpo ou swab. 12. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria).	Unidade de medida da glicemia: mg/dL. Sinônimos de Glicemia capilar:HGT: Hemoglicoteste e Dextro.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE JOÃO PAULO II – CNPJ 22.564,221/0001-25
RODOVIA PE 60 KM 72,5 – S/N – CENTRO – BARREIROS/PE – CEP 55.560-000

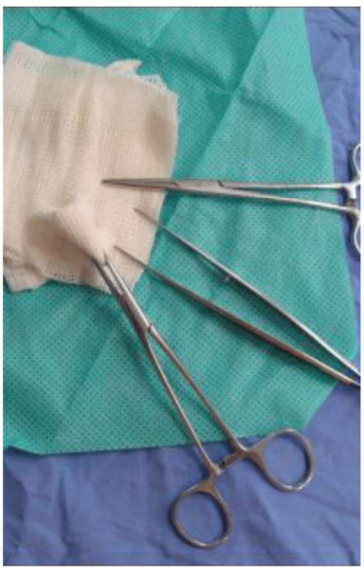
CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 11	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
CURATIVO: Queimadura		

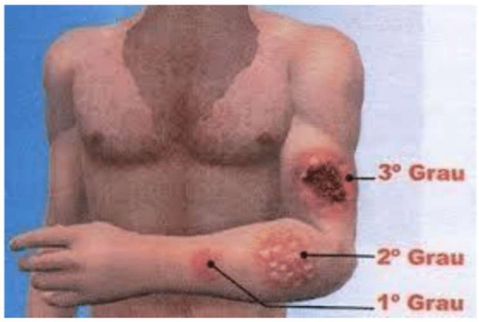
Objetivo	Remover corpo estranho, absorver exsudato, proteger a ferida, manter o medicamento no local, permitir a troca gasosa.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimentos em geral*
Materiais Necessários	Pacote de curativo esterilizado (pinça kelly + pinça dente de rato + pinça anatômica), soro fisiológico, sulfadiazina de prata a 1%, luva de procedimento, máscara comum, gazes esterilizadas, esparadrapo, atadura para bandagem.		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO

CHS - JOÃO PAULO II

Equipe de enfermagem	1. Reunir o material. 2. Lavar as mãos. 3. Orientar o cliente. 4. Calçar as luvas e vestir a máscara. 5. Abrir o pacote de curativo respeitando as técnicas assépticas, colocando as extremidades das pinças para fora do campo.  6. Expor a lesão. A pinça dente de rato deve ser utilizada para remoção do curativo antigo. 7. Avaliar o grau e a extensão da queimadura.	**Queimadura de 1º grau** – atinge somente a epiderme. Dor e vermelhidão. **Queimadura de 2º grau** – atinge a epiderme e a derme. Dor, vermelhidão e formação de bolhas. **Queimadura de 3º grau** – atinge todas as camadas da pele, inclusive o tecido adiposo, nervos e ossos. Pouca dor, já que destrói as terminações nervosas. A pele fica seca, dura, enrugada, escurecida ou esbranquiçada. Trocar o curativo diariamente ou sempre que necessário. De acordo com a Norma Técnica aprovada pela Res. Cofen n. 501/2015, as feridas são classificadas em: **Estágio I** - caracteriza-se pelo comprometimento da epiderme apenas, com formação de eritema em pele íntegra e sem perda tecidual. Curativo realizado pelo Auxiliar de enfermagem. **Estágio II** - caracteriza-se por abrasão ou úlcera, ocorre perda tecidual e comprometimento da epiderme, derme ou ambas. Curativo realizado pelo

CHS - JOÃO PAULO II

	8. Limpar com SF, de preferência em jato com seringa e agulha. 9. Remover o excesso de creme e tecido desvitalizado. 10. Secar ao redor da ferida. Deve-se utilizar uma "boneca" de gaze para secar. 11. Aplicar 5mm de sulfadiazina de prata a 1%, aplicar gaze úmida com SF, ocluir com cobertura secundária esterilizada, aplicar esparadrapo ou bandagem. 12. Arrumar a unidade. 13. Lavar as mãos. 14. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria). 	Técnico de Enfermagem. **Estágio III** - caracteriza-se por presença de úlcera profunda, com comprometimento total da pele e necrose de tecido subcutâneo, entretanto a lesão não se estende até a fáscia muscular. Curativo realizado pelo Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem (quando delegado). **Estágio IV** - caracteriza-se por extensa destruição de tecido, chegando a ocorrer lesão óssea ou muscular ou necrose tissular. Curativo realizado pelo Enfermeiro. A prescrição do curativo pode ser feita por médico ou enfermeiro. O enfermeiro deverá avaliar todas as feridas antes do curativo.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

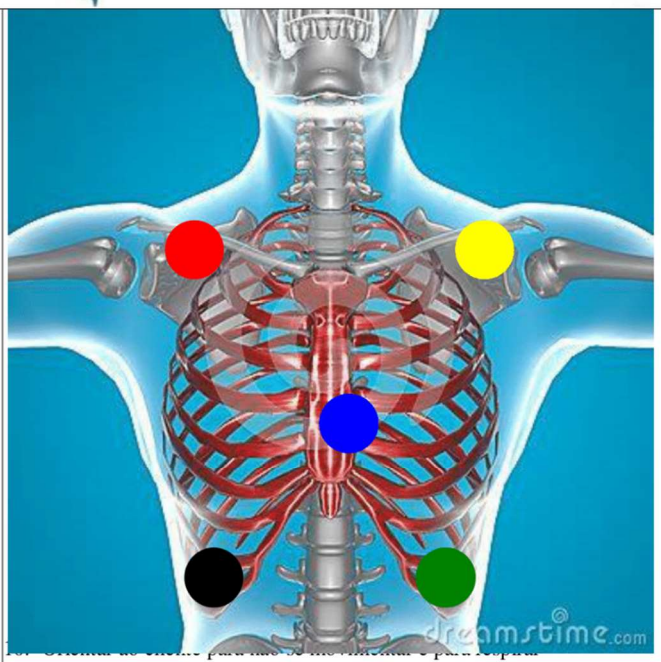
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 12	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

INSTALAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE MONITORIZAÇÃO HEMODINÂMICA

Objetivos	Permitir a análise do estado hemodinâmico do cliente		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Monitor cardíaco, esfigmomanômetro, estestocópio, oxímetro de pulso, maca, lençol, biombo, eletrodo descartável		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Enfermeiro ou Técnico de Enfermagem	1. Lavar as mãos. 2. Explicar o procedimento ao cliente. 3. Posicionar biombo. 4. Posicionar o cliente confortavelmente, solicitando que exponha o tórax, bem como retirar objetos metálicos (sutiã, celular, moedas, adornos). 5. Oferecer lençol ao cliente. 6. Aplicar os eletrodos descartáveis no tórax do cliente da seguinte forma: 1 eletrodo em cada ombro ou parte superior do tórax, 1 eletrodo em cada hipocôndrio, 1 eletrodo no centro do tórax. 7. Ligar o monitor cardíaco e conectar os cabos nos eletrodos da seguinte forma: cabo amarelo no eletrodo superior esquerdo, cabo verde no eletrodo inferior esquerdo, cabo vermelho no eletrodo superior direito, cabo preto no eletrodo inferior direito, cabo branco ou azul no eletrodo central. 8. Ligar o oxímetro de pulso e colocá-lo no dedo indicador do cliente. 9. Colocar o esfigmomanômetro no membro superior do cliente.	

CHS - JOÃO PAULO II



normalmente.

11. Observar se o traçado está adequado.
12. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria)
13. Após o uso, desligar os aparelhos, retirar eletrodos e esfigmo.
14. Ajudar o cliente a se limpar e se vestir.
15. Limpar os aparelhos e eletrodos com álcool a 70%.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 13	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR

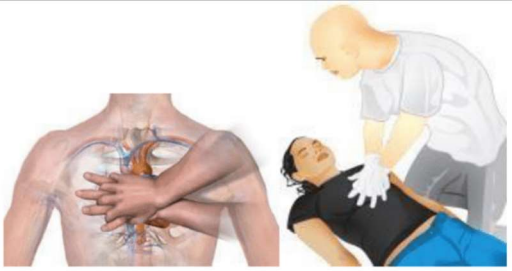
Objetivos	Reverter a parada cardiorrespiratória, permitindo o retorno da circulação sanguínea espontânea.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Materiais Necessários	Ressuscitador manual e Desfibrilador externo automático		

AGENTES	PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Equipe de enfermagem	1. Aproximar-se do cliente, observando se o mesmo responde/reage a estímulos. 2. Pedir ajuda (SAMU), o Desfibrilador externo automático (DEA) e o ambu, ao mesmo tempo em que checa o pulso central (carotídeo ou femural) e observa se há movimento respiratório, num intervalo de 5 a 10 segundos. **Verificação do pulso carotídeo** 3. O cliente que não responde, não tem pulso central e não respira, está em Parada Cardiorrespiratória (PCR). 4. Com a PCR confirmada, o profissional deverá iniciar **imediatamente** a Reanimação Cardiopulmonar (RCP), aplicando compressões torácicas efetivas e contínuas, com profundidade de 4 a 5 cm, conforme abaixo, na proporção de 30 compressões para cada 2 ventilações com ambu.	A checagem do pulso não deve ser demorada, recomendando-se o máximo de 10 segundos. Assim que o DEA estiver disponível, deve-se instalá-lo no cliente, enquanto outro profissional/socorrista continua as compressões torácicas. Não se recomenda o uso da respiração boca-a-boca, a fim de proteger o profissional/socorrista. Na presença do médico, a equipe de enfermagem deverá providenciar o acesso venoso periférico do cliente e administrar epinefrina endovenosa, 1 ampola a cada 3 a 5 minutos. Os procedimentos de RCP deverão ser suspensos quando: o profissional/socorrista estiver esgotado fisicamente ou o médico constatar o óbito. O uso da via aérea

CHS - JOÃO PAULO II

		avançada ocorrerá

CHS - JOÃO PAULO II

	 **Compressão torácica na RCP** 5. Na ausência do ambu, as compressões devem ser contínuas, numa frequência de 100 a 120 por minuto. 6. No momento em que o DEA estiver disponível, o mesmo deve ser ligado ao cliente, na seguinte seqüência: ligar o aparelho; aplicar as pás no tórax, sendo uma no tórax superior direito e outra no tórax lateral esquerdo; conectar as pás ao aparelho; afastar-se do cliente; aguardar a análise do ritmo; se for recomendado o choque, antes de aplicar, ter certeza de que ninguém está tocando no cliente; aplicar o choque; retomar imediatamente a RCP. **Uso do DEA** 7. A cada dois minutos de RCP, o profissional/socorrista deve parar o procedimento e checar o pulso central por 5 a 10 segundos, aplicar o choque se o DEA recomendar e retornar à RCP se o pulso se mantiver ausente. 8. Utilizar o ressuscitador manual (bolsa-válvula-máscara ou ambu), ventilando o cliente 2 vezes a cada 30 compressões torácicas, segurando de maneira firme a máscara contra o	quando o médico optar pela intubação traqueal. Caso haja máscara laríngea, o enfermeiro treinado poderá inseri-la. No cliente em PCR em uso de tubo traqueal ou máscara laríngea, as compressões torácicas serão contínuas, na proporção de 100 a 120 por minuto, e a ventilação ocorrerá 1 vez a cada 6 segundos.

CHS - JOÃO PAULO II

	rosto do cliente, prendendo-a com uma mão, ao mesmo tempo em que faz a hiperextensão do pescoço, e apertando a bolsa com a outra, conforme abaixo: **Ventilação com ambu** 9. Fazer o registro de enfermagem eletrônico ou no prontuário (assinar, COREN e categoria) 10. Após o uso, desligar o aparelho. 11. Encaminhar o ambu para esterilização.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências 1. COFEN

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 14	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ACOLHIMENTO DO PACIENTE		

Objetivos	Acolher os pacientes nas unidades do CHS João Paulo II.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Equipe de enfermagem		
Materiais Necessários	Caneta; Formulários – Ficha de classificação de Risco Manchester; Termômetro digital; Oxímetro de Pulso; Esfigmomanômetro; Estetoscópio; Glicosímetro; Escala de avaliação de dor.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Posso Ajudar 1. Acolher o usuário na porta de entrada da Unidade; 2. Orientar o usuário com relação ao fluxo interno como: horário de funcionamento, horários de médicos, localização de setores, serviços oferecidos pela Unidade, etc.; 3. Orientar e acompanhar o usuário, se necessário, ao setor solicitado internamente; 4. Fazer articulação com o Serviço Social em caso de usuários desacompanhados; 5. Orientar e organizar o fluxo da farmácia, do laboratório, das recepções e serviços em geral; 6. Direcionar o usuário com cortes à sala de sutura e informar ao profissional da urgência; 7. Organizar o fluxo da Classificação de Risco, seguindo os critérios definidos. **Servidor administrativo** 8. Preencher dados de identificação do paciente contidos na ficha no formulário – Ficha de Classificação de Risco Manchester; 9. Orientar o paciente para aguardar e/ou encaminhar para aferir sinais vitais. **Técnico de Enfermagem** 10. Aferir sinais vitais; 11. Orientar o paciente para aguardar e/ou encaminhar para realização de classificação de risco. **Enfermeiro** 12. Solicitar o comparecimento do paciente; 13. Realizar coleta de dados, conforme queixa apresentada; 14. Se necessário, verificar glicemia e oximetria de pulso e	**A RECLASSIFICAÇÃO deverá ser realizada** nos casos em que os pacientes não tenham sido atendidos no tempo definido na classificação de risco; **A glicemia deverá ser verificada** nos casos em que os pacientes apresentem história de diabetes ou sudorese excessiva, pele fria e pegajosa, hálito cetônico, prostação, confusão mental e/ou vertigem, poliúria, polidpsia, polifagia e emagrecimento; **A oximetria de pulso deverá ser realizada** nos casos em que os pacientes apresentem sinais e sintomas de dispnéia, cianose e taquicardia.

CHS - JOÃO PAULO II

ausculta pulmonar; 15. Realizar a classificação de Risco, conforme protocolo específico adotado no município; 16. Realizar registro da classificação de risco; 17. Orientar paciente sobre classificação realizada, bem como o provável tempo de espera para atendimento médico e/ou encaminhar paciente conforme Fluxograma do **Anexo A**. 18. Colocar ficha classificadas nos respectivos escaninhos; 19. Encaminhar o paciente para espera do atendimento médico.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1.MINISTÉRIO DA SAÚDE – Cartilha da PNH. Acolhimento com Classificação De Risco, HUMANIZA SUS 2004.

2.POTTER, P.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 15	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via intradérmica.		

Objetivos	Administrar por via intradérmica a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Equipe de enfermagem		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Álcool; Luva de Procedimento; Seringa de 3 ou 5 ml; Agulha 13 x 4,5; Algodão; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente em posição sentada; 7. Higienizar as mãos; 8. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 9. Confirmar se paciente é alérgico ou não a medicação; 10. Escolher a região para aplicação intradérmica (antebraço anterior); 11. Higienizar as mãos; 12. Calçar as luvas de procedimento; 13. Realizar a antissepsia do local que será realizado a aplicação intradérmica; 14. Administrar lentamente medicamento da seringa, exercendo pressão no êmbolo. Será observada uma pápula; 15. Retirar a seringa em um único movimento, em seguida coloque na bandeja; Obs.: Não reencapar a agulha. 17. Orientar o paciente e/ou monitore-o para possíveis reações locais a medicação administrada;	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto;

CHS - JOÃO PAULO II

18. Desprezar o material contaminado segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 19. Higienizar as mãos; 20. Calçar as luvas de procedimento; 21. Recolher o material para reprocessamento; 22. Checar o aprazamento na prescrição médica; 23. Registrar o procedimento realizado, o local de aplicação do medicamento e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada,. • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescrita estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa**

CHS - JOÃO PAULO II

	• Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 16	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Administração de medicação por via intramuscular

Objetivos	Administrar por via intramuscular a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Álcool; Luva de Procedimento; Seringa de 3 ou 5 ml; Agulha; Algodão; Fita; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente em posição sentada; 7. Higienizar as mãos; 8. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 9. Confirmar se paciente é alérgico ou não a medicação; 10. Escolher a região para aplicação intramuscular (ventro-glúteo, dorso-glúteo, vasto lateral da coxa e deltoide); 11. Higienizar as mãos; 12. Calcar as luvas de procedimento; 13. Realizar a antissepsia do local que será realizado a aplicação intramuscular; 14. Inserir a agulha em um ângulo de 90º; 15. Puxar o êmbolo para conferir se há retorno sanguíneo ou não. Não administrar a medicação nos casos, em que houver retorno sanguíneo; 16. Administrar lentamente medicamento da seringa, exercendo pressão no êmbolo; 17. Retirar a seringa em um único	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; □ Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto;

CHS - JOÃO PAULO II

movimento, em seguida coloque na bandeja; Obs.: Não reencapar a agulha. 18. Colocar algodão no local em que administrou a medicação exercendo leve pressão; 19. Orientar o paciente e/ou monitorar para possíveis reações a medicação administrada; 20. Desprezar o material contaminado segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS* 21. Higienizar as mãos; 22. Calce as luvas de procedimento; 23. Recolher o material para reprocessamento; 24. Checar o aprazamento na prescrição médica; 25. Registrar o procedimento realizado, o local de aplicação do medicamento e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescrita estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa**

CHS - JOÃO PAULO II

	• Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha. **Para administração de Noripurum – Injeção Intramuscular Profunda:** Noripurum IM deve ser aplicado obrigatoriamente na região glútea e com agulha longa (5 cm) que acompanha a embalagem. Deve-se utilizar outra agulha para aspirar o conteúdo do frasco. A seringa com Noripurum injetável IM deve conter pequena bolha de ar para evitar o gotejamento do medicamento e a infiltração tecidual.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

3.Conselho Regional de Enfermagem. Parecer 039/2012 - Ementa: Aplicação de injeção intramuscular.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 17	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via intravenosa		

Objetivos	Administrar por via intravenosa a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Álcool; Luva de Procedimento; Óculos; Garrote; Gaze estéril; Bolsa de soro com equipo; Esparadrapo; Dispositivo para Acesso venoso periférico: Escalpe – Adulto (19 e 21) / Criança (23 e 25) Cateter sobre agulha - Adulto (18 e 20) / Criança (22 e 24) Lixo para descarte de resíduos; Recipiente para descarte de agulhas.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente em posição ou dorsal; 7. Higienizar as mãos; 8. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 9. Confirmar se paciente é alérgico ou não a medicação; 10. Escolher a região para realização da punção venosa realizando inspeção e a palpação; Obs.: Para os casos em que apresentar dificuldade visual, utilizar-se de métodos para dilatá-la: posicionar braço abaixo do nível do coração, dar "tapinhas" na veia, pedir ao paciente para abrir e fechar a mão ou aplicar compressa morna no local. 11. Selecionar o cateter: Priorizar o uso de escalpe. Cateter sobre agulha deverá ser utilizado, preferencialmente, em idosos, crianças maior ou igual a 1 ano, pacientes edemaciados, pacientes desidratados e	As contraindicações relativas da inserção de um cateter em veia periférica em um determinado local são infecção, flebite, esclerose de veias, infiltração intravenosa prévia, queimaduras ou lesões traumáticas proximais ao local de inserção, fístula arteriovenosa no membro e procedimento cirúrgico afetando o membro. Para escolha da cateterização venosa preferenciar as veias de membros superiores. Obs: Veia cubital mediana acomoda cateteres mais calibrosos. Calcular adequadamente o gotejamento conforme regra abaixo: **PARA MACROGOTAS** **Nº de gotas/minuto = V/Tx3;** V= volume em ml T = em horas **PARA MICROGOTAS** **Nº de microgotas/minuto = V/T;** V= volume em ml T= tempo em horas Ou **Nº de microgotas= nº de gotas x3.** **Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome

CHS - JOÃO PAULO II

pacientes que apresentarem febre maior ou igual a 38,5ºC. 12. Realizar a antissepsia do local que será realizado a punção venosa; Obs. : Após antissepsia não palpar o local novamente. 13. Tracionar a pele distal ao local da punção venosa com a mão não dominante; 14. Inserir o cateter na veia com o bisel voltado para cima em ângulo de 5 a 30 graus (quanto mais superficial a veia, menor o ângulo de inserção); 15. Após inserção efetiva do cateter será observado refluxo sanguíneo; 16. Remover o garrote; 17. Conectar o Soro Fisiológico e confirme acesso se cateter está pérvio. Diante da ocorrência de edema, vermelhidão, extravasamento ao redor ou desconforto: realizar nova punção venosa; 18. Fixar o cateter com esparadrapo; 19. Iniciar infusão, se confirmado permeabilidade e calcule a velocidade do gotejamento de acordo com a prescrição médica; 20. Desprezar o material contaminado segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS* 21. Higienizar as mãos; 22. Calçar as luvas de procedimento; 23. Recolher o material para reprocessamento; 24. Checar o aprazamento na prescrição médica; 25. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com “zero”, “vírgula” e “ponto” devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso “se necessário” deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como

CHS - JOÃO PAULO II

	"fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo prescrita em papeleta posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 18	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Administração de medicação por via nasal.

Objetivos	Administrar por via nasal a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Gaze ou lenço de papel; Cotonete; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente na posição sentada ou cabeceira elevada; 7. Realizar a limpeza das narinas com uso de cotonete e/ou orientar ao paciente que limpe as narinas com lenço ou gaze; 8. Higienizar as mãos; 9. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 10. Orientar ao paciente a inclinar a cabeça para trás, permanece nessa posição 2 minutos após a administrar a medicação e não assuar durante alguns minutos; 11. Administrar a medicação nas narinas; Obs: Não encostar frasco do medicamento nas narinas. 12. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 13. Higienizar as mãos; 14. Checar o aprazamento na prescrição médica; 15. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	Para administração de aerossolterapia/nebulização e oxigenoterapia, consultar POP específico. **Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; □ Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa**

CHS - JOÃO PAULO II

	• Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • Não deverão ser administrados medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou

CHS - JOÃO PAULO II

	prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 19	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via ocular.		

Objetivos	Administrar por via ocular a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Gaze ou lenço de papel; Soro fisiológico; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente na posição sentada ou cabeceira elevada; 7. Se necessário, realizar a limpeza dos olhos do paciente com uso de Gaze e soro fisiológico; 8. Higienizar as mãos; 9. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 10. Orientar ao paciente a inclinar a cabeça para trás, permanece nessa posição com olhos fechados 2 minutos após a administrar a medicação; 11. Administrar a medicação no saco conjuntival; Solicitar ao paciente que feche os olhos, movimente o globo ocular com as pálpebras; 13. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 14. Higienizar as mãos; 15. Checar o aprazamento na prescrição médica; 16. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem,	Não administrar a medicação diretamente na córnea; As pomadas deverão ser administradas no saco conjuntival do canto interno para o externo. **Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento;

CHS - JOÃO PAULO II

assinar e carimbar apondo o profissional.	• Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita;

CHS - JOÃO PAULO II

	• Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescrita estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.). • Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 20	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via oral.		

Objetivos	Administrar por via oral a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Copo descartável; Seringa para casos de medicações líquidas; Água; Gaze ou lenço de papel; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar medicamento no copo, se necessário diluir; 7. Colocar o paciente na posição sentada ou cabeceira elevada; 8. Higienizar as mãos; 9. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 10. Orientar ou auxiliar a administração da medicação oral: entregar o comprimido ou solução, após oferecer copo com água para auxiliar na deglutição; 11. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 12. Higienizar as mãos; 13. Checar o aprazamento na prescrição médica; 14. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa**

CHS - JOÃO PAULO II

	• Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada,. • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente;

CHS - JOÃO PAULO II

	• Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.). **Observação:** A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 21	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via otológica.		

Objetivos	Administrar por via otológica a medicação prescrita.		
Setor	***Serviço de Enfermagem***	**Tipo**	***Atendimento em geral***
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Gaze ou lenço de papel; Luvas de procedimentos, se necessário; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Descrição das atividades: 1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente na posição sentada ou cabeceira elevada; 7. Higienizar as mãos; 9. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 10. Solicitar e auxiliar o paciente para inclinar a cabeça para o lado; **Obs.:** Diante de secreções, utilizar luvas de procedimento. 11. Segurar o pavilhão auricular puxar suavemente o lóbulo, para fora e para cima; 12. Administrar a medicação prescrita e solicitar que o paciente permaneça em décubito lateral em torno de 2 minutos; Obs.: Se necessário, realizar o procedimento do lado oposto. 13. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS* 12. Higienizar as mãos; 13. Checar o aprazamento na prescrição médica; 14. Registrar o procedimento realizado e	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente

CHS - JOÃO PAULO II

intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita;

CHS - JOÃO PAULO II

	• Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 22	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via retal.		

Objetivos	Administrar por via retal a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Luvas de procedimentos; Máscara cirúrgica; Óculos de proteção; Sonda retal; Soro fisiológico; Forro impermeável; Comadre; Toalha, campo ou lençol; Gaze; Sabão ou degermante; Gel anestésico ou vaselina; Biombo; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar biombo no leito; 7. Higienizar as mãos; 8. Calçar as luvas; 9. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 10. Posicionar o paciente na posição Sims; 11. Colocar o forro impermeável; 12. Colocar uma toalha/lençol sobre o paciente; **Supositório:** 13. Lubrificar a cânula de aplicação com gel anestésico ou vaselina; Introduzir cânula no reto e administrar medicação; 15. Retirar cânula do reto; 16. Solicitar que paciente aguarde o máximo possível para iniciar a evacuação;	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa**

CHS - JOÃO PAULO II

17. Encaminhar o paciente ao banheiro ou oferecer uma comadre; 13. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS* 12. Higienizar as mãos; 13. Checar o aprazamento na prescrição médica; 16. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional. **Enteroclisma** 13. Acoplar o frasco com a solução prescrita no suporte soro; 14. Orientar, auxiliar ou realizar a higiene íntima do paciente com uso de sabão ou degermante; 15. Lubrificar a cânula de aplicação com gel anestésico ou vaselina; 16. Colocar os EPI; 17. Introduzir cerca de 10 cm da cânula ou bico do clister no reto e administrar medicação; 18. Retirar a sonda ou frasco do clister e encaminhar o paciente ao banheiro ou oferecer comadre; 19. Solicitar que paciente aguarde em torno de 5 a 15 minutos para iniciar a evacuação; 20. Encaminhar o paciente ao banheiro ou oferecer uma comadre; 21. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 22. Higienizar as mãos; 23. Checar o aprazamento na prescrição médica; 24. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescrita estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa**

	• Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar.). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 23	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via subcutânea.		

Objetivos	Administrar por via subcutânea a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Álcool; Luva de Procedimento; Seringa de 1 ml; Agulha 13 x 4,5; Gaze ou Algodão; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Posicionar o paciente; 7. Higienizar as mãos; 8. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 9. Escolher a região para aplicação subcutânea (Parede abdominal, face anterolateral da coxa e face externa do braço); 10. Higienizar as mãos; 11. Calçar as luvas de procedimento; 12. Realizar a antissepsia do local que será realizado a aplicação subcutânea; 13. Fazer prega com a mão não dominante e introduzir agulha em ângulo de 90º; 14. Desfazer prega; 15. Administrar lentamente medicamento da seringa, exercendo pressão no êmbolo; 16. Retire a seringa em um único movimento, em seguida coloque na bandeja; Obs.: Não reencapar a agulha. 17. Desprezar o material contaminado segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 18. Higienizar as mãos;	**Recomendações:** Realizar rodízio dos locais de aplicação da medicação; **Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do

CHS - JOÃO PAULO II

19. Calcar as luvas de procedimento; 20. Recolher o material para reprocessamento; 21. Checar o aprazamento na prescrição médica; 22. Registrar o procedimento realizado, o local de aplicação do medicamento e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma

CHS - JOÃO PAULO II

	farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). **Observação:** A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 24	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via sublingual.		

Objetivos	Administrar por via sublingual a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Copo descartável; Água; Gaze ou lenço de papel; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Higienizar as mãos; 7. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 8. Orientar ou auxiliar a administração da medicação sublingual: entregar o comprimido ou coloca-lo sob a língua. Após orientar o paciente a não engoli-lo ou mastiga-lo; 9. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 10. Higienizar as mãos; 11. Checar o aprazamento na prescrição médica; 12. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem, assinar e carimbar apondo o profissional.	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor.

CHS - JOÃO PAULO II

	IV. Hora certa • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor.

CHS - JOÃO PAULO II

	IX. Resposta certa • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). **Observação:** A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 25	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de medicação por via tópica.		

Objetivos	Administrar por via tópica a medicação prescrita.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Caneta; Medicamento prescrito; Água; Gaze ou lenço de papel; Lixo para descarte de resíduos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Higienizar as mãos; 7. Conferir o nome completo do paciente que será medicado; 8. Solicitar, auxiliar ou realizar higienização corporal ou local para aplicação de medicação tópica; 8. Orientar ou auxiliar a administração da medicação tópica: Aplicar fina camada sobre a região recomendada; 9. Desprezar o material segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 10. Higienizar as mãos; 11. Checar o aprazamento na prescrição médica; 12. Registrar o procedimento realizado e intercorrências na anotação de enfermagem., assinar e carimbar	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa**

CHS - JOÃO PAULO II

apondo o profissional.	• Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescrita estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa**

CHS - JOÃO PAULO II

	• Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). **Observação:** A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 26	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de Nutrição Enteral (NE).		

Objetivos	Melhorar ou manter o estado nutricional de pacientes que apresentam ou têm risco de desnutrição, administrando a dieta de forma correta, proporcionando qualidade e segurança aos pacientes submetidos a esse tipo de nutrição.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Suporte de soro; Bandeja ou cuba rim não estéril; Bomba de Infusão (BI) *; Estetoscópio; Frasco de Nutrição Enteral (NE); Equipo de dieta enteral ou equipo para bomba de infusão para Nutrição Enteral; Seringa de 20 ml; Pares de luvas de procedimento; Máscara descartável; Gorro/Touca; Copo com água filtrada; Gaze não estéril; Almotolia com álcool a 70%; Toalha de papel; Lixeira ou descarte apropriado.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Identificar-se; 2. Checar o leito e nome do paciente; 3. Orientar o paciente e ou família sobre procedimento; 4. Realizar higienização das mãos com água e sabão, conforme protocolo específico de higienização das mãos; 5. Colocar a máscara; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Colocar gorro/touca; 8. Separar uma bandeja para o procedimento; 9. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%; 10. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja; 11. Realizar conferência do rótulo da dieta conforme prescrição médica; 12. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 13. Posicionar o paciente no leito, elevando à cabeceira aproximadamente 30° a 45°; 14. Checar a localização da sonda; 15. Conectar a extremidade proximal do equipo no recipiente da NE e preencher toda extensão retirando o ar; 16. Pinçar a extremidade distal do equipo e conectá-la à sonda, assegurando os princípios de assepsia; 17. Abrir a pinça do equipo e iniciar a infusão da NE, conforme prescrição médica; 18. Após o término da NE, deve-se lavar a sonda com 20 ml de água filtrada para evitar obstrução; 19. Fechar a sonda com seu dispositivo próprio; 20. Manter cabeceira elevada por no mínimo 30 minutos;	

CHS - JOÃO PAULO II

21. Se a dieta for infundida por BI, deve-se pendurar o frasco da NE pela alça de sustentação - alça localizada na extremidade oposta ao tubo de conexão - acoplar o equipo à bomba de infusão e programar a vazão, conforme prescrição médica; 22. Desprezar o material contaminado segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS; 23. Retirar as luvas e higienizar as mãos; 24 Anotar o procedimento executado no prontuário do paciente e checar o horário na prescrição médica e/ou de enfermagem (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e o enfermeiro na folha de evolução); 25 Supervisionar e avaliar, continuamente.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. Ministério da Saúde. RDC nº 63, de 6 de julho de 2000. Requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 27	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Administração de Aerossolterapia/Nebulização.		

Objetivos	Umidificar a via aérea superior, diminuir a inflamação através das associações de corticoides à nebulização.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Kit de Nebulização/Aerossolterapia; Bandeja; Luva de Procedimento; Máscara; Soro Fisiológico 0,9% ou Medicação prescrita pelo Médico; Fonte de oxigênio/ar comprimido; Fluxômetro; Etiqueta de identificação; Papel Toalha; Lixeira ou descarte apropriado.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Orientar o paciente sobre o procedimento; 2. Conferir a prescrição; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Separar o material a ser utilizado na bandeja; 5. Fazer a etiqueta de identificação do medicamento: nome do medicamento e concentração e dose; 6. Colocar o paciente em posição Fowler - 45º "semi-sentada"; 7. Montar o sistema e conectar o inalador a rede de oxigênio ou ar comprimido através do fluxômetro; 8. Regular o fluxo de oxigênio ou ar comprimido de acordo com a prescrição através do fluxômetro, verificando se há saída de névoa do inalador; 9. Colocar a máscara sobre a face do paciente delicadamente e orientá-lo a respirar tranquilamente; 10. Manter a inalação durante o tempo indicado, observando o paciente; 11. Deixar o paciente confortável; 12. Fechar a válvula do fluxômetro	**Verificação para administração segura de medicamentos Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado; • Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o

CHS - JOÃO PAULO II

quando na ausência de névoa; 13. Desconectar a extensão do inalador; 14. Recolher o material para limpeza e guarda; 19. Desprezar o material contaminado segundo Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS*; 15. Higienizar as mãos; 16. Checar o aprazamento na prescrição médica; 17. Realizar anotações de enfermagem no prontuário.	prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; • Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou

CHS - JOÃO PAULO II

	prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar). Observação: A administração por ordem verbal deve ser utilizada somente em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Segurança do Paciente. Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 28	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Oxigenoterapia		

Objetivos	Aumentar a quantidade de oxigênio no organismo.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Kit de Oxigenoterapia; Luva de Procedimento; Umidificador; Água destilada; Fonte de oxigênio/ar comprimido; Fluxômetro; Etiqueta de identificação; Papel Toalha; Lixeira ou descarte apropriado.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Oxigenoterapia por cateter nasal 1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao paciente; 3. Reunir todo o material necessário na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira; 4. Preencher o frasco umidificador com água destilada, no máximo 2/3 de sua capacidade, caso o paciente queixe de incômodo ou secura; 5. Testar a saída de oxigênio; 6. Instalar o fluxômetro, caso este já não esteja na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador; 7. Conectar o cateter nasal a extensão e este ao umidificador; 8. Calçar as luvas de procedimento não estéreis; 9. Colocar o cliente em posição decúbito dorsal em semi-fowler; 10. Avaliar as narinas quanto à integridade, desvio de septo e se a mucosa encontra-se pérvia para o procedimento, solicitando ao cliente que assoe uma narina e oclua a outra, identificando a mais adequada para inserir o cateter; 11. Medir a distância entre a fossa nasal e o lóbulo da orelha e demarque com fita adesiva cirúrgica; 12. Umedecer a gaze com água destilada, passar no cateter até a demarcação, elevar a ponta do nariz usando o dedo indicador e introduzir o cateter de forma suave e firme até a demarcação; 13. Fixar o cateter com a fita adesiva cirúrgica no nariz e na testa ou então na face lateral do rosto; 14. Conectar a extensão no cateter nasal e regular o fluxômetro, conforme prescrição médica ou saturação periférica;	**Verificação para administração segura de medicamentos** ATENÇÃO! O suporte de O_2 é indicado para os seguintes casos: 1. Parada cardiorrespiratória; 2. Infarto agudo do miocárdio; 3. Intoxicação por gases; 4. Traumatismos graves; 5. Angina instável; 6. Recuperação pós-anestésica; 7. Insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada; 8. Insuficiência cardíaca congestiva; 9. Apneia obstrutiva do sono. Todos os pacientes que fizerem uso do O2 devem ser monitorados quanto à oximetria de pulso, através de um oxímetro; Oxigênio deve ser prescrito para atingir uma saturação-alvo de 94-98% para a maioria dos pacientes graves, ou 88-92% para aqueles em risco de Insuficiência Respiratória do tipo Hipercápnica. A faixa de saturação alvo recomendado para pacientes com doença aguda não em risco de insuficiência respiratória é 94-98%. Alguns indivíduos normais, especialmente pessoas com idade igual ou maiores de 70 anos,

CHS - JOÃO PAULO II

15. Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente; 16. Retirar as luvas; 17. Higienizar as mãos; 18. Avaliar o cliente quanto ao alívio dos sinais e sintomas; 19. Checar o aprazamento na prescrição médica; 20. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, apondo o profissional. **Obs.: Realizar o revezamento do catéter nasal nas narinas a cada 8 horas e observar a integridade e perviedade do catéter**. **Oxigenoterapia por cateter tipo óculos ou cânula nasal** 1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento e a finalidade ao cliente; 3. Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira; 4. Preencher o frasco umidificador com água destilada, no máximo 2/3 de sua capacidade, caso fluxo maior que 4 L/min ou caso paciente queixe de secura ou desconforto; 5. Testar a saída de oxigênio; 6. Instalar o fluxômetro, caso este já não esteja na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador; 7. Conectar o cateter tipo óculos a extensão e este ao umidificador; 8. Calçar as luvas de procedimento não estéreis; 9. Colocar o cliente em posição decúbito dorsal em semi-fowler; 10. Introduzir as pontas da cânula nas narinas do cliente e ajustar acima e atrás de cada orelha e abaixo da região mentoniana; 11. Regular o fluxômetro conforme prescrição médica ou saturação periférica; 12. Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente; 13. Retirar as luvas e higienizar as mãos; 14. Avaliar o cliente quanto ao alívio dos sinais e sintomas; 15. Checar o aprazamento na prescrição médica; 16. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, apondo o profissional. **Obs.: Realizar a troca do cateter a cada 24 horas e observar a integridade da pele do paciente.** **Oxigenoterapia por Máscaras** 1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento e finalidade ao cliente; 3. Reunir todo o material na bandeja e colocar sobre a mesa de cabeceira; 4. Preencher o frasco umidificador com água destilada, no máximo 2/3 de sua capacidade. Para máscara de Venturi preencher o frasco com água destilada no limite mínimo; 5. Testar a saída de oxigênio; 6. Instalar o fluxômetro, caso este já não esteja na saída de oxigênio e conectá-lo ao umidificador;	podem ter medidas de SpO2 abaixo de 94% e não necessitam de terapia de oxigênio quando clinicamente estável; Para a maioria dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) ou outros fatores de risco conhecidos para insuficiência respiratória (por exemplo, obesidade mórbida, deformidades da parede torácica ou desordens neuromusculares), uma meta de saturação de 88-92% é sugerido enquanto se aguarda a disponibilidade de resultados de gases no sangue; Mulheres grávidas que sofrem de grande trauma, sepse ou doença aguda (relacionados com diminuição líquido amniótico, embolia, eclampsia ou hemorragia pré-parto ou pósparto) devem receber a mesma terapia com O2 como quaisquer outros paciente, com um alvo de SpO2 = 94-98%; Quanto à necessidade ou não da umidificação nos sistemas de alto e baixo fluxos, verifica-se que, de acordo com a literatura, não se faz necessário o uso de umidificação quando oferta-se baixos fluxos de O2, até 4 L/min pela cânula nasal, pois a própria nasofaringe consegue umidificar corretamente esse fluxo de O2 ofertado. Porém, quando oferta-se um fluxo acima de 4 L/min faz-se necessário o uso da umidificação, pois a nasofaringe não consegue umidificar o ar entregue às narinas em um fluxo mais alto. Quanto aos pacientes traqueostomizados, faz-se sempre necessário, a qualquer fluxo, o uso da umidificação artificial, pois o suporte de O2 está sendo entregue diretamente à traqueia do paciente, não passando pela nasofaringe (KOCK KS, ROCHA PAC, SILVESTRE JC *et al,* 2014). Os sistemas de baixo de fluxo são: cateter nasal, cateter tipo óculos, máscara facial simples, máscara com reservatório e máscara de traqueostomia. Já o sistema de alto fluxo são as máscaras de Venturi (MACHADO, 2008).

CHS - JOÃO PAULO II

7. Conectar a máscara a extensão e esta ao umidificador. Para máscara com reservatório, encher a bolsa antes de colocá-la no cliente; 8. Posicionar a máscara sobre o nariz e a boca. Disponha as tiras ao redor da face e ajuste-as para que se adapte confortavelmente a face. Caso seja paciente traqueostomizado, posicionar a máscara na região em frente a traqueostomia e ajustar a fixação ao redor do pescoço do paciente; 9. Utilizar gazes dobradas protegendo as orelhas; 10. Regular o fluxômetro conforme prescrição médica ou saturação periférica; 11. Reunir e retirar todo o material da unidade do cliente; 12. Retirar as luvas e higienizar as mãos; 13. Avaliar o cliente quanto ao alívio dos sinais e sintomas; 14. Checar o aprazamento na prescrição médica; 15. Realizar anotações de enfermagem no prontuário, apondo o profissional. **Obs.: Higienizar a máscara, sempre que necessário, e sempre verificar a integridade da pele do paciente que entra em contato com a máscara ou com a fixação.**	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. POP: Oxigenoterapia Hospitalar em Adultos e Idosos – Unidade de Reabi-litação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitala-res, 2015.
3. KOCK KS, ROCHA PAC, SILVESTRE JC *et al.* Adequações dos dispositivos de oxigenoterapia em enfermaria hospitalar avaliadas por oximetria de pulso e gasometria arterial. In: POP: Oxigenoterapia Hospitalar em Adultos e Idosos – Unidade de Reabi-litação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitala-res, 2015
4. MACHADO, 2008. Bases da Fisioterapia Respiratória: Terapia Intensiva e Reabilitação. In: POP: Oxigenoterapia Hospitalar em Adultos e Idosos – Unidade de Reabi-litação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba: EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitala-res, 2015.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 29	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Aferição da Pressão Braquial.		

Objetivos	Monitorar valor numérico da pressão arterial (sistólica e diastólica) em mmHg ou cmHg.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Manguitos de tamanho adequado a cada cliente; Esfigmomanômetro aneróide/coluna de mercúrio/aparelho eletrônico validado; Estetoscópio; Bandeja; Bolas de algodão; Álcool 70% desinfetante; Luva de Procedimento; Lixeira ou descarte apropriado.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 2. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento e repouso por 5 a 10 min. (antes da aferição); 3. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 4. Desinfetar as olivas e o diafragma do estetoscópio friccionando três vezes com algodão embebido em álcool 70°; 5. Realizar a desinfecção da braçadeira com álcool a 70%/Aparelho eletrônico; 6. Reunir o material na bandeja e levá-la próximo ao paciente; 7. Realizar a higienização das mãos; 8. Manter pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado; 9. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou quarto espaço intercostal), livre de roupas, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido; 10. Observar para que os prolongamentos de borracha não se cruzem; Colocar o manguito sem deixar folgas acima da fossa cubital, cerca de 2 a 3 cm; 12. Solicitar para que não fale durante a medida; 13. Palpar o pulso braquial; 14. Colocar o diafragma do estetoscópio sobre a artéria braquial do usuário, observando que o estetoscópio não fique sob o manguito, colocando o manômetro em posição para a leitura; 15. Palpar a pressão sistólica antes da ausculta; 16. Fechar a válvula da pêra do manguito; 17. Inflar rapidamente até ultrapassar 20 a 30 mmHg do nível estimado da pressão	

CHS - JOÃO PAULO II

sistólica; 18. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg por segundo); 19. Determinar a pressão sistólica na ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é um som fraco seguido de batidas regulares e após, aumentar ligeiramente a velocidade de deflação; 19. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff); 20. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa; 21. Em caso de dúvida, repetir a operação 5 minutos após, para confirmar; 22. Informar os valores de pressão arterial obtidos para o paciente; 23. Abrir a válvula a após a saída de todo o ar retirar o manguito; 24. Lavar e guardar os materiais; 25. Registrar o valor obtido na ficha e/ou instrumento específico do paciente, informando se teve algumas anormalidades.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica ° 15. Hipertensão Arterial Sistêmica.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 30	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Aferição da Temperatura Axilar e Oral.		

Objetivos	Obtendo valores fidedignos da temperatura corporal.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luva de Procedimento; Máscara, se precaução; Termômetro de mercúrio ou digital; Álcool a 70%; Algodão; Papel toalha; Bandeja.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; 2. Confirmar o nome do paciente, solicitando a verbalização do mesmo; 3. Higienizar as mãos; 4. Realizar a desinfecção do termômetro com algodão embebido em álcool a 70% na direção da ponta para o bulbo em movimento único; 5. Verificar se a coluna de mercúrio está abaixo de 35ºC, em caso negativo, agitar vigorosamente o termômetro para que a coluna de mercúrio desça; 6. **Para aferição temperatura axilar**: o bulbo do termômetro deve ser posicionado sob a axila seca e o profissional deve solicitar ao paciente que posicione o braço sobre o peito, com a mão em direção ao ombro oposto; 7. **Para aferição Temperatura oral:** o bulbo do termômetro deve ser posicionado na região sublingual; 8. Manter o termômetro pelo tempo indicado 3 a 5 minutos ou até que seja emitido sinal sonoro do equipamento; 9. Para a leitura da temperatura, segurar o termômetro ao nível dos olhos, o que facilita a visualização; 10. Agitar o termômetro para que a coluna de mercúrio desça novamente (35ºC); 11. Após o uso, a desinfecção do termômetro deve ser realizada no sentido do corpo para o bulbo, obedecendo ao princípio do mais limpo para o mais sujo, mediante lavagem com água e sabão ou limpeza com álcool a 70%; 12. Higienizar as mãos; 13. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Contraindicado aferição temperatura axilar em casos de processo infeccioso na axila ou estado de desnutrição severo. Nestas situações considerar outros locais para obter a temperatura corporal; • Contraindicado aferição em de temperatura oral em crianças com atraso no desenvolvimento, convulsões, alterações do nível de consciência e não cooperativas.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	Data da Elaboração	*02/10/2018*

CHS - JOÃO PAULO II

Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. Fundamentos de Enfermagem. Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/pae_cad3.pdf

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 31**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**

Alta do paciente.

Objetivos	Otimizar a alta do paciente e orientar quanto aos cuidados após alta.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Médico, Serviço Social, Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Prontuário do Paciente com a alta lançada pelo médico; Receituário Médico se necessário; Impressos diversos.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Comuns a todos os profissionais: 1. Identifique o paciente de alta hospitalar; 2. Em presença do paciente e preferencialmente também de algum familiar, fazer as orientações verbalmente; 3. Entregar pertences e documentos que estavam em posse da unidade; 4. Descrever no prontuário do paciente que ele foi orientado quanto aos cuidados em casa. **Médico** 1. Proceder e comunicar alta médica. **Enfermeiros** 2. Comunicar o paciente sobre alta médica; 3. Entrar em contato com familiares ou serviço social do município nos casos em que familiares não estejam no serviço na ocasião da alta hospitalar; 4. Entregar ao paciente ou familiar os exames realizados na unidade durante a internação; 5. Orientar paciente ou familiar sobre agendamentos para consultas solicitas pelo médico; 6. Retirar acesso venoso periférico; 7. Retirar sondas/drenos e outros quando solicitado pelo médico; 8. Orientar sobre cuidados com sondas e nos casos em que exija a permanência de sonda vesical demora; 9. Orientar paciente e familiar para cuidados no domicílio; 10. Se necessário, providenciar transporte para paciente; 11. Encaminhar prontuário para guarda;	

CHS - JOÃO PAULO II

Técnicos de Enfermagem 12. Retirar acesso venoso periférico; 13. Retirar sondas/drenos e outros quando solicitado pelo médico. **Serviço Social** 1. Entrar em contato com familiares ou serviço social do município nos casos em que familiares não estejam no serviço na ocasião da alta hospitalar; 2. Se necessário, providenciar transporte para paciente.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 6ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier. 2005.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 32	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Aspiração das Vias Aéreas Superiores.		

Objetivos	Remover secreções ou outros materiais mantendo a permeabilidade das vias aéreas.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja; Cuba rim; Álcool à 70% ; Luvas de procedimento; Sonda de aspiração descartável; Gaze não estéril; Água destilada ou soro fisiológico; Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, avental ou capote não-estéril; Compressa ou papel toalha; Aparelho de aspiração portátil; Frasco de vidro de aspiração ou frasco coletor de secreções.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Informar procedimento ao paciente, familiar ou acompanhante; 3. Realizar ausculta dos sons respiratórios, e, monitorar a frequência cardíaca, frequência respiratória, coloração, facilidade das incursões respiratórias; 4. Certificar funcionamento do aspirador; 5. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 6. Realizar higienização das mãos; 7. Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento; 8. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea; 9. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja; 10. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, colocando-o em semifowler (45°) ou sentada; 11. Colocar EPI; 12. Proteger o tórax do paciente com papel toalha;	

CHS - JOÃO PAULO II

13. Abrir o invólucro da sonda de aspiração, mantendo-a dentro da embalagem; 14. Calçar as luvas de procedimento; 15. Mensurar o tamanho da sonda para realização; 16. Conectar a sonda ao sistema de aspiração; 17. Ligar o aparelho portátil de aspiração; 18. Introduzir a sonda na cavidade nasal e realizar a aspiração na cavidade nasal em movimentos suaves, regulares e circulares; Obs.: Não permanecer com a sonda dentro da cavidade nasal por mais de 10 a 15 segundos. 19. Irrigar a sonda entre as aspirações introduzindo a extremidade na cuba rim com água destilada estéril ou SF 0,9%; 20. Realizar a aspiração da cavidade oral, em movimentos suaves, regulares e circulares não superiores há 30 segundos; 21. Lavar o sistema com 20 ml de água destilada para manter a permeabilidade; 22. Desprezar a sonda utilizada; 23. Desligar o aparelho portátil de aspiração; 24. Retirar os EPI utilizados; 25. Desprezar e organizar o material utilizado; 26. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 27. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional. **Recomendações:** Sonda para adultos: nº 14 e 16; Sonda para crianças: nº 8 e 10. **Obs. Procedimento deverá ser realizado em atendimento à prescrição médica.**	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 33	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Aspiração Traqueal de pacientes entubados e traqueostomizados com sistema aberto.		

Objetivos	Remover secreções ou outros materiais mantendo a permeabilidade das vias aéreas.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja; Cuba rim; Álcool a 70% ; Luvas estéreis; Compressa estéril; Aparelho de aspiração portátil; Água destilada ou soro fisiológico; Ambu com reservatório conectado a fonte de O2; Gaze estéril; Equipamentos de proteção individual (EPI): gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção, capote estéril; Frasco de vidro de aspiração ou frasco coletor de secreções.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Informar procedimento ao paciente, familiar ou acompanhante; 3. Realizar ausculta dos sons respiratórios e monitorar a frequência cardíaca, frequência respiratória, coloração, facilidade das incursões respiratórias; 4. Certificar funcionamento do aspirador e do Ambu conectado a fonte de O2; 5. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 6. Realizar higienização das mãos; 7. Separar uma bandeja ou cuba rim para o procedimento; 8. Fazer desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%, unidirecional, repetindo o movimento três vezes e aguardando a secagem espontânea; 9. Separar o material para o procedimento, colocando-o na bandeja; 10. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento, colocando-o em semifowler (45°) ou sentada; 11. Colocar EPI; 12. Proteger o tórax do paciente com compressa estéril;	

CHS - JOÃO PAULO II

13. Abrir o invólucro da sonda de aspiração, mantendo-a dentro da embalagem; 14. Calçar as luvas estéreis e designar uma das mãos como contaminada para desconexão, ensacamento e controle da aspiração e mão limpa para remover cuidadosamente a sonda de aspiração da embalagem, e, em seguida introduzir a sonda de aspiração; 15. Conectar a sonda ao sistema de aspiração com a mão contaminada; 16. Desconectar o paciente do ventilador, do CPAP ou outra fonte de oxigênio; 17. Colocar o conector do ventilador sobre compressa estéril dobrando-a sobre a conexão; 18. Ambuzar o paciente por cerca de 4 a 5 ventilações; 19. Introduzir a sonda sem aspirar (maioria dos pacientes tossirá ao toque do cateter na narina), em seguida, retirar o cateter de 2 a 3 cm e aspirar, em movimentos circulares; Obs. **Duração de no máximo 10 segundos; Ambuzar o paciente entre as aspirações por cerca 4 a 5 ventilações; Irrigar a sonda entre as aspirações introduzindo a extremidade na cuba rim com água destilada estéril ou SF 0,9%.** 20. Repetir item 18 e 19 até que as vias aéreas estejam livres de secreções acumuladas; 21. Recolocar o paciente ao ventilador, CPAP ou outra fonte de oxigênio; 22. Aspirar as secreções orais da orofaringe, se acumuladas; 23. Desprezar a sonda utilizada; 24. Desligar o aparelho portátil de aspiração; 25. Auscultar o paciente novamente e verificar a necessidade de repetir o procedimento; 26. Retirar os EPI utilizados; 27. Desprezar e organizar o material utilizado; 28. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 29. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional. **Recomendações:** Sonda para adultos: nº 14 e 16; Sonda para crianças: nº 8 e 10. **Observações:** • Deverá ser realizada em atendimento à prescrição médica; • Pacientes graves deverão ser aspirados por profissional enfermeiro ou fisioterapeuta.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 34	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Banho no Leito.		

Objetivos	Remoção de sujidades e odores, estimulação da circulação, redução de células mortas e microrganismos, proporcionando conforto e bem-estar.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Carrinho de banho; Biombo; Hamper; Jarro com água morna; Bacias; Gaze não estéril; Compressa não estéril; Papel toalha; Lençóis limpos; Toalha; Fralda se necessário; Micropore/Esparadrapo; Materiais de higiene pessoal (xampu, condicionador, pente, escova de dente ou espátula com gaze, creme dental, antisséptico bucal, sabonete, barbeador, desodorante, hidratante.); EPI: avental, Luvas de procedimentos Máscara e Gorro/Touca; Avental; Álcool 70%.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Informar procedimento ao paciente, familiar ou acompanhante; 3. Reunir material e colocar sobre a mesa de cabeceira do cliente; 4. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 5. Realizar higienização das mãos; 6. Verificar a temperatura da água mediante teste na região medial do antebraço; 7. Colocar os EPI´s; 8. Retirar roupas do paciente e cobrir corpo com lençol; 9. Iniciar o banho com a limpeza da região ocular, de dentro para fora, seguida do rosto e couro cabeludo; 10. Realizar secagem da face e couro cabeludo;	• Realizar troca das fixações, caso o paciente esteja com Sonda nasogástrica, nasoentérica, tubo e traqueostomia; • Realizar/auxiliar na higiene oral; • Realizar hidratação da pele do paciente; • Realizar troca de fralda e vestuário (roupa intima, camisola ou pijama); • Manter grades da cama eleva

CHS - JOÃO PAULO II

11. Realizar higiene dos membros superiores e inferiores; 12. Realizar secagem dos membros superiores e inferiores; 13. Cobrir a região frontal; 14. Realizar a lateralização do paciente; 15. Realizar higienização do dorso e nádegas; 16. Retomar o paciente para posição dorsal; 17. Realizar higienização da região supra púbica e inguinal, seguida da higiene intima; 18. Troque as luvas de procedimento; 19. Realizar a lateralização do paciente; 20. Retirar lençol sujo, enrolando-o próximo ao decúbito lateralizado; 21. Realizar preparo da área do colchão, mediante secagem, seguida de desinfecção com álcool a 70%; 22. Colocar lençol limpo na área preparada do colchão; 23. Realizar lateralização inversa do paciente; 24. Retirar a outra metade do lençol e desprezar no hamper; 25. Realizar preparo da área do colchão, mediante secagem, seguida de desinfecção com álcool a 70%; 26. Finalizar a troca do lençol, observando a presença de dobras; 27. Realizar as trocas das luvas de procedimento; 28. Retomar o paciente para posição dorsal; 29. Proceder a colocação do vestuário, sempre mantendo a privacidade do paciente; 30. Desprezar e organizar o material utilizado; 31. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 32. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 35	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Cateterismo vesical de Alívio.

Objetivos	Aliviar a retenção urinária por meio a drenagem da urina.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, pinça); Luvas de procedimento; Gaze estéril; Luva estéril; Gel anestésico estéril – lidocaína geléia 2%; **Homens: 5 a 10 ml (seringa de 10 ml); Mulheres: uma porção na extremidade da sonda vesical** Solução antisséptica (clorexidine): degermante para limpeza (genitália) e aquosa para antissepsia (meato uretra); Biombos; Saco coletor graduado; Cateter vesical de alívio: **Adultos: alívio - 10 a 12 Fr. Crianças: 6, 8 e 10 Fr.** Frascos para coleta de urina (EAS) e/ou urocultura s/n.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar fatores que possam contra indicar o procedimento; 3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 5. Realizar a higienização das mãos; 6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 7. Separar material para realização do procedimento; 8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 9. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível; 10. Realizar a higienização das mãos; 11. Calçar luvas de procedimento; 12. Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados e, os pés repousando sobre o leito cerca de 0,6 m e cobrir o paciente;	• Usar o menor cateter capaz de proporcionar drenagem; • Esse procedimento poderá ser usado para coleta de urina para exame laboratorial; • As técnicas acima propostas deverão ser efetuadas preferencialmente por duas pessoas, sendo uma para realizar o cateterismo e a outra para auxiliá-la; • No caso de ser realizado por uma única pessoa, observar se todo o material está posicionado sobre o campo estéril antes de

CHS - JOÃO PAULO II

13. Colocar impermeável debaixo das nádegas do paciente;
14. Realizar higiene intima com água e clorexidine degermante;
15. Retirar o material utilizado na higiene íntima;
16. Retirar as luvas de procedimento;
17. Abrir a bandeja de cateterismo, usando a técnica asséptica, em local apropriado;
18. Abrir o material descartável (sonda uretral e gaze estéril) sobre o campo estéril;
19. Colocar o antisséptico escolhido na cuba da bandeja (o líquido, não o reservatório);
20. Colocar o gel anestésico estéril sobre a gaze (atentar para não contaminar o campo com o tubo do gel);
21. Calçar as luvas estéreis;

Paciente do sexo feminino	**Paciente do sexo masculino**
22. Colocar o campo fenestrado sobre a paciente, expondo a região genital feminina; 23. Colocar a cuba rim próximo a região genital da mulher; 24. Lubrificar com gel anestésico estéril a extremidade do cateter; 25. Separar com uma das mãos os pequenos lábios, de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine; 26. Limpar o meato uretral com o antisséptico escolhido (ex: ex: clorexidine aquosa); 27. Introduzir o cateter no meato uretral;	22. Colocar o campo fenestrado sobre o paciente, de maneira a expor o pênis; 23. Colocar a cuba rim próximo à região peniana; 24. Segurar o corpo do pênis (com a mão não dominante) elevando-o a uma posição quase vertical; 25. Limpar o meato uretral com o antisséptico escolhido (ex: clorexidine aquosa); 26. Lubrificar a sonda com o gel anestésico da gaze; (introduzir 5 a 10 ml); 27. Introduzir a sonda na uretra com cuidado, e aplicar uma tração enquanto introduz o cateter, observando alguma possível resistência;

28. Realizar o esvaziamento total da bexiga;
29. Remover a sonda suavemente quando a urina parar de fluir;
30. Secar a área genital;
31. Deixar a paciente confortável;
32. Colocar o material contaminado na bandeja;
33. Retirar as luvas;
34. Recolher o material, mantendo a unidade organizada (avaliar a necessidade do uso da luva de procedimento);
35. Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades (Expurgo);
36. Desprezar os resíduos;
37. Medir o volume urinário;
38. Checar na prescrição médica o horário da realização do procedimento;
39. Registrar em evolução de enfermagem o procedimento realizado, possíveis

calçar as luvas estéreis;

- Na equipe de enfermagem, esse procedimento é privativo ao enfermeiro.

intercorrências, anotar o volume da urina, seu aspecto e coloração.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 36**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Cateterismo vesical de DEMORA		

Objetivos	Aliviar a retenção urinária por meio a drenagem da urina.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja de cateterismo vesical (cuba rim, cuba redonda, pinça); Luvas de procedimento; Gaze estéril; Luva estéril; Gel anestésico estéril – lidocaína geléia 2%; **Homens: 5 a 10 ml (seringa de 10 ml); Mulheres: uma porção na extremidade da sonda vesical** Solução antisséptica (clorexidine): degermante para limpeza (genitália) e aquosa para antissepsia (meato uretra); Biombos; Saco coletor graduado; Cateter vesical demora – Folley: **Adultos: 14 a 18 Fr.** Frascos para coleta de urina (EAS) e/ou urocultura s/n;		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar fatores que possam contraindicar o procedimento; 3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 5. Realizar a higienização das mãos; 6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 7. Separar material para realização do procedimento; 8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 9. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível; 10. Realizar a higienização das mãos; 11. Calçar luvas de procedimento; 12. Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados e, os pés repousando sobre o leito cerca de 0,6 m e cobrir o paciente; 13. Colocar impermeável debaixo das nádegas do paciente; 14. Realizar higiene intima com água e clorexidina degermante; 15. Retirar o material utilizado na higiene íntima; 16. Retirar as luvas de procedimento; 17. Abrir a bandeja de cateterismo, usando a técnica asséptica, em local	**Volume esperado:** **Adultos:** 30 a 50 ml/h; **Crianças > 1 ano** - 1 ml/kg/h; **Criança< 1 ano** - 1 ml/kg/h. • Usar o menor cateter capaz de proporcionar drenagem; • Esse procedimento poderá ser usado para coleta de urina para exame laboratorial; • As técnicas acima propostas deverão ser efetuadas preferencialmente por duas pessoas, sendo uma para realizar o cateterismo e a outra para auxiliá-la; • No caso de ser realizado por uma única pessoa, observar se todo o material está posicionado sobre o campo

CHS - JOÃO PAULO II

apropriado;

18. Abrir o material descartável (sonda uretral e gaze estéril) sobre o campo estéril;
19. Colocar o antisséptico escolhido na cuba da bandeja (o líquido, não o reservatório);
20. Calçar as luvas estéreis;
21. Preencher uma seringa com o gel anestésico estéril sobre a gaze (atentar para não contaminar o campo com o tubo do gel);
22. Aspirar água destilada com seringa de 20 ml com agulha 40x12, com ajuda de outro profissional;
23. Testar o balão do cateter com água destilada, observando o volume indicado pelo fabricante, esvaziando-o após o teste;
24. Conectar o cateter ao sistema fechado, para cateteres que não apresentam fio guia;

estéril antes de calçar as luvas estéreis;

- Na equipe de enfermagem, esse procedimento é privativo ao enfermeiro.

Paciente do sexo feminino	**Paciente do sexo masculino**
25. Colocar o campo fenestrado sobre a paciente, expondo a região genital feminina;	25. Colocar o campo fenestrado sobre o paciente, de maneira a expor o pênis;
26. Colocar a cuba rim próximo a região genital da mulher;	26. Colocar a cuba rim próximo à região peniana;
27. Lubrificar com gel anestésico estéril o cateter - uma porção na extremidade da SVD em mulheres;	27. Segurar o corpo do pênis (com a mão não dominante) elevando-o a uma posição quase vertical;
28. Separar com uma das mãos os pequenos lábios, de modo que o meato uretral seja visualizado, mantendo-os afastados até que o cateterismo termine;	28. Limpar o meato uretral com o antisséptico escolhido (ex: clorexidine aquosa);
29. Limpar o meato uretral com o antisséptico escolhido (ex: clorexidine aquosa);	29. Introduzir gél anestésico na sonda (5 a 10 ml) e aguardar de 3 a 5 minutos para o efeito;
30. Introduzir o cateter pré-conectado a um coletor de drenagem de sistema fechado, observando o retorno urinário;	30. Introduzir o cateter pré-conectado a um coletor de drenagem de Sistema fechado, observando o retorno urinário;
31. Insuflar o balonete com o **volume de água recomendado pelo fabricante**;	31. Insuflar o balonete com o **volume de água recomendado pelo fabricante**;
32. Tracionar o cateter lentamente, para fora, até sentir posicionamento adequado;	32. Tracionar o cateter lentamente, para fora, até sentir posicionamento adequado;
33. Realizar fixação da sonda: face interna da coxa;	33. Realizar fixação da sonda: região inguinal ou suprapúbica;

34. Deixar a paciente confortável;
35. Colocar o material contaminado na bandeja;
36. Retirar as luvas;
37. Recolher o material, mantendo a unidade organizada (avaliar a necessidade do uso da luva de procedimento);

CHS - JOÃO PAULO II

38. Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades (Expurgo); 39. Desprezar os resíduos; 40. Medir o volume urinário; 41. Checar na prescrição médica o horário da realização do procedimento; 42. Registrar em evolução de enfermagem o procedimento realizado, possíveis intercorrências, anotar o volume da urina, seu aspecto e coloração.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER & SUDDARTH'S, TRATADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRURGICA. ED. Guanabara Koogan S.A, 2002.
2. COREN DF. Parecer nº 004/2011. É atribuição de qual profissional de enfermagem a inserção de sonda vesical de demora ou intermitente/alívio no ambiente hospitalar/extrahospitalar? Brasília, 2011.
3. Kawamoto, Emília Emí, Fortes, Júlia Ikeda. Fundamentos de enfermagem. 2ª ed. São Paulo, EPU, 1997.
4. Procedimento Operacional Padrão. Prevenção de infecção hospitalar associada a cateter vesical. UERJ/HUPE /CCIH, 2011.
5. Procedimento Operacional Padrão. Cateterismo vesical em recém-nascido. UERJ/HUPE/UTI neonatal, 2011
6. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2009

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 37	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Checagem de medicação no prontuário.		

Objetivos	Padronizar condutas quanto à checagem da administração das medicações realizadas nos pacientes para que se identifique o autor da administração e seu horário realizado. Comunicação entre equipe multidisciplinar.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Prontuário; Caneta azul ou preta para turno diurno e caneta vermelha para turno noturno.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Verificar os nove certos da terapia medicamentosa; 2. Documentar corretamente o processo de administração; 3. Somente administrar medicamento se as dúvidas forem esclarecidas; 4. Realizar administração de medicamentos para cada via indicada na prescrição médica; 5. Registrar todas as ações imediatamente após a administração do medicamento; 6. O enfermeiro deve supervisionar o preparo e a administração de medicamentos realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem; 7. Registrar adequadamente, registrando o	**Nove certos na administração de medicamentos:** **I. Paciente certo** • Deve-se perguntar ao paciente seu nome completo antes de administrar o medicamento; • Para confirmar o paciente correto utilizar mais dois identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe; • A confirmação do nome de paciente com baixo nível de consciência deverá ser realizada mediante a conferência do nome do paciente no prontuário, placa de identificação do leito e acompanhante e/ou familiar, associando mais dois outros identificadores: Data de Nascimento e nome da mãe. **II. Medicamento certo** • Conferir se o nome do medicamento que tem em mãos é o que está prescrito; • Confirmar nome do medicamento com a prescrição antes de ser administrado;

CHS - JOÃO PAULO II

motivo da omissão de dose e comunicar ao enfermeiro; 8. Quando possível, adequar os horários de administração dos medicamentos à rotina de uso já estabelecida pelo paciente antes da internação; 9. Cuidar para que não haja a administração de medicamentos suspensos pelo médico. Se necessário, solicitar registro da suspensão da medicação; 10. A administração por ordem verbal deve ser utilizada em situações de emergência, sendo escrita posteriormente. Devido ao elevado risco de erros deverá ser restrita às situações para as quais é prevista – Sala Vermelha; 11. Registrar corretamente a administração do medicamento prescrito, evitando a duplicação da administração do medicamento por outro profissional; 12. Checar as medicações administradas, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Perguntar ao paciente se apresenta alergia ao medicamento prescrito. Em casos de alergia, registrar e destacar nome do medicamento. **III. Via certa** • Identificar a via de administração prescrita; • Verificar se a via de administração prescrita é a via tecnicamente recomendada para administrar determinado medicamento; • Higienizar as mãos antes do preparo e administração do medicamento; • Esclarecer todas as dúvidas com a supervisão de enfermagem, prescritor ou farmacêutico previamente à administração do medicamento; • Esclarecer as dúvidas de legibilidade da prescrição diretamente com o prescritor. **IV. Hora certa** • Preparar o medicamento de modo a garantir que a sua administração seja feita sempre no horário correto; • Preparar o medicamento no horário oportuno e de acordo com as recomendações do fabricante, assegurando-lhe estabilidade; • A antecipação ou o atraso da administração em relação ao horário predefinido somente poderá ser feito com o consentimento do enfermeiro e do prescritor. **V. Dose certa** • Conferir atentamente a dose prescrita para o medicamento; • Doses escritas com "zero", "vírgula" e "ponto" devem receber atenção redobrada, conferindo as dúvidas com o prescritor sobre a dose desejada; • Verificar a unidade de medida utilizada na prescrição, em caso de dúvida ou medidas imprecisas (colher de chá, colher de sopa, ampola), consultar o prescritor e solicitar a prescrição de uma unidade de medida do sistema métrico; • Conferir a velocidade de gotejamento, a programação e o funcionamento das bombas de infusão contínua em caso de medicamentos de infusão contínua; • Realizar dupla checagem dos cálculos para o preparo e programação de bomba para administração de medicamentos potencialmente perigosos ou de alta vigilância; Medicações de uso "se necessário" deverão, quando prescritas, ser acompanhadas da dose, posologia e condição de uso; • Solicitar complementação do prescritor em caso de orientações vagas, tais como "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico", para possibilitar a administração; • **Não deverão ser administrados** medicamentos em casos de prescrições vagas como: "fazer se necessário", "conforme ordem médica" ou "a critério médico". **VI. Registro certo da administração** • Registrar na prescrição o horário da administração do

CHS - JOÃO PAULO II

	medicamento; • Checar o horário da administração do medicamento a cada dose; • Registrar todas as ocorrências relacionadas aos medicamentos, tais como adiamentos, cancelamentos, desabastecimento, recusa do paciente e eventos adversos. **VII. Orientação correta** • Orientar e instruir o paciente sobre qual medicamento está sendo administrado (nome), justificativa da indicação, efeitos esperados e aqueles que necessitam de acompanhamento e monitorização. **VIII. Forma certa** • Checar se o medicamento a ser administrado possui a forma farmacêutica e via administração prescrita; • Checar se forma farmacêutica e a via de administração prescritas estão apropriadas à condição clínica do paciente; • Sanar as dúvidas relativas à forma farmacêutica e a via de administração prescrita junto ao enfermeiro, farmacêutico ou prescritor. **IX. Resposta certa** • Observar cuidadosamente o paciente, para identificar, quando possível, se o medicamento teve o efeito desejado; • Registrar em prontuário e informar ao prescritor, todos os efeitos diferentes (em intensidade e forma) do esperado para o medicamento; • Deve-se manter clara a comunicação com o paciente e/ou cuidador; • Considerar a observação e relato do paciente e/ou cuidador sobre os efeitos dos medicamentos administrado, incluindo respostas diferentes do padrão usual; • Registrar todos os parâmetros de monitorização adequados (sinais vitais, glicemia capilar).

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1 BRASIL Ministério da Saúde. ANVISA. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 38	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Coleta de escarro para baciloscopia.		

Objetivos	Realizar coleta de secreção brônquica para exames diagnósticos e investigação de tuberculose e/ou outros microorganismos patogênicos.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Cuba rim ou bandeja; Luvas de procedimentos; Frasco de coletor simples, preferencialmente, de plástico transparente com capacidade de 35-50 ml, altura mínima de 40 mm, de boca larga e com tampa rosqueável de 50 mm de diâmetro; Etiqueta de identificação do material; Papel toalha; Máscara cirúrgica ou máscara N95, nos casos de investigação de tuberculose; Óculos de proteção; Gorro; Capote não estéril; Caixa de isopor; Formulário específico para realização de baciloscopia.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Preparo do paciente 1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar fatores que possam contra indicar o procedimento; 3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 6. Separar material para realização do procedimento; 7. Fazer a etiqueta de identificação do material contendo nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe, data e hora da coleta; 8. Certifica-se da mobilidade preservada do paciente e encaminha-lo para local aberto e privativo. Nos casos em que o paciente não apresentar mobilidade preservada, realizar coleta em sala que apresente janelas amplas, boa ventilação e iluminação solar. O	• Para exame de BK, coletar 03 amostras em dias consecutivos. A primeira e segunda amostra deve ser colhida em jejum, no primeiro escarro da manhã; • O profissional deve manter uso de máscara cirúrgica N95, durante todo período de atendimento de sintomáticos respiratórios ou de casos que ainda têm baciloscopia positiva, óculos de proteção e luvas de procedimento; • Nos casos que impossibilite encaminhamento imediato da amostra coleta ao laboratório: manter acondicionamento da amostra em

CHS - JOÃO PAULO II

profissional deve manter uso de máscara cirúrgica N95, durante todo período de atendimento de sintomáticos respiratórios ou de casos que ainda têm baciloscopia positiva, óculos de proteção e luvas de procedimento; 9. Posicionar adequadamente o paciente para o procedimento; 10. Higienizar as mãos; 11. Calçar as luvas de procedimentos; 12. Orientar a enxaguar previamente a boca para remover a microbiota superficial, sem escovar os dentes; **Primeira coleta: Não exige jejum.** 13. Solicitar ao paciente que tussa ou escarre (não cuspir); **Segunda e terceira coleta: exige jejum.** 14. Orientar ao paciente: a realização de jejum; lavar a boca somente com água e sabão para remover a microbiota superficial, sem escovar os dentes. No dia anterior à coleta beba no mínimo 8 copos de líquidos (água e sucos) e durma sem travesseiro; inspirar profundamente, prender a respiração por alguns instantes e escarrar após esforços a tosse. Repetir operação até obtenção de três eliminações de escarro. Fechar a tampa do pote e higienizar as mãos após coleta; 15. Receber material coleta sob supervisão; 16. Observar se tampa do frasco está adequadamente para evitar vazamentos e contaminação do lado de fora do recipiente; 17. Encaminhar amostra para laboratório, colocando amostra coletada em recipiente específico (caixa de isopor com gelo reciclável ou cubos de gelo dentro de um saco plástico); 18. Encaminhar requisição de exames e formulário específico (**Formulário para realização de baciloscopia**) fora do recipiente de transporte; 19. Encaminhar paciente ao leito de origem e deixa-lo confortável; 20. Desprezar os materiais utilizados nos locais apropriados; 21. Retirar as luvas de procedimento; 22. Desprezar e organizar o material utilizado; 23. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 24. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	geladeira (2 a 8ºC) específica em até no máximo sete dias; • Para TRANSPORTE das amostras, considerar: Refrigeração – Caixa de isopor com gelo reciclável ou cubos de gelo dentro de um saco plástico; Proteção contra a luz solar; Condicionamento adequado para que não haja derramamento; Encaminhamento da mostra identificada e formulários específicos. • **Esse procedimento é indicado para:** pacientes sintomáticos respiratórios, pacientes HIV positivo e imunodeprimidos com sintomas respiratórios, no rastreamento de pacientes com agravamento do quadro clínico. • **Esse procedimento é contraindicado** nos casos de: discrasias sanguíneas (distúrbio de coagulação) na presença de broncoespasmo, hemoptise, insuficiência cardíaca grave, gravidez, doenças consuptivas, redução do reflexo da tosse e/ou alterações do sensório e insuficiência respiratória.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras Microbactérias. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

3.CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "PROF. ALEXANDRE VRANJAC". Divisão de Tuberculose. Manual de orientação para coleta de amostras de escarro e outros materiais para baciloscopia e cultura para diagnóstico e controle da tuberculose. São Paulo, 26p. 2002.

4.DOCHTERMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. Classificação das intervenções de enfermagem. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.

5.FISCHBASH, F. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. 6ª. Edição. Editora Guanabara, 2002.

6.NETTINA, S. M. N. Prática de enfermagem. 8ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 39	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Preparo do corpo pós-morte.		

Objetivos	Preparar o corpo pós-morte.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luvas de procedimento; Biombo; Hamper; Lâmina de bisturi; Saco plástico; Gazes; Esparadrapo; Pinça; Algodão; Atadura de crepe 10 ou 20 cm; Saco de óbito; Lençol; Óculos de proteção; Máscara; Avental; Ficha com identificação do corpo.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO

CHS - JOÃO PAULO II

1. Realizar higienização das mãos; 2. Separar o material necessário e levar próximo ao paciente; 3. Verificar a confirmação do óbito através do registro do médico; 4. Calçar luvas de procedimento; 5. Colocar EPI; 6. Retirar adornos e entregue a família; 7. Colocar lençol sobre o corpo e encaminhe ao necrotério; 8. Posicionar o corpo em decúbito dorsal e alinhar os membros; 9. Retirar cateteres, sondas, tubos, etc.; 10. Se ferimentos, fazer curativos oclusivo com utilização de gaze e esparadrapo; 11. Realizar tamponamento da naso/orofaringe e região perianal introduzindo algodão; 12. Amarrar queixo, pés e mãos utilizando-se atadura; 13. Retirar lençóis e colocar no hamper; 14. Identificar corpo: Nome, data de nascimento e nome da mãe; 15. Realizar higienização das mãos; 16. Registrar procedimento realizado apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 40**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Realização de Balanço Hídrico.		

Objetivos	Realizar mensuração dos líquidos administrados e ingeridos (via oral e parenteral) e eliminados (vias urinárias, trato gastrointestinal, drenos, sondas, fístulas) em um período de 24 horas.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Frasco coletor de urina; Comadre ou compadre, se necessário; Luvas de procedimento; Máscara cirúrgica; Recipiente graduado; Impresso de controle hídrico; Sonda vesical de demora.		

PROCESSOS	**OBSERVAÇÃO**

CHS - JOÃO PAULO II

1. Realizar higienização das mãos; 2. Separar o material necessário e levar próximo ao paciente; 3. Apresentar-se ao paciente e/ou acompanhante; 4. Checar os dados de identificação do paciente; 5. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto à necessidade de mensurar os líquidos ingeridos e eliminados; 6. Oferecer ao paciente um copo graduado para mensuração dos líquidos ingeridos e um frasco coletor para os líquidos eliminados; 7. Orientar o paciente e acompanhante quanto a necessidade de não desprezar a urina; 8. Colocar os equipamentos de proteção individual (luvas de procedimentos e máscaras cirúrgicas); 9. Elevar a bolsa coletora até a altura dos olhos e verificar a quantidade em ml de urina; 10. Desprezar a urina no vaso sanitário e dar a descarga; 11. Retirar as luvas de procedimentos; 12. Higienizar as mãos com álcool a 70%; 13. Deixar o paciente confortável; 14. Manter a organização da unidade do paciente; 15. Somar os líquidos que foram infundidos e ingeridos, e subtrair do volume total de diurese e de outras perdas conforme a rotina do setor; Transferir os líquidos programados para o próximo impresso de controle hídrico; 16. Registrar episódios de vômitos (quando estiver com sonda em sifonagem anotar o volume), diarréia e etc; 17. Realizar as anotações necessárias, assinar e carimbar apondo o profissional (técnico de enfermagem na folha de observação de enfermagem e enfermeiro na folha de evolução).	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 41	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Realização de prova do laço.		

Objetivos	Realizar apoio diagnóstico para dengue		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Aparelho de pressão completo com manguito; Estetóscopio; Caneta; Prontuário ou ficha inicial de atendimento.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO

CHS - JOÃO PAULO II

1. Realizar higienização das mãos; 2. Orientar os familiares e o paciente quanto ao procedimento; 3. Medir a pressão arterial do usuário, seguindo as recomendações técnicas; 4. Insuflar o manguito até o ponto médio entre a pressão arterial máxima e mínima; 5. Manter o manguito insuflado por 5 minutos em adultos e 3 minutos em crianças (< 13 anos); 6. Soltar o ar do manguito, retirá-lo do braço do paciente e procurar por petéquias no antebraço, abaixo da prega do cotovelo; 7. Escolher o local de maior concentração de petéquias e marcar um quadrado om 2,5 cm de lado; 8. Contar o número de petéquias dentro do quadrado; 9. Se contar 20 ou mais petéquias, considere a prova do laço POSITIVA (adulto); 10. Em crianças 10 ou mais petéquias, considere a prova do laço POSITIVA; Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	Realizar prova do laço no braço sem punção ou lesões.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo para atendimento aos pacientes com suspeita de dengue. 2009.
2. COREN-SP. Parecer COREN-SP CAT Nº 002/2010. Antissepsia da pelo com álcool 70% e a realização do teste de glicemia capilar.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 42**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Verificação de Glicemia		

Objetivos	Realizar apoio diagnóstico para diabetes.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luvas de procedimento; Algodão; Álcool a 70%; Glicosímetro; Fitas reagentes para glicose, específica ao aparelho utilizado no momento; Lancetas estéreis; Caneta; Ficha ou prontuário do paciente para registro do resultado; Recipiente para descarte do lixo		

	comum e contaminado.

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Realizar a desinfecção da bandeja; 2. Separar o material necessário; 3. Orientar o paciente sobre o procedimento; 4. Realizar a higienização das mãos; 5. Calçar as luvas de procedimento; 6. Ligar o aparelho e posicionar a fita e o glicosímetro; 7. Segurar a lanceta sem tampa e fazer uma leve pressão na falange distal do dedo escolhido; 8. Realizar antissepsia com uso de álcool a 70%, aguardar aproximadamente 15 segundos para secagem; 9. Realizar punção na falange distal, preferencialmente na lateral, do dedo escolhido, Obs.: Punção na lateral minimiza a dor; 10. Preencher o campo reagente com gota de sangue; 11. Pressionar o local da punção com algodão até hemostasia; 12. Informar ao paciente o resultado obtido; 13. Organizar materiais e descartar lixo comum e contaminado; 14. Retirar as luvas; 15. Realizar a higienização das mãos; 16. Registrar o resultado na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 43**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Coleta de fezes para exames.		

Objetivos	Realizar coleta de fezes para exames.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		

CHS - JOÃO PAULO II

Materiais Necessários	Etiqueta de identificação do material: nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe; Biombo; Luvas de procedimentos; Gorro; Máscara cirúrgica; Óculos de proteção; Frasco coletor estéril e específico para o acondicionamento das fezes; Espátula; Fralda (se necessário); Comadre (e necessário); Água e sabonete líquido (para higiene íntima).

PROCESSOS	**OBSERVAÇÃO**
1. Realizar higienização das mãos; 2. Colocar gorro, máscara, luvas de procedimento e óculos; 3. Orientar os familiares e o paciente quanto ao procedimento; 4. Fazer a etiqueta de identificação do material contendo nome completo do paciente, data de nascimento e nome da mãe, unidade de origem, enfermaria, leito, data e hora da coleta. A etiqueta deve ser fixada na parte externa do pote em local que não comprometa a observação da graduação do volume nem sobre a tampa do pote; 5. Orientar o paciente a utilizar a comadre limpa e seca diante do desejo de evacuação; 6. Orientar paciente a não urinar no material (fezes) que será coletado; 7. Colocar máscara cirúrgica e calçar as luvas de procedimento; 8. Posicionar a comadre; 9. Coletar uma amostra representativa das fezes, com auxilio da espátula. Não é necessário encher o frasco de fezes; 10. Fechar a tampa firmemente a fim de evitar vazamentos e contaminação do lado de fora do recipiente; 11. Realizar higiene íntima com água e sabão; 12. Desprezar o restante das fezes no vaso sanitário; 13. Retirar as luvas de procedimento; 14. Higienizar as mãos; 15. Registrar o procedimento no prontuário do paciente, bem como, as características das fezes; 16. Certificar-se de que o material e o pedido do exame foram entregues ao laboratório adequadamente; 17. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Para pacientes que apresentam incontinência fecal deve-se coletar as fezes através da fralda; • Se o paciente sentir a vontade de urinar, orientá-lo a urinar no vaso sanitário antes de evacuar na comadre, para evitar a contaminação das fezes pela urina, haja vista que sua presença acelera a fermentação bacteriana prejudicando a conservação da amostra; • Para crianças apresentando evacuações líquidas pode-se utilizar um coletor de urina plástica; • Se o exame for de coprocultura deve-se utilizar material estéril.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. BACH, F.F. Manual de Enfermagem: Exames laboratoriais e diagnósticos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
3. VOLPATO, A.C.B (org). Técnicas Básicas em Enfermagem. São Paulo: Matinari, 2011.
4. MELO, L.I.S.G; BRASILEIRO, M.S.E. Procedimentos Operacionais Padrão: Semiologia e Semiotécnica em Enfermagem. Goiânia: AB, 2013.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 44	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Coleta para gasometria arterial.		

Objetivos	Identificar e monitorar o equilíbrio ácido-básico.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro/Biomédico do laboratório.		
Materiais Necessários	Seringa 3ml; Agulha 25x7; Pacote de gaze estéril; Clorexidina alcoólica à 0,5%; Luva de procedimentos; Bandeja ou cuba rim; Solução de heparina; Algodão; Gazes.		

CHS - JOÃO PAULO II

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar fatores que possam contra indicar o procedimento; 3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 5. Realizar a higienização das mãos; 6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 7. Separar material para realização do procedimento; 8. Calçar luvas; 9. Posicionar o cliente, se possível sentado ou em decúbito dorsal, para mantê-lo confortável e facilitar a avaliação da artéria; 10. Realizar teste de Allen: 10.1 . Ocluir o pulso radial e ulnar de uma das mãos do paciente, por meio da compressão dos polegares; 10.2 . Solicitar ao paciente que feche e abra a mão, até que seja observada palidez; 10.3 . Testar competência arterial radial, desocluindo-a. Se, artéria radial estiver competente, será observado retorno sanguíneo; 10.4 . Ocluir, novamente, o pulso radial e ulnar de uma das mãos do paciente, por meio da compressão dos polegares; 10.5 . Testar competência arterial ulnar, desocluindo-a. Se, artéria ulnar estiver competente, será observado retorno sanguíneo. **Obs.: Teste de Allen positivo: retorno da cor de 5 a 15 segundos. Se, teste de Allen negativo, a artéria da mão não deverá ser puncionada.** 11. Colocar o membro em hiperextensão; 12. Realizar a antissepsia com gaze e clorexidina alcoólica à 0,5%; 13. Introduzir a agulha em ângulo diferenciado para coletar o sangue na artéria radial em ângulo de 30 a 45°; 14. Realizar coleta de 3 ml; 15. Comprimir o local da punção com gaze por 3 a 5 min após a retirada da agulha para facilitar a hemostasia; 16. Realizar curativo compressivo sobre o local de punção; 17. Caso o material tenha que ser encaminhado na seringa (gasometria), utilizar a técnica do reencape da agulha com movimento único; 18. Nas coletas para exame introduzir a agulha no látex do tubo de sangue; 19. Deixar a paciente confortável; 20. Colocar o material contaminado na bandeja; 21. Desprezar os materiais utilizados nos locais apropriados;	**Observar atentamente retorno do sangue a realização do Teste de Allen:** • Teste de Allen positivo: retorno da cor de 5 a 15 segundos; • Se, teste de Allen negativo, a artéria da mão não deverá ser puncionada, pode-se, portanto, usar a artéria braquial, seguida da femoral; • Angulação para coleta da artéria braquial: ângulo de 60º; • Angulação para coleta da artéria femoral ângulo de 90º. **Punção artéria femoral** • Pressionar local por 10 minutos após a punção; • Evitar coleta nesse local, principalmente em pacientes plaquetopênicos. **Observar os riscos relacionados ao procedimento:** • Risco potencial de contaminação pela não observação dos cuidados relacionados ao manuseio do dispositivo; • Risco de hematoma no local de punção, relacionado a não observação do tempo de compressão no local da punção ou de distúrbio de coagulação do paciente; • Risco de sangramento no local da punção (mesmos motivos acima); • Lesão de nervo. **Realizar as seguintes intervenções e cuidados especiais:** • Orientar o paciente a limitar a atividade física durante os primeiros 10min após a realização do procedimento; • Manter o curativo compressivo durante 1 (uma) hora, retirá-lo após este tempo; Atentar para o calibre da agulha, uma vez que na coleta de sangue a agulha com menor calibre causa hemólise; • Em caso de coleta de gasometria, aspire uma quantidade mínima de heparina com a seringa de 3ml e devolva o conteúdo aspirado para o frasco, com o intuito de somente de molhar a seringa, o que irá reter na seringa aproximadamente 0,4ml (volumes maiores de heparina podem causar alterações no pH da amostra). • Manter o membro hiperestendido até cessar o sangramento. **Registro de Enfermagem:**

CHS - JOÃO PAULO II

22. Retirar as luvas de procedimento; 23. Desprezar e organizar o material utilizado; 24. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 25. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Descrever o procedimento, local da punção, o motivo da realização e as observações.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. CDC. Guidelines of the prevention of intravascular catheter-related infections. 2012
2. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 6ªedição. Rio de Janeiro. Elsevier. 2005.
3. PHILLIPS, L.D. Manual de Terapia Intravenosa. Tradução por Pedreira, M. L. G. et al. 2 ed. Porto Alegre, p.206-210, 2001.
4. PASSOS, V. Técnicas básicas de Enfermagem, Martinari, 2ªed, 2007. Soler V.M; SAMPAIO R; GOMES M. R. Gasometria arterial – Evidencias para o cuidado de enfermagem. Cuide Arte Enfermagem, v. 6, n. 2, p. 78-85. 2012.
5. BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Punção arterial para fins de gasometria como para monitorização de pressão arterial invasiva. Brasília:[s.n.],2011. Resolução COFEN nº 390/2011.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 45**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Coleta de urina para urocultura.		

CHS - JOÃO PAULO II

Objetivos	Realizar coleta de urina para exames (urocultura).		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luvas de procedimentos; Máscara; Gorro; Etiqueta para identificação; Gazes estéreis; Álcool á 70%; Seringa com agulha; Frascos para condicionamento da amostra devidamente identificado.		

PROCESSOS	**OBSERVAÇÃO**
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 3. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 4. Realizar a higienização das mãos; 5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 6. Separar material para realização do procedimento; 7. Colocar a etiqueta de identificação do material contendo nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe, data e hora da coleta; Obs. Não colocar na tampa; 8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 9. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível; 10. Realizar a higienização das mãos; 11. Calçar luvas de procedimento;	• Mulheres no período menstrual devem aguardar cinco dias após o fim da menstruação ou usar um tampão vaginal para realizar o exame e não estar em uso de ou se estiver usando pomadas ou cremes vaginais; • A amostra deve ser entregue ao laboratório no prazo máximo de 2 horas à temperatura de 22º a 25°C, podendo permanecer armazenada por até 4h à temperatura de 2º a 8°C, até ser transportada ao laboratório. Para exames agendados orientar o paciente a dar preferência para a primeira urina da manhã por esta ser oriunda de um tempo relativamente longo de armazenamento e consequente concentração. Outra opção. caso não seja possível coletar a primeira urina da manhã, é a amostra de urina aleatória, colhida após 4 horas da última micção; • Encaminhar ao laboratório a amostra de urina o mais rápido possível; • Em caso de criança pequena e/ou incontinente, colocar o saco coletor de acordo com o sexo e vestir a roupa; • Quando houver sinais de contaminação do material com fezes, substâncias químicas ou materiais em suspensão, o material do paciente deve ser recusado, pois estes são fatores que impossibilitam a análise da amostra; • Todos os frascos com amostras de urina devem ficar bem tampados, identificados apropriadamente no pote e não na tampa; • Pacientes que estão em uso de cateter vesical de demora, coletar a urina no ejetor lateral, através de seringa e agulha com técnica asséptica. Clampear o circuito do coletor de urina 1 hora antes do procedimento, realizar previamente a

Sem uso de sonda vesical de alívio ou demora:	**Em uso de sonda vesical de demora:**
12. Colocar impermeável debaixo das nádegas do paciente; 13. Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados e, os pés repousando sobre o leito cerca de 0,6 m e cobrir o paciente; 14. Realizar higiene íntima com água e sabão e secar com gaze estéril, em seguida retirar o material utilizado; 15. Trocar luvas de procedimento; 16. Abrir coletor de urina Auxiliar na coleta expondo o canal urinário, no caso de homens tracionar o prepúcio, e no caso de mulheres afastar os pequenos lábios;	12. Colocar impermeável debaixo das nádegas do paciente; 13. Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados e, os pés repousando sobre o leito cerca de 0,6 m e cobrir o paciente; 14. Clampear a extensão da bolsa coletora pouco abaixo do local apropriado para punção por um período de até 30 minutos; 15. Realizar a desinfecção com álcool á 70% no dispositivo apropriado para a coleta da urina; 16. Introduzir a agulha de 30x7 mm no dispositivo, aspirar com seringa, injetar no frasco estéril e tampá-lo; 17. Coletar cerca de 10 á 20 ml

CHS - JOÃO PAULO II

17. Orientar e solicitar o paciente a desprezar o primeiro jato no patinho ou comadre, em seguida a urinar diretamente no coletor de urina, previamente identificado;	de urina na seringa desprezando a mesma no coletor de urina previamente identificado;	desinfecção com álcool a 70% e utilizando equipamento de proteção adequado (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimentos); • Pacientes com incontinência urinária ou não colaborativos, proceder cateterismo vesical intermitente, seguir recomendações de POP específico; • Deve ser colhida a primeira urina da manhã, caso isso não aconteça, orientar o paciente a reter urina por pelo menos duas horas que anteceder a coleta; • Se em uso de antibióticos e outras medicações, comunicar laboratório.

18. Deixar a paciente confortável;
19. Colocar o material contaminado na bandeja;
20. Desprezar, se necessário;
21. Recolher o material, mantendo a unidade organizada;
22. Retirar as luvas de procedimentos;
23. Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades, se necessário (Expurgo);
24. Realizar higienização das mãos;
25. Certificar-se de que o material e o pedido do exame foram entregues ao laboratório adequadamente;
26. Checar na prescrição médica o horário da realização do procedimento;
27. Registrar em evolução de enfermagem o procedimento realizado, possíveis intercorrências, anotar o volume da urina, seu aspecto e coloração.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BORTOLOZO, N. M. et al. Técnicas em Enfermagem: passo a passo. Botucatu: EPUB, 2007.
2. CARMAGNANI, M. I. S. et al. Procedimentos de Enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
3. PRADO, M.L., GELBCKE, F.L. Fundamentos para o cuidado profissional de Enfermagem. Florianópolis-SC, 2013.
4. FISCHBASH Frances. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos. 6ª. Edição. EDITORA GUANABARA, 2002.
5. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 46**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Coleta de urina tipo I		

Objetivos	Realizar coleta de urina para exames.

CHS - JOÃO PAULO II

Setor	*Serviço de Enfermagem*	Tipo	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Cuba rim ou bandeja; Coletor de urina: frasco de plástico transparente descartável com tampa de rosca; Etiqueta de identificação do material; Luvas de procedimentos; Comadre ou patinho, se necessário; Material para higiene genital (sabão, água e gaze estéril); Seringa de 20 ml para coleta da urina, quando necessário; Material para cateterismo vesical intermitente, quando necessário; Requisição do exame devidamente preenchido pelo profissional médico; Álcool a 70%.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 3. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 4. Realizar a higienização das mãos; 5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 6. Separar material para realização do procedimento; 7. Colocar a etiqueta de identificação do material contendo: nome completo do paciente, data de nascimento, nome da mãe, data e hora da coleta; Obs. Não colocar na tampa; 8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 9. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível; 10. Realizar a higienização das mãos; 11. Calçar luvas de procedimento; 12. Posicionar a paciente em decúbito dorsal com os joelhos flexionados e afastados e, os pés repousando sobre o leito cerca de 0,6 m e cobrir o paciente; 13. Colocar impermeável debaixo das nádegas do paciente; 14. Realizar higiene íntima com água e sabão; 15. Retirar o material utilizado na higiene íntima; 16. Retirar as luvas de procedimento; 17. Abrir coletor de urina; 18. Calçar luvas de procedimento; Auxiliar na coleta expondo o canal urinário, no caso de homens tracionar o prepúcio e no caso de mulheres afastar os pequenos lábios; 20. Orientar e solicitar o paciente a desprezar o primeiro jato no patinho ou comadre, em seguida a urinar diretamente no coletor de urina; 21. Secar a área genital; 22. Deixar a paciente confortável; 23. Colocar o material contaminado na bandeja; 24. Desprezar o restante da urina no vaso sanitário; 25. Recolher o material, mantendo a unidade organizada; 26. Retirar as luvas de procedimentos; 27. Encaminhar o material permanente para a sala de utilidades (Expurgo);	• Encaminhar ao laboratório a amostra de urina o mais rápido possível; • Deve ser colhida a primeira urina da manhã, caso isso não aconteça, orientar o paciente a reter urina por pelo menos duas horas que anteceder a coleta; • A amostra deve ser entregue ao laboratório no prazo máximo de 2 horas à temperatura de 22º a 25°C, podendo permanecer armazenada por até 4h à temperatura de 2º a 8°C, até ser transportada ao laboratório; • Mulheres no período menstrual devem aguardar cinco dias após o fim da menstruação ou usar um tampão vaginal para realizar o exame e não estar em uso de ou se estiver usando pomadas ou cremes vaginais; • Para exames agendados orientar o paciente a dar preferência para a primeira urina da manhã por esta ser oriunda de um tempo relativamente longo de armazenamento e consequente concentração; • Em caso de criança pequena e/ou inconsciente, colocar o saco coletor de acordo com o sexo e vestir a roupa; • Quando houver sinais de contaminação do material com fezes, substâncias químicas ou materiais em suspensão, o material do paciente deve ser recusado, pois estes são fatores que impossibilitam a análise da amostra; • Todos os frascos com amostras de urina devem ficar bem tampados, identificados apropriadamente no pote e não na tampa; • Pacientes que estão em uso de cateter vesical de demora, coletar a urina no ejetor lateral, através de seringa e agulha com técnica asséptica. Clampear o circuito do coletor de urina 1 hora antes do procedimento, realizar previamente a desinfecção com álcool a 70% e utilizando equipamento de proteção adequado (máscara cirúrgica, óculos de proteção e luvas de procedimentos); • Pacientes com incontinência urinária ou não

28. Realizar higienização das mãos; 29. Certificar-se de que o material e o pedido do exame foram entregues ao laboratório adequadamente; 30. Checar na prescrição médica o horário da realização do procedimento; Registrar em evolução de enfermagem o procedimento realizado e possíveis intercorrências.	colaborativos, proceder o cateterismo

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. RABELO, S. G. *Gestão da qualidade: controle de amostras de urina para as análises clínicas*. 2005. 36 f. Monografia da pós-graduação - Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma. 2005.

2. RODRIGUES, M; XAVIER, I. D. A; CARDOSO, A. M. Amostras urinárias: avaliação da fase pré-analítica em um laboratório clínico de Goiânia-go, unidade matriz e posto de coleta. *Estudos*, Goiânia, v. 41, n. 3, p. 615-625, jul./set. 2014.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	Rev.:	Pág.:
Colocação de dispositivo urinário – uropen.		

Objetivos	Controlar o débito urinário em paciente impossibilitado de usar outro dispositivo de coleta de urina.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bandeja; Dispositivo de borracha; Coletor de urina não estéril (sistema aberto); Esparadrapo; Pacote de gaze; Par de luvas de procedimento; Máscara cirúrgica; Compressa; Água e sabão.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; 3. Orientar o paciente e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 4. Realizar a higienização das mãos; 5. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 6. Separar material para realização do procedimento; 7. Calçar luvas de procedimento; 8. Posicionar o paciente, se possível sentado ou em decúbito dorsal, para mantê-lo confortável; 9. Realizar higiene dos genitais com água e sabão; 10. Colocar o dispositivo de borracha adaptado no pênis, fixando com gazes. Atentar-se para possíveis sinais de garroteamento peniano; 11. Fixar a extremidade do dispositivo de borracha ao coletor de urina sistema aberto; 12. Deixar a paciente confortável; 13. Retirar as luvas de procedimento; 14. Desprezar e organizar o material utilizado; 15. Realizar higienização das mãos com água e sabão; Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	Monitorar integridade da pele peniana.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 6ª edição. Rio de Janeiro. Elsevier. 2005.
2. PHILLIPS, L.D. Manual de Terapia Intravenosa. Tradução por Pedreira, M. L. G. et al. 2 ed. Porto Alegre, p.206-210, 2001.
3. PASSOS, V. Técnicas básicas de Enfermagem, Martinari, 2ªed, 2007.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 48	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Conferência do Carrinho de Parada Cardiorrespiratória.

Objetivos	Garantir o correto abastecimento dos materiais/medicamentos nos carros de emergência da instituição.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro (a) e Farmacêutico (a).		
Materiais Necessários	*Checklist*; Caneta.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Conferência Mensal: **Farmacêutico (a)** 1. Conferir a quantidade, data de validade, lote (visando a rastreabilidade do produto) e lacres (controle de abertura dos carros) do carrinho de Parada Cardiorrespiratória até o dia 10 de cada mês; 2. Registrar em *Checklist* de conferência mensal (**ANEXO A**) a quantidade, data de validade, lote e número do lacre do carrinho de Parada Cardiorrespiratória; 3. Substituir medicamentos ou materiais com validade menor que 6 meses por medicamentos ou materiais com validade maior que 6 meses, a contar da data de conferência; Caso a farmácia ou almoxarifado não possua medicamentos ou materiais com validade maior que 6 meses, os de menor validade deverão ser repostos com a maior data de validade encontrada e substituído na próxima conferência ou assim que disponibilizado o item com validade superior a preconizada. **Conferência Diária:** **Farmacêutico (a)** 1. Conferir se carrinho foi violado e/ou utilizado; 2. Registrar em formulário específico (**ANEXO B**) data e número do lacre, apondo o profissional. **Conferência após abertura e utilização de medicamentos e/ou materiais pertencentes ao carro de emergência:** **Enfermeiro (a)** 1. Conferir itens faltantes no carrinho de Parada Cardiorrespiratória; 2. Registras quantidade existe em formulário específico (**ANEXO A**); 3. Solicitar a reposição dos itens utilizados à Farmácia, em requisição manual; 4. Conferir materiais encaminhados pela farmácia; 5. Realizar reposição dos medicamentos e/ou materiais; 6. Registrar quantidade reposta em formulário específico (**ANEXO A**); 7. Lacrar carrinho de Parada Cardiorrespiratória e registrar número lacre anterior e lacre novo.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	Data da Elaboração	*02/10/2018*

CHS - JOÃO PAULO II

Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências
Não se aplica

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 49	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Contenção química.		

Objetivos	Promover a segurança do paciente que apresenta agitação psicomotora por meio da administração de medicamentos.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Bolas de algodão; Seringa de 3, 5, 10 ou 20 ml; Agulhas (25x7/30x7/25x6mm) ou outros dispositivos intravenosos (abocath ou escalpe) Álcool 70%; Medicamento prescrito e devidamente identificado conforme protocolo; Esparadrapo ou micropore; Luvas de procedimento.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Iniciar a abordagem através da intervenção verbal, sempre que possível; 2. Higienizar as mãos; 3. Calçar luvas de procedimento; 4. Verificar os nove certos da terapia medicamentosa; 5. Selecionar a região apropriada para a punção venosa ou administração IM, se a via oral não for a escolhida na prescrição; 6. Administrar o medicamento dentro do tempo determinado, conforme prescrição médica; 7. Descartar o material na caixa de perfurocortante; 8. Retirar as luvas; 9. Realizar higienização das mãos; 10. Checar a medicação administrada, assinar e carimbar apondo o profissional; 11. Arquivar o receituário de controle especial.	• Reavaliar o paciente a cada 30 minutos quanto a níveis de tranquilização/agitação e aferição de sinais vitais; • Registrar em prontuário as justificativas clínicas pela decisão terapêutica; • Em caso de necessidade de medicação adicional, repetir a droga ou combinação de drogas usada inicialmente na mesma dose, conforme prescrição médica; • Deve ser observada e registrada em prontuário a ocorrência de efeitos colaterais e as medidas terapêuticas adotadas nas primeiras 24 horas subsequentes ao uso da medicação injetável para o manejo da agitação psicomotora; • De acordo com diretrizes propostas pelo National Institute for Mental Health and Clinical Excellence (NICE), a intervenção farmacológica via parenteral deve ser considerada como última opção terapêutica, mantendo-se sempre o objetivo de induzir tranquilização e não sedação ou sono profundo. A via intramuscular é bem recomendada.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BARROS, R.E; MARQUES, J.M; CARLOTTI, I.P; ZUARDI, A.W; DEL-BEM, C.M. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. Rev Bras Psiquiatr. v.32, n. 2, p.145-151, 2010.

2. BERNIK W, GOUVEA FS, LOPES, KV. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina. v.67, n.8, p. 289-295. 2010.

3. MARDER, S.R. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. J Clin Psychiatry, v. 67 suppl 10: 13-21, 2006.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 50	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Contenção mecânica.		

Objetivos	Promover a segurança do paciente que apresenta agitação psicomotora.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Lençóis; Ataduras de 10 cm e 20cm; Algodão.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Realizar higienização das mãos; 2. Colocar gorro, máscara e luvas de procedimento; 3. Orientar os familiares, enfatizando que o procedimento realizado visa à proteção do paciente de forma segura e humanizada; 4. Manter o paciente em posição supina e a cabeceira do leito elevada a 30 graus; 5. Realizar contenção: **5.1. Restrição para Movimento de ombro:** **Tórax:** Dobrar o lençol em diagonal até formar uma faixa; Colocar faixa sob as costas do paciente passando pelas axilas; Cruzar as pontas o sob o travesseiro e amarra-las no estrado da cabeceira da cama. **Abdome:** Pegar dois lençóis, dobrando-os em diagonais até formar duas faixas; Unir as pontas à direita enroscando-as e amarrá-las no estrado lateral direito da cama; Unir as pontas à esquerda enroscando-as e amarrá-las no estrado lateral esquerdo da cama. **5.2. Restrição para movimento do joelho:** Pegar dois lençóis, dobrando-os em diagonais até formar duas faixas; Colocar uma parte da primeira faixa sob a fossa poplítea direita e sobre o joelho esquerdo; Colocar uma parte da segunda faixa sob a fossa poplítea esquerda e sobre o joelho direito; Enroscar as pontas nos estrados laterais direito e esquerdo. **5.3. Restrição para movimento dos punhos e tornozelos:** Usar ataduras preparadas com algodão ou compressas	• A contenção mecânica deve ser realizada por vários membros da equipe (preferencialmente, cinco pessoas); • Os profissionais de Enfermagem, excetuando-se as situações de urgência e emergência, poderão realizar a contenção mecânica do paciente somente sob supervisão direta do enfermeiro; • A contenção mecânica será empregada quando for o único meio disponível para prevenir dano imediato ou iminente ao paciente ou aos demais; • O paciente deve ser mantido sob supervisão imediata e contínua pela equipe de enfermagem durante o período em que for mantido em contenção mecânica, não devendo prolongar além do tempo necessário; • Observar compressão exercida na região axilar para não comprimir o plexo braquial ocasionando lesão e perda definitiva ou transitória do membro superior, e, complicações envolvendo a veia e artéria subclávia e a respectiva ligação dessas com o coração; • No caso das mulheres, deve-se ter cuidado com as mamas, passando a faixa por baixo das mesmas para não comprimi-las. A faixa deve ser posicionada na linha infra-mamária; • Os dedos médio e indicador devem entrar facilmente entre a faixa e região **axilar/torácica**, se houver dificuldade para a entrada dos dedos, deve-se afrouxar a faixa. Portanto, não é necessária a forte compressão; • Monitorar atentamente o paciente, para prevenir a ocorrência de eventos adversos ou para identificá-los precocemente; • Atender as necessidades básicas de higiene, alimentação, conforto, abordagem, hidratação e medicação. Manter roupas de cama e de uso pessoal em condições de higiene;

CHS - JOÃO PAULO II

(colocar algodão na ponta da atadura, em aproximadamente, 10 cm a 20 cm); Enrolar toda extensão da atadura no punho ou tornozelos, de modo que sobre uma ponta para fixação do estrado lateral da cama. 6. Retirar as luvas; 7. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 8. Registrar no prontuário do paciente a indicação para a implementação da contenção, sua duração e a ocorrência de eventos adversos, caso haja, e, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Manter a mudança de decúbito normalmente respeitando a indicação da mesma, pois a contenção física no leito não contraindicada a mobilidade no leito. Deve-se colocar os membros em contenção no mesmo lado da cama, quando for colocá-los em decúbito lateral; • Durante a mudança de decúbito atentar para conter o membro superior do paciente do mesmo lado em que ele estiver posicionado; • Deve-se monitorar a resposta do paciente ao procedimento; • Manter sistema de vigilância ao paciente; • Monitorar o nível de consciência, sinais vitais e as condições da pele e circulação nos locais e membros contidos do paciente, verificados com regularidade nunca superior a 1 (uma) hora; • Monitorar rigorosamente os pacientes sonolentos ou com algum problema clínico, e em idosos, crianças e adolescentes; • **Prescrever o procedimento em prontuário (médico);** • A remoção das ataduras deverá seguir um esquema gradativo (tórax, membros inferiores, membros superiores) até a certificação de que o nível de consciência do paciente foi reestabelecido (Glasgow 15) ou de que não haja mais risco de agitação grave ou violência; • Comunicar ao médico em caso de falência/ineficácia da contenção mecânica para a prescrição da contenção química; • Registrar no prontuário do paciente a indicação para a implementação da contenção, sua duração e a ocorrência de eventos adversos.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. ARAUJO, E. M. et al. Inquérito sobre o uso de contenção física em um hospital psiquiátrico de grande porte no Rio de Janeiro. J Bras Psiquiatr. 2010; 59(2): 94-98.
2. BERNIK W, GOUVEA FS, LOPES, KV. Agitação psicomotora. Revisão. Revista Brasileira de Medicina. v.67, n.8, p. 289-295. 2010.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n° 427, de 7 de maio de 2012. Normatiza os procedimentos da enfermagem no emprego de contenção mecânica de pacientes.
4. FARIA, H.; PAIVA, A.; MARQUES, P.. A restrição física da mobilidade: estudo sobre os aspetos ligados à sua utilização com fins terapêuticos. Revista de Enfermagem Referência, v. 6, p. 7-16, mar 2012.
5. FILIPPI, J; FLORES, A; BETTINELLI, L.A; POMATTI, D.M. A equipe multiprofissional frente ao uso da contenção mecânica. Revista Contexto e Saúde. v. 10, n. 20, p.573-578, 2011.
6. MANTOVANI, C. et al.. Manejo de paciente agitado ou agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 32, p. 96-103, out 2010.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 51	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Curativo de cateter venoso central – CVC.		

Objetivos	Manter a impermeabilidade da pele diminuindo o risco de infecção.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja; Pacote de curativo: 1 Pinça hemostática, 1Pinça anatômica, 1 Pinça dente de rato e gazes estéreis; Pacotes Gazes estéreis; Par de luvas estéreis (caso não tenha pinças); Luvas de procedimento; Antisséptico alcoólico (clorexidina alcoólica a 0,5% ou álcool a 70%); Filme transparente de poliuretano ou fita adesiva hipoalérgica porosa ou esparadrapo impermeável; SF 0,9%; Gorro; Máscara cirúrgica; Óculos; Saco plástico ou coletor de lixo.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1 Fase 1. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 2. Realizar a desinfecção da bandeja com gaze embebida em álcool 70%; 3. Organizar o material necessário sobre a bandeja; 4. Levar todo material até a unidade do paciente; 5. Apresentar-se ao paciente e acompanhante (se estiver consciente); 6. Orientar o paciente e/ou acompanhantes quanto ao procedimento que será realizado (se paciente estiver consciente); 7. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 8. Posicionar o paciente, expondo somente a região do curativo, com a cabeça do paciente em direção oposta à inserção do cateter; **2 Fase** 9. Higienizar as mãos com álcool 70%; 10. Paramentar com gorro, máscara cirúrgica e óculos de proteção; 11. Abrir o pacote de curativo com técnica asséptica, dispondo sobre o campo estéril todo material que será utilizado durante o procedimento; 12. Calçar as luvas de procedimento; 13. Retirar o curativo observando as características da pele e do sítio de inserção do cateter quanto a hematomas e sinais flogísticos: hiperemia, secreções, edema e dor; 14. Desprezar o curativo retirado e a luva de procedimento no saco plástico destinado a lixo; 15. Higienizar as mãos; 16. Calçar as luvas de procedimento (calçar as luvas estéreis na ausência das pinças); 17. Despejar SF 0,9% sobre parte das gazes estéreis;	• O primeiro curativo deve ser realizado 24 horas após a implantação do CVC; • Todo curativo deve ser protegido durante o banho e trocado sempre que estiver úmido; • Quando realizado com gaze seca e fita adesiva hipoalérgica porosa, deve ser trocado até 48 horas e, quando realizado com película, até 07 dias. A necessidade de troca neste intervalo se dará por avaliação e indicação do enfermeiro; • Quando indicado pelo enfermeiro, a utilização do filme transparente com gaze no lugar da fita adesiva hipoalergênica deve ser considerada como curativo seco respeitando a troca a cada 48 horas; • Quando apresentar alterações no local, registrar em impresso de passagem de plantão para uma avaliação mais criteriosa do cuidado e comunicar ao médico.

CHS - JOÃO PAULO II

18. Utilizar a pinça hemostática com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9% para realizar a limpeza a partir do óstio para as áreas circunjacentes, com movimentos circulares, usando uma gaze para cada movimento; 19. Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril; 20. Utilizar a pinça hemostática com gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% para realizar a antissepsia a partir do óstio para as áreas circunjacentes, com movimentos circulares, usando uma gaze para cada movimento; 21. Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril; 22. Proceder a desinfecção do cateter do óstio para a extremidade, utilizando gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5%; 23. Cobrir a inserção do cateter com gazes, utilizando a pinça anatômica, e fixa-las com fita adesiva hipoalérgica porosa. Se indicado, pode ser aplicado o papel filme transparente diretamente sobre o óstio; 24. Proteger a conexão do cateter com equipo de infusão, utilizando gaze estéril e esparadrapo; 25. Separe os materiais para descarte em local apropriado; 26. Retire as luvas e descarte-as no saco plástico; 27. Higienize as mãos; 28. Identifique com a data, horário de troca do curativo e o nome de quem realizou o procedimento; 29. Deixe o paciente confortável; 30. Recolha o material, mantendo a unidade organizada; 31. Encaminhe o material para expurgo; 32. Higienize as mãos; 33. Cheque a prescrição de enfermagem e anote o procedimento realizado. Registro o aspecto da inserção do cateter, pele ao redor e presença de exsudato.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. CARVALHO, A. L.G.; ROSA, L. M. Curativo do cateter venoso central de curta permanência: cuidado de enfermagem. *Revista de enfermagem UFPE on line*, Recife, v. 8, n. 7, p. 1972 – 1978, 2014.

2. PEDROLO, E. et al. Ensaio clínico controlado sobre o curativo de cateter venoso central. Acta Paulista Enfermagem, v. 24, n. 2, p. 278-283, 2011.

3. POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de Enfermagem. 7ª ed. Rio de janeiro: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 52	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Curativo para retirada de cateter venoso central – CVC.

Objetivos	Manter a impermeabilidade da pele diminuindo o risco de infecção.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja para curativo (contendo pinça, cuba e campo estéril); Máscara cirúrgica; Gorro; Óculos de proteção; Luvas de procedimento; Gaze estéril; Luva estéril; Lâmina de bisturi; Clorexidine alcoólica 0,5%; Soro fisiológico 0,9%; Álcool a 70%; Esparadrapo ou fita microporosa; Saco plástico para resíduos infectantes.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Confira prescrição médica para retirada do CVC; 3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 5. Realizar a higienização das mãos; 6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 7. Separar material para realização do procedimento; 8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 9. Colocar gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção; 10. Higienizar as mãos; 11. Preparar o material a ser usado no campo estéril, utilizando técnica asséptica; 12. Calçar luvas de procedimento; 13. Posicionar o paciente, expondo somente a região de inserção do CVC. Quando a localização do CVC for subclávia D/E ou jugular D/E, posicionar a cabeça do paciente em direção oposta á inserção do cateter; 14. Pinçar as vias de infusão para evitar extravasamento de líquidos; Umedecer com SF 0,9% e retirar o curativo, observando o aspecto da pele e do orifício de inserção do cateter, quanto a sinais flogísticos: hiperemia, edema, presença de secreção e dor; 16. Retirar as luvas de procedimento; 17. Higienizar as mãos; 18. Colocar luvas estéreis; 19. Retire o ponto de fixação do cateter com lâmina de bisturi e pinça anatômica (atenção para não cortar o cateter); 20. Tracione lentamente o cateter até a retirada total do mesmo;	• Avalie o padrão respiratório a cada 10 min. durante 30 minutos.

CHS - JOÃO PAULO II

21. Faça compressão no local por cerca 1 minuto com a gaze estéril; 22. Utilizar a pinça hemostática com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9% para realizar a limpeza a partir do óstio para as áreas circunjacentes, com movimentos circulares, usando uma gaze para cada movimento; 23. Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril; 24. Utilizar a pinça hemostática com gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% para realizar a antissepsia a partir do óstio para as áreas circunjacentes, com movimentos circulares, usando uma gaze para cada movimento; 25. Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril; 26. Faça um curativo compressivo com gaze e fita adesiva microporosa (ou esparadrapo); 27. Retire as luvas, máscara, gorro e óculos de proteção; 28. Higienize as mãos; 29. Realizar registro em fita adesiva com data, horário executor do curativo em fita adesiva e fixar sobre o curativo previamente realizado; 30. Calce as luvas de procedimento; 31. Recolher o material, mantendo a unidade organizada; 32. Desprezar os resíduos; 33. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão de Estudos e Controle dos Cateteres Venosos Centrais. Instituto Nacional de Câncer. Manual de técnicas para manuseio de cateteres venosos centrais para quimioterapia. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecção de Corrente Sanguínea. Orientações para Prevenção de infecção Primária de Corrente sanguínea.
3. BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Inserção de Cateter Periférico Central. Brasília:[s.n.],2001.
4. PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Terapia Intravenosa e Infusões. São Paulo, Editora Yendis; 2011.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 53	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Curativo para retirada de cateter venoso central – CVC com infecção.		

Objetivos	Manter a impermeabilidade da pele diminuindo o risco de infecção.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja para curativo (contendo pinça, cuba e campo estéril); Máscara; Gorro; Óculos de proteção; Luvas de procedimento; Gaze estéril; Luva estéril; Lâmina de bisturi; Clorexidina alcoólica 0,5%; Tesoura; Esparadrapo ou fita microporosa; Saco plástico para resíduos infectantes; Tubo coletor estéril.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Confirmar que se trata do paciente correto; 2. Conferir prescrição médica para retirada do CVC; 3. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 4. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 5. Realizar a higienização das mãos; 6. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 7. Separar material para realização do procedimento; 8. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 9. Colocar gorro, máscara cirúrgica, óculos de proteção; 10. Higienizar as mãos; 11. Preparar o material a ser usado no campo estéril, utilizando técnica asséptica; 12. Calçar luvas de procedimento; 13. Posicionar o paciente, expondo somente a região do curativo, quando a localização do CVC for subclávia D/E ou jugular D/E, posicionar a cabeça do paciente em direção oposta á inserção do cateter; 14. Retirar o curativo, observando o aspecto da pele e do orifício de inserção do cateter, quanto a sinais flogísticos: hiperemia, edema, presença de secreção e dor; 15. Retirar as luvas de procedimento; 16. Higienizar as mãos; 17. Colocar luvas estéreis; 18. Retirar o ponto de fixação do cateter com lâmina de bisturi e pinça anatômica (atenção para não cortar o cateter); 19. Tracionar lentamente o cateter até a retirada total do mesmo; 20. Fazer compressão no local por cerca 1 minuto com a gaze estéril;	• Avalie o padrão respiratório a cada 10 min. durante 30 minutos.

CHS - JOÃO PAULO II

21. Utilizar a pinça hemostática com gaze umedecida em soro fisiológico 0,9% para realizar a limpeza a partir do óstio para as áreas circunjacentes, com movimentos circulares, usando uma gaze para cada movimento; 22. Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril. 23. Utilizar a pinça hemostática com gaze umedecida com clorexidina alcoólica a 0,5% para realizar a antissepsia a partir do óstio para as áreas circunjacentes, com movimentos circulares, usando uma gaze para cada movimento; 24. Repetir o procedimento por duas ou mais vezes com folhas novas de gaze estéril; 25. Fazer um curativo compressivo com gaze e fita adesiva microporosa (ou esparadrapo); 26. Retirar cerca de 5 cm da ponta do cateter com o auxilio da lâmina de bisturi e colocar em frasco estéril; 27. Retirar as luvas, a máscara e óculos de proteção; 28. Higienizar as mãos; 29. Realizar registro em fita adesiva com data, horário executor do curativo em fita adesiva e fixar sobre o curativo previamente realizado; 30. Calçar as luvas de procedimento; 31. Recolher o material, mantendo a unidade organizada; 32. Desprezar os resíduos; 33. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão de Estudos e Controle dos Cateteres Venosos Centrais. Instituto Nacional de Câncer. Manual de técnicas para manuseio de cateteres venosos centrais para quimioterapia. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
2. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Infecção de Corrente Sanguínea. Orientações para Prevenção de infecção Primária de Corrente sanguínea. 2010.
3. BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Inserção de Cateter Periférico Central. Brasília:[s.n.],2001. Resolução Cofen nº 258/01.
4. PEDREIRA, M. L. G.; HARADA, M. J. C. S. Terapia Intravenosa e Infusões. São Paulo, Editora Yendis; 2011.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 54	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Higienização Simples das mãos com água e sabão e com preparação alcoólica.		

Objetivos	Prevenir e controlar as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS).		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Equipe de enfermagem, Médica e todos que se incluem no serviço de saúde (administrativos e higienização).		
Materiais Necessários	Sabão neutro; Papel toalha; Preparação alcoólica.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
HIGIENE SIMPLES DAS MÃOS (Figura 1.): **A higienização antisséptica das mãos deve ter duração mínima de 40 a 60 segundos.** 1. Molhar as mãos com água; 2. Aplicar sabonete líquido na palma da mão; 3. Ensaboar as palmas das mãos e friccione-as; 4. Esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa; 5. Entrelaçar os dedos e friccione os espaços interdigitais; 6. Esfregar o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimentos de vai-e-vem e vice-versa; 7. Esfregar o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita utilizando-se de movimento circular e vice-versa; 8. Friccionar as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo movimento circular e vice-versa; 9. Enxaguar bem as mãos com água; 10. Secar as mãos com papel toalha descartáveis; 11. No caso de torneiras de fechamento manual, para fechar sempre utilize o papel toalha; 12. Agora as suas mãos estão seguras. **FRICÇÃO ANTISSÉPTICA DAS MÃOS COM PREPARAÇÃO ALCOÓLICA** **A fricção das mãos com preparação alcoólica antisséptica**	**Cinco momentos para higienização das mãos.** **1. Antes de tocar o paciente**; **2. Antes de realizar procedimento limpo/asséptico**: a) Antes de manusear um dispositivo invasivo, independentemente do uso ou não de luvas; b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente. **3. Após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções:** a) Após contato com fluidos corporais ou excretas, membranas mucosas, pele não íntegra ou curativo; b) Ao se mover de um sítio anatômico contaminado para outro durante o atendimento do mesmo paciente; c) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas. **4. Após tocar o paciente:** a) Antes e depois do contato com o paciente; b) Após remover luvas esterilizadas ou não esterilizadas. **5. Após tocar superfícies próximas ao paciente:** a) Após contato com superfícies e objetos inanimados (incluindo equipamentos para a saúde) nas proximidades do paciente; b) Após remover luvas esterilizadas ou não

CHS - JOÃO PAULO II

deve ter duração de no mínimo 20 a 30 segundos. 1. Aplique uma quantidade suficiente de preparação alcoólica em uma mão em forma de concha para cobrir todas as superfícies das mãos; 2. Friccione as palmas das mãos entre si; 3. Friccione a palma de mão direita contra o dorso da mão esquerda, entrelaçando os dedos e vice-versa; 4. Friccione a palma das mãos entre si com os dedos entrelaçados; 5. Friccione o dorso dos dedos de uma mão com a palma da mão oposta, segurando os dedos, com movimento vai e vem e e vice-versa; 6. Friccione o polegar esquerdo com o auxílio da palma da mão direita, utilizando-se de movimento circular e vice-versa; 7. Friccione as polpas digitais e unhas da mão direita contra a palma da mão esquerda, fazendo um movimento circular e vice-versa; 8. Quando estiverem secas, suas mãos estarão seguras.	esterilizadas. **6. As indicações para 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 (IB) 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.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

ANVISA. Protocolo para a prática de higiene das mãos em serviços de saúde. 2013.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 55	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Fixação de tubo orotraqueal		

Objetivos	Prevenir o deslocamento, extubação acidental do tubo orotraqueal (TOT) e lesão de pele oriunda da fixação do tubo.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Cadarço inelásticos de algodão ou adesivo a prova d'água; Lâmina de bisturi; Gaze; Cuba rim; EPIS (Avental ou Jaleco, Máscara, Luva de procedimento e óculos de proteção); Estetoscópio; Oxímetro de pulso; Lixo comum e infectante; Sabão; Papel toalha; Clorexidine 0,12%; Álcool a 70%; Protetor cutâneo (Cavilon); Lâmina de barbear.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material em uma bandeja; 3. Checar o nível de sedação e colaboração do paciente e, quando necessário, solicitar ajuda para manter o tubo estabilizado; 4. Identificar-se e explicar o procedimento para o acompanhante; 5. Promover a privacidade do paciente; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Abaixar a grade lateral da cama do lado que irá posicionar o paciente; 8. Posicionar o paciente em decúbito dorsal com a cabeceira elevada a 30°, exceto se contraindicado; 9. Avaliar a insuflação do *cuff* e manter abaixo de 22mmHg; 10. Manter guia do balonete lateralizado e visível; 11. Higienizar a pele perioral e região zigomática com água e sabão; 12. Realizar tricotomia em região zigomática, quando necessário; 13. Aplicar antisséptico em região zigomática e em seguida, protetor cutâneo; 14. Realizar higiene oral com solução de clorexidina a 0,12%; 15. Cortar o cadarço no tamanho adequado, aproximadamente, 70 cm; 16. Segurar o tubo orotraqueal para não haver deslocamento ou saída acidental; 17. Posicionar preferencialmente a fixação no centro da rima	• Trocar a fixação diariamente e sempre que necessário (presença de sujidades visíveis sólidas ou líquidas); • Levar o cadarço previamente cortado e em tamanho adequado; • A fixação de TOT deve ser feita por dois profissionais, onde um realiza a fixação e o outro segura o tubo, garantindo que o mesmo permaneça na posição correta; • Para a fixação do tubo, deve ser usado material próprio como fixações adesivas ou cadarços, evitando improvisações, tais como: sondas, esparadrapos, equipos de soro e outros; • Realizar o reposicionamento do TOT a cada 12 horas; • A fixação deve permitir a menor movimentação possível do tubo, ser confortável para o paciente, permitir higiene oral, preservar a integridade da pele e ser de fácil aplicação.

CHS - JOÃO PAULO II

labial; 18. Passar o cadarço na parte posterior da cervical até o mento, em seguida dar o primeiro nó; efetuar nós no cadarço até que o mesmo alcance o TOT, sem tracioná-lo para baixo; 19. Dar duas voltas ao redor do TOT, dando um nó por volta, sem obstruir o lúmen do TOT; 20. Realizar mais três nós em direção a região maxilar e passar o cadarço na parte posterior da cabeça até a região zigomática (dar uma volta na cabeça) e dar mais um nó para finalizar a fixação; 21. Cortar o excesso de fita com lâmina de bisturi; 22. Verificar saturação de O_2, expansibilidade torácica e auscultar o tórax para checar se o dispositivo encontra-se no local correto; 23. Colocar gaze ao redor do cadarço e em cima da região auricular e zigomática para prevenir lesões; 24. Levantar a grade lateral da cama ao finalizar a fixação; 25. Deixar o paciente confortável com cabeceira elevada a 30º; 26. Retirar as luvas e descartá-las junto com os materiais contaminados; 27. Higienizar as mãos; 28. Recolher o material e encaminhá-lo ao expurgo; 29. Realizar anotação de enfermagem contendo a posição do tubo orotraqueal e número do tubo.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. Barbas CSV, Isola AM, Farias AMC, Cavalcanti AB, Gama AMC, Duarte ACM et al. Recomendações brasileiras de ventilação mecânica 2013. Parte 2. Rev Bras Ter Intensiva. 2014;26(3):215-239.

2. Castellões TMFW, Silva LD. Guia de cuidados de enfermagem na prevenção da extubação acidental. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(16):106-9.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 56	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Preparo da pele e ferimentos (área traumatizada) para realização de sutura.

Objetivos	Preparar ferimento para realização da sutura.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Pacotes de gaze; Solução para limpeza: 1ª escolha - SF 0,9%; 2ª escolha: Lactado de Ringer; 3ª escolha: água destilada; Mesa auxiliar; Gorro; Máscara cirúrgica; Luvas de procedimentos; Luvas estéreis; Lâmina de bisturi; Tesoura; Lixo para resíduo infectante.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Identificar-se para o usuário e/ou acompanhante; 2. Orientar o usuário e/ou acompanhante quanto ao procedimento; 3. Realizar a higienização das mãos; 4. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 5. Separar material para realização do procedimento; 6. Calçar luvas de procedimento; 7. Posicionar o paciente, expondo a área a ser manipulada; 8. Abrir o material sobre a mesa auxiliar; 9. Avaliar o aspecto da lesão observando sinais: edema, laceração, profundidade, diâmetro, angulo, hiperemia, secreção (tipo e aspecto), queixa de dor; 10. Retirar as luvas de procedimento; 11. Calçar luva estéril; 12. A área ao redor da ferida deve ser limpa com água e sabão ou soluções antissépticas não irritativas como SF 0,9%, lactato de ringer ou água destilada em jato com agulha (40x12) ou com seringa, retirando restos dos tecidos, coágulos, impurezas, sangue, etc. Obs: Não secar a ferida; Os antissépticos devem ser utilizados somente para a limpeza da pele íntegra adjacente à ferida; 13. Realizar tricotomia ou aparar os pelos ou cabelo próximo ao local da lesão. Algumas regiões como supercílios e cílios não devem ser raspadas porque o crescimento dos pelos pode ser irregular, retardado ou ausente; Cobrir área traumatizada com gaze ou compressa estéril; 15. Posicionar paciente e orientar acerca da realização da sutura; 16. Desprezar e organizar o material utilizado;	• A ferida deve receber limpeza rigorosa de seu leito, cujo objetivo é remover as fontes de contaminação como corpos estranhos, coágulos e bactérias. A irrigação da ferida pode ser feita com soro fisiológico em leve pressão (seringa de plástico) para promover o desprendimento de bactérias e corpos estranhos aderidos aos tecidos; • O profissional que preparou a pele e ferida traumatizada para realização da sutura poderá auxiliar o médico na realização do procedimento.

CHS - JOÃO PAULO II

17. Retirar as luvas; 18. Realizar higienização das mãos com água e sabão; 19. Comunicar ao médico que o paciente está preparado para avaliação clínica e condução da sutura; Registrar o procedimento na ficha ou formulário específico, assinar e carimbar apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BARE, B.G,; SUDDARTH, D.S.. Brunner - Tratado de Enfermagem MédicoCirúrgica. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 64p
3. POTTER, P. A.; PERRY, A. G.. Fundamentos de Enfermagem. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
4. PORTO, C. C. Semiologia Médica. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011 NETTINA, S. M. Prática de enfermagem. 8ª. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007
5. POSSO, M. B. S. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. São Paulo: Atheneu Editora, 2007.
6. DOCHTERMAN, J. M. C.; BULECHEK, G. M. Classificação das intervenções de enfermagem. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.
7. FISCHBASH, F. Manual de enfermagem: exames laboratoriais e diagnósticos.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 57	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Posicionamento e movimentação do paciente acamado.		

Objetivos	Realizar posicionamento adequado do paciente contribuindo com conforto físico e prevenção de lesões.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luvas de procedimento; Gazes; Ataduras; Travesseiros ou coxins; Lençóis; Protetores de calcâneos; Cremes hidratantes; AGE; Tesoura ou lâmina de bisturi.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Higienizar as mãos; 2. Calçar luvas de procedimento; 3. Orientar paciente ou o acompanhante sobre o procedimento que será realizado; 4. Manter privacidade do paciente; 5. Os executantes da mudança de decúbito deverá se posicionar um de cada lado do leito; 6. Manter o cliente em decúbito elevado 30° (salvo contra indicação) com os pés levemente elevados; 7. Manter lençóis bem esticados, limpos e secos; 8. Inspecionar a pele diariamente; 9. Proteger as proeminências ósseas; 10. Hidratar a pele do paciente; 11. Elevar o corpo do cliente o suficiente para a sua movimentação sem arrastar sobre a cama, para evitar fricção; 12. Manter posição anatômica do corpo do cliente com auxílio de coxins considerando distribuição do peso corporal; 13. Fletir o membro inferior oposto do paciente ao qual ele ficará, se decúbito lateral; 14. O colaborador posicionado atrás do paciente deverá colocar o coxim nas costas do mesmo evitando que ele retorne a posição anterior, se decúbito lateral; 15. Proteger as articulações dos joelhos colocando um coxim entre eles; 16. Levantar as grades de proteção; 17. Deixar o cliente confortável; 18. Realizar higienização das mãos; 19. Registrar o procedimento no prontuário;	• Realizar movimentação e posicionamento do paciente de 2 em 2 horas; • Monitorar todos pacientes com mobilidade prejudicada, principalmente aqueles que apresentarem incontinência fecal e urinária, acamado, idoso, obeso, anêmico, diabético, em uso de sedativos e portador de insuficiência motora; • A movimentação e posicionamento do pacientes sob ventilação mecânica, com entubação orotraqueal deverá ser realizada por profissional capacitado; • Não se deve realizar a mudança de decúbito em clientes com instabilidade hemodinâmica, hipertensão intracraniana, e ou, com lesão de coluna.

CHS - JOÃO PAULO II

20. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. TÉCNICAS BÁSICAS EM ENFERMAGEM. Disponível em: http://enfermagempresente.no.comunidades.net/index.php?pagina=1671500195.
2. Manual de Procedimentos Operacionais de Rotinas Básicas da Clínica Médica I (CM1). Atualizado em 2013.
3. BRUNNER/SUDDARTH: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico -11ª Edição – 2009 Editora Guanabara Koogan.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 58	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Punção de Jugular Externa		

Objetivos	Instalar cateter em veia jugular externa para manutenção de uma via de acesso venoso para infusão contínua ou intermitente de medicamentos.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Médico		
Materiais Necessários	Sabão; Papel toalha; Algodão; Álcool a 70% ou clorexidine alcoólico 0,5%; Gaze; EPIs (Avental ou Jaleco, Máscara, Luva de procedimento e óculos de proteção); Cateter venoso de média duração (Cateter venoso periférico de calibre 14 a 18); Conexão tipo "Y" duas vias ou conexão simples; Equipo simples; Frasco de soro (conforme prescrição médica); Rótulo de soro; Esparadrapo ou fita adesiva microporosa; Lixo comum e infectante;		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO

CHS - JOÃO PAULO II

1. Conferir a prescrição médica e avaliar o tipo de acesso e calibre a ser usado; 2. Higienizar as mãos; 3. Fazer a desinfecção do balcão de preparo de medicamentos; 4. Preencher o rótulo com o nome do cliente, volume da solução, nº de gotas e o nome do profissional responsável pelo preparo; 5. Retirar o lacre do frasco da solução e conectar o equipo; 6. Preencher o equipo e a conexão de duas vias com a solução para a retirada do ar e pinçar; 7. Reunir o material em uma bandeja e levar próximo ao leito do cliente; 8. Identificar-se e explicar o procedimento para o cliente e acompanhante; 9. Promover a privacidade do cliente; 10. Calçar as luvas de procedimento; 11. Colocar o cliente em posição de Trendelenburg (20-30º), com a cabeça voltada 90º longe do lado da inserção ou em decúbito dorsal, com a cabeceira reta e retirando os travesseiros; 12. Expor a área a ser puncionada; 13. Avaliar as condições de enchimento da jugular externa comprimindo-a acima da clavícula com o dedo indicador e médio. Fazer esta avaliação do lado esquerdo e direito; 14. Escolher a jugular que apresente melhor enchimento, seja mais visível e com ausência de nódulos e tortuosidades; 15. Solicitar ao cliente para não se movimentar durante o procedimento ou caso seja necessário solicitar que alguém segure a cabeça do cliente mantendo-a fixa; 16. Lateralizar a cabeça do cliente para o lado oposto da punção; 17. Realizar antissepsia com algodão embebido em álcool a 70% ou clorexidine alcoólico 0,5% em movimentos circulares do centro para fora ou movimentos únicos no sentido céfalo-podálico girando o algodão; 18. Posicionar-se atrás da cabeceira do cliente; 19. Realizar a palpação da veia jugular logo acima da clavícula utilizando os dedos indicador e médio da mão não dominante; 20. Realizar a punção percutânea, em ângulo de 30° aproximadamente com o cateter na direção céfalo-podálica com a mão dominante; 21. Avaliar o retorno venoso, com a mão não dominante comprimir a veia jugular abaixo do local de inserção do cateter e retirar o mandril com a mão dominante; 22. Retirar o mandril e conectar a conexão tipo "Y" duas vias; 23. Observar se há sinais de infiltração, extravazamento ou hematoma no local da punção, além de queixas de dor ou desconforto anormal do cliente (se houver, retire o cateter imediatamente); 24. Fixar o cateter com fita adesiva microporosa ou cobertura de filme transparente de maneira que fique firme, visualmente estético e que não atrapalhe os movimentos cervicais; 25. Identificar no próprio curativo do cateter o dia e hora da punção,	• Devido aos riscos, este tipo de punção não deve ser a punção de primeira escolha; • A punção deve ser executada por um profissional que tenha conhecimento, competência e habilidade; • Na punção arterial acidental, promover a compressão digital por aproximadamente 10 minutos para prevenir hematomas; • Na retirada do cateter venoso, pressionar o local da punção com algodão ou gazes, por cerca de 3 minutos, e aplicar um curativo levemente compressivo no local da punção; • Em acesso venoso para infusão contínua ou intermitente, é necessário lavar o dispositivo com até 10 mL de solução fisiológica, antes e após a injeção de medicamentos; • Não utilize drogas vesicantes no acesso venoso da jugular externa;

CHS - JOÃO PAULO II

o responsável pela mesma e o calibre do cateter utilizado; 26. Colocar o cliente em posição confortável; 27. Recolher o material utilizado e encaminhá-lo ao expurgo/ ou desprezar o lixo em local adequado; 28. Retirar as luvas e descartá-las junto com os materiais contaminados; 29. Higienizar as mãos; 30. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do cliente: data e hora, tipo e calibre do dispositivo, local puncionado, tipo de fixação e curativo, solução ligada e fluxo, dificuldades técnicas, queixas do paciente ou anormalidades notadas, assinatura e carimbo do profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. ARAÚJO, S. Acessos venosos centrais e arteriais periféricos – aspectos técnicos e práticos. Revista Brasileira Terapia Intensiva. 2003;15(2):
2. POTTER-PERRY. Fundamentos de Enfermagem, 6ª Edição-2005, Editora MosloyElsevier.
3. Série A. Normas e Manuais Técnicos-Caderno da Atenção Primária, nº 30, BrasiliaDF-2011.
4. MUSSI, N.M., ET. AL. Técnicas Fundamentais de Enfermagem, 3ª Edição-1999, Editora Atheneu.
5. BRUNNER & SUDDART. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 8. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1996.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 59**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Preparo de Material para Realização de Sutura.		

Objetivos	Garantir materiais e bandeja de sutura para realização satisfatória e completa do procedimento.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luva estéril; Pacote de sutura; Seringa de 3 ml ou 5 ml; Agulhas; Anestésico; Fio de sutura: Fio Nylon (Obs: Fio catgut simples será utilizado somente para aproximação de		

	tecidos lisos); PVPI; Esparadrapo; Soro fisiológico 0,9%; Gazes; Lâminas de bisturi.

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Separar o material utilizado para sutura e coloque-os próximo ao paciente; 2. Abrir a bandeja de sutura e os insumos após solicitação do médico em técnica asséptica; Obs.: Os instrumentais poderão ser tocados somente com luva estéril; 3. Colocar a solução salina de povidine em uma cuba na bandeja; 4. Oferecer o anestésico para aspiração da solução; 5. Abrir o fio de sutura indicado pelo médico, puxando as extremidades e deixando cair suavemente dentro do pacote de sutura; 6. Permanecer à disposição do médico até a finalização do procedimento; 7. Realizar o curativo no local onde ocorreu a sutura com utilização de soro fisiológico e gaze; 8. Realizar as orientações para cuidado com a ferida: retirar o curativo após 24 horas; lavar com água e sabão e enxugar com toalha limpa e exclusiva para ferida; 9. Orientar a retornar serviço de saúde para retiradas de pontos: 7 a 14 dias após a realização da sutura; 10. Organizar o local e encaminhe o material contaminado para a CME; 11. Realizar as anotações no prontuário do paciente, apondo o profissional.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. POTTER-PERRY. Fundamentos de Enfermagem, 6ª Edição-2005, Editora MosloyElsevier.
2. Série A. Normas e Manuais Técnicos-Caderno da Atenção Primária, nº 30, BrasiliaDF-2011.
3. MUSSI, N.M., ET. AL. Técnicas Fundamentais de Enfermagem, 3ª Edição-1999, Editora Atheneu.
4. BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 8. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1996.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 60**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Registro de Enfermagem		

Objetivos	Manter registradas as informações relativas ao processo de cuidar do paciente, garantindo a qualidade das informações que serão utilizadas por toda a equipe de saúde.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		

CHS - JOÃO PAULO II

Materiais Necessários	Prontuário; Ficha de evolução; Caneta azul ou preta no período diurno; Caneta vermelha no período noturno.

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Registrar na admissão: 1. Nome completo; 2. Data de Nascimento; 3. Data e hora de chegada; 4. Coleta de dados - queixas apresentadas na admissão; 5. Procedência do paciente (residência, pronto-socorro de outra instituição); 6. Acompanhante (familiar, vizinho, amigo, entre outros); 7. Condições de locomoção (deambulando, com auxílio, cadeira de rodas, maca); 8. Observar e anotar as condições gerais do paciente (nível de consciência; higiene pessoal; estado nutricional; coloração da pele); 9. Procedimentos realizados na admissão: sinais vitais, punção de acesso venoso, coleta de exames e orientações de enfermagem. **Registrar no período de observação**: 1. Coleta de dados – queixas apresentadas durante o período de observação; 2. Diagnósticos de enfermagem (enfermeiros) e condições ou problemas que requer intervenção de enfermagem (técnicos de enfermagem); 3. Prescrições e orientações de enfermagem; 4. Intervenções de enfermagem realizadas face às prescrições de enfermagem e prescrições médicas (sinais vitais, acesso venoso, sondagem vesical de alívio, sondagem vesical de demora, coleta de exames, administração de medicamentos entre outros); 5. Resultados de exames; 6. Resultados alcançados face às intervenções de enfermagem realizadas. **Registrar na alta:** 1. Data e horário; Condições de saída (deambulando, maca ou cadeira de rodas, presença de lesões, nível de consciência, presença de dispositivos como sonda vesical de demora, cateter de duplo lúmen, etc.); 3. Procedimentos / cuidados realizados, conforme prescrição ou rotina institucional (mensuração de sinais vitais, retirada de cateter venoso, etc.); 4. Orientações prestadas; 5. Transporte para o domicílio: da instituição ou próprio; 6. Nome completo e Coren do responsável pelo procedimento.	• É responsabilidade e dever dos profissionais da Enfermagem registrar, no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da área, informações relacionadas ao processo de cuidar necessárias para assegurar a continuidade e a qualidade da assistência (RESOLUÇÃO COFEN Nº. 429/2012); • Procedimento operacional padrão para segurança e checagem de medicação deverá ser consultado; • Todas as informações relativas ao processo de cuidar do paciente (RESOLUÇÃO COFEN Nº. 358/2009) devem ser registradas no prontuário do paciente: a) um resumo dos dados coletados sobre a pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; b) os diagnósticos de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; c) as ações ou intervenções de enfermagem realizadas face aos diagnósticos de enfermagem identificados; d) os resultados alcançados como consequência das ações ou intervenções de enfermagem realizadas.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 0514, de 05 de maio de 2016. Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html
2. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 429, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Disponível em: http://site.portalcofen.gov.br/node/9263.
3. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: ttp://site.portalcofen.gov.br/node/4384

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 61**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Retirada de Ponto		

Objetivos	Remover suturas de pele de uma ferida cicatrizada sem lesionar o tecido recém-formado		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		

CHS - JOÃO PAULO II

Materiais Necessários	Sabão; Papel toalha; Mesa de mayo; Álcool a 70%; Soro Fisiológico a 0,9%; Agulha de 40x12 mm; Gaze estéril; EPIS (Avental ou Jaleco, Máscara, Luva de procedimento e óculos de proteção); Pacote com Pinça mosquito ou kelly reta; Lâmina de bisturi nº 11, 12, 15, 21, 22, 23 ou 24; Lixo comum e infectante;

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Higienizar as mãos; 2. Fazer a desinfecção da mesa de mayo com solução alcoólica a 70% e aguardar secagem espontânea, unidirecional, repetindo o movimento três vezes; 3. Reunir o material na mesa de mayo e levar próximo ao leito do cliente; 4. Identificar-se e explicar o procedimento para o cliente e acompanhante; 5. Promover privacidade, utilizando biombos, se necessário; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Posicionar o paciente adequadamente, expondo apenas a área dos pontos cirúrgicos; 8. Abrir o pacote com técnica asséptica e os demais materiais na mesa de mayo; 9. Retirar o curativo anterior (se houver), remover com cuidado; 10. Observar a ferida cirúrgica, identificando a presença de inflamação, sinais de infecção; deiscência e avaliar se todos os pontos estão secos e cicatrizados; 11. Irrigar a área com SF a 0,9%, fazendo-o através da tampa siliconada do frasco com uma agulha de calibre 40x12; 12. Realizar limpeza da ferida cirúrgica com auxílio da pinça utilizando gaze estéril embebida com SF0,9%. A limpeza deverá ser feita em sentido único e usando todas as faces da gaze; 13. Realizar antissepsia da ferida cirúrgica com solução alcoólica a 70%; 14. Separar uma gaze e deixá-la próxima a ferida cirúrgica, tendo como finalidade para colocação dos fios retirados; 15. Com a pinça, pega-se a extremidade do fio que é levantado ligeiramente, expondo o ponto de penetração na pele que será cortado exatamente nessa região com a lâmina de bisturi; 16. Cortar o fio abaixo do nó cirúrgico, próximo a pele e puxá-lo com auxílio da pinça; 17. Após a remoção dos pontos da incisão cirúrgica, deve-se realizar uma nova limpeza da ferida, utilizando gaze estéril embebida com soro fisiológico; 18. Deixar o paciente confortável; 19. Retirar as luvas e descartá-las junto com os materiais contaminados; 20. Higienizar as mãos; 21. Recolher o material e encaminhá-lo ao expurgo; 22. Realizar anotação de enfermagem em prontuário.	• Em suturas contínuas, inicia-se a retirada por uma das extremidades da incisão; • Para as suturas interrompidas, inicia-se a retirada pelo ponto central, extraindose os demais pontos intercaladamente; • Deve-se evitar a permanência exagerada dos pontos na pele; □ Em média o tempo de permanência de suturas é: - 5 dias na face, pela facilidade de cicatrização; - 10-12 dias em membros inferiores e regiões de articulações; - 7 dias em outras regiões do corpo; • Na ocasião da retirada de ponto, o enfermeiro deve avaliar a ferida cirúrgica de forma individualizada, principalmente nos seguintes aspectos: tipo de procedimento cirúrgico (extensão e localização), ferida cirúrgica (ausência de inflamação, secreção e infecção); e condições gerais do paciente; • Se, durante a retirada deles, for notado algum sinal de deiscência, alguns pontos de ancoragem podem ser deixados, além de reforço de adesivo, e reavaliar em 23 dias para completar a retirada dos outros pontos.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*

Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. _____. Parecer COREN-SP n° 039, de 10 de julho de 2013. Realização de Sutura e retirada de pontos por profissionais de Enfermagem. Disponível em: http://portal.corensp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2013_39.pdf. Acesso em: 28 jun. 2016.
2. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
4. POTTER, P.A.; PERRY,A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 62**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Sondagem Nasoentérica		

Objetivos	Obter via de acesso para administração da nutrição com a sonda em posição pós-pilórica.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*

CHS - JOÃO PAULO II

Agentes	Enfermeiro
Materiais Necessários	Bandeja ou cuba rim não estéril; Biombo; Luvas de procedimento; Máscara descartável; 01 sonda enteral de calibre apropriado ao cliente (08 a 12Fr); Seringa de 20 ml; Coletor sistema aberto (para sifonagem); Esparadrapo; Xilocaína gel; Estetoscópio; 01 cuba rim para uso em caso de vômito; Copo com água; Toalha; Cordonê; Lenços de papel.

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Fase preparatória 1. Verificar na prescrição médica a indicação da sondagem; 2. Revisar o histórico do paciente para condições nasais que contra indiquem a passagem da sonda pelo nariz (nesse caso faz-se a passagem pela cavidade oral); 3. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 4. Separar o material necessário para o procedimento na bandeja; 5. Levar a bandeja até a unidade do paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; 6. Assegurar a privacidade do paciente com biombos; 7. Avaliar o estado mental do paciente; 8. Explicar o procedimento ao paciente; 9. Perguntar ao paciente se foi submetido a uma cirurgia nasal, se houve ocorrência de traumatismo nasal e sangramento; 10. Orientar o paciente que faça sinal indicativo caso engasgue ou tenha desconfortos; 11. Remover dentaduras; 11. Solicitar ao paciente que assoe o nariz para limpar as narinas; 12. Avaliar as narinas (desvio de septo, feridas, obstruções, etc) e a capacidade do paciente para deglutição; 13. Realizar a higienização das mãos; 14. Colocar o paciente em posição sentada ou elevar a cabeceira da cama a 45º, colocando a toalha sobre o tórax (pacientes com rebaixamento do nível de consciência colocar a cabeceira da cama no mínimo a 30º); 15. Calçar as luvas de procedimento; 16. Medir a distância NOX (Nariz, lóbulo da orelha e xifoide) da sonda Levine da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifoide e marcar local. Para o posicionamento na segunda ou terceira porção do duodeno ou jejuno, acrescentar mais 20 a 25 cm (Taylor, Lillis, LeMone 2007) e proceder marcação com esparadrapo; 17. Fazer espiral com os primeiros 10 cm da sonda, enrolando-a em seus dedos; 18. Lubrificar a sonda com xilocaína gel; 19. Solicitar ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax ; 20. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial, para trás e para baixo), solicitando ao paciente que faça o movimento de deglutição; 21. Voltar a cabeça para a posição ereta; 22. Continuar introduzindo a sonda até o ponto marcado na sonda; 23. Observar dispnéia, cianose ou dificuldade para falar (o posicionamento da sonda pode estar errado – retirá-la imediatamente); 24. Fixar a sonda;	• Quando a necessidade da sonda em posição entérica for imediata e não houver sucesso com as manobras iniciais, a passagem pode ser feita com acompanhamento por radioscopia ou pelo endoscopista; • Cianose, tosse e dispnéia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente); • Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que estiver solta ou suja; • Se a sonda for perdida em pacientes em pós-operatório de cirurgias de esôfago e estômago a sonda não pode ser repassada sem conhecimento e autorização do médico; • É privativo ao enfermeiro na equipe de enfermagem a instalação da sonda nasoentérica. O procedimento em pacientes entubados acoplados a ventilação mecânica é o mesmo; • Evitar lesões orais, nasais, esofágicas e gástricas realizando o procedimento com a sonda do tamanho ideal ao paciente específico; • Deve ser conforme prescrição médica; • Na presença de prótese dentária, retirar a mesma no momento da passagem da sonda, se o paciente permitir, entregando-a ao mesmo e/ou responsável, reposicionando-a após o procedimento.

CHS - JOÃO PAULO II

25. Em caso de sifonagem, adaptar um coletor sistema aberto na extremidade da sonda; 26. Orientar o paciente para andar ou coloque-o deitado sobre o lado direito do corpo durante pelo menos uma hora. Esse período permite que a sonda se mova através do piloro, pela ação da gravidade; 27. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem; 28. Desprezar os resíduos; 29. Encaminhar o material permanente para CME; 30. Realizar a higienização das mãos; 31. Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem; 32. Após observar a migração da sonda pela chegada da segunda marca à ponta do nariz, fazer a fixação e encaminhar o paciente; 33. Retirar o mandril usando tração suave e guarde-o enquanto a sonda estiver no paciente; 34. Realizar outra anotação sobre a realização do Raio X contando também a medida externa do comprimento da sonda desde o nariz e eventuais intercorrências.	**Obs.: Deverá ser realizada em atendimento à prescrição médica.**

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 63**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Sondagem Nasogástrica		

CHS - JOÃO PAULO II

Objetivos	Realizar sondagem nasogástrica de forma segura e garantir ao paciente alimentação adequada, aliviar desconforto gástrico e/ou esvaziamento gástrico em decorrência de alguma complicação.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro		
Materiais Necessários	Bandeja ou cuba rim não estéril; Biombo; Toalha; Luvas de procedimento; Máscara descartável; Sonda Nasogástrica do tipo Levine: nº12 ou14 para gavagem e nº16 ou18 para sifonagem; Seringa de 20 ml; Coletor sistema aberto (para sifonagem); Esparadrapo; Xilocaína gel; Estetoscópio.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
Fase preparatória 1. Verificar na prescrição médica a indicação da sondagem; 2. Revisar o histórico do paciente para condições nasais que contra indiquem a passagem da sonda pelo nariz (nesse caso faz-se a passagem pela cavidade oral); 3. Realizar a desinfecção da bandeja com álcool a 70%; 4. Separar o material necessário para o procedimento na bandeja; 5. Levar a bandeja próxima ao paciente e colocá-la na mesa de cabeceira; 6. Assegurar a privacidade do paciente com biombos; 7. Avaliar o estado mental do paciente; 8. Explicar o procedimento ao paciente e acompanhante; 9. Perguntar ao paciente se foi submetido a uma cirurgia nasal, se houve ocorrência de traumatismo nasal e sangramento; 10. Orientar o paciente que faça sinal indicativo caso engasgue ou tenha desconfortos; 11. Remover prótese dentaria; 12. Solicitar ao paciente que assoe o nariz para limpar as narinas; 13. Avaliar as narinas (desvio de septo, feridas, obstruções, etc) e a capacidade do paciente para deglutição; 14. Realizar a higienização das mãos; 15. Colocar o paciente em posição sentada ou elevar a cabeceira da cama a 45º, colocando a toalha sobre o tórax (pacientes com rebaixamento do nível de consciência colocar a cabeceira da cama no mínimo a 30º); 16. Calçar as luvas de procedimento; 17. Medir a distância NOX (Nariz, lóbulo da orelha e xifoide) da sonda Levine da ponta do nariz ao lóbulo da orelha, descer até o apêndice xifóide, e, em seguida realizar marcação apropriada com esparadrapo; 18. Fazer espiral com os primeiros 10 cm da sonda, enrolando-a em seus dedos; 19. Lubrificar a sonda com xilocaína gel; 20. Solicitar ao paciente para fletir a cabeça encostando o queixo no tórax; 21. Introduzir a sonda suavemente pela narina escolhida até ultrapassar a epiglote (sentido cranial, para trás e para baixo), solicitando ao paciente que faça o movimento de deglutição; 22. Voltar a cabeça para a posição ereta; 23. Continuar introduzindo a sonda até o ponto marcado na sonda; 24. Para certificar o posicionamento correto da sonda, utilizar os métodos abaixo:	• Cianose, tosse e dispnéia são indicativos de que a sonda está sendo dirigida para o trato respiratório (retirar a sonda imediatamente); • Trocar a fixação da sonda diariamente ou sempre que estiver solta ou suja; • O procedimento em pacientes entubados acoplados a ventilação mecânica é o mesmo; • Evitar lesões orais, nasais, esofágicas e gástricas realizando o procedimento com a sonda do tamanho ideal ao paciente específico. **Obs.: Deverá ser realizada em atendimento à prescrição médica.**

CHS - JOÃO PAULO II

a) Injetar 10ml de ar pela sonda e auscultar em região gástrica por meio de estetoscópio para certificar o posicionamento (som específico); b) Conectar uma seringa de 20ml à extremidade da sonda e aspirar para confirmar o posicionamento correto da sonda no estômago (deve refluir resíduo gástrico); c) Emergir a parte proximal da sonda e um copo com água e, se aparecer borbulhas, a sonda está nas vias aéreas (retirá-la imediatamente); 25. Observar dispnéia, cianose ou dificuldade para falar (o posicionamento da sonda pode estar errado – retirá-la imediatamente); 26. Fixar a sonda; 27. Em caso de sifonagem, adaptar um coletor sistema aberto na extremidade da sonda; 28. Posicionar o paciente de forma confortável; 29. Recolher o material utilizado, deixando a unidade do paciente em ordem; 30. Desprezar os resíduos; 31. Encaminhar o material permanente para CME; 32. Realizar a higienização das mãos; 33. Descrever o procedimento realizado na evolução de enfermagem.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 64**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Verificação da Respiração		

CHS - JOÃO PAULO II

Objetivos	Realizar a avaliação da frequência respiratória.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Relógio de pulso com ponteiro; Luva de Procedimento, se precaução de contato; Máscara, se precaução; Estetoscópio; Caneta; Prontuário ou ficha paciente.		

PROCESSOS	**OBSERVAÇÃO**
1. Identificar-se para o paciente e/ou acompanhante; 2. Confirmar o nome do paciente, solicitando a verbalização do mesmo; 3. Higienizar as mãos; 4. Segurar o pulso do paciente, colocar a mão dele juntamente com a sua sobre o tórax ou abdômen do paciente, para evitar que o paciente perceba a verificação da respiração, simulando uma verificação do pulso; 5. A respiração pode ser torácica ou costal superior para mulher, torácica ou costal inferior para homem e abdominal ou diafragmática para criança; 6. Contar os movimentos respiratórios durante 1 minuto, utilizando relógio com ponteiro de segundos; 7. Observar as características da respiração quanto à freqüência, tipo e intensidade; 8. Registrar o procedimento no ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional; 9. Fazer higienização das mãos.	• Em caso de dúvida sobre a verificação refazer o procedimento; • Se as respirações forem superficiais e de difícil detecção, observar o apêndice xifoide, onde a respiração é mais aparente; • Frequência respiratória menor que 12 ou maior que 20 movimentos respiratórios por minuto para pacientes adultos requer avaliação posterior • Em caso de alterações, comunicar ao Médico ou Enfermeiro responsável; **Padrão de normalidade:** Neonato – 30 a 60 resp/min. Lactente (6 m) – 30 a 50 resp/min. Pré-escolar (2 anos) – 25 a 32 resp/min. Criança – 20 a 30 resp/min. Adolescente – 16 a 19 resp/min. Adulto – 12 a 20 resp/min.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. PERRY; A.G; POTTER, P.A; ELKIN, K.M. Procedimento e intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 816p, 2013.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 65**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Verificação de pulso radial		

CHS - JOÃO PAULO II

Objetivos	Verificar a frequência, ritmo e amplitude do pulso radial.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Luva de procedimento, se precaução; Máscara, se precaução; Relógio de pulso com ponteiro; Luva de Procedimento; Caneta; Prontuário ou ficha paciente.		

PROCESSOS	**OBSERVAÇÃO**
1. Higienizar as mãos; 2. Explicar o procedimento ao paciente e/ou acompanhante; 3. Manter o paciente confortável, mantendo o braço estendido ao longo do corpo, se paciente deitado, ou com o braço dobrado a 90 graus, apoiado e com a palma da mão voltada para baixo, caso esteja sentado; 4. Colocar as polpas digitais dos dedos médios e indicador sobre região lateral radial; 5. Comprimir de forma suave no local; 6. Verificar a intensidade do pulso: amplo (4+); cheio (3+); normal (2+); diminuído quase impalpável (1+) ou ausente impalpável (0); 7. Após sentir o pulso regularmente, olhe o relógio e comece a contar a frequência. Conte as pulsações durante 30 segundos, se o pulso estiver regular e multiplicar o total por dois e/ou durante 60 segundos para pulso irregular; 8. Repetir o procedimento, se necessário; 9. Higienizar as mãos; 10. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Quando o pulso é irregular compare os pulsos radiais bilateralmente; • Não verificar o pulso no braço onde se fez cateterismo cardíaco e/ou Fístula Arteriovenosa para Hemodiálise; • Alterações devem ser informadas ao supervisor e ao médico responsável; □ Os valores de referência para a frequência do pulso periférico são: (bpm: batimentos por minuto): • - Adulto: 60 a 100 bpm (Normosfigmia) - <60 bpm (Bradisfigmia) - >100 bpm (Taquisfigmia) - Abaixo de 7 anos: 80 a 120 bpm (Normosfigmia) - Superior a 7 anos: 70 a 90 bpm (Normosfigmia) - Puberdade: 80 a 95 bpm (Normosfigmia)

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. PERRY; A.G; POTTER, P.A; ELKIN, K.M. Procedimento e intervenções de Enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 816p, 2013.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 66**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Verificação de oximetria de pulso arterial		

CHS - JOÃO PAULO II

Objetivos	Monitorizar os parâmetros da saturação de oxigênio do paciente de forma segura e eficaz.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico		
Materiais Necessários	Sabão; Papel toalha; Monitor multiparamétrico com oxímetro ou oxímetro de pulso portátil; Cabo com sensor de oxímetro; Luva de procedimento; Algodão; Removedor de esmalte; Álcool a 70%.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material e levar próximo ao leito do cliente; 3. Realizar a desinfecção do sensor com álcool a 70%; 4. Identificar-se e explicar o procedimento para o cliente e acompanhante; 5. Promover a privacidade do cliente; 6. Calçar as luvas de procedimento; 7. Escolher o local onde instalar o sensor, dedo da mão ou dos pés ou lobo da orelha; 8. Retirar o esmalte das unhas da paciente com algodão embebido em removedor de esmalte, se necessário; 9. Escolher uma extremidade aquecida, com boa perfusão, pulsos fortes, sem edema, sem lesões ou curativos, preferencialmente que não esteja sendo usada para medida não invasiva da pressão arterial; 10. Colocar o sensor adequado no sentido longitudinal nos dedos mais curtos ou transversal nos dedos muito longos; 11. Manter a mão monitorizada ao nível do coração para reduzir a pulsação venosa que interfere na medida; 12. Ligar o monitor e adaptar o cabo com sensor do oxímetro ao dedo do paciente conforme fabricante; 13. Ajustar alarmes e parâmetros do monitor; 14. Observar, no monitor, a onda e a porcentagem da saturação de oxigênio. A leitura deverá ser feita após 3 minutos de estabilização; 15. Colocar o cliente em posição confortável; 16. Recolher o material e encaminhá-lo ao expurgo; 17. Retirar as luvas e descartá-las junto com os materiais contaminados; 18. Higienizar as mãos; 19. Realizar anotação de enfermagem no prontuário do cliente; 20. Realizar o rodízio do dedal nos dedos a cada 3 horas; 21. Realizar a desinfecção do cabo de oximetria com solução alcoólica a cada 24 h.	• Não colocar esparadrapo, fita crepe ou micropore no dedal do cabo; • Utilizar o tamanho do oxímetro adequado à idade do paciente, estando disponíveis nas unidades de saúde, os tamanhos infantil e adulto; • Em casos de extremidades frias, aquecê-las antes de verificar a saturação de oxigênio; • Em caso de diminuição do pulso periférico e pressão arterial, cianose periférica, comunicar o enfermeiro; • Em casos de alteração de saturação (<90%), comunicar enfermeiro; Obs: Valores normais: 95 a 100% SpO2. **Atentar-se aos fatores para verificação da SpO2:** 1. Movimentação do paciente; 2. Baixa perfusão periférica; 3. Hipoxemia local; 4. Baixa saturação de O2 (inferior a 70%); 5. Carboxihemoglobina; 6. Meta-hemoglobina; 7. Alterações nos níveis de bilirrubina; 8. Anemia; 9. Hiperpigmentação da pele; 10. Convulsão; 11. Pulsação venosa; 12. Congestão venosa; 13. Esmalte de unhas; 14. Vasoconstrição periférica; 15. Utilização incorreta do sensor; 16. Corantes intravasculares; 17. Posicionamento de sensor em extremidade com manguito para pressão arterial ou cateter arterial; 18. Oclusão arterial próxima ao sensor; 19. Paciente em parada cardiorrespiratória ou choque.

CHS - JOÃO PAULO II

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11ª. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2009.
2. Oliveira RG. Blackbook Enfermagem. Belo Horizonte: BlackBook Editora, 2016. 816 p.
3. POTTER, P.A.; PERRY, A.G.. Fundamentos de Enfermagem. 7ª Ed. São Paulo: Elsevier, 2009.
4. COFEN. Oximetria de pulso arterial. 2009. Acessado em: 28 de junho de 2016.

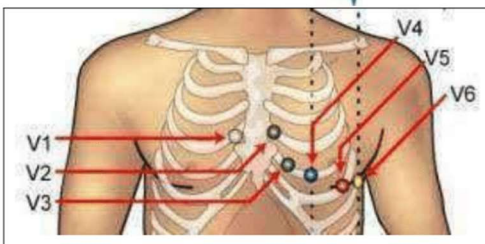
PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 67**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**
Realizar Eletrocardiograma – ECG.		

CHS - JOÃO PAULO II

Objetivos	Realização do procedimento com técnica correta e detectar alterações coronarianas ou patologias.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico		
Materiais Necessários	Prescrição médica ou de enfermagem; Aparelho de ECG; Papel de registro; Gel condutor; Gaze estéril; Álcool 70%; Tricotomizador; Eletrodos.		

PROCESSOS	**OBSERVAÇÃO**
1. Posicione o aparelho de ECG perto do leito do cliente, e ligue o fio de força à tomada na parede; OBS: Se o cliente estiver conectado a um monitor cardíaco, retire os eletrodos para acomodar as derivações precordiais e reduzir a interferência elétrica no traçado do ECG. Mantenha o cliente afastado de instalações elétricas e de fios de energia elétrica 2. Preparar o aparelho para o registro do ECG de 12 derivações; 3. Explicar o procedimento ao cliente. Informar que esse teste registra a atividade elétrica do coração e que pode ser repetido a certos intervalos. Enfatizar que não ocorrerá entrada de corrente elétrica no seu corpo. Informar que o teste tem duração de aproximadamente 5 minutos; 4. Colocar o cliente em decúbito dorsal, com os braços em repouso ao longo do corpo. Caso seja necessário, elevar a cabeceira para promover conforto respiratório; 5. Promover privacidade durante o procedimento; 6. Certificar que os pés do cliente não estão tocando a barra da maca/leito; 7. Higienizar as mãos; 8. Utilizar o tricotomizador em locais que houver excesso de pelos; 9. Realizar antissepsia da pele em locais que serão fixados os eletrodos; 10. Aplicar o gel condutor ou os eletrodos descartáveis nos punhos e nas regiões medianas dos tornozelos; 11. Conectar os fios das derivações dos membros aos eletrodos. Certificar que as partes metálicas dos eletrodos estejam limpas e brilhosas OBS: Eletrodos sujos ou corroídos impedem uma conexão elétrica eficiente; 12. Expor punhos, tornozelos e tórax do cliente; 13. Colocar os eletrodos nas seguintes localizações: - Fio de derivação branco ou RA: braço direito; - Fio de derivação verde ou RL: perna direita; - Fio de derivação vermelha ou LL: perna esquerda; - Fios de derivações marrons ou V_1 a V_6: tórax; V1 - quarto espaço intercostal, borda esternal D; V2 - quarto espaço intercostal, borda esternal E; V3 - diagonalmente entre V2 e V4; V4 - quinto espaço intercostal, linha hemiclavicular E; V5 - quinto espaço intercostal (mesma linha de V4), linha axilar anterior; V6 - quinto espaço intercostal (mesma linha de V4 e V5), linha axilar; média;	• Se paciente sofreu amputação de membro, selecionar um local no coto ou tronco; • Não utilizar álcool ou acetona em substituição ao gel condutor; • Se o cliente for do sexo feminino colocar os eletrodos por baixo do tecido das mamas. • Em mulheres com mamas volumosas, poderá ser necessário lateralizar a mama.

CHS - JOÃO PAULO II



14. Pedir ao cliente para relaxar e respirar normalmente, mantendo posição de repouso e evitando conversar;
15. Pressionar o botão iniciar/auto;
16. Após finalização do exame, retirar os eletrodos e limpar a pele do paciente;
17. Limpar ou descartar os eletrodos, se descartáveis, removendo todo o resíduo do gel condutor;
18. Higienizar as mãos;
19. Manter o ambiente em ordem;
20. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. ARCHER, E.*et al.* Procedimentos e protocolos. Revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	**POP nº: 68**	**Seção: ENF**
	Rev.:	**Pág.:**

CHS - JOÃO PAULO II

Inserção de Cânula Orofaríngea - Guedel.

Objetivos	Evitar queda de base da língua e obstrução de vias aéreas em pacientes inconscientes.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Médico.		
Materiais Necessários	Cânula de guedel – número conforme medição; Luvas de procedimentos; Máscara cirúrgica; Avental impermeável; Óculos de proteção.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Higienizar as mãos; 2. Reunir o material e levar próximo ao paciente; 3. Identificar-se para o paciente; 4. Explicar o procedimento; 5. Paramentar-se; 6. Medir o tamanho da cânula tendo como parâmetro da rima labial até o lóbulo da orelha; 7. Estender a cabeça do paciente colocando uma das mãos abaixo do pescoço e próximo da região occipital; 8. Levantar delicadamente o pescoço, e simultaneamente com a outra mão inclinar a cabeça para trás; 9. Abrir a boca do paciente; 10. Retirar as próteses dentárias, caso estejam presentes. **Em adultos:** 11. Introduzir a cânula de guedel com a extremidade voltada para cima no sentido do céu da boca até que passe a úvula; 12. Gire a extremidade em 180º de forma que aponte para baixo; 13. Verificar se a extremidade distal esta na hipofaringe e a borda sobre os lábios do paciente; 14. Verificar se a língua não foi empurrada para dentro da via aérea. Em crianças: 15. Introduzir a cânula de guedel com a extremidade voltada para baixo; 16. Verificar se a extremidade distal está hipofaringe e a borda sobre os lábios do paciente; 17. Verificar se a língua não foi empurrada para dentro da via aérea; 18. Retirar EPI´s; 19. Desprezar o material utilizado no lixo infectante; 20. Higienizar as mãos; 21. Manter o ambiente em ordem; 22. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	• Caso ocorram náuseas e vômitos, retirar a cânula de guedel; • Em pacientes com TCE, não realizar hiperextensão do pescoço; • Em casos de fratura de base de crânio, não utilizar a cânula de guedel; • O seu uso e contra indicado em pacientes conscientes devido ao risco de laringoespasmo.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*

Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

2. KUNIYOHI, F. H. Manobras de desobstrução bronquica e cinesioterápica respiratória. In: Gambarato, G. **Fisioterapia Respiratória em unidade de terapia internsiva**. São Paulo: Ed. Atheneu. 2006; cap 8, p. 78-88.

3. HUMAP – Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. Manual de Procedimento Operacional Padrão. POP/DIEN/001/2016, Serviço de Enfermagem – HUMAP, versão 1.1 – 2016.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	Rev.:	Pág.:
Lavagem Gástrica		

Objetivos	Retirar conteúdo gástrico excessivo ou nocivo (intoxicação medicamentosa ou alimentar, retenção de alimentos não digeridos, venenos, entre outros) e estancar hemorragia gástrica ou esofágica.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Sonda nasogástrica calibrosa; Lidocaína gel; Soro Fisiológico para irrigação; Gaze; Luva estéril; Seringa de 20ml; Campo; Bacia; Máscara; Óculos de proteção;		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Explicar ao paciente como será o procedimento; Obs.: Se paciente estiver comatoso, deverá ser intubado antes da lavagem. 2. Paramentar-se; 3. Colocar um campo sobre o tórax do paciente; 4. Realizar a medida da sonda (lóbulo da orelha, ponta do nariz, apêndice xifoide); 5. Colocar lidocaína gel na extremidade distal e na narina escolhida; 6. Flexionar o pescoço do paciente e pedir para engolir; 7. Confirmar a presença da sonda. Insuflar ar com uma seringa e ao mesmo tempo auscultar a região epigástrica; 8. Deixar que o conteúdo do estômago seja drenado para a bacia antes da instalação de solução fisiológica; 9. Administrar pequenas quantidades de solução fisiológica (máximo de 250 ml/vez), observando a tolerância do paciente e presença de vômito 10. Repetir esse procedimento várias vezes (mínimo oito); Obs.: Após cerca de 2.000ml de líquido e esse retornando límpido, pode-se parar o procedimento. 11. Se for solicitado via prescrição médica retirar a sonda nasogástrica e anotar o horário; 12. Retirar EPI´s; 13. Anotar a data e hora da lavagem, o diâmetro e tipo de sonda nasogástrica, o volume e tipo de solução irrigante, e o volume do conteúdo gástrico drenado; 14. Registrar no balanço hídrico: cor e consistência	• Quantidades de solução fisiológica utilizado: - Adultos: de 6 a 8 litros de solução; - Crianças: de 5 a 10 ml/kg; - RN: volume total em média 500 ml; - Lactentes: de 2 a 3 litros; - Escolar: de 4 a 5 litros. Obs.: Volumes maiores podem empurrar o toxicante para o duodeno. • Avaliar sinais vitais, débito urinário, e nível de consciência a cada 15 minutos. Notificar ao médico qualquer alteração observada; • Se o médico solicitar, depois da lavagem para a remoção de substancia toxica ou droga misture comprimidos de carvão em água ou soro fisiológico 0,9% e administre a mistura através da sonda nasogástrica; • Complicações: Intubação traqueal inadvertida, traumatismo de vias aéreas, laringoespasmo, pneumonia aspirativa, perfuração de esôfago ou estomago, hiperêmese, hemorragia gastrointestinal; • Contraindicações: Pacientes com glasgow ≤ 8, exceto se forem intubados; Ingestão de cáusticos ou corrosivos, com exceção do paraquate, que, por ter efeito sistêmico muito importante, mesmo sendo caustico, a lavagem gástrica e indicada; Ingestão de hidrocarbonetos com alta volatilidade (solventes em geral); Varizes de esôfago de grosso calibre; Hematêmese volumosa; Cirurgia recente do trato gastrointestinal; Ingestão de materiais sólidos com pontas; Ingestão de pacotes contendo drogas.

CHS - JOÃO PAULO II

do material drenado; 15. Anotar tolerância do paciente ao procedimento.	

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. ARCHER, E. *et al.* Procedimentos e protocolos. Revisão técnica Marléa Chagas Moreira e Sônia Regina de Souza. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 70	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:

Curativos

Objetivos	Realizar a técnica de curativo auxiliando o organismo a promover a cicatrização, eliminando os fatores desfavoráveis que retardam a cicatrização da lesão, diminuindo infecções cruzadas, através de técnicas e procedimentos adequados.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Água; Agulha 25x8/30x10/40x12; Algodão hospitalar; Atadura crepom (tamanhos diversos); Bacia estéril; Cabo de bisturi; Carrinho de curativo; Cobertura primária selecionada (conforme avaliação do enfermeiro ou prescrição de enfermagem); Compressas esterilizadas; Cuba estéril; Detergente; Esparadrapo, fita adesiva, micropore ou similar; Espátula de madeira; EPI's (jaleco, luvas de procedimento/estéril, máscara, óculos); Gazes estéreis; Iodo Povidine degermante ou Clorexidina degermante 4%; Iodo Povidine ou Clorexidine alcoólica 0,5%; Lâmina de bisturi; Pacote de curativo (contendo pinça Kelly, pinça Dente de Rato, pinça Anatômica e ou pinça Mosquito); Papel toalha; Produtos de uso tópicos (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc); Prontuário do paciente; Seringa de 10 e de 20 ml; 24; Solução fisiológica 0,9%; Tesoura (Mayo e Iris).		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
LESÕES FECHADAS: INCISÃO SIMPLES OU OPERATÓRIA 1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado; 2. Reunir os materiais na bandeja; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável; 5. Higienizar as mãos; 6. Abrir os materiais necessários e coloque-os em campo estéril; 7. Calçar as luvas de procedimento; 8. Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na cuba ou bacia; 9. Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça Anatômica ou espátula; 10. Umedecer a gaze com soro fisiológico; 11. Realizar a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão; 12. Secar com gaze sempre de cima para baixo; 13. Ocluir com gaze, ou outro curativo de acordo com o prescrito e em seguida fixá-lo; 14. Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que o mesmo estiver saturado (úmido); 15. Em caso de incisão cirúrgica, manter aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento; 16. Higienizar as mãos; 17. Realizar anotação de enfermagem;	• Lavar as mãos antes e após cada curativo, mesmo que seja em um mesmo paciente; • Verificar data de esterilização dos pacotes de curativos; Sempre utilizar material esterilizado; • Deixar o material exposto o mínimo de tempo possível; • Usar luvas de procedimentos em todos os curativos, fazendo-os com pinças, sempre utilizando a técnica asséptica; • Sempre usar luvas estéreis em caso de curativo de cavidade ou quando houver necessidade de contato direto com a ferida ou com o material que irá entrar em contato com a ferida; • Em caso de mais de uma ferida, iniciar sempre pela incisão limpa e fechada, seguindo-se de ferida aberta não infectada, drenos e por último as colostomias e fístulas em geral; • Não abrir ou trocar curativo de ferida limpa ao mesmo tempo

CHS - JOÃO PAULO II

18. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado;
19. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.

LESÕES ABERTAS

01. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
02. Reunir os materiais na bandeja;
03. Explicar o procedimento ao paciente;
04. Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável;
05. Higienizar as mãos;
06. Abrir os materiais necessários e coloque-os em campo estéril;
07. Calçar as luvas de procedimento;
08. Em caso de presença de curativo realizado anterior, removê-lo de forma não traumática, observando seu aspecto e em seguida desprezar em bacia inox;
09. Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária estiver aderida;
10. Calçar luva estéril ou de procedimento (em caso de utilização de pinças);
11. Limpar a pele ao redor da ferida com gaze umedecida em solução fisiológica e posteriormente limpar a ferida operatória;
12. Secar a pele ao redor e a ferida operatória, observando seu aspecto;
13. Manter o leito da ferida úmido, utilizando produtos de uso tópicos de acordo com a indicação, e a área ao redor da ferida sempre seca, para evitar a maceração e facilitar a fixação da cobertura;
14. Colocar gaze de contato úmido e gaze de cobertura seca;
15. Ocluir;
16. Higienizar as mãos;
17. Realizar anotação de enfermagem, incluindo a descrição do aspecto da lesão;
18. Calçar luvas de procedimento e recolha o material utilizado;
19. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado;
20. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.

LESÕES COM DRENOS ABERTOS

1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado;
2. Reunir os materiais na bandeja;
3. Explicar o procedimento ao paciente;
4. Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável;
5. Higienizar as mãos;
6. Abrir os materiais necessários e coloque-os em campo estéril;
7. Calçar as luvas de procedimento;
8. O curativo do dreno deve ser realizado separado da incisão;

em for realizar a troca da ferida contaminada;

- Se as gazes estiverem aderidas na ferida, umedecê-las antes de retirá-las;
- Deixar a ferida exposta o menor tempo possível;
- Não falar e nem tossir sobre a ferida ou sobre o material a ser utilizado;
- Qualquer material que tocar superfícies não esterilizadas deve ser considerado contaminado;
- Na aplicação de ataduras, sempre fazer no sentido da circulação venosa, com o membro apoiado, tendo o cuidado de não deixá-la apertada;
- Em curativos oclusivos, anotar no esparadrapo a data, a hora e nome de quem realizou o curativo;
- Na remoção do curativo inspecionar a ferida observando sinais flogísticos;
- Na presença de sinais de infecção (calor, rubor, hiperemia, secreção) comunicar o enfermeiro e/ou CCIH e anotar no prontuário;
- Mobilizar dreno conforme prescrição médica;
- A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico;
- A higienização de feridas com tecido de granulação deve ser feita preferencialmente através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa e agulha, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras;
- Sempre proteger as úlceras com gazes esterilizadas e compressas, antes de aplicar a atadura;
- Não apertar demasiadamente as ataduras, devido ao risco de gangrena, por déficit na da circulação;
- Sempre iniciar o enfaixamento

CHS - JOÃO PAULO II

9. Se necessário aplicar uma bolsa para coletar o excesso de drenagem; 10. Limpar a incisão do dreno e depois o dreno; 11. Mobilizar o dreno a critério médico; 12. Ocluir o dreno mantendo uma camada de gaze entre o dreno e a pele ou quando ocorrer hipersecreção colocar bolsa simples para colostomia; 13. Higienizar as mãos; 14. Realizar anotação de enfermagem, incluindo a descrição do aspecto da lesão; 15. Calçar luvas de procedimento e recolha o material utilizado; 16. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado; 17. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional. **LESÕES COM DRENOS FECHADOS (torácico, hemovac)** 1. Identificar o paciente e o procedimento a ser realizado; 2. Reunir os materiais na bandeja; 3. Explicar o procedimento ao paciente; 4. Posicionar o paciente de acordo com o local da ferida, de forma a mantê-lo confortável; 5. Higienizar as mãos; 6. Abrir os materiais necessários e coloque-os em campo estéril; 7. Calçar as luvas de procedimento; 8. Inspecionar o local de inserção do dreno por meio de palpação; 9. Limpar o local de inserção do dreno ou cateter, utilizando as duas faces da gaze; 10. Usando a mesma pinça, secar o local de inserção do dreno ou cateter; 11. Aplicar Iodo Povidine ou Clorexidine alcoólica 0,5%; 12. Ocluir o local de inserção com gazes; 13. Higienizar as mãos; 14. Realizar anotação de enfermagem, incluindo a descrição do aspecto da lesão; 15. Calçar luvas de procedimento e recolha o material utilizado; 16. Manter o ambiente de trabalho limpo e organizado; 17. Registrar o procedimento na ficha ou formulários específicos, assinar e carimbar apondo o profissional.	no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro; • Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e queda na temperatura da área enfaixada; • Trocar curativo com gaze a cada 24 horas ou sempre que for necessário (úmido, sujo ou solto).

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. Santos, J.B. et al. Avaliação e tratamento de feridas. Hospital das clínicas Porto Alegre. Porto Alegre, 2012.
2. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Manual de Procedimentos do Enfermeiro. Brasília-DF. 2002.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 71	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO GERAL		

Objetivos	1. Prestar assistência de Enfermagem humanizada no momento da admissão do paciente no centro cirúrgico reduzindo ao máximo os riscos inerentes ao ambiente e ao ato anestésico- cirúrgico. 2. Contribuir para a redução da inquietação e ansiedade do paciente, e para a sua recuperação. **3.** Levantar e analisar as necessidades individuais do paciente quanto ao tipo de cirurgia e realizar o planejamento assistencial.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Mapa cirúrgico diário com todos os dados do paciente; Prontuário com todos os exames e documentação do paciente.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Receber o paciente cordialmente com respeito, identificando-o e se identificando; 2. Verificar no prontuário exames anexos do paciente, registro e protocolos; 3. Registrar no prontuário o horário de chegada e condições clínicas do paciente; 4. Confirmar a realização dos procedimentos pré-operatórios indicados para a cirurgia proposta, tais como: jejum, tricotomia, administração de pré-anestésicos; retirada de próteses e adornos, retirada de roupa íntima, alergia medicamentosa, cirurgias prévias, etc.	• Conferência do prontuário, garantindo a integridade das informações, fim de otimizar o andamento das cirurgias.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6 Ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 72	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
MONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA PARA CIRURGIA		

Objetivos	Preparar a Sala Operatória (SO) para o procedimento cirúrgico proposto providenciando materiais, instrumentais e equipamentos.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Instrumentador Cirúrgico.		
Materiais Necessários	Os materiais utilizados dependerão do procedimento cirúrgico.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Verificar as condições de limpeza da SO antes de equipá-la com os materiais, instrumentais e equipamentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico escalado; 2. Providenciar os materiais e equipamentos solicitados e encaminhar a SO; 3. Testar o funcionamento das tomadas elétricas e de todos os equipamentos fixos da SO (bisturi elétrico, aspirador, foco, mesa cirúrgica, e outros que forem necessários). 4. Solicitar o Kit de materiais descartáveis, medicações e soluções na farmácia satélite do CC; 5. Providenciar materiais como: campos, aventais, caixas de instrumentais, manoplas, instrumentais avulsos e o que for necessário para a realização do procedimento; 6. Organizar o material que será utilizado durante o procedimento de forma que fique fácil o acesso; 7. Deixar na SO os impressos que serão utilizados.	• Suspensão do procedimento cirúrgico pela falta de algum material, instrumental ou equipamento.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. SANTOS, N. C. M. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 6. Ed. Rev. São Paulo: Iátria, 2010.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6 Ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 73	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
DESMONTAGEM DA SALA OPERATÓRIA		

Objetivos	Organizar a Sala Operatória (SO) após término do procedimento cirúrgico e da saída do paciente.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Instrumentador Cirúrgico.		
Materiais Necessários	EPIs; Saco de lixo infectante branco; Saco de *hamper* para recolhimento de roupas; Caixa coletora para perfuro cortante; Container para retirada de instrumentais sujos/contaminados.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Recolher todo material e caixas cirúrgicas que não foram utilizadas e devolver aos setores correspondentes; 2. Desprezar todo material perfurocortante na caixa coletora específica; 3. Revisar campos antes de descartá-los; 4. Desmontar todos os equipamentos (serra, brocas, cabos de bisturi e etc) antes de encaminhá-los a CME; 5. Retirar os excessos de sujidades na SO (cera, osso e etc) antes de encaminhar para limpeza; 6. Encaminhar peças de histopatológicos identificando-as e protocolando-as; 7. Separar e desprezar todo material usado pela anestesia (quando na ausência do aux. de anestesia); 8. Retirar da sala todo equipamento (extensões, sete de vídeos, microscópios, ultrassom e etc.) que não será necessário à próxima cirurgia, higienizá-los e guardá-los sem danos; 9. Solicitar ao Serviço de Conservação e Limpeza para realização da limpeza da S.O.	• Risco de acidente de trabalho com material utilizado no procedimento cirúrgico (material perfuro cortante, roupa suja, instrumentais, material de anatomopatológico) e no transporte de equipamentos pesados.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. POSSARI, João Francisco. Centro cirúrgico: planejamento, organização e gestão. 5 Ed. São Paulo: Iátria, 2011.
2. SANTOS, N. C. M. Centro cirúrgico e os cuidados de enfermagem. 6 Ed. Rev. São Paulo: Iátria, 2010.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6 Ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 74	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
LIMPEZA TERMINAL DA SALA OPERATÓRIA		

Objetivos	Proceder à limpeza e desinfecção com o objetivo de reduzir a sujidade e a população microbiana ambiental, diminuindo a possibilidade de contaminação de todas as superfícies, horizontais e verticais.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Profissionais de higiene..		
Materiais Necessários	Água; Sabão; Desinfetante.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Retirar excesso de material orgânico com papel toalha ou pano úmido; 2. O pano úmido quando não descartado deve ser lavado e desinfetado; 3. Lavar com água e sabão; 4. Em seguida aplicar solução desinfetante; 5. Secar o local, após dez minutos.	• Atentar para os riscos ocupacionais, sejam eles biológicos, químicos, com material perfurocortante e ergonômicos.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. ANVISA. Higienização das mãos em Serviços de Saúde. Brasília, 2007; 53 p.
2. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). Práticas recomendadas SOBECC. 6 Ed. São Paulo: SOBECC, 2013.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 75	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
ENCAMINHAMENTO DE PEÇA ANATÔMICA		

Objetivos	Preparar, identificar, armazenar e disponibilizar ao paciente sempre que solicitado para encaminhamento das peças de anatomopatológico (em formol) aos Laboratório Clínicos de Anatomia Patológica para serem analisadas sob sua responsabilidade.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro, Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Impresso próprio para solicitação de anatomopatologia; Frasco/pote ou saco plástico; Etiquetas de identificação; Formol 10%; Livros de registros; Luvas de procedimento; Óculos de proteção; Máscara; Caixa para transporte.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Atentar ao material anatomopatológico que está sendo extraído da cirurgia; 2. Perguntar ao cirurgião o nome da peça e o destino deste material; 3. Providenciar recipiente adequado ou saco plástico resistente identificando-o com nome do paciente, registro, data, nome da peça e nome do circulante de maneira legível; 4. Separar o material identificado na sala operatória, em local seguro, aguardando o término do procedimento cirúrgico; 5. Certificar-se de que o pedido tenha sido completamente preenchido e de forma legível; 6. Encaminhar o material após o término do procedimento à recepção do centro cirúrgico; 7. Protocolar o pedido em livro (com data, hora, nome do paciente, registro e material a ser enviado para análise).	• Atentar para não ocorrer extravio do material biológico; manuseio inadequado do material biológico, conservação inadequada da peça cirúrgica.

Elaborado por	*Suedilson Maracajá Ramos*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. 2008. Manual Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Aliança Mundial para Segurança do Paciente. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/home. Acesso em 10 Jan 2017.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 76	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Transferência para Unidades de Insumos Hospitalares, Medicamentos, Material Cirúrgico e Gestão do Bloco pelo Corpo de Enfermagem		

Objetivos	Integrar a gestão de insumos hospitalares no sistema de saúde,para possibilitar uma logística precisa na rotina de trabalho e também um controle mais ágil e exato da saída e entrada de produtos e medicamentos do estoque.		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Os materiais utilizados dependerão do procedimento cirúrgico.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Descriminar por E-Mail ao responsável pela distribuição de material a quantidade de cirurgias, pois as caixas serão disponibilizadas de acordo com cada tipo de procedimento para que não falte material e os fios cirurgicos necessários para tais, uma vez que os fios irão ser destinados e separados de acordo com a cirurgia nas caixas organizadoras; 2. Protocalar em livro especifico todas as caixas recebidas de materiais e de medicamentos também armazenados em caixas organizadoras; 3. Protocolar o material cirúrgico recebido em livro adequado; 4. Solicitar em tembo hábil na farmácia central uma hora antes a caixa de insumos hospitalares e de medicações, , conferindo se esta abastecida conforme material estabelecido, a medida que forem sendo abertas antes do ato cirúrgico em sala, para solicitar com antecedência o material que falta; 5. Fazer o circulante de sala abrir o lacre, distribuir o material de forma organizada em banqueta ou mesa contidas nas salas, principalmente fios, caso haja necessidade de uso de material especial, exemplo: tela cirúrgica, arguir ao mesmo antes do inicio.	• CHECAR NOME COMPLETO, DATA DE NASCIMENTO • CIRURGIA E LATERALIDADE (ORGÃO SER OPERADO) • EXAMES DE IMAGEM E LABORATORIAIS • CONFERIR COMPRESSAS ANTES E DEPOIS DA CIRURGIAS (CONTAGEM) • CONFERIR CAIXAS DE MATERIAL CIRÚRGICO ANTES DE SAIR DA SALA • CASO FALTE ALGUM TIPO DE MATERIAL, AVISAR A EQUIPE PARA QUE SEJA AVERIGUADA E LOCALIZADA O MATERIAL • CONFERÊNCIA DE TODA MEDICAÇÃO DADA A EQUIPE E/OU ADMINISTRADA EM TRÊS NÍVEIS (ENFERMAGEM, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, ANESTESIOLOGISTA) • PROIBIR USO DE ADORNOS DE TODA EQUIPE • OBSERVAR CONTROLE DE INFECÇÃO APLICAR ANTIBIOTICOTERAPIA PROFILÁTICA PELO MENOS 1 HORA ANTES DO PROCEDIMENTO. • ORIENTAR AOS CIRCULANTES PREENCHEREM TAXA DE SALA DE FORMA FIDEDIGNA DE ACORDO COM O CONSUMO • SOLICITAR AOS ANESTESIOLOGISTAS PREENCHEREM E ASSINAR CONTROLE DE MEDICAÇÕES DE ALTA VIGILÂNCIA PORTARIA Nº 344/98 • OBSERVAR BOA GESTÃO DO BLOCO CIRÚRGICO, EXEMPLO ABAIXO;

CHS - JOÃO PAULO II

	• APÓS O TÉRMINO DAS CIRÚRGIAS PREENCHER O LIVRO DE PLANTÃO DE ENFERMAGEM E ANOTAR SE HOUVER INTERCORRÊNCIAS; O LIVRO DE CIRURGIA,COM NOME COMPLETO DO PACIENTE, DATA DO PROCEDIMENTO, DATA DE NASCIMENTO, NOMES DE EQUIPE; • PREENCHER LIVRO DO CONSUMO DE INSUMOS E MATERIAIS; • DEVOLVER TODO O MATERIAL UTILIZADO, SOBRA AO COORDENADOR E PROTOCOLAR.

Elaborado por	*Suedilson SM Ramos; Leila Gonzaga*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. SILVA, C.R.L.da, et al. Fundamentos de Enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A. de;
2. VIANA, D.L; MACHADO, W.C.A. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2.ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008. v.1. cap.13. p. 365-488.
3. PIANUCCI, A. **Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem**.11.ed. São Paulo: Editora Senac, 2007.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 77	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Preparar Instrumentais e Materiais para a Esterilização		

Objetivos	Preparar todos instrumentais e materiais de consumo que necessitam de esterilização para proporcionar um atendimento ao paciente isento de risco de infecção		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Os materiais utilizados dependerão do procedimento cirúrgico.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO
1. Paramentar-se devidamente utilizando os EPIs necessário para o desenvolvimento seguro desta atividade; 2. Realizar inspeção superficial dos instrumentais recebidos a procura de agulhas ou fios de sutura; 3. Lavagem do material em água corrente; 4. Diluir o detergente enzimático, observando as orientações do fabricante; 5. Imergir o material, de modo que fique totalmente encoberto pela solução, favorecendo desta forma a ação do detergente enzimático sobre toda a superfície do material; 6. Enxaguar todo o material em água corrente, removendo todo o detergente enzimático; 7. Conferir o quantitativo de instrumental recebido, comparando o resultado com a folha de instrumental cirúrgico e observando a integridade do material; 8. Em caso de material danificado, retirá-lo da caixa a qual pertence, entregando e comunicando ao setor responsável; 9. Após o enxágue, realizar inspeção final na busca de alguma sujidade que porventura tenha sido esquecida; 10. Secar o material; 11. Acomodar o material no interior da caixa; 12. Registrar em ficha sobre o quantitativo de instrumental ou em livro de protocolo; 13. Embalar sobre o pano, utilizadas nas caixas cirúrgicas e atentar para o	• Remoção total da sujidade visível presente nos artigos e manter a Integridade física dos materiais preparados.

CHS - JOÃO PAULO II

dobramento correto do pano.	

Elaborado por	*Suedilson SM Ramos; Leila Gonzaga;*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

1. SILVA, C.R.L.da, et al. Fundamentos de Enfermagem. In: FIGUEIREDO, N.M.A. de;
2. VIANA, D.L; MACHADO, W.C.A. **Tratado Prático de Enfermagem**. 2.ed. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2008. v.1. cap.13. p. 365-488.
3. PIANUCCI, A. **Saber cuidar: procedimentos básicos em enfermagem**.11.ed. São Paulo: Editora Senac, 2007.

CHS - JOÃO PAULO II

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO – POP	POP nº: 78	Seção: ENF
	Rev.:	Pág.:
Recepção da gestante, puérpera e / ou recém-nato no setor, para o atendimento de urgência		

Objetivos	Acolher a gestante, a puérpera e / ou o recém-nato no setor; • Priorizar o atendimento em vista dos sinais e sintomas apresentados pela clientela;		
Setor	*Serviço de Enfermagem*	**Tipo**	*Atendimento em geral*
Agentes	Enfermeiro e Técnico de Enfermagem.		
Materiais Necessários	Aparelho de pressão manual; Estetoscópio; Termômetro; Relógio de pulso; Boletim de Atendimento (BA); Algodão; • Álcool a 70%;.		

PROCESSOS	OBSERVAÇÃO

CHS - JOÃO PAULO II

Acolhimento da (o) cliente pelo técnico ou auxiliar de enfermagem, que deverá: 1. Abrir um Boletim de Atendimento, numerando-o diretamente no impresso; 2. Preencher todos os campos de identificação da (o) cliente, com base no documento de identificação, com foto, apresentado pelo mesmo ou por seu acompanhante; 3. Anotar no impresso a queixa principal, exatamente como informado pela cliente; 4. Aferir os sinais vitais; 5. Preencher livro ata com os dados do atendimento (nº do boletim, nome da cliente e sua data de nascimento); 6. Devolver a documentação à cliente ou ao seu acompanhante; 7. Encaminhar a (o) cliente ao consultório e, caso o médico não esteja no setor, comunicar atendimento ao médico;8. Caso haja mais de um atendimento no momento, solicitar avaliação do enfermeiro plantonista para priorização dos atendimentos mais urgentes. Atendimento Médico, que deverá: 1. Conferir identificação da paciente; 2. Registrar a paciente em livro próprio, com data, hora e o número BA; 3. Registrar no BA todo o atendimento prestado, inclusive exames complementares, que deverão ser marcados no local apropriado. Preencher todos os campos (história de doença atual, exame físico, hipótese diagnóstica, conduta, destino, carimbo, assinatura, data e hora);	• Início do acolhimento e liberação do Boletim de Atendimento em 01/04/2016. O acolhimento com classificação de risco será implantado assim que forem fornecidas as condições favoráveis para este processo. Entretanto as clientes serão avaliadas e reavaliadas constantemente enquanto aguardam o seu atendimento e será priorizado o atendimento em decorrência dos sinais e sintomas apresentados. • A sala de atendimento deverá ficar sempre com um médico plantonista, se não houver alguma intercorrência no momento.

Elaborado por	*Suedilson SM Ramos; Leila Gonzaga;*	**Data da Elaboração**	*02/10/2018*
Revisado por	*Daniela B. de Miranda; Isabella Laís N. de Almeida; Marcilene de Miranda Silva; Raissa A.B. Pessoa; Tarcísia Domingos de A Sousa; Leila Gonzaga; Juliana Lins.*	**Data da Revisão**	*30/05/2019*
Aprovado por	*Hely Farias; José Nicacio de A. Neto; Daiany Maria M.B. Hidalgo; Eduardo Montezuma; Pedro Paraíso.*	**Data da aprovação**	*28/06/2019*

Referências

RASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1459 de 24 de junho de 2011.

c) Funcionamento do Serviço Social

i. Finalidade

O Serviço Social terá a finalidade de elaborar planos, programas e projetos, visando contribuir para a melhoria da qualidade da assistência, assim como desenvolver ações socioeducativas, que possibilitem ao usuário participar efetivamente do seu processo de tratamento mobilizando-o para o exercício da cidadania.

ii. Organização e Funcionamento

O Serviço Social estará diretamente subordinado à Diretoria Médica, contará com Assistentes Social certificados e regularizados junto ao Conselho de Classe.

iii. Estrutura

O Serviço Social terá 01 sala para atendimento, nas imediações da Unidade de Urgência/Emergência.

iv. Áreas de Abrangência

O Serviço Social realizará o acolhimento aos pacientes, familiares ou colaterais nas circunstâncias de urgência/emergência e em regime de observação.

v. Caracterização do Trabalho

1.1.2.m.v.1. Unidade de Observação:

A atuação do assistente social no atendimento ao paciente em situação de internação se dará de forma integrada com outros profissionais das equipes de atendimento.

O profissional identifica, discute e avalia com a família e com a equipe possíveis situações sociais e econômicas que estejam interferindo no tratamento do paciente. Além disso, providencia o encaminhamento aos recursos comunitários, se necessário.

Avalia e acompanha o caso com visitas diárias ao leito. Realiza atendimento familiar em algumas situações por encaminhamentos da equipe ou procura espontânea da própria família. Possibilita e/ou facilita contato entre a equipe médica e familiar do paciente. Interpreta à equipe os aspectos psicossociais e econômicos que envolvem a questão da internação. Realiza atendimento humanitário ao óbito.

1.1.2.m.v.2. **Unidade de Emergência:**

O assistente social atua com caráter educativo em vários níveis de assistência. Podem estar compreendidas nestas ações: os atendimentos individuais ou grupais, realizados em salas de espera: as consultas com a finalidade de elucidar os parâmetros institucionais, suas rotinas, os serviços disponíveis: e também de amenizar a ansiedade que antecede a realização do atendimento. Solucionar as demandas imediatas e emergentes não será a única finalidade da atuação do assistente social. Cabe ao profissional extrapolar o imediatismo, aproveitando a abordagem para dar início ao processo de participação do paciente e da família no percurso do tratamento. Atuará também na Emergência junto à equipe de ACCR, prestando apoio social e encaminhamento aos recursos da comunidade.

vi. Atribuições Gerais - Normas e Rotinas

- Interpretar a situação social do paciente e sua família junto a equipe multiprofissional;
- Orientar o paciente, familiares ou responsáveis, quanto a remoção do paciente de alta, contribuindo para a otimização do leito e encaminhando aos recursos comunitários disponíveis, de acordo com as necessidades apresentadas;
- Colaborar nos programas sociais e de saúde da comunidade, bem como nos programas de pesquisa médico/sociais;
- Discutir com os usuários e seus responsáveis sobre questões que estejam interferindo na situação de saúde, respeitando o direito de tomarem suas próprias decisões;
- Realizar entrevista social, estabelecendo o plano de intervenção do Serviço Social;

- Estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde;
- Discutir com o responsável pelo paciente sobre a necessidade de sua prevenção e na recuperação da saúde do paciente;
- Proceder ao acompanhamento social do tratamento de saúde;
- Trabalhar preventiva e resolutamente as situações de rejeição familiar;
- Orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais, sociais e da comunidade, face às situações sociais constatadas;
- Participar com demais membros da equipe de saúde do processo de transferência, assim como dos avisos de óbitos, prestando aos familiares as orientações concernentes à situação;
- Realizar visitas domiciliares e manter contatos com organizações institucionais e comunitárias, com vistas ao tratamento de saúde dos usuários;
- Articular-se com entidades e organizações comunitárias, visando participação no planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde prestados pelas unidades;
- Prestar orientação e supervisão ao estagiário de Serviço Social;
- Elaborar e atualizar, sempre que necessário, a relação de recursos da comunidade a fim de prover os devidos encaminhamentos de pacientes, familiares e de funcionários;
- Coordenar as atividades do Serviço de Atendimento do Usuário --SAU.

A Atuação do Assistente Social estará voltada para:

- Investigar a realidade social, decodificá-la, compreendê-la e principalmente acolher o usuário em emergências, oportunizando a expressão de sentimentos, gestos e atitudes;
- Questões socioeconômicas;
- Relacionamento familiar;
- Violência doméstica e abuso sexual;
- Suporte Emocional;
- Humanização da Assistência;
- Educação em Saúde;
- Auxílios Concretos;
- Questões trabalhistas e previdenciárias, decorrentes do afastamento: temporário ou definitivo do trabalho;

- Atuar como interlocutor do usuário com a equipe interdisciplinar;
- Fazer a interface com a rede de suporte médico / social da comunidade;
- Preparar para a alta da Unidade;
- Manter atualizado a relação de Equipamentos Sociais disponíveis para encaminhamento conforme o caso;
- Participar de campanhas preventivas instituídas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar pesquisa sobre os determinantes sociais do processo saúde x doença.

Situações que exigem prioridade no atendimento:

- Óbito;
- Usuários necessitando de doação de sangue;
- Crianças e adolescentes sem acompanhante;
- Vítimas de violência doméstica ou abuso sexual;
- Usuários do interior do estado sem familiares na capital;
- Gestantes de alto risco internadas na ala de Observação;
- Mães com intenção de doar o bebê;
- Usuários com intenção de abandonar tratamento médico;
- Usuários portadores de necessidades especiais;
- Usuários sem documentos de identificação;
- Usuários de alta sem acompanhamento de familiares;
- Usuários em situação de angústia e ansiedade;
- Usuários portadores de doenças crônicas e/ou terminais.

vii. Programas em que o Serviço Social estará inserido:

1.1.2.m.vii.1. Humanização da Assistência: O Serviço Social terá como meta prioritária prestar um serviço de qualidade e humanizado, reconhecendo o usuário como cidadão de direitos incluindo o direito à saúde pública. Nessa perspectiva, entende que o aspecto emocional deste é determinante na evolução do tratamento, na medida em que fica fragilizado por conta da situação de doença, agravada por inúmeros problemas sociais, portanto, o usuário necessita ser acolhido, ouvido, ter espaço para

expressar suas angústias e esclarecer dúvidas, além de oferecer ao mesmo novas perspectivas no tratamento médico.

1.1.2.m.vii.2. Projeto Preparação de Alta: Visando preparar o familiar do paciente para os cuidados necessários após alta serão realizadas reuniões mensais com a presença dos mesmos, equipe multiprofissional e do CHS João Paulo II abordando termos relacionados às principais patologias e orientações cabíveis a cada situação.

viii. Quadro de Metas do Serviço:

2. Atender 100% dos usuários que procurarem o serviço;
3. Relacionar todos os Equipamentos Sociais disponíveis na comunidade, até o primeiro trimestre do contrato;
4. Implantar o Projeto de Preparação de alta na Unidade até primeiro semestre do contrato, com reuniões mensais;
5. Orientar e encaminhar 100% dos usuários quanto à utilização de benefícios previdenciários e outros:
6. Entregar o folder de avaliação de serviços, a 100% dos pacientes e/ou familiares internados na Unidade;
7. Tabular mensalmente os resultados de pesquisa de satisfação dos clientes e encaminhar relatórios as Coordenações e Diretoria;
8. Realizar elou participar de encontros mensais com representantes da comunidade na qual o CHS João Paulo II está inserido a partir do primeiro semestre do contrato;
9. Participar do grupo de humanização do CHS João Paulo II.

d) Assistência de Fisioterapia

A incidência de complicações motoras, respiratórias, hemodinâmicas, cardíacas e neurológicas, principalmente inerentes à imobilidade, durante períodos prolongados de internação, tem contribuído com o declínio funcional, aumento dos custos assistenciais e no tempo de internação, além da redução da qualidade de vida e mortalidade pós-alta.

A fisioterapia possui um arsenal abrangente de técnicas, tendo como objetivo identificar precocemente disfunções cinético-funcionais e respiratórias, prevenir e minimizar a perda funcional, além de preservar a capacidade de realização de atividades por parte do indivíduo,

principalmente nos domínios transferências e locomoção, dando oportunidade sempre que possível, à independência funcional do paciente.

A política de saúde adotada pelo CHS – João Paulo II, baseada na ideia de melhorar o padrão de assistência hospitalar preconizou formas alternativas de tratar o indivíduo, reavaliando e melhorando a qualidade e eficácia dos serviços prestados.

Nesse sentido, as ideias estão alinhadas ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) do Ministério da Saúde, propondo um conjunto de ações integradas para humanizar o atendimento hospitalar.

Nessa forma de cuidar, em que se busca uma abordagem holística de atendimento humanizado, procura-se aliviar a dor e o sofrimento do outro, tratando-o com compaixão, respeitando sua dignidade e autonomia.

Neste contexto, a fisioterapia pode ser uma grande aliada no tratamento clínico e humanizado no âmbito hospitalar, contribuindo de forma valiosa na assistência global ao paciente.

O trabalho do fisioterapeuta hospitalar, não consiste em foco único, a assistência deste profissional se dá de forma difusa e global, sendo de extrema importância tanto em unidade de tratamento intensivo quanto de internação, atuando também de forma extensa em pré e pós-operatórios.

A fisioterapia respiratória tem por objetivo evitar complicações como retenção de secreções pulmonares, atelectasias e pneumonias; assim como assistência a pacientes graves que necessitam de suporte ventilatório, auxiliando na condução da ventilação mecânica, desde o preparo e ajuste do ventilador artificial para a intubação até o desmame e extubação, contribuindo para a ventilação adequada e o sucesso na extubação.

O monitoramento e técnica da fisioterapia respiratória procura retardar as principais causas que influenciaram na falha do desmame tais como, fadiga muscular, hipoxemia, rebaixamento do nível de consciência, entre outros. O trabalho de fortalecimento da musculatura respiratória direcionada a paciente sob ventilação mecânica invasiva está diretamente relacionado com o sucesso ou fracasso do desmame.

A Fisioterapia motora intra hospitalar tem sido defendida através de programas de mobilização precoce, sendo esta recomendada como prática crucial e segura para recuperação destes pacientes. Os benefícios e resultados satisfatórios de programas de reabilitação precoce em pacientes críticos são evidentes, cabendo ao fisioterapeuta determinar ou eleger a intervenção adequada a cada paciente.

A mobilização precoce pretende manter ou aumentar a força muscular e a função física do paciente. Ela inclui atividades terapêuticas progressivas, tais como exercícios de mobilidade no leito, sentado na beira do leito, em ortostase, transferência para uma poltrona e deambulação.

Atualmente diversos estudos comprovam que a mobilização precoce é uma forma segura e efetiva para obtenção de melhora nos resultados funcionais, promovendo redução do tempo de internação hospitalar sem elevação dos custos da unidade, além de reduzir as mudanças fisiológicas desfavoráveis e as complicações da imobilidade prolongada.

Intervir precocemente é fundamental para melhora da função respiratória, melhora do nível de consciência, aumento da independência funcional, ganho de força e resistência muscular, melhora da flexibilidade articular, melhora da aptidão cardiovascular e aumento do bem-estar psicológico.

Além disso, pode acelerar a recuperação do paciente, diminuir a duração da ventilação mecânica e o tempo de internamento hospitalar. É considerada uma terapia que otimiza a recuperação funcional, particularmente durante os primeiros dias de internação hospitalar.

Sendo assim, com atuação extensa e se fazendo presente em vários segmentos do tratamento hospitalar fica evidente a importância da fisioterapia no contexto hospitalar, seguindo as normas e leis dos conselhos (anexo de fisioterapia), contribuindo de forma valiosa no tratamento global do paciente, minimizando os efeitos da imobilidade no leito além de tratar e prevenir complicações respiratórias.

e) Normas para o funcionamento do serviço de Administração Geral

i. Organização e Estrutura:

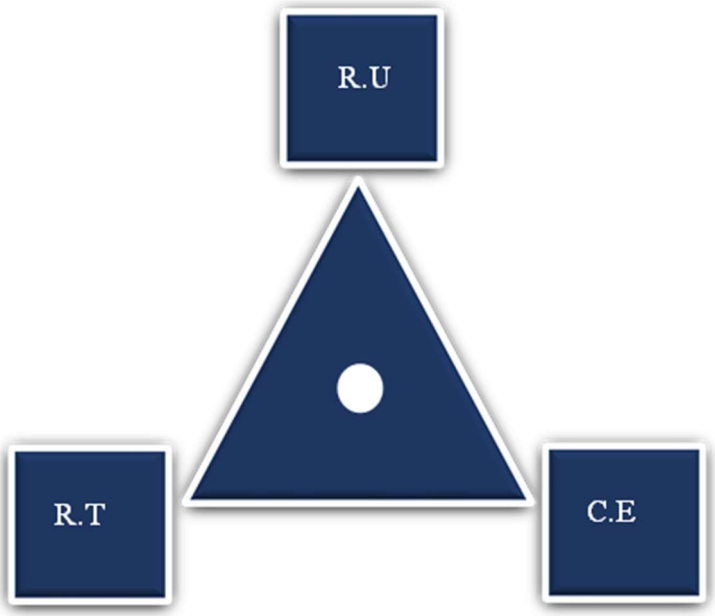
O Serviço de Administração Geral do CHS João Paulo II engloba a gestão dos serviços ligados à administração e assistência da Unidade. O serviço é composto pelas seguintes Unidades:

Equipe composta por 3 membros distribuídos entre:

- Responsável de Unidade de Saúde com carga horária semanal de 40 horas/semanais;

- Diretoria Técnica/Médica com carga horária semanal de 40 horas/semanais;
- Coordenação de Enfermagem com carga horária de 40 horas/semanais.

ii. Organograma da Administração Geral:



iii. Controle Operacional:

I. Finalidade:

O Controle Operacional é um órgão executivo responsável pela orientação, coordenação e direção de todas as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras, no sentido de lograr os objetivos estabelecidos no planejamento estratégico do CHS João Paulo II, atuando de acordo com as políticas e diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde, a legislação vigente e os padrões profissionais.

II. Atribuições/ Competências Gerais

Ao Controle Operacional compete:

- coordenar o desenvolvimento dos planos traçados para as atividades médicas, técnicas, administrativas e financeiras do CHS João Paulo II;
- zelar pela observância princípios éticos profissionais das atividades desenvolvidas sob sua orientação;

- constituir Comissões Permanentes e Transitórias para estudo de problemas médicos, técnicos e administrativos;
- coordenar a elaboração do orçamento anual de despesas, receitas e investimentos no CHS João Paulo II, bem como controlar a execução do orçamento aprovado;
- autorizar ou prestar informações ao Poder Judiciário, dentro dos preceitos estabelecidos pelos Códigos de Ética;
- elaborar programas de conferências e cursos, visando o aperfeiçoamento técnico-científico das atividades médicas técnicas e administrativas;
- firmar contratos e convênios com prestadores de serviços quando necessário;
- desenvolver programas de esclarecimento ao público sobre as funções do CHS João Paulo II e de orientação dos funcionários/servidores em suas relações com o público;
- difundir as atividades médico-científicas do CHS João Paulo II;
- apresentar mensalmente à SES os relatórios sobre o desenvolvimento das atividades médicas, técnicas e administrativas, conforme determinado em contrato de prestação de serviços.

iv. Da Diretoria Executiva:

- a Diretoria Executiva é exercida por profissionais com Nível Superior em Administração e pós-graduação em Administração Hospitalar;
- dotados de conhecimentos sobre organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação do CHS João Paulo II;
- possuidores de ampla experiência em cargos progressivos de responsabilidade de administração em Organizações de Saúde;
- agindo sempre com capacidade de Liderança e bom relacionamento interpessoal.

v. Da Diretoria Médica:

I. Finalidade:

A Diretoria Médica possui a finalidade de organizar, coordenar e supervisionar as atividades médicas, zelando pelo funcionamento técnico e administrativo da atividade médica da CHS João Paulo II.

II. Organização e Estrutura:

A Diretoria Médica encontra-se diretamente subordinada à Diretoria e sob ela encontram-se as seguintes unidades: Observação. Emergência. Serviço de Apoio ao Diagnostico (SADT) e Serviços de Assistência ao Paciente (Médicos, Serviço Social, Nutrição, Farmácia), todas exercendo suas funções de maneira próxima às atividades diárias da UBS e em total alinhamento aos preceitos da Diretoria Executiva.

vi. Atribuições Gerais:

Cabe à Diretoria Médica as seguintes atribuições:

- desenvolver o planejamento das atividades de assistência médica e técnicas da Organização;
- coordenar e supervisionar a execução das atividades nas unidades integrantes;
- analisar sob o ponto de vista técnico e científico todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- zelar pela observância do Regimento Interno e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos financeiros. humanos e operacionais/produção na execução das atividades das Unidades integrantes;
- desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços;
- gerenciar o corpo de funcionários das Unidades integrantes, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada. melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria Executiva.

vii. Perfil do Cargo de Direção Médica:

- a Direção Médica é exercida por Profissional com nível superior em Medicina, preferencialmente com especialização em Administração Hospitalar;
- apresentar registro junto ao Conselho Regional de Medicina;
- apresentar residência médica ou título de especialista;
- experiência em Direção de Unidade Hospitalar;
- conhecimentos da organização e administração, normas, regulamentos e leis aplicáveis à operação do CHS João Paulo II.

viii. Diretoria Administrativo/Financeira:

I. Finalidade:

Desenvolver todas as atividades relacionadas aos recursos financeiros, humanos, materiais e operacionais da Instituição, resultando na obtenção dos objetivos e metas previstas para a Organização. Destaca-se a elevada importância da administração desta unidade, visto a mesma estar diretamente relacionada com todos os recursos disponíveis para a Instituição, e que bem gerenciados resultam na otimização da qualidade dos serviços prestados e alcance dos objetivos propostos para a Organização.

II. Organização e Estrutura

A Diretoria Administrativo/Financeira é uma estrutura centralizada, gerindo todas as unidades hospitalares sob gestão do CHS João Paulo II, utilizando um modelo compartilhado de direção das atividades.

A Diretoria Administrativo/Financeira terá sob sua Coordenação as seguintes unidades: Administrativas, Financeira e de Operações/Apoio.

A Unidade Administrativa encontra-se subordinada diretamente à Diretoria Administrativo/Financeira, sendo que as unidades integrantes da unidade são: Departamento de Pessoal. Suprimentos, Faturamento, Recepção. Telefonia, Portaria e Vigilância. Transporte e SAME.

III. Atribuições Gerais:

Cabe à Unidade Administrativa:

- Desenvolver o planejamento das atividades administrativas;
- Coordenar e supervisionar a execução das atividades das unidades integrantes;

- Analisar sob o ponto de vista administrativo todas as propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Zelar pela observância do Manual de Organização e Responsabilidades dos funcionários da Instituição;
- Estabelecer normas de controle e avaliação da utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades da Instituição;
- Desenvolver e implantar novas técnicas de gestão dos serviços administrativos;
- Intermediar todas as atividades de compra com a Diretoria Executiva;
- Gerenciar os funcionários, garantindo satisfação no trabalho através de educação continuada, melhoria do ambiente de trabalho e alcance das metas de produtividade;
- Elaborar relatórios gerenciais para a Diretoria da Unidade.

ix. Unidade de Finanças:

I. Finalidade:

A Unidade de Finanças apresenta a finalidade básica de gerenciar e controlar o patrimônio físico e financeiro da Instituição, executado por intermédio de balancetes, análises e demonstrativos contábeis. Apresenta a finalidade de analisar a viabilidade das ações da Unidade de Saúde, incluindo a análise econômica de suas ações, tendências de evolução dos recursos que lhes são necessários e das possibilidades de fontes de financiamento.

II. Organização e Estrutura:

A Unidade de Finanças está diretamente subordinada à Diretoria Administrativo/Financeira, sendo que os serviços integrantes da unidade são: Contabilidade. Orçamento e Custos, Faturamento/Contas Médicas e Tesouraria.

III. Atribuições Gerais:

- Cabe à Unidade de Finanças as seguintes atribuições:
- Transmitir, interpretar e implementar políticas, instruções e regulamentações que afetam as atividades financeiras e contábeis da Instituição;
- Planejar e coordenar as atividades das áreas de contabilidade, orçamento e custos, faturamento e tesouraria; referentes aos recursos materiais e humanos;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Executiva, relatórios sobre o desenvolvimento da execução de suas atividades e de suas necessidades;
- Estudar e propor a política financeira e orçamentária do CHS João Paulo II submetendo-a à Diretoria Administrativa/Financeira e à Diretoria Executiva;
- Coordenar as atividades relativas ao controle orçamentário e financeiro, bem como as atividades da contabilidade;
- Analisar sob o ponto de vista econômico-financeiro propostas para execução de serviços por terceiros, em regime de contrato ou convênio;
- Estabelecer normas de controle e avaliação para utilização dos recursos financeiros;
- Coordenar e controlar o fechamento das faturas/contas dos pacientes atendidos no CHS João Paulo II, referindo-se a diárias, procedimentos, medicamentos, etc., assim como informar a quantidade de faturas glosadas e seus respectivos valores;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre a posição financeira da Instituição e simulação de cenários futuros;
- Apresentar o Orçamento Anual, Diretoria Administrativo/Financeira e Diretoria Executiva.

IV. Atribuições Específicas - Contabilidade e Custos:

- Orientar e dirigir os assuntos relativos à contabilidade, registrando dados da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
- Examinar a documentação e classificar as operações segundo o plano de contas;
- Executar os controles internos sobre as verbas de Adiantamentos;
- Elaborar balancetes, demonstrativos e balanços;
- Manter atualizadas as normas/rotinas de contabilidade, dando-lhes divulgação;

- Fornecer dados para a elaboração do Orçamento Anual da Instituição e seus ajustes;
- Determinar os custos operacionais dos serviços hospitalares através da consolidação dos valores de custos e despesas;
- Definição dos critérios de rateio;
- Elaboração de mapas e relatórios de custos hospitalares;
- Acompanhar o desempenho das atividades e respectivo impacto nos custos.

V. Atribuições Específicas - Orçamento:

- Elaborar os orçamentos do CHS João Paulo II;
- Controlar a execução do orçamento de receitas e despesas, como também dos investimentos da Instituição;
- Manter um serviço de natureza estatística orçamentária;
- Elaborar relatórios de desempenho orçamentário;

VI. Atribuições Específicas - Faturamento/Contas Médicas:

- Coordenar e controlar o encerramento das contas dos pacientes em regime de internação e ambulatorial atendidos no CHS João Paulo II;
- Auditar as faturas enviadas, referente aos procedimentos, diárias e medicamentos;
- Realizar o controle do faturamento através das fichas de atendimento e dos prontuários médicos;
- Elaborar relatórios diários sobre o faturamento da Instituição e enviar à Direção da Unidade para análise do comportamento diário das contas faturadas;
- Encaminhar via sistema, as faturas a serem pagas pelo SUS;
- Prestar esclarecimentos a Direção sobre a glosa de fraturas efetuadas pelo SUS.

VII. Atribuições Específicas - Tesouraria:

- Efetuar os controles de pagamentos e recebimentos do CHS João Paulo II;
- Realizar os respectivos pagamentos autorizados e efetuar os recebimentos;
- Emitir ordens bancárias de pagamentos;
- Manter um controle eficiente da conta contábil e verbas da dotação orçamentária da Instituição;
- Minimizar as possibilidades de ocorrências de Fraudes e Desvios de verbas;
- Promover a articulação com a Secretaria para análise das fontes de custeio e financiamento das atividades e investimentos na Instituição.

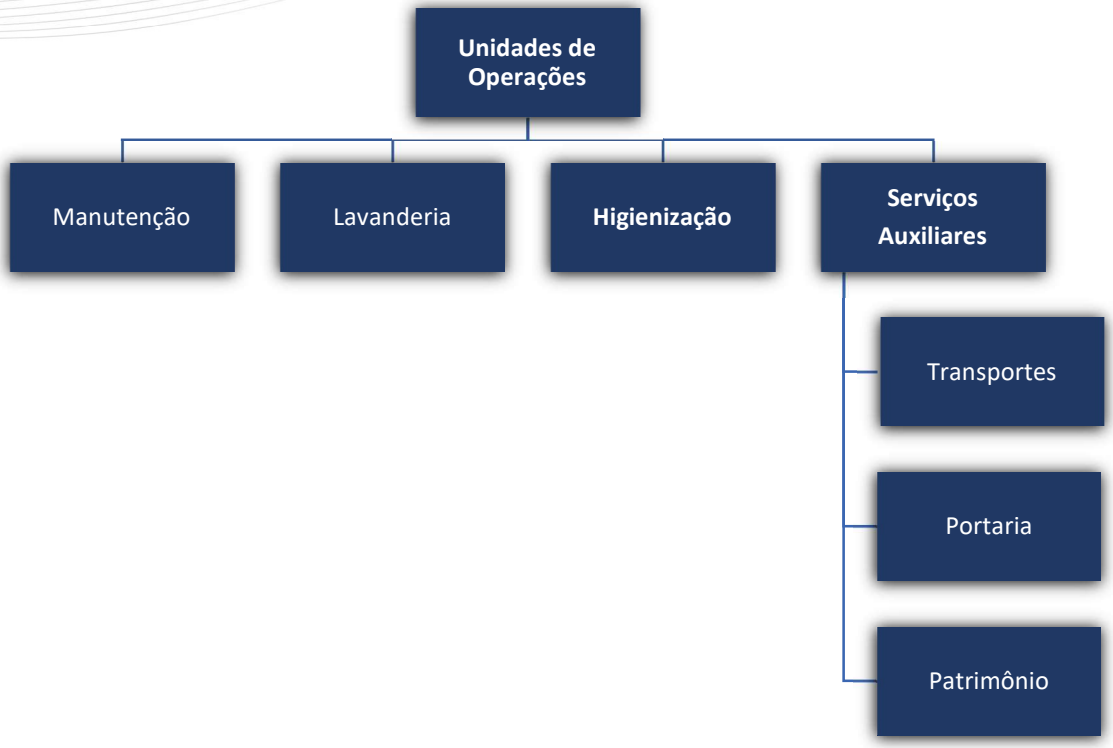
x. Unidade de Operações/ Apoio:

I. Finalidade

A Unidade de Operações/Apoio tem a finalidade de zelar pela total qualidade dos serviços / assistenciais de suporte prestados para a Instituição, através do controle e gerenciamento da infraestrutura física e recursos disponíveis, suprindo assim, toda a demanda das áreas fins do CHS João Paulo II.

II. Organização e Estrutura

A Unidade de Operações está diretamente subordinada à Coordenação Administrativo/Financeira da Instituição, sendo subordinada à mesma as seguintes unidades: Manutenção, Lavanderia/ Rouparia, Higiene e Limpeza, Serviços Auxiliares.



III. Atribuições Gerais:

Cabe à Unidade de Operações:

- Planejar, programar, executar e avaliar as atividades desenvolvidas pelas áreas de apoio logístico;
- Garantir a integridade da infraestrutura da Instituição (predial, mecânica, hidráulica e elétrica);
- Garantir a qualidade do atendimento aos pacientes da Instituição por meio do correto e eficiente suporte logístico dos suprimentos utilizados na unidade (medicamentos, materiais médico-hospitalares, gêneros alimentícios e materiais administrativos);
- Zelar pela segurança e controle patrimonial dos bens permanentes da Instituição;
- Prover todos os subsídios para a eficiente operacionalização da Instituição;
- Gerir todos os recursos operacionais da Instituição, destacados os serviços de hotelaria;
- Estabelecer normas de controle e avaliação de utilização dos recursos materiais e humanos na execução das atividades de apoio;

- Analisar sob o ponto de vista operacional, propostas para execução de serviços realizados por terceiros em regime de contrato ou convênio;
- Estudar a implantação de novas técnicas nos trabalhos, visando a constante atualização dos serviços técnicos e operacionais do CHS João Paulo II aos progressos técnicos e científicos;
- Apresentar periodicamente à Diretoria Administrativo/Financeira, relatórios sobre o desenvolvimento da execução das suas atividades e necessidade, principalmente da capacidade de produção da Instituição frente a demanda da comunidade e diretrizes de órgãos superiores.

b) Implantação da Logística de Suprimentos

A gestão de suprimentos e abastecimento de uma unidade de saúde é um dos pontos de maior relevância para a continuidade e qualidade dos serviços prestados aos pacientes, é responsável por assegurar a disponibilidade de todos os insumos da cadeia assistencial, atendendo às condições orçamentárias estabelecidas.

A área de Compras é responsável por executar as atividades inerentes ao abastecimento da unidade, mediante critérios técnicos e regras estabelecidas no Regulamento de Compras e Contratação de Obras e Serviços.

Uma adequada gestão de suprimentos busca planejar e administrar de modo eficaz todo o processo de aquisição de insumos e serviços, recebimento, armazenamento e distribuição de materiais nas diversas unidades assistenciais e administrativas da Unidade de Saúde, visando reduzir custos sem comprometer a qualidade do cuidado e segurança dos clientes internos e externos.

Dentro da regulamentação própria da ANVISA (Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002), podemos sintetizar as atividades atribuídas à logística de suprimentos dentro de uma unidade de saúde como sendo as seguintes:

I. apoiar serviços de lavanderia;
II. receber, armazenar e distribuir materiais e equipamentos;
III. garantir condições técnicas para que impressões físicas de exame sejam encaminhadas aos setores solicitantes;
IV. assegurar condições técnicas de armazenamento, conservação temporária e retirada

de cadáveres;

V. garantir limpeza e higiene do edifício, instalações, áreas externas, materiais, instrumentais, equipamentos assistenciais, proporcionando conforto e asseio aos pacientes, doadores, funcionário e público;

VI. realizar a manutenção do estabelecimento;

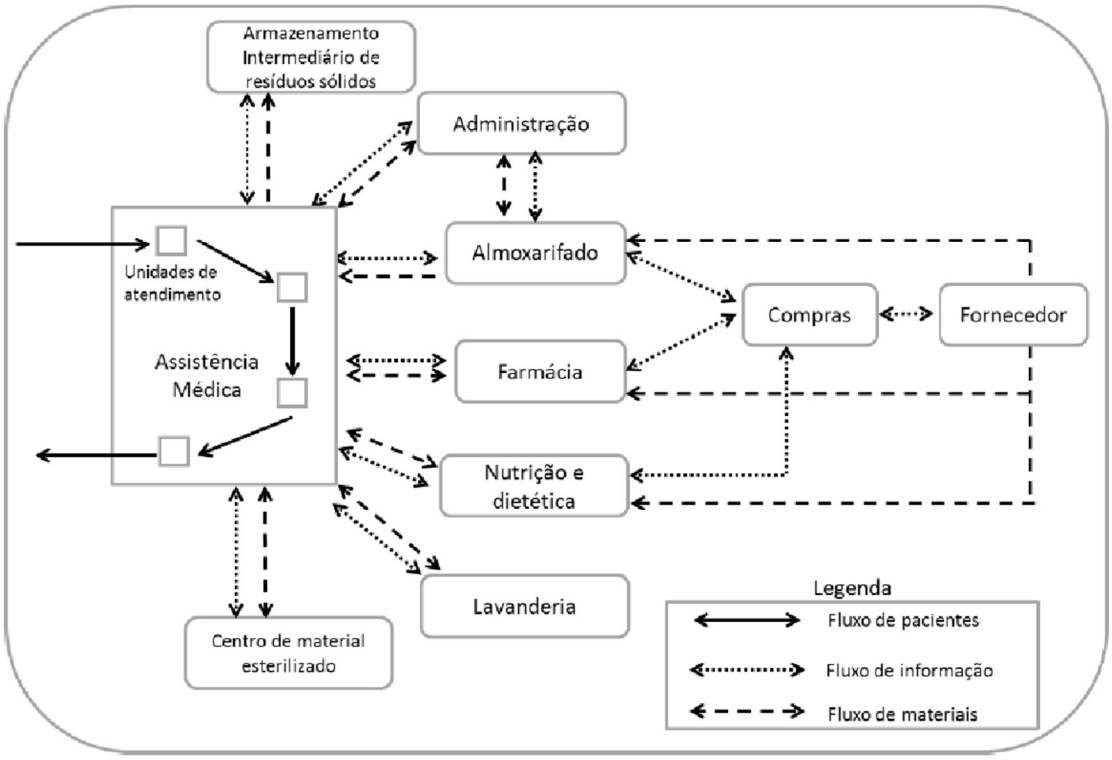
VII. assegurar o abastecimento de água, energia, geração de vapor, geração de água e ar frio;

VIII. gerenciar resíduos, garantindo a distribuição ou coleta de efluentes, resíduos sólidos e radioativos; assegurar condições de reserva, tratamento, lançamento de água, gases combustíveis, óleos combustíveis, gases medicinais, esgotos e resíduos sólidos.

Diante desse escopo, a logística cumpre um papel estratégico para aumentar os resultados positivos na cadeia de suprimentos, o que é essencial para a plena operação de Unidade de Saúde. Nesse sentido vem a importância da integração entre os fornecedores e a gestão, posto que todo o processo depende da negociação das melhores condições de mercado, estabelecimento de prazos condizentes com a demanda e fornecimento de produtos de qualidade.

A adoção da política papel zero pela CHS João Paulo II é um passo importante nesse caminho, posto que toda a cadeia de suprimentos se realizará por meio de software específico, reduzindo os custos e a burocracia do processo de compras, além de permitir um controle otimizado de estoques e preços.

Como referência de organização para a logística de suprimentos, deverá ser seguido o seguinte diagrama referente aos fluxos internos que ficarão sob responsabilidade dos responsáveis pela política de suprimentos na Unidade de Saúde:



De modo a regularizar o procedimento de compras da Unidade de Saúde, qualquer aquisição a ser realizada, deverá ser obedecido o regramento editado a seguir.

Normas para realização dos procedimentos de aquisição de materiais

Título I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

CAPÍTULO I - PREÂMBULO

Artigo 1º A Associação Beneficente João Paulo II é uma entidade de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia econômica e administrativa.

Artigo 2º Por força de seu Estatuto Social, a Associação Beneficente João Paulo II, dentre seus objetivos precípuos, fornece e colabora com os meios adequados para o desenvolvimento técnico e científico da saúde no Brasil, nomeadamente nas unidades SUS, tendo como finalidade o desenvolvimento da tríade (I) assistência à saúde, (II) pesquisa e (III) ensino.

Artigo 3º Este Regulamento tem por objetivo definir os critérios e as condições a serem observadas na compra de produtos para saúde, que inclui, mas não se limita, a produtos para diagnóstico de uso in vitro, equipamentos e materiais de saúde ou produtos correlatos, produtos médicos, dentre outros (material médico hospitalar), medicamentos, insumos farmacêuticos, material em geral (material) e contratação de serviços e obras. Dessa forma, considera-se compra toda aquisição remunerada de bens de consumo, drogas e medicamentos, equipamentos, gêneros alimentícios, materiais permanentes e outros, além da prestação de serviços por pessoas físicas e jurídicas com a finalidade de suprir as necessidades da Instituição para

desenvolvimento de suas atividades, bem como na alienação e locação efetuada com Recurso público adotando-se procedimento análogo ao previsto na Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002, o Decreto no 7.892, de 23 de janeiro de 2013 e demais legislação correlata aplicável, sendo estas aplicadas por analogia.

Artigo 4º Toda e qualquer compra e contratação de qualquer natureza com o uso de Recurso Público deverá observar o quanto disposto na Lei no 8.666, de 21 de junho de 1993, a Lei no 10.520, de 17 de julho de 2002, o Decreto no 7.892, de 23 de janeiro de 2013 e demais legislações correlatas aplicáveis e pertinentes de acordo com a modalidade e o objeto da contratação pretendida, salvo nas hipóteses da Lei Federal no 13.019/2014.

CAPÍTULO II - DA FORMA

Artigo 5º Todo o procedimento de compra ou contratação de que trata este Regulamento deve estar devidamente documentado na forma deste Regulamento, a fim de possibilitar futura averiguação, controle e fiscalização, conforme legislação vigente.

CAPÍTULO III - DOS PRINCÍPIOS

Artigo 6º Toda a compra e contratação da Associação Beneficente João Paulo II reger-se- á pelos princípios básicos da legalidade, da moralidade, da boa-fé, da probidade, da impessoalidade, da economicidade, da eficiência, da isonomia, da publicidade, da razoabilidade, da vinculação ao ato convocatório

e busca permanente de qualidade e durabilidade, bem como pela adequação aos objetivos institucionais, observadas as melhores práticas de mercado.

Artigo 7º O cumprimento das normas deste Regulamento destina-se a selecionar, dentre as propostas apresentadas, a mais vantajosa para a Associação Beneficente João Paulo II, levando-se em conta, particularmente, as condições e necessidades das unidades que constituem o universo da instituição, ocasião, desde que pertinente, mediante julgamento objetivo.

Parágrafo Único Para os fins deste Regulamento, entende-se mais vantajosa a proposta com maior eficiência econômica, melhor padrão de qualidade, durabilidade, garantia, assistência técnica, suporte operacional, prazo, dentre outros requisitos que venham a ser descritos no Edital, quando houver.

Artigo 8º Deverão ser observadas, ainda, as disposições de toda a legislação nacional e estrangeira, quando aplicável, vigente que discipline o combate à corrupção.

Artigo 9º A venda ou fornecimento de material ou de serviços e obras para a Associação Beneficente João Paulo II, implica na aceitação integral e irretratável deste Regulamento e demais regras, políticas e normas aplicáveis pela Associação Beneficente João Paulo II que estiverem em vigor na data do fornecimento ou contratação pelos seus fornecedores.

Título II

DAS COMPRAS E CONTRATAÇÕES NACIONAIS

CAPÍTULO I - DOS PROCEDIMENTOS

SEÇÃO I - DAS MODALIDADES DE PROCEDIMENTO

Artigo 10 As modalidades de procedimento para a compra e contratação são:

I. Compra Direta;
II. Compra Mediante Orçamentos; e
III. Pregão Privado.

Artigo 11 As modalidades de procedimento previstas no artigo 10 serão realizadas pelo Setor de Compras conforme o seguinte fluxo:

I. A Requisição de Compra (R.C.), Requisição de Serviço Externo (R.S.E.) ou Ordem de Serviço (O.S.), conforme modelos dos Anexos I a III deverão ser elaboradas pelo Setor interessado e submetida ao Setor de Compras a quem competirá averiguar sua pertinência, devendo esta vir acompanhada de justificativa técnica clara e precisa acerca da necessidade da compra ou contratação e de memorial descritivo detalhado, claro e preciso, cronograma de atividades ou econômico-financeiro e nível de serviço, quando aplicáveis;

II. Se a solicitação tiver origem em qualquer departamento das unidades pertencentes à Instituição João Paulo II o serviço de compras submeterá à Coordenação do Departamento de Administração e

Governança (DAG) ou órgão equivalente da instituição, a quem caberá o deferimento ou não quanto à necessidade da compra ou contratação;

III. O Setor de Compras deverá realizar cotação prévia de preços, levando-se em consideração que todas as despesas que incluem, mas não se limitam, a mão-de- obra, transporte, frete, acondicionamento, seguro, tributos, encargos e taxas estejam incluídas no preço tanto do fornecimento quanto da prestação de serviços e obras, junto ao mercado, tais como fornecedores habituais, fornecedores cadastrados, no Departamento de Abastecimento e Logística (DAL);

IV. A solicitação será submetida ao DAG da Associação Beneficente João Paulo II a quem cabe a análise acerca da viabilidade financeira da compra ou contratação pretendida, observados o Planejamento de Compras Trimestral e o Plano Orçamentário da Associação Beneficente João Paulo II ou da unidade específica que requer.

Parágrafo Único Em todos os casos, a aprovação final da compra ou contratação deverá observar a Grade e Limites de Alçada determinadas no Regimento Interno da Associação Beneficente João Paulo II vigente na ocasião.

Artigo 12 Todos os procedimentos de compra e contratação ocorrerão sob a supervisão da DAG da Associação Beneficente João Paulo II, com o acompanhamento do Serviço Financeiro, Serviço Administrativo e Assessoria Jurídica no que couber.

SEÇÃO II - DA COMPRA DIRETA

Artigo 13 Compra Direta é a modalidade de procedimento realizada nos seguintes casos:

I. Para compra e contratação cujo valor global não ultrapasse R$3.000,00, quando relacionada a obras e R$1.000,00 nos demais casos, desde que não se refiram a parcelas de compra de maior vulto que possa ser realizada de uma só vez e/ou de um mesmo serviço, obedecendo aos limites orçamentários do Planejamento de Compras Trimestral e o Plano Orçamentário da Associação Beneficente João Paulo II, conforme disposto na alínea “d” do artigo 11 acima;

II. Na contratação de instituição brasileira incumbida regimental ou estatutariamente da pesquisa, do ensino ou do desenvolvimento institucional, desde que a contratada detenha inquestionável reputação ético-profissional e não tenha fins lucrativos;

III. Na contratação de entidade jurídica sem fins lucrativos e de comprovada idoneidade, para prestação de serviços ou fornecimento de mão-de-obra, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;

IV. Para aquisição de softwares específicos, quando adquiridos diretamente de fabricante ou de seu representante;

V. Na contratação de pessoa jurídica de direito público, autarquia ou sociedade de economia mista, com suas subsidiárias e controladas para a aquisição de bens, prestação ou obtenção de serviços, desde que o preço contratado seja compatível com o praticado no mercado;

VI. Na contratação de serviços públicos diretamente de concessionárias, tais como serviços de fornecimento de água, energia elétrica, gás e telefonia;

VII. Para a contratação de serviços de profissional, como coordenador ou executor de projeto de sua autoria, ou de profissional que, com reconhecida competência, já tenha anteriormente prestado serviços da mesma natureza à Associação Beneficente João;

VIII. Paulo II ou, ainda, de docente indicado por instituição de ensino, com a qual a Associação Beneficente João Paulo II mantenha convênio, contrato de cooperação ou parceria;

IX. Para contratação de remanescente de obra, serviço ou fornecimento em consequência de rescisão contratual, por culpa do fornecedor e/ou contratada;

X. Na aquisição de material médico hospitalar, medicamentos, insumos farmacêuticos, material ou congêneres diretamente de fabricante único ou fornecedor exclusivo, desde que comprovada à exclusividade através de atestado fornecido pelo órgão de registro do comércio do local do fornecimento ou contratação, ou pelo Sindicato, Federação ou Confederação Patronal ou entidades equivalentes;

XI. Na contratação de serviços com empresas ou profissionais de notória especialização, assim entendidos aqueles cujo conhecimento específico, ou conceito no campo de sua especialidade, decorrente de desempenho anterior, estudos, experiências, publicações, organização, aparelhamento, equipe técnica ou outros requisitos relacionados com sua atividade, permita inferir que o seu trabalho é o mais adequado à plena satisfação do objeto a ser contratado; e

XII. Na contratação de profissional de qualquer setor artístico, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.

Parágrafo 1º Nos casos elencados nos incisos I a XII, a Associação Beneficente João Paulo II, através do seu Setor de Compras, efetuará uma pesquisa de preço na forma estabelecida na alínea “c” do artigo 11, deste Regulamento que integrará o Processo de Compra.

Parágrafo 2º A Compra Direta será solicitada mediante R.C., R.S.E. ou O.S., o que for aplicável, e deverá ser sempre justificada de forma, clara, precisa e pormenorizada pela área de interesse, observadas a necessidade, a pertinência e a viabilidade da compra ou contratação pretendida.

Parágrafo 3º Na hipótese disposta no inciso I do artigo 13 acima, o fornecedor ou contratada deverá apresentar apenas cópia de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica junto Ministério da Fazenda (CNPJ/MF) e de seu ato constitutivo devidamente atualizado. Nas demais hipóteses dispostas nos incisos II e seguintes do mesmo artigo 13, o fornecedor ou contratada deverá satisfazer as condições de Habilitação previstas nos artigos 28 a 31, 34 e 35 abaixo.

Parágrafo 4º - Será considerado regime de compra urgente, a aquisição de material inexistente no estoque do Departamento de Materiais ou os que não têm previsão de consumo, com imediata necessidade de utilização ou pela falta em virtude do atraso na entrega dos fornecedores. No caso dos serviços, os que sejam imprescindíveis para o bom andamento das atividades médico-hospitalares, da unidade.

Parágrafo 5º - O departamento de serviço requisitante deverá justificar, por escrito, a compra de urgência.

SEÇÃO III – DA COMPRA MEDIANTE ORÇAMENTOS

Artigo 14 Compra Mediante Orçamentos é a modalidade de procedimento realizada mediante prévia obtenção de, no mínimo, 3 (três) orçamentos, entre interessados do ramo pertinente ao objeto da compra e contratação.

Artigo 15 Esta modalidade será cabível para compra e contratação cujo valor ultrapasse R$3.000,00, quando relacionada a obras e R$1.000,00 nos demais casos e até o limite de R$7.500,00 quando relacionada a obras e R$3.500,00 nos demais casos.

Parágrafo 1º A Compra Mediante Orçamento será solicitada mediante R.C., R.S.E. ou O.S., o que for aplicável, e deverá ser sempre justificada de forma, clara, precisa e pormenorizada pela área de interesse, observadas a necessidade, a pertinência e a viabilidade da compra ou contratação pretendida.

Parágrafo 2º O fornecedor ou contratada será escolhido em conformidade com o disposto nos artigos 19 a 26 deste Regulamento e deverá satisfazer as condições de Habilitação previstas nos artigos 28 a 31, 34 e 35 abaixo.

SEÇÃO IV – DO PREGÃO PRIVADO

Artigo 16 Pregão Privado é a modalidade de procedimento realizada entre interessados do ramo pertinente ao objeto da compra ou contratação, mediante ampla concorrência, para compra e contratação

cujo valor ultrapasse R$7.500,00 quando relacionada a obras e R$3.500,00 nos demais casos.

Artigo 17 O Pregão Privado pode se dar na forma presencial ou eletrônica, a critério da Associação Beneficente João Paulo II.

Parágrafo 1º A Associação Beneficente João Paulo II poderá adotar o sistema de Registro de Preços Privado para o registro formal de preços relativos à compra de material e prestação de serviços para contratações futuras com validade de 12 (doze) meses, seguindo o rito estabelecido para a modalidade "Pregão Privado" nas seguintes hipóteses:

I. Quando, pelas características do material médico hospitalar, medicamentos, insumos farmacêuticos, material (também denominado "bem") ou serviços, houver necessidade de contratações frequentes e repetitivas;
II. Quando for conveniente a compra de bem com previsão de entregas parceladas ou contratação de serviços remunerados por unidade de medida ou em regime de tarefa;
III. Quando for conveniente a compra de bem ou a contratação de serviços para atendimento para mais de um Setor da Associação Beneficente João Paulo II ou de sua entidade apoiada; ou
IV. Quando, pela natureza do objeto, não for possível definir previamente o quantitativo a ser demandado pela Associação Beneficente João Paulo II.

SUBSEÇÃO I – DOS REQUISITOS DO EDITAL

Artigo 18 O Edital de procedimento para compra ou contratação que for realizada pela modalidade de Pregão Privado conterá:

I. Número de ordem em série anual, o nome da Associação Beneficente João Paulo II, a forma da compra e/ou regime de execução dos serviços e a menção de que será regido por este Regulamento;

II. Local, dia e hora para realização da modalidade, seja de forma presencial ou eletrônica, para participação e credenciamento, recebimento da proposta de preço e documentos de Habilitação;

III. Indicação da página eletrônica na qual será publicado o Edital e seus anexos;

IV. Descrição de seu objeto de forma sucinta e claro devidamente acompanhado de memorial descritivo, detalhado, exato e preciso, cronograma de atividades ou de desempenho econômico-financeiro e nível de serviço, quando aplicáveis;

V. Requisitos para a participação e credenciamento;

VI. Descrição dos requisitos da proposta de preço;

VII. Descrição dos documentos de Habilitação;

VIII. Condições de fornecimento e pagamento;

IX. Critério para julgamento com disposições claras e objetivas;

X. Instruções e normas para os recursos previstos neste Regulamento; e

XI. Outras indicações consideradas necessárias pela Associação Beneficente João Paulo II, com a finalidade de propiciar competitividade entre os participantes.

SUBSEÇÃO II – DO PREÇO E DA CLASSIFICAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Artigo 19 O DAG analisará a proposta de preço apresentada pelas participantes credenciadas na forma do Edital e verificará:

I. O atendimento das especificações, prazos e condições estabelecidos no Edital e seus Anexos;

II. A qualidade;

III. Se o preço apresentado não está baseado exclusivamente na proposta de preço das demais participantes credenciadas.

Artigo 20 No exame da proposta de preço serão consideradas todas as circunstâncias de que resulte vantagem para a Associação Beneficente João Paulo II, nos termos do parágrafo único do artigo 7º deste Regulamento.

Parágrafo Único Será justificado, por escrito, pelo Serviço de Compras, sempre que não houver opção pela proposta de menor preço, mas que atenda adequadamente à descrição do objeto do Pregão Privado e que represente vantagem para a Associação Beneficente João Paulo II, conforme parágrafo único do artigo 7º deste Regulamento.

Artigo 21 As propostas de preço serão classificadas em ordem crescente de preço proposto, sendo desclassificadas as propostas de preço que estiverem em desacordo com os requisitos dos artigos 19 e 20 acima.

Artigo 22 Efetuada a classificação das participantes será aberta a oferta de lances, sendo que a última classificada iniciará o primeiro lance e assim sucessivamente. Se os preços ofertados por duas ou mais participantes forem idênticos, a ordem para oferta de lances será decidida por sorteio.

Artigo 23 Concluída a rodada de lances, o Serviço de Compras poderá negociar com a participante da oferta de menor preço com vistas à redução do preço. Após a negociação, se houver, a Comissão de Compras examinará a proposta com menor preço e decidirá motivadamente acerca de sua aceitabilidade, declarando a participante vencedora do Pregão Privado.

Parágrafo Único O critério de aceitabilidade dos preços de mercado propostos pelas participantes será o de compatibilidade com os preços praticados pelo mercado, coerentes com o fornecimento do objeto da compra ou contratação.

Artigo 24 Declarada a vencedora, esta apresentará na sessão, se o Pregão Privado for presencial, ou em data e hora designados no Edital, se o Pregão Privado for eletrônico, os documentos de Habilitação elencados nos artigos 28 a 31, 34 e 35 deste Regulamento.

Artigo 25 A proposta de preço ou lance ofertados por qualquer participante será considerado completo, preciso e firme, não sendo permitida, após sua oferta, a desistência, sob pena de ser declarada impedida de contratar com a Associação Beneficente João Paulo II pelo período de 2 (dois) anos, sem prejuízo de cancelamento de sua inscrição junto ao Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II e aplicação das demais sanções dispostas neste Regulamento e no Edital de convocação, se for o caso.

Artigo 26 Na hipótese de haver um único participante competirá ao Serviço de Compras, analisando as limitações do mercado e outros aspectos pertinentes, decidir entre considerar fracassado o Pregão Privado e abrir novo

Pregão Privado, suspender o Pregão Privado ou prosseguir com o Pregão Privado. A decisão restará devidamente consignada e justificada em ata da sessão.

SUBSEÇÃO III – DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

Artigo 27 Para habilitação das participantes será exigido a documentação relativa a:

I. Habilitação Jurídica;
II. Qualificação Técnica;
III. Qualificação Econômico-Financeira; e
IV. Regularidade Fiscal e Trabalhista.

Artigo 28 A documentação relativa à Habilitação Jurídica, conforme o caso consistirá em:

I. Registro comercial, no caso de empresa individual;
II. Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, registrado, em se tratando de sociedades comerciais e, no caso de sociedades por ações, também o documento de eleição de seus administradores;
III. Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades civis, acompanhada de documento que comprova a quem compete à administração, seus poderes e atribuições; e
IV. Decreto de autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para o funcionamento, expedido pelo órgão competente, quando a atividade assim o exigir.

Artigo 29 A documentação relativa à Qualificação Técnica consistirá em:

I. Registro ou inscrição na entidade profissional competente, quando for o caso;

II. Comprovação de aptidão para desempenho de atividade pertinente e compatível com as características, quantidades e prazos do objeto da compra ou contratação, mediante atestado expedido por pessoas jurídicas de direito público ou privado; e

III. Prova de atendimento de requisitos e normas regulatórias previstos na legislação em vigor que incluem, mas não se limitam, a Autorização de Funcionamento Especial emitida pela Agência Nacional de Saúde (ANVISA), registro de produtos perante a ANVISA, dentre outros, quando for o caso.

Artigo 30 A documentação relativa à Qualificação Econômico-Financeira consistirá em:

I. Balanço patrimonial e demonstração financeira do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprove:
a. Índice de Liquidez Geral apurado conforme fórmula Liquidez Geral Ativo Circulante + Ativo Realizável em longo Prazo/Passivo Circulante + Passivo Exigível em longo Prazo igual ou superior a 1 (um); ou
b. existência de capital mínimo ou de patrimônio líquido mínimo correspondente até 10% (dez por cento) do valor estimado da compra ou contratação.

II. Certidão negativa de falência, recuperação judicial extrajudicial e concordata da participante.

Artigo 31 A documentação relativa à Regularidade Fiscal e Trabalhista consistirá em:

I. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas junto ao Ministério da Fazenda (CNPJ) relativo ao estabelecimento participante (sede,

filial, sucursal ou agência, conforme o caso);

II. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Estadual, se houver, relativo ao estabelecimento do participante (sede, filial, sucursal ou agência, conforme o caso), pertinente ao seu ramo de atividade e compativel com o objeto da compra ou contratação;

III. Prova de inscrição no Cadastro de Contribuintes Municipal relativo ao estabelecimento da participante (sede, filial, sucursal ou agência, conforme o caso), pertinente ao seu ramo de atividade e compativel com o objeto da compra ou contratação;

IV. Prova de regularidade para com as Fazendas Federal e à Dívida Ativa da União, Estadual e Municipal, sendo as duas últimas relativas ao estabelecimento da participante (sede, filial, sucursal ou agência, conforme o caso), quais sejam:

a. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União;

b. Certidão Negativa de Tributos Estaduais ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Tributos Estaduais; e

c. Certidão Negativa de Tributos Mobiliários ou Certidão Positiva com Efeitos de Negativa de Tributos Municipais; V. Certificado de Regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRFFGTS); e VI. Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), nos termos da Lei Federal no 12.440, de 7 de julho de 2011.

Artigo 32 Na hipótese da vencedora deixar de apresentar quaisquer dos documentos elencados nos artigos 28 a 31, acima, 34 a 35 abaixo, será inabilitada sendo, a critério da Associação Beneficente João Paulo II, declarada impedida de contratar com a Associação Beneficente João

Paulo II pelo período de 2 (dois) anos, sem prejuízo de cancelamento de sua inscrição junto ao Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II e aplicação das demais sanções dispostas no Edital de convocação.

Artigo 33 A Associação Beneficente João Paulo II, a seu exclusivo critério, fará a verificação da inscrição da participante no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas e no Cadastro de Empresas Punidas, disponível no Portal da Transparência do Governo Federal (www.portaltransparencia.gov.br), sendo que o registro em tais cadastros implicará em impedimento para qualquer contratação com a Associação Beneficente João Paulo II, sem prejuízo de cancelamento de sua inscrição junto ao Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II e aplicação das demais sanções dispostas no Edital de convocação.

Subseção IV – Dos Registros Cadastrais

Artigo 34 Caso a participante seja inscrita no Sistema de Cadastramento Unificado de Fornecedores (SICAF) ou Cadastro de Fornecedores do Cadastro de Empresas para Compras do Estado de Goiás, a comprovação da habilitação será efetuada mediante a verificação dos níveis validados através de consulta online junto a tais órgãos cadastrais durante a sessão, se o Pregão Privado for presencial, ou na data de entrega do envelope de habilitação, se o Pregão Privado for eletrônico, sem prejuízo da apresentação pela participante dos documentos não abarcados pelo seu cadastro junto aos mencionados órgãos cadastrais.

Parágrafo Único A Associação Beneficente João Paulo II não se responsabilizará pela eventual indisponibilidade dos meios eletrônicos, no momento da verificação. Ocorrendo indisponibilidade e não sendo

apresentados os documentos alcançados pela verificação, a participante será inabilitada.

Artigo 35 Caso a participante seja inscrita no Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II, a comprovação da habilitação será efetuada mediante a entrega de certificado emitido pela Associação Beneficente João Paulo II, na forma estabelecida no Título IV deste Regulamento, durante a sessão, se o Pregão Privado for presencial, ou na data de entrega do envelope de habilitação, se o Pregão Privado for eletrônico, sem prejuízo da apresentação pela participante dos documentos não abarcados pelo seu Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II.

Artigo 36 Os documentos referentes aos artigos 28 a 31 deste Regulamento, não excluem outros que, a critério da Associação Beneficente João Paulo II, poderão ser exigidos das participantes.

SUBSEÇÃO V – DAS ATAS

Artigo 37 Todos os atos e procedimentos adotados na sessão do Pregão Privado, na modalidade presencial ou eletrônico, serão registrados em ata inclusive as eventuais manifestações das participantes.

SUBSEÇÃO VI – DOS RECURSOS

Artigo 38 Da declaração da (s) vencedora (s), das decisões de inabilitação de participante, anulação, nulidade, revogação ou cancelamento de procedimento na modalidade Pregão Privado, presencial ou eletrônico, qualquer participante, em sessão, poderá manifestar intenção motivada de apresentar recurso cujas razões

recursais serão apresentadas em 2 (dois) dias úteis, computando-se no prazo recursal o dia da sessão. As demais participantes, no mesmo ato, restarão intimadas para apresentar suas contrarrazões de recurso em igual número de dias que começarão a contar do término do prazo do recorrente, sendo concedida vista imediata dos autos.

Parágrafo Único A ausência de manifestação da intenção motivada de apresentar o recurso importará em renúncia ao direito de recorrer e consequentemente decaindo o seu direito.

Artigo 39 As razões de recurso, bem como as contrarrazões serão endereçadas à Assessoria Jurídica da Associação Beneficente João Paulo II mediante protocolo em local e horário designados no Edital.

Parágrafo Único Não será admitida apresentação de razões de recurso ou de suas contrarrazões via e-mail.

Artigo 40 Os recursos serão decididos no prazo de 5 (cinco) dias úteis, contados a partir do fim do prazo das contrarrazões que tratam do artigo 38 deste Regulamento.

Parágrafo Único O acolhimento do recurso importará a invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento e será divulgado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis contados fim do prazo das contrarrazões que tratam do artigo 38 deste Regulamento.

CAPÍTULO II - DAS CONTRATAÇÕES DE PESSOAS FÍSICAS

SEÇÃO I - DOS REQUISITOS

Artigo 41 A contratação de Pessoas Físicas para a prestação de serviços à Associação Beneficente João Paulo II se dará em caráter excepcional e não excederá ao período de três (3) meses e ao valor global de R$6.000,00 e deverá atender aos seguintes requisitos:

I. Somente será admitida para fins de prestação de serviços especializados relacionados à expertise do prestador em caráter não exclusivo e impessoal, sendo remunerado contra Recibo de Pagamento ao Autônomo (RPA) emitido pelo prestador à Associação Beneficente João Paulo II;

II. O prestador de serviços deverá manter registro de contribuinte perante à prefeitura do município dos quais as unidades CHS fazem parte; e

III. O prestador de serviços estará sujeito a todos os encargos fiscais pertinentes ao objeto da contratação.

Artigo 42 Para a contratação da Pessoa Física, será necessário cumprimento do fluxo disposto no artigo 11 deste Regulamento e a apresentação pela Unidade ou Setor interessado de:

I. Memorando justificando tecnicamente a escolha do profissional;
II. Plano de trabalho justificando a necessidade de contratação do serviço, a demanda prevista e os resultados a serem alcançados; e
III. Declaração informando que o profissional não pertence ao quadro de funcionários da Associação Beneficente João Paulo II.

Artigo 43 A Unidade ou Departamento interessado deverá informar e declarar, sob as penas da lei, que o preço proposto está de acordo com os praticados no mercado.

SEÇÃO II - DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

Artigo 44 A Pessoa Física que será contratada deverá apresentar à Associação Beneficente João Paulo II:

I. Curriculum vitae e comprovação de títulos, se aplicável; Proposta técnica e de preço elaborada e assinada, contendo a descrição detalhada do serviço a ser prestado, os prazos, valores unitários e totais, dados bancários, o resultado do trabalho, o deliverable (produto a ser entregue) e o número de sua inscrição à prefeitura do município dos quais as unidades CHS fazem parte;
II. Cédula de identidade;
III. Cadastro de pessoa física (CPF);
IV. Registro na entidade de classe, se aplicável; e
V. Certidão Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União ou Certidão Positiva com efeitos de Negativa Conjunta de Débitos Relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União.

Artigo 45 Caberá ao DAG da Associação Beneficente João Paulo II, a seu critério de viabilidade econômico-financeira e de gestão de risco, observando-se as regras estabelecidas no Estatuto Social da Associação Beneficente João Paulo II e de seu Regimento Interno, assim como seu Código de Ética e Conduta e de suas normas e políticas que estiverem em vigor na ocasião, aprovar a justificativa apresentada pela Unidade ou Departamento autorizando a contratação de Pessoa Física.

CAPÍTULO III - DAS COMPRAS E CONTRATAÇÕES INTERNACIONAIS

Artigo 46 A compra de material médico hospitalar e insumos farmacêuticos, importados em conformidade com o disposto na Lei Federal no 8.010, de 29 de março de 1.990 (Lei 8.010/90), será efetuada mediante importação pelo Setor de Compras, assim como as demais aquisições de material importado, desde que observado o fluxo disposto no artigo 11 deste Regulamento e as demais leis aplicáveis.

Artigo 47 O material médico hospitalar e os insumos farmacêuticos importados em conformidade com o disposto na Lei 8.010/90, somente poderão ser destinados à pesquisa científica ou tecnológica.

Artigo 48 Na hipótese disposta no artigo 47 caberá ao Departamento envolvido no Projeto de Pesquisa Científica ou Tecnológica:

I. Certificar-se e garantir de que foram atendidos os requisitos da Lei 8.010/90 ou da legislação aplicável que estiver em vigor por ocasião da importação;
II. Responsabilizar-se pela emissão dos documentos necessários vinculados à isenção disposta na Lei Federal nº 8.010/90 ou da legislação aplicável que estiver em vigor por ocasião da importação;
III. Prestar esclarecimentos e/ou apresentar documentos, com a finalidade de atender às diligências realizadas pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) ou pela Receita Federal do Brasil (RFB), com o intuito de verificar se estão sendo atendidas as disposições atinentes a Lei 8.010/1990 ou da legislação aplicável que estiver em vigor por ocasião da importação e garantir seus benefícios fiscais;
IV. Comprometer-se a utilizar o (s) bem (s) importados única e exclusivamente nos Projetos de Pesquisa Científica e Tecnológica, respondendo perante os órgãos competentes em caso de desvio de destinação deste (s) bem (s), assumindo todas as responsabilidades administrativas, cíveis e penais quanto às irregularidades apuradas; e
V. Responder, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal, pelos danos diretos e indiretos ocasionados à Associação Beneficente João

Paulo II, e que estejam relacionados aos Projetos de Pesquisa Científica ou Tecnológica.

Artigo 49 Na hipótese de aquisição de produtos importados, exceto na condição disposta no artigo 47 acima, caberá ao Departamento:

I. Certificar-se e garantir de que foram atendidos os requisitos da legislação aplicável que estiver em vigor por ocasião da importação;
II. Responsabilizar-se pela emissão dos documentos necessários em cumprimento a legislação aplicável na ocasião;
III. Prestar todos os esclarecimentos que se fizerem necessários;
IV. Assumir todas as responsabilidades administrativas, cíveis e penais quanto às irregularidades apuradas; e
V. Responder, sem prejuízo da apuração da responsabilidade penal, pelos danos diretos e indiretos ocasionados à Associação Beneficente João Paulo II, e que estejam relacionados a importações irregulares.

Artigo 50 As empresas estrangeiras que não funcionem no país atenderão as modalidades estabelecidas neste Regulamento, tanto quanto possível, e atenderão às exigências relativas aos Documentos de Habilitação elencados nos artigos 28 a 31 deste Regulamento mediante apresentação de documentos equivalentes, autenticados pelos respectivos Consulados e traduzidos por tradutor juramentado, devendo ter representação legal no Brasil com poderes expressos para receber citação e responder administrativa e judicialmente.

Título III

DOS PROCESSOS DE COMPRAS OU CONTRATAÇÕES NACIONAIS E INTERNACIONAIS

CAPÍTULO I - DA COMPOSIÇÃO DO PROCESSO

Artigo 51 A compra ou contratação, nacional ou internacional, será iniciada com a abertura de respectivo processo devidamente autuado, protocolado e numerado em ordem cronológica, contendo a autorização respectiva, a indicação sucinta de seu objeto e do recurso para a despesa e sua origem, e conterá:

I. Os documentos descritos no artigo 11 acima deste Regulamento;

II. Orçamentos, justificativa de compra ou contratação e respectivos anexos, se houver;

III. Projeto básico que consiste no conjunto de elementos necessários e suficientes, com nível de precisão adequado, para caracterizar obra ou serviço ou complexo de obras ou serviços, devendo possibilitar principalmente avaliação do custo da obra e definição dos métodos e prazo de execução;

IV. Projeto executivo, no caso de obras, que consiste no conjunto de elementos necessários e suficientes à realização do empreendimento a ser executado, com nível máximo de detalhamento possível de todas as etapas, constituindo-se em detalhamento do Projeto Básico, determinando, de forma minuciosa, as condições de sua execução, em conformidade com as normas pertinentes, em especial as expedidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT.

V. Cronograma fisico-financeiro, no caso de obras, que consiste no documento contendo a previsão de prazo de execução de cada etapa da obra e respectiva previsão de desembolso financeiro.

VI. Pareceres técnicos ou jurídicos emitidos sobre os respectivos procedimentos;

VII. Minuta de Edital e contrato, quando aplicável;

VIII. Comprovante da publicação do Edital no site nele indicado, quando

aplicável a modalidade Pregão Privado;

IX. Via Original das propostas e dos documentos que as instruírem;

X. Atas das Sessões Públicas, quando aplicável a modalidade de Pregão Privado;

XI. Documentos de Habilitação na forma descrita neste Regulamento;

XII. Razões e contrarrazões de recursos eventualmente interpostos pelos interessados e respectivas manifestações e decisões, quando existentes;

XIII. Despacho de anulação ou de revogação do processo, quando for o caso, devidamente fundamentado;

XIV. Demais documentos relativos ao processo.

Título IV

REGISTRO CADASTRAL DE FORNECEDORES

CAPÍTULO I - DO CADASTRO DE FORNECEDORES DA ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II

SEÇÃO I- DOS DOCUMENTOS DO CADASTRO DE FORNECEDORES DA ASSOCIAÇÃO BENEfiCENTE JOÃO PAULO II

Artigo 52 Todo e qualquer interessado em fornecer material e prestar serviços e obras à Associação Beneficente João Paulo II (Interessado) poderá manter cadastro atualizado, realizando, periodicamente, a entrega de informações e dados cadastrais, assim como da documentação estabelecida nos artigos 28 a 31 deste Regulamento em conformidade com sua atividade e com o fornecimento que pretende efetuar, conforme disposto no Manual de Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II, anexo a este Regulamento.

Artigo 53 O Interessado é responsável pela remessa de todos os dados, informações e documentos relacionados no artigo 52 acima e no Manual de Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II.

Parágrafo 1º Todo e qualquer dado e/ou informação fornecido pelo Interessado ou seus acionistas/sócios, diretores, empregados, representantes, agentes, prepostos, colaboradores através dos Formulários que integram o Manual de Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II é verdadeira, completa e precisa em todos os aspectos e não é enganosa, seja por qualquer omissão ou ambiguidade ou por qualquer outro motivo.

Parágrafo 2º Os documentos relacionados neste Regulamento e no Manual de Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II devem ser apresentados por meio de cópias autenticadas, salvo àqueles cuja emissão for efetuada pelos sites da internet que deverão estar acompanhados de suas respectivas autenticações eletrônicas.

Parágrafo 3º Competirá, exclusivamente por conta e risco do Interessado, a atualização de seus dados cadastrais, bem como das certidões e dos documentos referidos nos artigos 28 a 31 deste Regulamento, na forma prevista no Manual de Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II.

Artigo 54 Após análise da Associação Beneficente João Paulo II será rejeitado ou aprovado o registro do Interessado. Na hipótese de aprovação do registro do Interessado será emitido Certificado de Registro Cadastral de Fornecedor da Associação Beneficente João Paulo II, que servirá como subsídio a todas as contratações que forem realizadas entre a Associação Beneficente João Paulo II e este fornecedor com recurso fundacional.

Parágrafo Único O Serviço de Compras da Associação Beneficente João Paulo II efetuará a análise dos Formulários e documentos apresentados pelo Fornecedor em até 15 (quinze) dias de sua apresentação, e a seu exclusivo critério, poderá solicitar ao Fornecedor durante tal prazo a complementação dos dados cadastrais e documental em até 10 (dez) dias da solicitação enviada ao Fornecedor.

SEÇÃO II – DA VALIDADE DO CADASTRO DE FORNECEDORES DA ASSOCIAÇÃO BENEfiCENTE JOÃO PAULO II

Artigo 55 O Certificado de Registro Cadastral de Fornecedor da Associação Beneficente João Paulo II terá validade de 12 (doze) meses contados da data de sua emissão, salvo os registros, licenças e permissões perante as Entidades Profissionais (exemplificativamente CRM, COREN, CRF, CREA, OAB, dentre outros), e perante as agências reguladoras (exemplificativamente ANVISA, ANS, dentre outras), as certidões e balanço patrimonial que comprovam a qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal e trabalhista que respeitará o prazo de validade de cada um deles em conformidade com a legislação em vigor.

Artigo 56 O fornecedor que tenha praticado qualquer das condutas descritas nos artigos 25, 32 e 67 deste Regulamento terá sua inscrição junto ao Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II devidamente cancelada e sofrerá as sanções previstas nos referidos artigos.

Título IV

DOS CONTRATOS E SUA PRORROGAÇÃO

CAPÍTULO I - DOS CONTRATOS

SEÇÃO I – DOS REQUISITOS E PRINCÍPIOS

Artigo 57 Os contratos celebrados com a Associação Beneficente João Paulo II estabelecerão, de forma clara e precisa, o objeto lícito, certo e determinado, condições para sua execução, preço, reajuste mediante negociação entre as partes, forma de pagamento, obrigações e responsabilidades das partes, declarações e garantias prestadas pela contratada e de práticas de conduta anticorrupção.

Artigo 58 Os contratos celebrados com a Associação Beneficente João Paulo II serão regidos, em especial, pelos princípios da obrigatoriedade da convenção e boa-fé.

Parágrafo único - Serão cláusulas necessárias para constar nos contratos:

I. Objeto;
II. Prazo de entrega;
III. Vigência;
IV. Preço;
V. Deveres e responsabilidades das partes;
VI. Rescisão;
VII. Foro;
VIII. Forma e condições

SEÇÃO I – DA VIGÊNCIA E ALTERAÇÃO DO OBJETO

Artigo 59 Os contratos de prestação de serviços, em geral, serão celebrados pelo período de até 1 (um) ano prorrogável, conforme estabelecido no artigo 65 abaixo, por período iguais e sucessivos até completar 5 (cinco) anos, se houver interesse da Associação Beneficente João Paulo II, exceto no caso do artigo 60 abaixo.

Artigo 60 Os contratos relativos à compra de material e prestação de serviços para contratações futuras, cuja negociação se deu através de Pregão Presencial por Sistema de Registro de Preços, serão celebrados por período de até 12 (doze) meses, sendo que o efetivo consumo e ou contratação poderá ocorrer de acordo com a necessidade a critério da Associação Beneficente João Paulo II.

Artigo 61 É vedado celebrar contrato com prazo de vigência indeterminado.

Artigo 62 A contratada é responsável pelos prejuízos causados à Associação Beneficente João Paulo II decorrentes de ação e omissão relacionadas à contratação entre elas mantida.

Artigo 63 É dispensável o termo de contrato e facultada a sua substituição, a critério da Associação Beneficente João Paulo II, nos casos de compra ou contratação com entrega imediata e integral de bens ou de serviços.

Artigo 64 Os contratos poderão ser alterados, nas mesmas condições contratuais, por acréscimo ou supressões, de até 25% (vinte e cinco por cento) de seu valor global inicial contratado, e no caso particular de reforma de edificio ou equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento).

CAPÍTULO II - DA PRORROGAÇÃO

Artigo 65 Toda e qualquer prorrogação de prazo de vigência deverá ser justificada por escrito e previamente autorizada pela Associação Beneficente João Paulo II, observando-se as regras de alçada estabelecidas no Estatuto Social da Associação Beneficente João Paulo II e de seu Regimento Interno, assim como de suas normas e políticas que estiverem em vigor na ocasião, se houver comprovação de que os princípios e os requisitos deste Regulamento estejam sendo cumpridos.

Artigo 66 Na hipótese de prorrogação do prazo de vigência a contratada deverá satisfazer as condições de Habilitação previstas nos artigos 28 a 31, 34 e 35 deste Regulamento.

CAPÍTULO - III DAS SANÇÕES

Artigo 67 Para as condutas abaixo descritas, serão aplicadas as seguintes sanções:

I. Para aquele que mantiver relação de qualquer natureza com a Associação Beneficente João Paulo II seja na qualidade de participante de procedimentos, Interessado, Fornecedor, Doador ou Patrocinador da Associação Beneficente João Paulo II (Terceiro) e que (a) venha a descumprir os artigos deste Regulamento, (b) ensejar o retardamento do processo, (c) não mantiver sua proposta, fraudar a execução do contrato, comportar-se de modo inidôneo, (d) fizer declaração falsa, (e) cometer fraude fiscal ou qualquer ato lesivo, (f) tenha praticado qualquer ilícito civil ou criminal, (g) seja considerado inidôneo ou suspenso, por descumprimento de legislação em vigor, (h) venha a ser inscrito no Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas (CEIS) e Cadastro Nacional das Empresas Punidas (CNEP), a Associação Beneficente João Paulo II poderá declarar o Terceiro impedido de contratar com a Associação Beneficente João Paulo II, pelo prazo de até 2 (dois) anos e terá sua inscrição cancelada no Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II, sem prejuízo do ressarcimento das perdas e danos sofridos pela Associação Beneficente João Paulo II e das demais sanções aplicáveis;

II. Pela inexecução parcial do objeto da contratação decorrente de atraso, a Associação Beneficente João Paulo II poderá aplicar à contratada multa equivalente a 1% (um por cento), sobre o valor total do material e/ou serviços não entregues pontualmente, por dia de atraso, limitado até 20% (vinte por

cento), sem prejuízo das demais cominações contratuais estabelecidas;

III. Pela inexecução parcial do objeto da contratação decorrente de interrupção da entrega de material ou da prestação de serviços, a Associação Beneficente João Paulo II poderá aplicar multa equivalente a 10% (dez por cento) do valor residual inadimplido, bem como declarar a contratada impedida de celebrar novos contratos com a Associação Beneficente João Paulo II pelo prazo de 1 (um) ano e cancelar sua inscrição junto ao Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II; e

IV. Pela inexecução total do objeto da contratação, a Associação Beneficente João Paulo II poderá aplicar à contratada multa equivalente a 20% (vinte por cento) do valor global estimado do contrato, bem como declarar a contratada impedida de celebrar novos contratos com a Associação Beneficente João Paulo II pelo prazo de 2 (dois) anos e cancelar sua inscrição junto ao Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II.

Parágrafo Único As multas não possuem caráter compensatório e poderão ser aplicadas cumulativamente com as demais sanções descritas para cada caso inclusive as contratuais, sendo que sua cobrança não isentará a contratada da obrigação de indenizar eventuais perdas e danos sofridos pela Associação Beneficente João Paulo II.

Título IV

DOAÇÃO E PATROCÍNIO

Artigo 68 Para fins e efeitos deste Regulamento considera-se (a) doação o contrato em que uma pessoa, por liberdade, transfere do seu patrimônio bens ou vantagens para a Associação Beneficente João Paulo II; e (b) patrocínio é

o contrato do qual o patrocinador obriga-se a uma prestação pecuniária ou fornecimento de bens e/ou serviços para a Associação Beneficente João Paulo II que em contrapartida efetuará a divulgação do nome ou marca do patrocinador nas manifestações de sua atividade conforme estabelecido entre as partes, quando autorizado pelo doador e/ou patrocinador.

Artigo 69 Toda e qualquer doação ou patrocínio em favor da Associação Beneficente João Paulo II serão efetuados de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Toda e qualquer doação e patrocínio não deverá ser utilizada como instrumento de obtenção e/ou manutenção de negócios e/ou vantagens indevidas junto a Associação Beneficente João Paulo II, assim como estas não devem influenciar uma decisão comercial, levar a uma relação de dependência e/ou dar a impressão de impropriedade;
II. Toda e qualquer contribuição a título de doação e patrocínio não deverá estar atrelada a contrapartida como indicação, recomendação ou compra de bens ou serviços de qualquer natureza; e
III. A promoção institucional é a única contrapartida admitida às contribuições realizadas a título de doação e patrocínio.

Artigo 70 Para a celebração de doação ou patrocínio com pessoas jurídicas deverá o doador ou patrocinador apresentar cópia de Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica junto ao Ministério da Fazenda (CNPJ), e de seu ato constitutivo atualizado e declaração de aceitação das diretrizes descritas no artigo 69 supra e da conduta anticorrupção na forma do Anexo VII – Modelo

de Declaração de Conduta Anticorrupção do Manual de Cadastro de Fornecedores da Associação Beneficente João Paulo II.

Título V

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 71 É facultado à Associação Beneficente João Paulo II convocar o concorrente remanescente, na ordem de classificação do procedimento de compra ou contratação, independentemente de sua modalidade, para a assinatura de contrato, ou revogar o procedimento de compra ou contratação, a seu critério, caso a vencedora convocada, no prazo estabelecido, não assine o contrato ou não retire e aceite o instrumento equivalente ou ainda tenha deixado ou deixe, no momento oportuno, de apresentar qualquer dos documentos de Habilitação dispostos nos artigo 28 a 31, 34 e 35 deste Regulamento, responsabilizando-se esta pelos prejuízos causados à Associação Beneficente João Paulo II.

Artigo 72 Não será exigida a prestação de garantia para as contratações resultantes deste Regulamento, salvo na hipótese de locação de bens e materiais e se a Associação Beneficente João Paulo II, a seu critério, entender aplicável.

Artigo 73 A Associação Beneficente João Paulo II poderá suspender, invalidar, anular, tornar nulo, revogar ou cancelar qualquer procedimento de compra ou contratação, por razões de seu exclusivo interesse, em qualquer

tempo, sem que caiba a qualquer Terceiro direito a qualquer indenização de qualquer natureza.

Artigo 74 Todo e qualquer Terceiro é responsável pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos apresentados para a Associação Beneficente João Paulo II, bem como pela avaliação de todas as informações e das condições locais para o cumprimento de sua obrigação.

Artigo 75 É vedado a todo e qualquer Terceiro negociar, seja com quem for ou por que forma ou meio, os créditos correspondentes à remuneração pelo fornecimento de materiais e/ou serviços, abstendo-se de sacar letras de câmbio, duplicata, ou qualquer outro título de crédito, especialmente com o objetivo de endossá-lo a qualquer terceiro, seja para garantia de operação financeira ou não.

Artigo 76 Os casos omissos neste Regulamento serão decididos em conformidade com os usos e costumes, os princípios deste Regulamento e jurisprudência do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE) e Tribunal de Contas da União (TCU), observando-se as regras de alçada estabelecidas no Estatuto Social da Associação Beneficente João Paulo II e de seu Regimento Interno, assim como de suas normas e políticas que estiverem em vigor na ocasião.

Artigo 77 Este Regulamento será passível de revisões sempre que alterações ou adequações se façam necessárias, e será aprovado na forma prevista no Estatuto Social e Regimento Interno da Associação Beneficente João Paulo II.

Artigo 78 O presente Regulamento entrará em vigor no prazo de 90 (noventa) dias de sua publicação e revogará todas as disposições em contrário.

c) Apresentação da padronização de medicamentos e material médico hospitalar (Procedimentos Operacionais Padrão aplicados à Farmácia Ambulatorial e Hospitalar)

i. Finalidade:

O Serviço de Farmácia terá a função de desenvolver atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, material médico/hospitalar e correlatos. Terá também responsabilidade sobre o acompanhamento do uso de medicamentos e materiais visando à eficácia da terapia e assegurando o uso racional deles.

ii. Membros:

- Farmacêutico
- Auxiliar de farmácia

iii. Organização Horária

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico das 07:00 às 12:00 e das 13:00 às 17:00

Farmácia Satélite – 24h

iv. Dose unitária

O CHS – João Paulo II, implantará na Unidade de Saúde, em até seis meses do início dos serviços, o sistema de fracionamento de medicamentos através de um sistema de prescrição eletrônica. Visando uma melhor qualidade na assistência, reduzindo custos

operacionais, desperdício de medicamentos, desvios e o maior controle no prazo de validade. O referido fracionamento do medicamento prescrito pelo médico, seguirá para a farmácia de forma eletrônica para análise e preparação pelo farmacêutico da dose individualizada e despachado para o serviço de enfermagem para adequada administração.

v. Organização e Estrutura

Será subordinado à Diretoria Administrativo/Financeira e contará com Farmacêutico habilitado e regularizado junto ao Conselho de Classe e auxiliares de farmácia. O SEFAR será estruturado em duas principais áreas: Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF e Farmácia Satélite. A CAF será responsável pelo armazenamento e estocagem adequados de todos os produtos farmacêuticos e materiais de uso hospitalar adquiridos, pelo controle de estoque e consumo. A Farmácia Satélite funcionará 24hs de todos os dias do ano, fará a distribuição e rigoroso controle na dispensação de medicações, soluções e materiais em dose individualizada para os pacientes em atendimento no OS e nas Unidades de Observação através de sistema informatizado e mediante apresentação de 2ª via da prescrição médica. A Farmácia Satélite programará, semanalmente, visitas aos setores para identificar e recolher sobras de medicamentos, soluções e materiais evitando estocagem inadequada e vencimento da validade deles. Estes procedimentos irão favorecer o rastreamento de desconformidades à rotina e efetivo controle dos insumos. O SEFAR deverá compor a Comissão de Farmácia e Terapêutica, colaborando na padronização de produtos farmacêuticos e materiais de uso hospitalar a ser instituída no CHS João Paulo II, observando a Relação Nacional de Medicamentos - RENAME. A padronização preliminar de medicamentos e materiais de uso hospitalar está descrita neste capítulo.

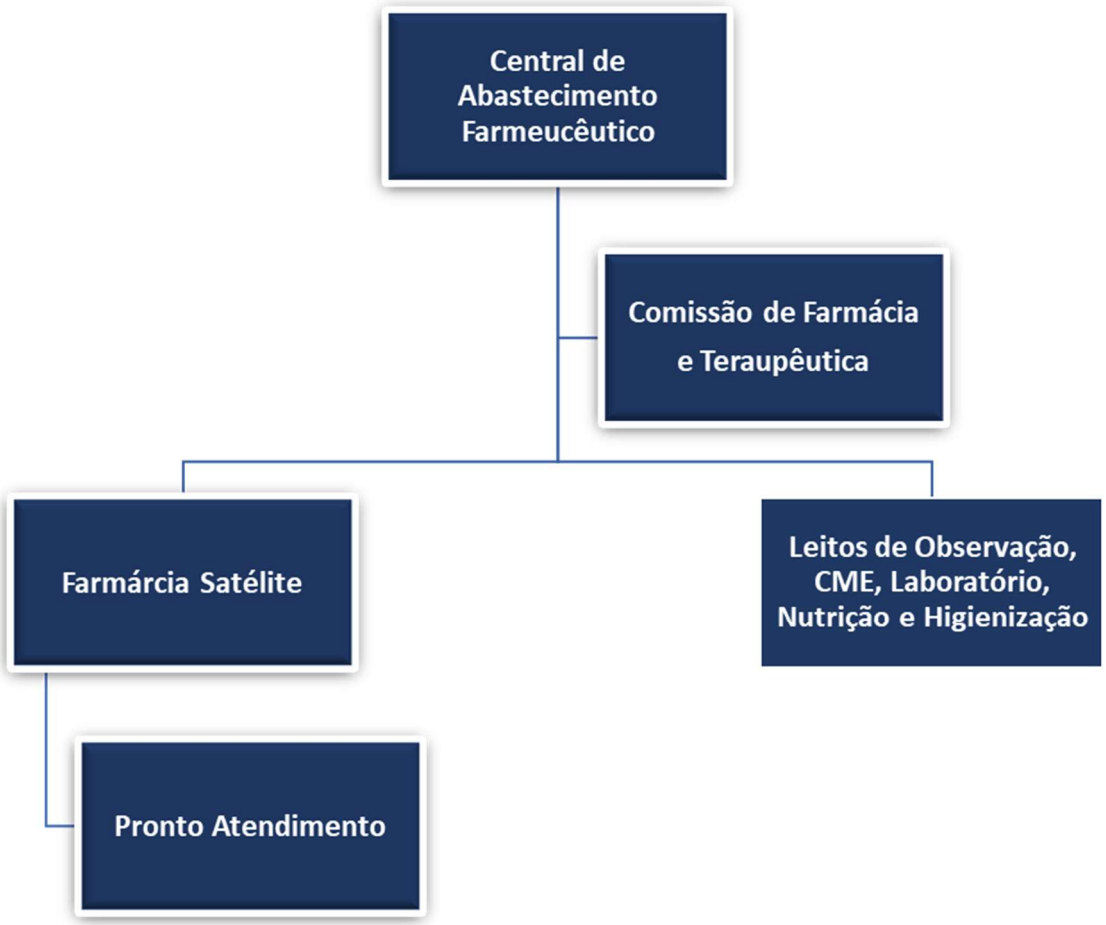
vi. Método de controle sobre fármacos controlados e ou de alto custo

O CHS – João Paulo II utiliza nas suas unidades um rigoroso método de controle sobre os fármacos de controle especial e alto custos. Os medicamentos de controle especial sejam psicotrópicos, entorpecentes e/ou alto custo exige do farmacêutico um maior controle para a sua escolha na aquisição visando custo x benefício, e um maior controle no seu acondicionamento, priorizando um setor separado e seguro com acesso restrito e exclusivo do farmacêutico, dos quais os referidos medicamentos são liberados por prescrição eletrônica

devidamente preenchida pelo médico solicitante e dispensado exclusivamente pelo farmacêutico.

No que se refere aos antibióticos o processo de segurança se repete e em especial a prevenção e controle de infecções no âmbito hospitalar. Por se tratar de um local com uma grande variedade de micro-organismos, que os pacientes e os profissionais da saúde estão expostos. A interação da comissão farmacêutica, com a comissão controle de infecção hospitalar (CCIH) e a comissão clínica-médica tem reuniões periódicas para avaliações rotineiras definindo a melhor escolha de antibióticos que devem ser adquiridos visando uma melhor eficácia no tratamento dos utentes, melhorando a eficiência no combate de possíveis bactérias resistentes e baixar o índice de infecções hospitalares.

vii. Fluxograma do Serviço de Farmácia



viii. Normas e Rotinas do Serviço de Farmácia Competência do Farmacêutico:

- organizar a equipe de trabalho através de confecção de escalas mensais;
- elaborar, divulgar e fazer cumprir manuais de procedimentos para aquisição, armazenamento, distribuição e controle de medicamentos/produtos farmacêuticos;
- divulgar a padronização de medicamentos e relação de similares para os setores;
- planejar e requisitar compra de medicamentos conforme padronização da CFT;
- controlar, rigorosamente, a guarda e dispensação dos psicotrópicos e entorpecentes, obedecendo às normas vigentes;
- fracionar ou reenvasar soluções necessárias às ações de antissepsia, limpeza e desinfecção, garantindo a sua qualidade;
- promover treinamento continuado ao pessoal auxiliar;
- integrar a CCIH;
- fazer cumprir o uso correto de EPI's e EPC's por sua equipe;
- manter atualizados os livros e mapas de registro de psicotrópicos e entorpecentes, conforme legislação;
- emitir parecer técnicorelacionado aos medicamentos, no ponto de vista biofarmacocinético, clínico e químico;
- realizar ações de farmacovigilância;
- integrar a CFT analisando e avaliando as solicitações e propondo a inclusão/ exclusão de itens.

ix. Competência do Auxiliar de Farmácia:

- Receber, conferir, controlar e estocar os medicamentos;
- Promover a distribuição de doses individualizadas para uso dos clientes do PA e Unidades de Observação;
- Atender as solicitações de medicamentos dos diversos setores mediante apresentação de requisição padronizada.

x. Armazenamento de Medicamentos

- Para armazenar os medicamentos alguns critérios deverão ser obedecidos:
- Armazenar por subgrupos, forma farmacêutica e ordem alfabética;
- Armazenar pelo princípio ativo (sal) em ordem alfabética, da esquerda para a direita;

- Armazenar os medicamentos por prazo de validade;
- Observar o empilhamento máximo permitido para os medicamentos, de acordo com a legislação vigente e recomendações do fabricante;
- Observar a temperatura ideal recomendada para cada medicamento a ser armazenado;
- As caixas que foram abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas. Anotar a quantidade existente e após, a caixa deve ser lacrada.

xi. Padronização de Material médico hospitalar

O processo de padronização tem por finalidade reduzir custos e otimizar a aplicação de recursos. O CHS João Paulo II propõe um fluxograma estrutural para padronização dos materiais médico hospitalares para a unidade. Será utilizado para seu aperfeiçoamento contínuo de documentos institucionais e entrevistas com membros da comissão de padronização de material e medicamentos e gestão de materiais. A proposta contribuirá para à otimização da padronização e aquisição, bem como ao atendimento à legislação adequada. Também para demonstrar que a padronização em compras públicas pode cumprir de fato sua finalidade, gerar eficiência, além de poder ser vista e reconhecida como procedimento rotineiro e dinâmico.

xii. Armazenamento de materiais de uso hospitalar:

- Para armazenar os materiais de uso hospitalar os seguintes critérios deverão ser obedecidos:
- Armazenar os materiais por subgrupos. Ex: adesivos, coletores etc;
- Armazenar os materiais em ordem alfabética rigorosa, da esquerda para a direita;
- Armazenar os materiais por prazo de validade;
- Observar o empilhamento máximo permitido para os materiais (ver recomendações do fabricante);
- Observar a temperatura ideal em que os materiais devem ser armazenados;
- As caixas que foram abertas no recebimento devem ser riscadas, indicando que foram violadas, a quantidade existente anotada e após, a caixa deve ser lacrada.

xiii. Dispensação

Consiste na distribuição de materiais e medicamentos às unidades do CHS João Paulo II, mediante requisição apropriada. Após a dispensação dos materiais e/ou medicamentos o sistema deverá ser atualizado de imediato.

xiv. Padronização de medicamentos

9.1.1.c.xiv.1. Considerações gerais:

A Padronização de Medicamentos é definida como processo contínuo, interativo, multidisciplinar e participativo, que determina e assegura os níveis de acesso aos medicamentos necessários ao sistema de saúde. O processo baseia-se em critérios científicos e econômicos e fornece elementos necessários ao uso racional de medicamentos.

I. Objetivos da Padronização de Medicamentos:

- Implantar políticas de utilização de medicamentos com base em correta avaliação, seleção e emprego terapêutico no CHS João Paulo II;
- Promover a atualização em temas relacionados à terapêutica médica;
- Reduzir custos, visando obter a disponibilidade dos medicamentos essenciais à cobertura dos tratamentos necessários aos pacientes.

II. Importância da Padronização de Medicamentos:

Pelo fato de existir um número muito grande de produtos similares e do lançamento de novos produtos - muitos dos quais não apresentam vantagens em relação aos já existentes no mercado, a padronização proporciona, ao sistema de saúde, benefícios econômicos, administrativos e terapêuticos.

III. Vantagens em ter uma Padronização de Medicamentos:

- Benefício terapêutico;
- Disciplina o receituário médico - uniformização da terapêutica e obediência ao protocolo;
- Aumenta a qualidade da farmacoterapia;
- Facilita a farmacovigilância;
- Melhora a qualidade da utilização, administração, informação e controle de medicamentos;
- Reduz o custo da terapêutica sem prejuízos para segurança e efetividade do medicamento;
- Otimiza o ciclo logístico (planejamento, aquisição, armazenamento e dispensação);
- Racionaliza o número de medicamentos, como consequência, redução dos custos com aquisição.

IV. Critérios a serem considerados para a adequada padronização de medicamentos

- Considerar as necessidades epidemiológicas da população atendida;
- Incluir medicamentos de comprovada eficácia, baseando-se em ensaios clínicos controlados que demonstrem efeito benéfico à espécie humana;
- Eleger, dentre os medicamentos de mesma indicação e eficácia, aquele de menor toxicidade relativa, menor custo de tratamento e maior comodidade posológica;
- Escolher, sempre que possível, dentre medicamentos de mesma ação farmacológica, um representante de cada categoria química ou com característica farmacocinética diferente ou que possua característica farmacológica que represente vantagem no uso terapêutico;
- Evitar a inclusão de associações fixas, exceto quando os ensaios clínicos justificarem o uso concomitante e o efeito terapêutico da associação for maior que a soma dos efeitos dos produtos individuais;
- Priorizar formas farmacêuticas que proporcionem maior possibilidade de fracionamento e adequação a faixa etária;
- Realizar a seleção de antimicrobianos em conjunto com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, verificando a ecologia hospitalar quanto aos microrganismos prevalentes, padrões de sensibilidade, selecionando aqueles antimicrobianos que permitam suprir as necessidades terapêuticas;

- Reservar novos antibióticos para tratamento de infecções causadas por microrganismos resistentes a antibióticos padrões ou para infecções em que o novo produto seja superior aos anteriores, fundamentado em ensaios clínicos comparativos;
- Utilizar sempre a Denominação Comum Brasileira (DCB).

V. Inclusão de medicamentos na padronização

As solicitações de inclusão de medicamentos na Padronização do CHS João Paulo II deverão ser feitas através do preenchimento do formulário apropriado, encaminhado para avaliação do Diretor Médico e da Comissão de Farmácia e Terapêutica, acompanhado de referências bibliográficas de origem reconhecida e independente, confirmando suas justificativas e mostrando:

- Eficácia/segurança do medicamento em questão (para os casos em que não há similar ou equivalente padronizado);
- Vantagens terapêuticas (para casos em que já exista similar ou equivalente padronizado, destinado ao mesmo fim).

VI. Exclusão de medicamentos na padronização:

Critérios:

- Medicamentos que tiveram sua comercialização proibida ou descontinuada por órgãos competentes;
- Medicamentos que poderão ser substituídos com vantagens, quando da inclusão de outro fármaco;
- Consumo, em período considerado, que não justifique a padronização.

3.2.3. Ensino e Pesquisa

a) Convênio de cooperação técnica com entidades de ensino para desenvolvimento de estágios curriculares, treinamentos e residências em Unidades de Saúde

A CHS João Paulo II adotará uma **Política Institucional de Educação Permanente e Continuada**, focando em uma qualificação adequada, buscando por capacitações que tornem o profissional da saúde apto para atuar em todos os níveis de atenção sem, necessariamente, demandar participação de instituições externas.

O plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho, visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade e em cada nível de complexidade, nos termos da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007,

O Programa terá como Princípios Fundamentais:

I. Valorizar o conhecimento como instrumento de qualificação da gestão, da assistência e da vigilância em saúde;
II. Enfoque holístico, humanista, participativo e inserido na realidade sanitária e dos serviços de saúde

Ao instituir uma Política Institucional de Educação Permanente e Continuada em Saúde, focando em uma formação no SUS e para o SUS, pretende-se contribuir para o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde do SUS como cenário de prática, sobretudo, direcionar esforços para que os programas de formação contemplem compromissos da educação superior com a melhoria dos indicadores de saúde e do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde do território.

Nesta perspectiva será imprescindível formar profissionais no e para o SUS, em consonância com os seus princípios constitucionais, com foco na garantia do direito à saúde dos seus usuários e aproximando o mundo da formação do mundo do trabalho.

O foco dessa aproximação é impulsionar que a articulação ensino-serviço-comunidade busque mutuamente a melhoria da assistência, da gestão e da formação em saúde, fortalecendo assim ambas as políticas públicas, com vistas à satisfação do usuário.

Para plena aplicação dessa política educacional, a CHS João Paulo II formalizou parceria com a Faculdade Metropolitana de Anápolis (FAMA), Universidade Estadual de Goiás (UEG) e Universidade FEderal de Goiás (UFG) para a realização de Estágios Supervisionados na área de Saúde para todo o ano de 2023, conforme cronograma juntado a esta proposta.

b) CHS - Postgraduate Medical School

Detalhada anteriormente, a produzimos, de modo a integrar ainda mais competência a sua plataforma de serviço, a CHS - Postgraduate Medical School que tem o objetivo de promover e desenvolver a pós-graduação, pesquisa e estudos, organizar congressos, seminários e workshops em todas as áreas do saber no território nacional e/ou estrangeiro, individualmente ou em parceria/cooperação.

As principais atribuições da CHS - Postgraduate Medical School são as de promover projetos de formação avançada e investigação/pesquisa, gerir unidades de prestação de serviços na área da saúde humana, a nível nacional e/ou internacional.

c) Rede de Ciência e Tecnologia Clínica (RCTC)

Um grande exemplo de nossa vanguarda é a Rede de Ciência e Tecnologia Clínica (RCTC). Com a RCTC asseguramos a comunicação, a colaboração e o desenvolvimento de novos conhecimentos assistenciais e de cuidados, favorecendo os aspectos biopsicossociais, beneficiando a atenção terapêutica.

3.2.4. Organização dos Recursos Humanos

a) Projeto de desenvolvimento humano

i.Introdução:

O foco no desenvolvimento humano se justifica pelas atividades próprias das unidades de saúde, onde os profissionais possuem grau de autonomia importante e a qualidade do trabalho é fruto da qualificação profissional, do conhecimento técnico, do domínio das tecnologias inerentes à especialidade e da interação com os demais profissionais, além do contato humano com os pacientes e demais envolvidos em seu tratamento e cura, objetivo maior de ser das unidades de saúde.

Desse modo, a ênfase no desenvolvimento coloca no centro da questão as pessoas, no entendimento de que a competitividade organizacional, ou seja, a apresentação de nível contínuo de alto desempenho está associada à competitividade interna. Isso quer dizer que quanto maior for a excelência gerencial e a técnica dos profissionais maior será a repercussão positiva junto aos pacientes, familiares, fornecedores, autoridades da área de saúde, entidades representativas dos profissionais, sociedade civil organizada etc.

ii.Parâmetros para a Política de Recursos Humanos:

A. Conhecimentos e Habilidades Básicos Necessários - conjunto de conhecimentos (saber) e habilidades (saber fazer) necessário à aquisição das condições para assumir as responsabilidades definidas na descrição do Perfil Profissional ideal.
B. Perfil Pessoal e Profissional dos Colaboradores - identificação dos itens que refletem os valores da unidade e necessários a todo profissional, em qualquer posição organizacional, para cumprir a missão definida no planejamento estratégico, viabilizar as estratégias e, consequentemente, os seus resultados.

iii.Levantamento de Conhecimentos e Habilidades

Trata-se do levantamento inicial da capacidade técnica e gerencial da unidade, tendo como parâmetro as competências identificadas como essenciais para a tornar mais efetivos os serviços.

b) Instrumentos de Gestão de Recursos Humanos

Possibilita a definição de quem vai ser capacitado, em: quê, como, quando, por quem e em que nível, através dos seguintes instrumentos:

- Inventário do Nível de Capacitação dos Recursos Humanos - apresenta o quadro da situação dos profissionais, com referência aos conhecimentos e habilidades necessários ao exercício das atribuições deles, o que possibilita: (i) indicação das capacitações postas à disposição de cada serviço, apontando uma situação de equilíbrio ou de déficit; (ii) definição das ações de treinamento e de desenvolvimento que deverão ser priorizadas: orientação para o gestor dirigir os esforços de capacitar a sua equipe de trabalho; e (iii) a indicação para o profissional da dimensão da sua defasagem e dos conhecimentos e habilidades que ele precisa adquirir para ajustar-se aos trabalhos sob a sua responsabilidade.
- Sistema de Avaliação do Desenvolvimento - possibilita as condições de melhoria da performance dos profissionais, através do consenso de gestores e subordinados em torno dos aspectos que precisam ser aperfeiçoados pelos profissionais e das ações de aprimoramento que precisam ser implementadas.

A estruturação da política de treinamento e desenvolvimento dos profissionais, desta maneira, exprime a congruência dos instrumentos citados, vez que todos eles remetem para identificação de necessidades de capacitação a serem supridas, com os detalhes que possibilitem a uma decisão com segurança sobre quem treinar ou desenvolver, em: quê, quando e por quê. Diante disso, decidimos segmentar o programa dentro de três grupos, a seguir colocados, com o fim de se buscar a efetividade da aplicação dos eventos e melhor caracterizar o público-alvo.

c) Formação Profissional

- Programas de Formação Inicial - proporcionam o acesso aos conhecimentos e habilidades mínimas para que o profissional possa iniciar o seu trabalho na unidade.
- Programas de Formação Básica - proporcionam o acesso aos conhecimentos e habilidades considerados essenciais a todos os profissionais da CHS João Paulo II.

- Programas de Formação Especializada - envolvem as propostas para o desenvolvimento técnico do profissional para as áreas específicas de interesse da CHS João Paulo II.
- Desenvolvimento Gerencial - envolve proposta para desenvolvimento da capacidade gerencial dos gestores.
- Especialização Complementar - oferece condições para que a CHS João Paulo II passe a contar com profissionais que tenham formação verticalizada em áreas/atividades consideradas relevantes: especialização "lato sensu"; mestrado; doutorado.

Como estratégia, a CHS João Paulo II centrará, inicialmente, seus esforços para os Programas de Formação Básica, considerado como o mínimo necessário que todo profissional deve possuir - além da reciclagem dos conhecimentos e habilidades que compõem esses programas. Cada um dos setores, com base na programação apresentada, ficará encarregado de estabelecer as suas prioridades e, sempre que possível, disponibilizar os profissionais que detenham o nível de conhecimento necessário para atuarem como instrutores, no esforço inicial de recuperar as deficiências identificadas.

Também esses órgãos terão um papel fundamental na estruturação dos programas, principalmente no apoio técnico durante as discussões com parceiros (universidades, empresas de treinamento, instrutores etc.) na elaboração das ementas dos programas das disciplinas. As prioridades serão definidas a partir da aplicação dos instrumentos de Avaliação de Desenvolvimento.

Nesse esforço inicial, também o profissional seria incentivado a buscar, por meio próprio, o seu autodesenvolvimento, através de leituras, estágios em áreas desconhecidas, cooperação a outras atividades da sua unidade, conforme for acordado durante a elaboração do Plano de Desenvolvimento Individual, detalhado mais adiante.

d) Avaliação do Desenvolvimento e Planos de Desenvolvimento

O acompanhamento e a avaliação do profissional possibilita a melhoria dos resultados da unidade, através do constante aprimoramento e do desenvolvimento desse profissional. Por outro lado, internaliza uma prática inovadora para, através de avaliação integrativa e

participativa, possibilitar as condições para o incremento contínuo do desenvolvimento dos profissionais.

Além disso, será criado um clima confortável para coordenações e equipes negociarem padrões de desenvolvimento, inclusive estabelecer propostas de melhoria. A partir do estabelecimento de consenso entre avaliador e avaliado sobre os aspectos críticos que precisarão ser aperfeiçoados, serão estabelecidas as ações aprimoramento e, consequentemente, o Plano de Desenvolvimento Individual.

A construção do que precisa ser feito para o profissional se aperfeiçoar será concretizada no Plano de Desenvolvimento Individual, que conterá todas as ações necessárias, prioritárias a esse aperfeiçoamento.

e) As ações envolvem iniciativas:

I. do próprio profissional - leituras, participação de cursos da rede regular de ensino, pesquisas em sites, etc;

II. dos gestores - criação de oportunidades para estágios, participação em projetos, treinamento em serviço, indicação para participação de eventos, liberação do profissional, etc; e

III. da área de recursos humanos - oferecimento de oportunidades de capacitação, acompanhando os eventos, desenvolvendo parcerias internas e externas, mobilizando as pessoas e instituições, articulando as várias instâncias de capacitação, etc.

O agrupamento das ações de aprimoramento dos Planos de Desenvolvimento Individual de todos os profissionais de um determinado setor será a base para a elaboração do Plano de Desenvolvimento do setor.

De igual modo, o agrupamento dos Planos de Desenvolvimento dos setores formará o Plano de Desenvolvimento da Unidade. O instrumento da avaliação do desenvolvimento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento do avaliado, pois todas as variáveis importantes ao desenvolvimento do servidor serão discutidas e será criada oportunidade de o profissional receber "feedback" e orientações mais qualitativas.

Desta maneira, os conflitos inerentes a todo processo de avaliação serão minimizados, visto que o foco é o desenvolvimento do próprio avaliado e o resultado será um Plano de

Desenvolvimento para o aperfeiçoamento do avaliado, sem indicação de qualquer sanção ou outro aspecto negativo dos sistemas tradicionais de avaliação.

A avaliação terá como base o perfil profissional definido previamente nas descrições de cargo que serão implantadas na unidade. Sendo definidos dois perfis, um para os profissionais de nível superior e, outro, para os profissionais de nível médio. O perfil será composto de capacidades e cada uma delas será desdobrada em frases indicativas das atitudes que se espera do profissional. Essas frases serão agrupadas e hierarquizadas por nível de complexidade, oferecendo condições das pessoas envolvidas com a avaliação tomarem conhecimento do ponto em que o profissional se encontra e o que será preciso fazer para que ele possa executar atividades de maior complexidade.

O ideal é que essa avaliação seja feita durante todo o mês de outubro de cada ano, a fim de que haja um tempo para processar todas as informações de modo que, no final de cada ano, todos os Planos de Desenvolvimento estejam aprovados para aplicação no ano seguinte.

f) Aconselhamento de Desenvolvimento:

Os gestores, técnicos de recursos humanos e os demais profissionais serão capacitados para atuarem como orientadores do desenvolvimento dos profissionais, não somente sugerindo alternativas de encaminhamento profissional, como também o encorajando a assumir posturas mais agressivas na busca do desenvolvimento profissional e pessoal.

O aconselhamento de desenvolvimento deverá ser feito por pessoa que conheça a unidade e os seus ambientes, saiba avaliar o potencial e as possibilidades dos profissionais e tenha condições de ajudar o profissional a elaborar uma proposta exequível de desenvolvimento.

Com o aconselhamento de desenvolvimento serão criadas as condições para:

- elaboração de uma proposta de desenvolvimento em função do potencial e da capacidade do profissional.
- acompanhamento do desenvolvimento do profissional, possibilitando ajustes, redirecionamentos e atualização das informações.
- elaboração de propostas alternativas em função da rapidez das mudanças e constantes ajustes na administração pública, na área da saúde e na própria especialidade do profissional.

O aconselhamento poderá ocorrer sempre que houver uma necessidade identificada pelo profissional ou pelo gestor e através das oportunidades que serão criadas pelos seguintes instrumentos:

g) Inventário do Nível de Capacitação dos Recursos Humanos:

Tendo o caráter de diagnóstico, o inventário adquire importância fundamental na definição dos programas de capacitação que deverão ser priorizados, pois ele destacará as situações de profissionais que possuam nível de capacitação aquém do nível desejado.

Em um momento inicial, gestores e profissionais poderão exercitar a elaboração da proposta com base no inventário. O inventário se constitui no marco inicial para que essa proposta seja traçada e, portanto, se constitui em um momento crítico para o desenvolvimento do profissional.

h) Avaliação do Desenvolvimento:

Promove a discussão entre profissional e comissão de avaliação (ou chefia imediata) sobre os aspectos relevantes para o desenvolvimento pessoal e profissional do profissional, inclusive o estabelecimento das ações prioritárias de aperfeiçoamento.

O instrumento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento de desenvolvimento, pois todas as variáveis importantes ao aperfeiçoamento do profissional serão discutidas. Se envolver uma comissão, o profissional terá a oportunidade de receber "feedback" e orientação mais qualitativos.

Nas oportunidades criadas pelos instrumentos citados, haverá condições de adotar os seguintes procedimentos essenciais a todo processo de aconselhamento:

I. **Autoavaliação**: os instrumentos serão provocativos da autoavaliação, na medida em que o profissional, para discutir sobre o seu desenvolvimento e buscar consenso nas avaliações e ações de aprimoramento, precisará estruturar os seus interesses, suas habilidades e conhecimentos, os pontos fortes e aqueles que precisam ser

desenvolvidos, as potencialidades, além de tentar compatibilizar a sua situação, ou a situação pretendida, aos interesses da CHS João Paulo II.

II. **Entrevista**: também são estabelecidos momentos em que os gestores e os subordinados tratarão do desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas o que, indiretamente, refere- se ao desenvolvimento da unidade. O momento da entrevista é muito importante para o aconselhamento de desenvolvimento, pois se criam oportunidades para:

- análise conjunta das opções de desenvolvimento, experiências e qualificações requeridas e as possibilidades do avaliado;
- auxílio na definição da trajetória de desenvolvimento compatível com os objetivos da CHS João Paulo II;
- esclarecimento sobre as oportunidades de desenvolvimento e sobre as limitações de determinadas alternativas, diante das necessidades da CHS João Paulo II;
- ajuda ao planejamento individual de desenvolvimento, em função da trajetória escolhida, envolvendo ações de treinamento de curto, médio e longo prazo, iniciativas de autodesenvolvimento, opções de aquisição de competências através de rodízios e estágios, estabelecimento dos prazos para aquisição das competências e estabelecimento dos indicadores de resultado;
- avaliação do desenvolvimento do profissional, com alerta para os progressos e as restrições do período; e
- adaptação da trajetória de desenvolvimento do profissional, em função de mudanças de processos de trabalho, funções, prioridades de serviços, estratégias e novas tecnologias, ou até em virtude de mudanças no mercado de trabalho.

i) Seleção para os Eventos:

Na seleção dos profissionais que participarão dos eventos de treinamento e desenvolvimento, deverão ser consideradas a situação do profissional e da sua unidade de trabalho frente aos demais profissionais e demais unidades, as prioridades estabelecidas pelas unidades e a disponibilidade do profissional em participar do evento. Os critérios que deverão ser adotados são, pela ordem de prioridade:

I. **Com relação aos profissionais:**

- indicação do evento no Plano de Desenvolvimento Individual;
- profissionais com nível de prontidão baixo;
- profissionais envolvidos em atividades que exigem qualificação especializada;
- profissionais que estejam precisando de qualificação para habilitar-se a executar atividades de maior complexidade;
- profissional que tenha capacidade e compromisso de repasse - ser um agente multiplicador (teoria, prática);
- profissionais que apresentam um histórico de bom rendimento em eventos anteriores; e
- tempo de serviço e assiduidade.

II. **Com relação à unidade:**

- unidades com profissionais com nível de prontidão baixo; e
- unidades envolvidas em trabalhos especiais para os quais não contam com profissionais qualificados.

III. **Outras considerações:**

- disponibilidade do profissional para participar do evento;
- liberação do profissional pela unidade para participar do evento;
- profissionais que possuem os pré-requisitos exigidos para participar com êxito do evento; e
- aprovação em teste de pré-qualificação (prova, prova prática, entrevista etc.), se for o caso.

j) Controle do Desenvolvimento e da Capacitação:

O controle do desenvolvimento e da capacitação dos profissionais deverá ser feita através do acompanhamento do nível de prontidão de cada um dos profissionais e do monitoramento das competências de todos os profissionais lotados em uma determinada unidade.

Assim, é importante que haja um acompanhamento do desenvolvimento das pessoas, individualmente, no pressuposto de que o desenvolvimento das pessoas alavancará o desenvolvimento da unidade.

De igual modo, também é importante que haja acompanhamento das competências existentes em cada uma das unidades, no pressuposto de que uma unidade, sem condições de responder a todas as demandas que lhe serão cobradas, poderá impactar negativamente os resultados gerais da CHS João Paulo II.

Implantaremos um banco de dados para controlar, de um lado, todos os conhecimentos e habilidades necessários a um trabalho com excelência técnica e gerencial e, por outro lado, todos os conhecimentos e habilidades do domínio de cada um dos profissionais.

A partir desse banco de dados, os gestores terão condições de avaliar as condições de suas unidades em responder positivamente a todas as demandas a que serão submetidos, além de terem sempre à mão as condições dos seus subordinados em relação ao desenvolvimento, ritmo de desenvolvimento, domínio ou noções de conhecimentos e de habilidades, competências que precisam ser adquiridas etc.

Ou seja, a partir do banco de dados poderão ser recuperadas informações fazendo-se os mais diferentes cruzamentos a depender das várias situações que surgirão no dia a dia de trabalho. Também poderão ser gerados relatórios para encaminhamento aos profissionais, a fim de que estes possam acompanhar as suas situações individuais e tomar as decisões que julguem convenientes para aumentar o patrimônio de competências.

Em virtude da rápida evolução dos conhecimentos e das tecnologias, o banco de dados deverá oferecer condições para a constante atualização (inclusão de novos conhecimentos/habilidades e exclusão daqueles que se tornarem obsoletos).

Também deverá apresentar alternativas de gestão, a fim de que haja acompanhamento pela área de recursos humanos, concomitantemente ao monitoramento que cada gestor fará dos profissionais lotados na sua unidade. Depois de gerado o banco de dados, o gestor terá um inventário de todos os conhecimentos e habilidades existentes nos seus vários ambientes e, a partir daí, adquirirá as condições para iniciar a gestão dos conhecimentos e do desenvolvimento dos seus profissionais.

Essa gestão envolverá:

- monitoramento dos conhecimentos e das habilidades existentes nos ambientes da unidade e dos conhecimentos e habilidades do domínio de cada profissional;

- inventário dos conhecimentos e das habilidades dos profissionais;
- monitoramento do desenvolvimento dos profissionais que estiverem sendo preparados para suceder gestores ou profissionais técnicos que se afastarão do serviço por aposentadoria ou por qualquer outro motivo;
- apoio na seleção dos profissionais que participarão de eventos de capacitação;
- apoio na definição das prioridades de capacitação (profissionais e unidades); e
- otimização dos investimentos em treinamento e desenvolvimento.

k) Satisfação das Pessoas:

I. **Pesquisa de Clima Organizacional e Uso das Informações:**

Para determinar o nível de satisfação das pessoas que trabalharão na CHS João Paulo II serão desenvolvidos os seguintes meios:

Pesquisa de Clima: realizada anualmente através de consultoria externa, e que incluirá os principais aspectos de relevância para satisfação das pessoas. Esta pesquisa contemplara as seguintes etapas:

- planejamento do projeto de Pesquisa de Clima organizacional;
- preparação para Pesquisa de Clima;
- aplicação e tabulação da Pesquisa de Clima Organizacional;
- processamento, análise e diagnóstico dos dados da Pesquisa de Clima; e
- construção do plano de ação e monitoramento da implantação.

Participarão desta pesquisa os representantes de todos os grupos de pessoas da força de trabalho e os resultados serão tabulados pela empresa de consultoria que também fará a comparação com valores de referência no mercado nacional. Nesta etapa, a contratada deve tabular os dados coletados a partir das respostas dos empregados, realizar análises quantitativas e qualitativas (questões abertas) e cruzamentos de dados. A contratada deverá elaborar relatório com a análise quantitativo-descritiva e comparativa dos dados contendo, no mínimo:

- caracterização da amostra;
- quantidade de questionários iniciados e não concluídos;
- validação estatística do questionário;

- médias, desvios-padrão e índices favoráveis obtidos nos itens e nas dimensões de clima organizacional, de satisfação com o emprego atual e de comprometimento ou engajamento dos empregados da unidade considerando-se cada um dos diferentes estratos da amostra;
- análise da correlação entre as dimensões do clima organizacional;
- identificação dos pontos fortes e oportunidades de melhoria;
- comparação das práticas com as melhores práticas do mercado; e
- todas as análises devem ser acompanhadas de seus respectivos gráficos, sempre que for o caso.

A contratada deverá sempre preservar a confidencialidade dos respondentes, agrupando segmentos (demográficos), que permitam a identificação dos grupos. O relatório preliminar deverá contemplar as conclusões sobre o clima organizacional, a satisfação e o comprometimento ou engajamento dos empregados da CHS João Paulo II. A contratada deverá entregar e apresentar o relatório preliminar à Diretoria, contendo todas as análises acima descritas em versão impressa e arquivo digital do tipo Word. Estes dados serão apresentados à Diretoria e a partir daí serão desencadeados uma série de planos de ações a serem implementados por área.

Pesquisas de Avaliação da Satisfação das Pessoas com o Ambiente de Trabalho: realizada semestralmente em áreas escolhidas por serem críticas ou por apresentarem resultados desfavoráveis na Pesquisa de Clima, com o objetivo de avaliar o nível de satisfação dos colaborados desta área com alguma questão que afete o ambiente ou o clima de trabalho.

Levantamentos Informais: através de um canal aberto de comunicação entre a Diretoria e a área de RH/Gestão de Pessoas e toda a força de trabalho.

l) Uso das Informações:

Todos os resultados destes levantamentos serão analisados e tratados pela área de RH/ Gestão de Pessoas, envolvendo outras pessoas de diversas áreas conforme necessidade. Para tratamento dos dados (que normalmente são verbais) e estabelecimento de planos de ações serão utilizadas ferramentas de gestão apropriadas.

Os casos de maior impacto na unidade ou que envolvam necessidades de recursos adicionais serão levados para apreciação da Diretoria. Os resultados da Pesquisa de Clima e da Pesquisa de Satisfação servirão de indicadores gerenciais, visando melhorias constantes no ambiente de trabalho. As informações prestadas pelos funcionários no formulário destinado a Pesquisa de Clima serão confidenciais, assim como, sua identificação.

3.2.5. Normas para Seleção Simplificada de Pessoal

O processo de seleção de candidatos para atuar nas unidades de saúde gerida pela CHS João Paulo II tem como foco maior recrutar pessoas que, além de qualificadas e plenamente aderentes aos requisitos profissionais exigidos, devem possuir padrões éticos e morais elevados, de modo a que sejam replicadores da forma humana de trabalhar do Instituto.

Por essa razão é importante a realização de um processo de recrutamento e seleção adequado, de modo a que seja cada vez mais instrumental para a gestão, oferecendo vários benefícios à unidade e a todos seus usuários.

A seleção de pessoas bem capacitadas, qualificadas e alinhadas com valores e missão institucional ajudam na redução do *turnover*, garantem boas entregas, sustentam a positividade na relação entre a equipe, promovem a redução do absenteísmo e melhoria no clima organizacional.

O processo seletivo abrange um conjunto de etapas para encontrar entre os candidatos pré-selecionados, sendo então recrutado o mais adequado para atendimento das necessidades internas da instituição, baseando-se a decisão final em critérios lógicos e mensuráveis, promovendo ao final a conclusão mais transparente e impessoal no processo seletivo.

É necessário que a pessoa a ser contratada, desde o primeiro passo do processo seletivo, tenha conhecimento pleno da cultura organizacional e missão institucional da CHS João Paulo II, de modo que, concluída a contratação, o candidato, agora funcionário, tenha condições de se adaptar a esse ambiente e possa colaborar positivamente com a estrutura.

Em termos práticos, o processo funcionará da seguinte forma:

I. após a solicitação para o preenchimento da vaga, obtidas todas as aprovações internas, nos termos do organograma interno, o processo é imediatamente aberto e se inicia a comunicação interna e externa para a obtenção de possíveis candidatos; e

II. os currículos recebidos são avaliados por critérios lógicos, os quais variam a depender da natureza e complexidade da vaga, são selecionados alguns candidatos, que são convidados a participar do processo seletivo.

O processo terá, então, as seguintes etapas:

- Análise Curricular - será feita uma análise do perfil do candidato conforme currículo, de acordo com a vaga em aberto. Serão selecionados os candidatos que apresentarem a formação escolar necessária e os requisitos mínimos previamente definidos para exercer o cargo, conforme descrição do cargo.
- Dinâmica de grupo (etapa não obrigatória) - o objetivo desta técnica é identificar e analisar a interação de cada candidato com os demais participantes, associando sua conduta no grupo àquela esperada no caso de vir a ingressar na organização. São propostas um conjunto de atividades, tais como, vivências, jogos, simulações, estudos de caso ou debates sobre temas específicos que possibilitam a observação direta do comportamento dos candidatos, suas atitudes e reações diante de problemas que surgem no tipo de trabalho que deverão executar.
- Entrevista - serão realizadas entrevistas com o objetivo de obter informações pessoais e profissionais, além de confirmar, esclarecer e aprofundar os dados contidos no currículo.
- De modo a obter um parâmetro de análise sobre a qualificação dos candidatos, serão realizadas avaliações gerais escritas, conforme a função a ser desempenhada, para avaliar o nível de conhecimentos gerais dos candidatos exigidas pelo cargo, utilizando provas de matemática e português, com notas de 0 a 10, eliminando os candidatos que obtiverem nota inferior a 5.

m) Contrato de Trabalho:

Do quadro de pessoal da CHS João Paulo II constarão profissionais sujeitos aos seguintes regimes jurídicos.

- celetista, regido pela CLT e legislação trabalhista correlato;
- pessoas jurídicas, formadas por médicos que prestarão serviços na CHS João Paulo II.

O ingresso no quadro de pessoal da unidade, no caso do profissional celetista, deverá ser precedido dos processos de recrutamento e seleção, apresentação dos documentos abaixo e assinatura do contrato de trabalho.

- cópias: PIS, CPF, R.G. e Título de Eleitor;
- Carteira de Trabalho;
- Carteira do Conselho e comprovante do pagamento da anuidade;
- documento de escolaridade (histórico, diploma ou certificado);
- 02 fotos 3X4;
- cópia do comprovante de residência;
- antecedentes criminais da Polícia Federal e da Secretaria de Segurança Pública; e
- Certidão de Nascimento, cartão de vacina do(s) filho(s) menor(es) de 07 anos e comprovante de matrícula escolar.

O contrato de trabalho a título de experiência, assinado pelas partes, servirá para avaliar as aptidões pessoais e desempenho profissional do contratado, além de demonstrar as vantagens e condições de trabalho oferecidas pela CHS João Paulo II.

O contrato de experiência poderá ser de 30, 45, 60 ou 90 dias, podendo ser renovado apenas uma vez e desde que a soma dos períodos não exceda o prazo máximo de 90 dias (art.451, CLT).

Findo este prazo, o contrato passará a ser automaticamente definitivo e por prazo indeterminado. A rescisão do contrato de experiência poderá ocorrer em decorrência do prazo determinado ou por vontade de uma das partes. No caso de rescisão por justa causa nenhuma indenização será devida. Rescindindo-se o contrato antes do prazo, pelo empregado e sem justa causa, caberá a ele a obrigação de pagar 50% dos salários devidos até o final do período de experiência definido no contrato. A unidade oferecerá programas de estágio de cooperação docente-assistencial e desenvolvimento técnico- científico e ético profissional.

n) Avaliação de Desempenho:

A avaliação de desempenho envolverá todas as pessoas que trabalham na CHS João Paulo II e irá considerar duas dimensões:

I. dimensão individual - envolvendo a avaliação dos indivíduos em suas competências face ao perfil de expectativas da unidade;

II. dimensão grupal - envolvendo a avaliação de equipes, unidades ou de toda a organização, em função de metas previamente acordadas.

As dimensões individual e grupal serão avaliadas tendo como foco os seguintes fatores:

- os objetivos estratégicos da CHS João Paulo II;
- os objetivos e metas de cada unidade organizacional (setor);
- as interações entre as áreas que compõem a unidade, particularmente aquelas com projetos comuns entre si;
- os indicadores de desempenho individuais e da equipe;
- a sinergia do trabalho em grupo.

o) Características Gerais da Avaliação

A avaliação será aplicada em todos os profissionais da unidade, utilizando-se o modelo previamente estabelecido. A avaliação se constitui em um processo contínuo, mas a sua aplicação terá a periodicidade anual, no mês em que o profissional completar aniversário de admissão.

O avaliador, que é o responsável por todos os conceitos e registros emitidos, será sempre o chefe imediato do profissional ou alguém por ele indicado. A avaliação deverá envolver a participação das chefias superiores para que estas acompanhem o processo avaliativo e apresentem sugestões de aprimoramento. Na mensuração dos fatores, cada um deles receberá um código que traduzirá o nível de desenvolvimento apresentado pelo avaliado, conforme abaixo:

Código e Descrição:

- S – SEMPRE
- Q - QUASE SEMPRE
- O – OCASIONALMENTE
- R - RARAMENTE

Após a avaliação, será apurado o número de pontos conseguido pelo profissional, aplicando-se a seguinte valorização: S = 4 pontos; Q = 3 pontos; O = 2 pontos; R = 1 ponto. Os profissionais que obtiverem um total de pontos abaixo da média, serão chamados para uma entrevista de aconselhamento de carreira e, se for o caso, incluído em uma avaliação semestral.

Quando o profissional superar as suas dificuldades, a sua avaliação voltará a ser feita anualmente. Na avaliação será buscado o consenso entre avaliador e avaliado sobre os aspectos críticos que precisam ser aperfeiçoados. O instrumento oferece espaço excepcional para o exercício do aconselhamento de carreira, pois todas as variáveis importantes ao desenvolvimento do profissional serão discutidas.

As avaliações proporcionarão oportunidade para o profissional receber "feedback" e orientação mais qualitativa.

p) Processo de Avaliação:

Para que a avaliação funcione de forma eficaz será necessário que todas as tarefas sejam pontualmente cumpridas. Para tanto, deverá haver rigorosa observância dos prazos estabelecidos.

A avaliação será aplicada a todos os profissionais, independentemente do tipo de vinculação profissional, e terá o objetivo de levantar a situação dos profissionais e de estimular e dar suporte ao desenvolvimento profissional das pessoas que colaborem com o crescimento, o aprimoramento e os resultados da CHS João Paulo II.

Para facilitar a discussão, avaliador e avaliado deverão preencher o formulário individualmente para, logo em seguida, estabelecer o consenso em torno das questões.

q) Princípios:

É um momento importante de troca de informações e percepções, diferentemente dos encontros habituais. Permite uma melhor compreensão recíproca entre os dois intervenientes. No final da entrevista, nenhuma questão de ordem comportamental deve ficar pendente.

r) Desenvolvimento:

I. **Durante a Entrevista**

- analisam e entram em consenso sobre os pontos divergentes da avaliação; e
- assinam o documento no final da entrevista, para manifestar o conhecimento mútuo da síntese da avaliação e do plano de ação associado.

II. **Após a Entrevista**

O documento de avaliação é mantido junto ao dossiê do profissional.

s) Responsabilidades

I. **Compete ao avaliador:**

- tomar conhecimento das instruções da avaliação;
- acompanhar se o avaliado está cumprindo regularmente as suas tarefas e se vem observando os prazos estabelecidos;
- fazer a avaliação do profissional;
- entrevistar o profissional, apresentando os resultados da avaliação;
- considerar que o profissional é participante do processo, o que implica analisar conjuntamente todos os fatores;
- considerar que na eventualidade da não aceitação de conceitos ou informações emitidas, assiste ao avaliado manifestar a sua insatisfação, questionando a percepção do avaliador;

- alterar a sua avaliação, caso as alegações do profissional tenham procedência; e
- orientar os profissionais com produtividade baixa como poderão atingir o perfil ideal.

II. **Compete ao Avaliado:**

- conhecer a operacionalização da avaliação.
- caso não atinja o perfil ideal, procurar orientação com o chefe imediato sobre as falhas cometidas e maneiras de superá-las;
- colaborar com o processo de avaliação, prestando as informações e os esclarecimentos necessários, quando solicitado pelo coordenador imediato;
- analisar, juntamente com o avaliador, todos os fatores da avaliação; e
- na hipótese de não aceitação dos conceitos emitidos pelo avaliador, questionar verbalmente e apresentar as justificativas que impliquem na alteração dos conceitos questionados.

III. **Compete à área de Gestão de Pessoas:**

Gerenciar o sistema de avaliação, envolvendo:

- preparação e envio dos formulários de avaliação, quando solicitado;
- análise das informações das unidades para detecção de problemas localizados;
- análise dos casos especiais; e
- articulação com as unidades para equacionamento dos problemas detectados.

3.2.6. Registro e controle de pessoal

Todos os funcionários celetistas admitidos serão registrados no formulário "Registro de Empregado" apropriado para tal fim. Mensalmente as coordenações de setor elaborarão as escalas de serviço, referente a sua área, encaminhando ao RH.

Os funcionários celetistas registrarão diariamente seus turnos de trabalho definidos em escala, no relógio de ponto localizado nas dependências da CHS João Paulo II. Ao final de cada

mês o RH emitirá o relatório individual de cada funcionário constando os atrasos, faltas e horas extras do mês, encaminhando à coordenação do setor para apuração e justificativas e posterior fechamento da folha de pagamento.

a) Férias:

A legislação assegura a todos os trabalhadores um período de folga ou descanso, denominada férias. Após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho (período aquisitivo), o empregado terá direito ao gozo de um período de férias, sem prejuízo da remuneração.

O período aquisitivo é computado da data em que o empregado é admitido até que ele complete um ano de serviço. Após vencimento do período aquisitivo a unidade terá até 11 meses para a concessão das respectivas férias. De acordo com o artigo 130 da CLT, após cada período de 12 meses de vigência do contrato de trabalho o funcionário terá direito a férias na seguinte proporção:

- 30 dias corridos, quando não houver faltado ao serviço mais de 5 vezes;
- 24 dias corridos, caso tenham ocorrido 06 a 14 faltas;
- 18 dias corridos, caso tenham ocorrido 15 a 23 faltas; e
- 12 dias corridos, caso tenham ocorrido 24 a 32 faltas.

No caso de licença saúde ou licença maternidade, serão suspensas as férias programadas, devendo ser gozadas após o término da licença. O RH encaminhará anualmente para cada coordenação de setor uma programação de férias constando nome de todos os funcionários do setor, o período aquisitivo, o período de concessão e a quantidade de avos para que seja programado o mês de férias de cada colaborador.

Mensalmente o RH divulgará internamente a relação dos funcionários que estarão de férias no mês seguinte. Os critérios utilizados inicialmente para programação das férias dos funcionários (critérios de afastamento) serão os seguintes:

- alternância de gozo de férias nos períodos de janeiro e julho;
- quantidade de férias acumuladas não gozadas (prioridade);

- tempo de serviço;
- disponibilidade de cada setor (quantidade de colaboradores);
- membros da mesma família terão o direito de gozar férias no mesmo período, se assim desejarem e se disto não resultar prejuízo para o serviço (art. 136 CLT);
- funcionários que desempenham as mesmas atividades no setor que estão lotados não poderão gozar férias simultaneamente, exceto se liberado pela coordenação imediata;
- os diretores ou coordenadores e seus substitutos imediatos não poderão tirar férias simultaneamente.

b) Modelo para a escala de trabalho

Tendo em vista a Atenção ao Usuário a escala médica é apresentada na forma máxima de 24horas semanais na escala, assumindo-se como prioritária a realização de dois plantões de 12horas, não consecutivos.

Dessa forma, apresentamos um modelo da escala tipo, esclarecendo que os nomes apresentados não necessariamente figurarão como futuros líderes de especialidade clínica e a própria escala poderá ser alterada. Obedecendo aos critérios de integração holísticas das equipes profissionais, os restantes membros serão selecionados pelos anteriormente citados líderes.

Concluindo-se o preenchimento da escala serão implementados os processos de Contra-referência com as Unidades de Atenção Básica e demais hospitais. A nossa instituição acredita que o êxito dos fluxos depende, em muito, da pessoalização dos relacionamentos profissionais.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Plantão Diurno 07:00-19:00	João Vitor	Jose Nicácio	Fernando Silva	Marcelo Neves	João Belo	Adriano Neto	Ana Malta
	CL.-Me.2	CL.-Me.2	CL.-Me.2	CL.-Me.2	CL.-Me.2	CL.-Me.2	CL.-Me.2
	CL.-Me.3	CL.-Me.3	CL.-Me.3	CL.-Me.3	CL.-Me.3	CL.-Me.3	CL.-Me.3
	Roberto Filho	CL.-Me.4	Samir Kassar	Mauro Araujo	Aline Luz	CL.-Me.4	CL.-Me.4
	Ped - 2	Denise Silva	Ped - 2	Ped - 2	Ped - 2	Einstein Melo	Manuela Machado
	João Romeiro	Ped - 2	Francisco Couto	Humberto Santos	Italo Fernandes	Ped - 2	Ped - 2
	ORT - 2	Carlos Silva	Bruno Melo	ORT - 2	**Obesidade**	Maxinier Oliveira	Orlando Junior
	Hely Júnior	ORT - 2	Aguera Tenório	Paulo Cadete	Oswaldo Barros	ORT - 2	ORT - 2
Plantão Noturno 19:00-07:00	CL.-Me.4	CL.-Me.5	CL.-Me.4	CL.-Me.4	CL.-Me.4	CL.-Me.5	CL.-Me.5
	CL.-Me.5	CL.-Me.6	CL.-Me.5	CL.-Me.5	CL.-Me.5	CL.-Me.6	CL.-Me.6
	CL.-Me.6	CL.-Me.7	CL.-Me.6	CL.-Me.6	CL.-Me.6	CL.-Me.7	CL.-Me.7
	CL.-Me.7	CL.-Me.8	CL.-Me.7	CL.-Me.7	CL.-Me.7	CL.-Me.8	CL.-Me.8

3.2.7. Organização da Unidade de Controle Interno

a) Cronograma da Área de Controle Interno

ATIVIDADES	CRONOGRAMA											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Gerenciamento de Riscos												
Mapeamento do processo de gerenciamento de riscos	■											■
Realizar treinamento sobre Gestão de Riscos	■											■
Formalizar o apetite e tolerância ao risco	■											
Elaborar modelo de relatório dos riscos mapeados	■											■
Elaborar programa de auditoria de monitoramento da efetivação do plano de controle	■	■										
Elaborar programa de auditoria de conformidade dos pontos de controle		■	■									
Relacionar os processos com os objetivos estratégicos		■	■	■								
Analisar contexto dos macroprocessos		■	■	■							■	
Identificar os eventos de risco				■	■						■	
Avaliar os riscos e as atividades de controles existentes					■						■	
Estabelecer respostas aos riscos						■					■	
Estabelecer plano de controle para minimizar os riscos						■	■				■	
Definir indicadores							■	■			■	

b) Planos de Transparência, Gestão de Risco e Controles Internos

A organização da Unidade de Controle Interno (UCI) objetiva contribuir para a melhoria dos processos, a mitigação dos riscos que venham a comprometer as metas gerenciais relativas à assistência à saúde e o uso dos recursos financeiros, assim como sustentar a tomada de decisão da Diretoria e do DAM (Médica). Além de melhorar a transparência da gestão e a aplicação dos recursos públicos.

Desta forma, ficará definido neste tópico: (i) o organograma da área de controle interno com suas respectivas atribuições; (ii) os planos específicos relacionados à transparência, à prestação de contas, à gestão de risco e a controles internos; e (iii) o planejamento das ações previstas para a UCI, referentes ao primeiro ano de execução do contrato.

c) Plano de Transparência

Este plano tem por objetivo geral assegurar o cumprimento das exigências legais relativas à transparência conforme previsto nas leis e normas, em especial:

- Lei Federal nº 12.527/2011 - Lei de Acesso à Informação (Federal);
- Decreto Federal nº 7.724/2012 (Norma regulamentadora LAI federal);
- Lei Estadual nº 14.804/2012 - Lei de Acesso à Informação (Estadual);
- Decreto nº 38.787/2012 (Norma regulamentadora LAI estadual); e
- Lei Estadual nº 15.210/2013 - Lei das Organizações Sociais de Saúde (Estadual), posteriormente alterada pela Lei nº 16.155/17, de 05 de outubro de 2017.

Para tanto, a UCI terá como meta de transparência ter 100% da documentação exigida, atualizada, no Portal da Transparência, ao final de cada trimestre.

d) Plano de Prestação de Contas

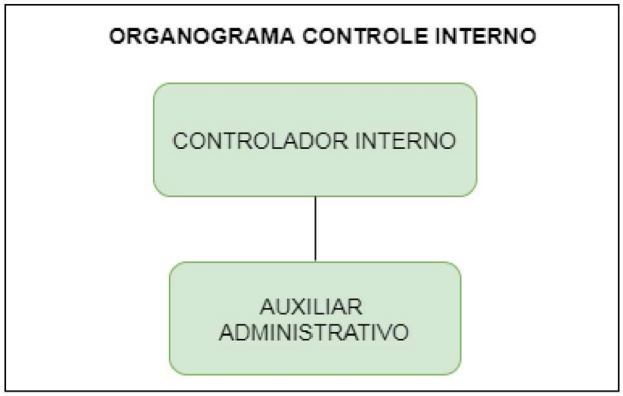
Este plano tem por objetivo geral assegurar o cumprimento da prestação de contas do uso do recurso público, conforme diretrizes da Secretaria de Saúde. Para tanto, a UCI terá como meta ter 100% das metas de prestação de contas previstas no contrato de gestão da unidade.

Dessa maneira, as metas serão desdobradas em diversas atividades dispostas ao longo do ano de gestão.

e) Plano de Gestão de Riscos

Este plano tem por objetivo geral mitigar os riscos referentes ao não atendimento das solicitações e delimitações dos órgãos e entidades regulamentadoras (ANVISA, Corpo de Bombeiros, Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária) para o correto funcionamento da unidade. Para tanto, a UCI terá como meta de gestão de risco verificar continuamente os critérios e as solicitações de ajustes de regularidades da unidade.

f) Ações Previstas para a Unidade de Controle Interno



As atribuições e responsabilidades serão distribuídas da seguinte maneira entre os cargos:

i. Analista de Controle Interno

I. realizar o diagnóstico da unidade;
II. implementação ou readequação de procedimentos de controle;
III. avaliar o cumprimento das metas financeiras e resultados, quanto à eficiência e eficácia, da gestão orçamentária, financeira e patrimonial;
IV. acompanhar o atendimento das demandas dos Órgãos Fiscalizadores externos;
V. acompanhar sugestões de melhorias e a auditar as informações apresentadas no Portal da Transparência; e
VI. manter diálogo e realizar reuniões periódicas com os responsáveis dos demais setores da unidade e com as diretorias Geral e Técnica (Médica).

ii. Auxiliar de Controle Interno:

I. conhecer/acompanhar os processos internos da unidade;
II. levantar documentação necessárias para realização do diagnóstico da unidade;
III. elaborar e alimentar uma planilha com os principais indicadores da UCI;
IV. suportar atividades do Analista de Controle Interno da documentação, elaboração de agenda e reuniões e acompanhamento de metas;
V. verificação e preenchimento de checklist da UCI; e
VI. atualizar Portal da Transparência.

g) Regimento Interno

REGIMENTO INTERNO

COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO DO CHS JOÃO PAULO II

O presente Regimento descreve as responsabilidades, competências e atribuições da Comissão de Controle Interno do CHS JOÃO PAULO II , e institui o Sistema de Controle Interno no âmbito da Unidade de Saúde, e dá outras providências.

CAPÍTULO I - DO SISTEMA DE CONTROLE INTERNO E DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO DO CHS JOÃO PAULO II

Art. 1º - Fica criado o Sistema de Controle Interno do CHS João Paulo II, que tem como órgão central de controle interno a direção da unidade, e visa estabelecer políticas e ações de controle interno do âmbito das unidades de saúde gerenciadas pelo CHS João Paulo II.

Art. 2º - Visando operacionalizar e dar efetividade ao Sistema de Controle Interno do CHS João Paulo II, fica também criado, no âmbito de suas atribuições e competências administrativas, a Comissão de Controle Interno do CHS João Paulo II, atendendo aos termos da Lei 15.210/2013 e Portaria SES nº 388 de 24 de setembro de 2020 com as seguintes atribuições:

I. avaliar o cumprimento da execução do Programa de Integridade, as metas contidas nos programas de trabalho e demais metas pactuadas no âmbito das unidades de saúde gerenciadas pelo CHS João Paulo II;
II. comprovar a legalidade e avaliar os resultados relativos à eficácia, a eficiência, economicidade e efetividade da gestão orçamentária, financeira e patrimonial no CHS João Paulo II, nos programas de trabalho e nos orçamentos, bem como a aplicação de recursos públicos;
III. acompanhar a execução contábil, financeira e econômica em todos os casos de interesse do CHS João Paulo II;
IV. controlar custos, preços e gastos dos materiais e serviços de qualquer natureza mantidos pelo CHS João Paulo II;

V. exercer o controle contábil, financeiro, orçamentário, operacional e patrimonial do CHS João Paulo II quanto à legalidade, legitimidade, economicidade e razoabilidade;

VI. criar condições para assegurar a eficiência, eficácia, economicidade e efetividade da gestão de todos os processos e procedimentos internos, conforme determinações dos órgãos de Controle Externos e Internos;

VII. exercer o Controle Interno das operações de créditos, bem como, da execução de convênios, contratos e licitações, relativos aos direitos e haveres do CHS João Paulo II;

VIII. avaliar a correta aplicação das disposições contidas na legislação em vigor, quanto aos limites de gastos e outras decorrentes, apresentando informações que auxiliem neste processo.

IX. monitorar e colaborar na implementação e no cumprimento de todas as disposições contidas nas deliberações expedidas pelos Órgãos de Controle Externos e Internos;

X. supervisionar os processos de controles internos;

XI. realizar análise e atualização sobre:

XII. os Métodos e Medidas utilizados em cada área;

XIII. a proteção do Patrimônio;

XIV. a correta gestão do pagamento do pessoal;

XV. a exatidão e fidedignidade das informações;

XVI. a eficiência operacional; e

XVII. o cumprimento das políticas administrativas.

Parágrafo Único – A Comissão de Controle Interno funcionará sem prejuízo de posterior criação da Controladoria Interna do CHS João Paulo II, no âmbito de sua estrutura organizacional, a qual a direção poderá delegar as atribuições, mediante Portaria específica, que competirá atuar na execução direta das atribuições funcionais e executivas do Sistema de Controle Interno.

Art. 3º - A Comissão de Controle Interno atuará em todas as coordenações, divisões, setores, e unidades hospitalares do CHS João Paulo II e as que lhe vierem a ser incorporadas futuramente.

CAPÍTULO II - DAS ATIVIDADES

Art. 4° - A Comissão de Controle Interno utilizará como técnicas de trabalho, para a consecução de suas finalidades, a auditoria e fiscalização por amostragem, visando o assessoramento da Equipe de Governança do CHS João Paulo II.

§ 1° - O assessoramento visa a comprovar se os processos, políticas e manuais objetos de intervenção, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

§ 2° - A auditoria visa a avaliar a gestão pública, pelos processos e resultados gerenciais, e a aplicação de recursos públicos.

§ 3° - A fiscalização visa a comprovar se o objeto dos programas de governo corresponde às especificações estabelecidas, atende às necessidades para as quais foi definido, guarda coerência com as condições e características pretendidas e se os mecanismos de controle são eficientes.

Art. 5° - A Comissão de Controle Interno, assim como os demais órgãos que vierem a compor o Sistema de Controle Interno do CHS João Paulo II, prestarão orientação aos administradores de bens e recursos públicos nos assuntos pertinentes à área de competência do controle interno, inclusive sobre a forma de prestar contas.

Art. 6° - As atividades a cargo do Sistema de Controle Interno do CHS João Paulo II destinam-se, preferencialmente, a subsidiar:

I. o exercício da direção superior do CHS João Paulo II, a cargo do Diretor Presidente;
II. a supervisão das Coordenações, Divisões, Setores e Unidades;
III. o aperfeiçoamento da gestão pública, nos aspectos de formulação, planejamento, coordenação, execução e monitoramento das políticas institucionais;
IV. os órgãos responsáveis pelo ciclo da gestão da CHS João Paulo II, quais sejam, planejamento, orçamento, finanças, contabilidade e administração central.

CAPÍTULO III - DAS COMPETÊNCIAS

Art. 7º - Compete à Comissão de Controle Interno:

I. acompanhar a implementação de melhorias de processo das recomendações do órgão de controle interno e externo;
II. dirimir controvérsias acerca do controle interno;
III. Estabelecer novas diretrizes de controle interno, quando necessário;
IV. rever os parâmetros de riscos e controles;
V. estabelecer periodicidade para reuniões e registro em atas;
VI. gerenciar grupos de trabalho temáticos compostos por colaboradores de diversas Unidades Administrativas do CHS João Paulo II;
VII. verificar, de modo sistemático, a adoção do cumprimento dos procedimentos definidos para as atividades (incluindo normatizações externas) dos processos existentes nas unidades de saúde do CHS João Paulo II;
VIII. participar da revisão periódica dos controles e demais procedimentos operacionais;
IX. centralizar as informações e responsabilizar-se pelo efetivo conhecimento por todos dos procedimentos e fluxogramas do Hospital;
X. emitir parecer sobre o Relatório Anual de Gestão;
XI. criar o Código de Ética do Hospital;
XII. criar o Regimento Interno do Hospital;
XIII. zelar pelo cumprimento e atualização do Código de Ética e do Regimento Interno;
XIV. colaborar para manter todos os colaboradores (empregados e servidores) informados de suas responsabilidades, missão da empresa e diretrizes estratégicas;
XV. prestar assessoria a Superintendência em assuntos relacionados com as atividades de controle interno;
XVI. elaborar o Plano Anual de Controle Interno, considerando as áreas a serem avaliadas e controladas, os recursos necessários e disponíveis e o cronograma do plano de trabalho a ser realizado;
XVII. antecipar-se, preventivamente, ao cometimento de erros, desperdícios, abusos, práticas antieconômicas e fraudes, inclusive através de campanhas informativas no âmbito do Hospital;
XVIII. emitir relatórios que reflitam os resultados das avaliações e controles efetuados sobre as informações administrativas e operacionais do Hospital;

XIX. avaliar periodicamente o Sistema de Controle Interno do Hospital, que compreende o plano de organização (organograma e manuais de normas e rotinas) e a política de procedimentos (sistema de autorização e prática de registros), com o objetivo de verificar se há proteção dos ativos, confiança nos dados contábeis, eficiência operacional e adesão às políticas da administração;

XX. estimular a prática profissional interdisciplinar no Hospital; e

XXI. colaborar na humanização do atendimento hospitalar.

CAPÍTULO IV - DA ESTRUTURA DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO

Art. 8º - A Comissão de Controle Interno, para desempenho de suas atividades, será composta da seguinte forma em sua estrutura básica, sendo todos os colaboradores voluntários e não terão suas atribuições ou cargos alterados durante sua participação na Comissão:

I. Diretor Presidente;

II. Diretor Administrativo;

III. 01 (um) Advogado;

IV. Diretor Operacional;

V. Diretor Social;

VI. 02 (dois) colaboradores da filial, sendo 01 (um) da área Administrativa, e 01 (um) da área Assistencial, a serem convocados pelo Diretor Presidente, e a serem denominados nessa Comissão como Agentes de Controle Interno.

§ 1° - O número de Agentes de Controles convidados poderá ser alterado, dependendo da complexidade do nível de cada área a ter seus processos analisados e atualizados.

§ 2° - A Comissão atuará em nível de apoio, com viés consultivo ao Colegiado Executivo;

§ 3° - A função de membro da Comissão é indelegável, e irrecusável, consistindo em encargo de trabalho, sem acréscimo de carga horária e/ou vencimentos e vantagens.

§ 4° - É vedado aos membros da Comissão, direta ou indiretamente, receber qualquer tipo de remuneração pela prestação de serviços de

consultoria, assessoria ou quaisquer outros que configure impedimento ou incompatibilidade com as obrigações e responsabilidades de membro da Comissão.

CAPÍTULO V - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DA COMISSÃO DE CONTROLE INTERNO

Do Diretor Presidente:

Art. 9º – Compete ao Diretor Presidente exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I. fazer indicações dos componentes da Comissão de Controle Interno;
II. zelar pelos princípios estabelecidos nas Políticas Institucionais, sobretudo do Sistema de Controle Interno;
III. estabelecer novas diretrizes, quando necessário;
IV. dirigir os trabalhos;
V. manter a ordem e disciplina dos demais membros;
VI. determinar o encaminhamento das comunicações, deliberações instruções e solicitações, assinando-as;
VII. estabelecer o calendário anual das reuniões, e convocar os demais membros;
VIII. resolver as questões de ordem;
IX. votar sempre por último, sendo que em caso de empate, terá ainda o voto de qualidade; e
X. autorizar o fornecimento de cópias das atas e processos.

Do Diretor Administrativo:

Art. 10 – Compete ao Diretor Administrativo exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I. assessorar o Diretor Presidente nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;
II. apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes,

quando necessário;

III. substituir o Diretor Presidente em suas ausências e impedimentos, bem como, sucedê-lo, em caso de vaga do cargo;

IV. colaborar com o Diretor Presidente no exercício de suas funções, quando solicitado;

V. assinar as deliberações e instruções, juntamente com o Diretor Presidente;

VI. exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VII. comparecer às reuniões quando convocado.

Do Diretor Operacional:

Art. 11 – Compete ao Diretor Operacional exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I. assessorar o Diretor Presidente nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II. apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III. colaborar com o Diretor Presidente no exercício de suas funções, quando solicitado;

IV. assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretor Presidente;

V. exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VI. comparecer às reuniões quando convocado.

Do Diretor Social:

Art. 12 – Compete ao Diretor Social exercer atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, controle, assessoramento especializado e execução de trabalhos, estudos, pesquisas e análise, tais como:

I. assessorar o Diretor Presidente nos assuntos específicos do controle interno, em sua alçada;

II. apresentar propostas para o estabelecimento de novas diretrizes, quando necessário;

III. colaborar com o Diretor Presidente no exercício de suas funções,

quando solicitado;

IV. assinar as deliberações e instruções, juntamente com Diretor Presidente;

V. exercer as atribuições que lhe forem delegadas; e

VI. comparecer às reuniões quando convocado.

Do Advogado:

Art. 13 – Ao Advogado, compete:

I. a análise e revisão de todas as normas, procedimentos, manuais ou quaisquer documentos resultantes do trabalho da Comissão de Controle Interno;

II. colaborar com o Diretor Presidente no exercício de suas funções, quando solicitado;

III. emitir parecer prévio das deliberações e instruções, a serem assinadas pelo Diretor Presidente;

IV. exercer as atribuições que lhe forem delegadas;

V. assessorar a Superintendência nos aspectos técnico-jurídicos; e

VI. comparecer às reuniões quando convocado.

Dos Agentes de Controle Interno:

Art. 14 - Aos Agentes de Controle Interno que irão realizar o trabalho operacional, compete desempenhar funções afins e pertinentes ao Controle Interno, de forma permanente ou eventual compreendida por:

I. orientar e apoiar o Diretor Presidente, bem como responder às consultas por este formulada;

II. conhecer, analisar e propor alterações de regulamentos, manuais, processos e procedimentos no que tange aos atos de Controle Interno;

III. realizar as auditorias, fiscalizações e demais atos de assessoramento no âmbito do controle interno da Unidade de Saúde;

IV. promover estudos de simplificação e padronização de rotinas de trabalho;

V. propor modelos estruturais, visando alcançar rendimento sistêmico, com aplicação de princípios e técnicas gerenciais;

VI. subsidiar o Diretor Presidente, Diretor Administrativo, Diretor Operacional e Diretor Social, nos processos de tomada de decisões

através de análises dos problemas submetidos à sua consideração, com o oferecimento de informações e propostas alternativas, objetivas e suas prováveis consequências;

VII. avaliar continuamente os trabalhos de Controle Interno;

VIII. colocar em prática as decisões da Comissão de Controles Internos, bem como representá-lo interna e externamente sempre que necessário; e

IX. comparecer às reuniões quando convocados.

CAPÍTULO VI - DAS PRERROGATIVAS DOS AGENTES DE CONTROLE INTERNO DURANTE OS TRABALHOS

Art. 15 - O Agente de Controle Interno fará a análise dos processos e procedimentos a seu critério e como melhor lhe convier, "in loco" em todos os setores da administração e assistencial desde que determinado pela Comissão e, tendo as seguintes prerrogativas:

I. livre ingresso nos setores e áreas que compõem a Unidade de Saúde;

II. acesso a todos os documentos e informações necessários à realização de seu trabalho;

III. autonomia para requerer, por escrito, aos responsáveis pelos setores ou processos por ele analisados, informações e documentos necessários à instrução dos levantamentos e mapeamentos; e

IV. o Agente de Controle Interno deverá guardar sigilo sobre dados e informações pertinentes aos assuntos a que tiver acesso em decorrência do exercício de suas funções, utilizando-os, exclusivamente, para a análise e revisão dos processos, sob pena de responsabilidade.

CAPÍTULO VII - DAS REUNIÕES

Art. 16 – A Comissão reunir-se-á sempre na primeira semana de cada mês.

Parágrafo Único - A Comissão deve reunir-se-á somente com a presença de no mínimo a maioria de seus membros e em horário de expediente na Unidade de Saúde.

CAPÍTULO VIII - DA AUTOAVALIAÇÃO

Art. 17 – A Comissão realizará, formal e anualmente, sua autoavaliação, em forma de relatório, abordando as atividades desenvolvidas no período, relatório este que deverá ser submetido ao Colegiado Executivo, que o utilizará de balizador para autocorreção.

CAPÍTULO IX - DAS ALTERAÇÕES

Art. 18 - Este Regimento poderá ser revisto sempre que a maioria dos membros da Comissão entender pertinente, ou mediante novas diretrizes pelo CHS João Paulo II ou demais órgãos de controle.

Art. 19 - Este Regimento entra em vigor na data de sua publicação ao qual deverá ser dada ampla publicidade.

Art. 20 - O Diretor presidente deverá publicar Portaria Nomeando os Membros da Comissão de Controle Interno em até 30 dias de sua publicação, assim como substituir os membros excluídos no mesmo prazo, contado da data da exclusão.

3.2.8. Plano de Integridade

a) Apresentação de Proposta do Plano de Integridade da Entidade em conformidade com a Lei nº 16.722/2019

Uma política de gestão de integridade bem desenvolvida em uma entidade aumenta as chances de que os agentes públicos tomem decisões em função de critérios técnicos, e não com base em interesses particulares, aumentando desta forma a qualidade dessas decisões. Cuidar da gestão da integridade também pode ajudar a melhorar a confiança dos cidadãos no gestor. Embora não se possa assumir que a simples adoção de medidas de integridade repercuta automaticamente nos índices de confiança pública, é altamente improvável que cidadãos regularmente confrontados com violações de integridade confiem nas instituições e empresas em que ocorrem tais violações. Nesta linha, o Programa de Integridade e o Controle

Interno da CHS João Paulo II tem o objetivo de superar estes desafios e assegurar o desenvolvimento de suas atribuições e gerenciamento de riscos de conformidade e controles internos, de maneira que possam contribuir com a cultura de controle e mitigação dos riscos importantes para o cumprimento da sua missão institucional, estabelecendo diretrizes que possibilitem a prevenção, a detecção e a correção de práticas que não estejam, em conformidade com as leis, códigos de conduta, regulamentos e normas internas, compondo, assim, uma importante ferramenta de gestão.

A CHS João Paulo II implantará, nos primeiros 120 dias do início de sua gestão, o Programa de Integridade e Controle Interno, utilizando assim este instrumento como apoio ao entendimento da alta direção e seus servidores no cumprimento de normas anticorrupção previstas na Lei 12.846/2013, Decreto 8.420/2015 e Lei Estadual 16.722/2019, construindo assim um processo na diminuição de riscos e aperfeiçoamento no Controle Interno conforme previsto na Lei 15.210/2013 e Portaria SES nº 338 de 24/09/2020.

b) Desenvolvimento do Ambiente do Programa de Integridade

i.Comprometimento da alta direção da CHS João Paulo II

A alta direção da entidade desempenha um papel extremamente relevante, devendo não apenas servir como exemplo de ética e de conduta em seu relacionamento profissional com seus colaboradores, com terceiros, com autoridades governamentais e com usuários dos serviços públicos, mas também garantir que a promoção de altos padrões de integridade seja uma preocupação constante de sua organização.

Entende-se por alta direção uma pessoa ou grupo de pessoas que dirige e controla uma organização no mais alto nível (ABNT, 2005), tal como o presidente da empresa e os diretores.

O comprometimento da alta direção com um Programa de Integridade bem estruturado é a base para a criação de uma cultura organizacional em que colaboradores e terceiros, tais como fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados prezem efetivamente pelo fortalecimento do ambiente ético. Além disso, é um dos aspectos mais efetivos para diminuir a probabilidade de risco de fraude e corrupção.

A alta direção da CHS João Paulo II demonstra esse compromisso com base nas seguintes ações:

3.2.8.b.i.1. Boas práticas de gestão

I. aprovar, supervisionar e acompanhar o Programa de Integridade, garantindo que sejam aplicadas medidas disciplinares no caso de desvios em relação às normas internas de integridade;
II. destinar recursos necessários para a estruturação e implementação do Programa de Integridade, disponibilizando o suporte adequado ao seu funcionamento;
III. supervisionar o sistema de gestão de riscos da empresa, garantindo que sejam mapeados e mitigados riscos relativos à ocorrência de fraude e corrupção;
IV. agir sempre no interesse público, de modo que a sociedade confie que os recursos geridos estejam sendo utilizados adequadamente, no seu interesse;
V. manter comprometida a média direção da entidade com as medidas de integridade e com a sua implementação prioritária, criando mecanismos para encorajar e reforçar esse comprometimento em todos os níveis;
VI. agir de acordo com padrões de comportamento, baseados nos valores e princípios constitucionais, legais e institucionais e no Código de Ética e Conduta adotado, servindo de exemplo para todos.

ii. Independência, estrutura e autoridade da instância interna responsável pela aplicação do Programa de Integridade e fiscalização de seu cumprimento

A alta direção da CHS João Paulo II se valerá da estrutura interna, instância média da administração, a responsabilidade por desenvolver, implementar, manter, avaliar e melhorar o Programa de Integridade. Esta instância deve ser estruturada de maneira coerente com o tamanho da organização, natureza do negócio e a dispersão geográfica de suas atividades.

As disposições normativas constam do regulamento da CHS João Paulo II, assegurando os requisitos de independência, estrutura e autoridade da instância interna responsável pelo Programa de Integridade.

A CHS João Paulo II possuirá, em todas as suas unidades de saúde, representantes responsáveis pelo Programa de Integridade atuando em cada uma dessas unidades, com objetivo de avaliar se as políticas de integridade definidas pela empresa controladora estão sendo aplicadas nas demais localidades. Na ausência desses profissionais, deve existir atuação prática e efetiva nessas localidades, por meio de monitoramento da aplicação das normas de

integridade em cada uma delas, além de realização de eventos e cursos, distribuição de cartilhas e manuais, envio de e-mails, disponibilização de informações na intranet, etc.

Independentemente do tamanho e complexidade das unidades de saúde da CHS João Paulo II, os responsáveis pela gestão do Programa de Integridade devem ser desempenhar conforme exposto a seguir:

3.2.8.b.ii.1. Boas práticas de gestão

I. dotar a instância interna do Programa de Integridade de adequada estrutura de recursos materiais, financeiros, humanos e tecnológicos necessários ao desempenho de suas atribuições funcionais;
II. assegurar sua independência para tomar decisões e implementar as ações requeridas, reportando, sempre que possível, diretamente ao mais alto nível hierárquico da organização;
III. normatizar a atuação dos responsáveis pelo Programa de Integridade na organização, incluindo autorização para acesso irrestrito a registros, informações e propriedades; obrigatoriedade de disponibilização de informações solicitadas e estabelecimento de regras de objetividade e confidencialidade, dentre outros aspectos;
IV. definir papéis e responsabilidades sobre o Programa de Integridade na CHS João Paulo II;
V. definir processos periódicos de reportes dos responsáveis à alta direção da CHS João Paulo II sobre as práticas de integridade adotadas.

iii.Análise Periódica de Riscos

3.2.8.b.iii.1. Análise periódica de riscos para realizar adaptações necessárias ao Programa de Integridade

As regras, políticas e procedimentos do Programa de Integridade para prevenção, detecção e remediação de fraudes e corrupção devem estar baseados na gestão de riscos da CHS João Paulo II, que é utilizada para mapear, avaliar e responder a riscos que possam ameaçar o alcance dos objetivos estabelecidos. Mesmo entidades que já dispõem de uma política de gerenciamento de riscos devem possuir uma rotina de verificar se esta se mantém apta para a identificação de riscos ligados à ocorrência de fraudes, corrupção, conflito de interesses e nepotismo, ou ao desvio das condutas éticas, de forma a aperfeiçoar seu Programa de Integridade.

Com base na identificação e análise dos seus riscos, a CHS João Paulo II deverá desenvolver e aplicar políticas e procedimentos para prevenir, detectar e remediar a ocorrência de riscos que possam ameaçar seus objetivos, incluindo aqueles relacionados a fraudes e corrupção. Essas políticas devem ser coordenadas entre si e devem ser de fácil compreensão e aplicação na rotina de trabalho.

O instrumento que formaliza a análise de risco na entidade é a política corporativa de gestão de riscos. Segundo a ISO 31000/2009, política de gestão de riscos é "declaração das intenções e diretrizes gerais de uma organização relacionadas à gestão de riscos" (ABNT, 2009).

iv.Política de Gestão de Riscos

ITEM	DESCRIÇÃO

1.	Objetivos organizacionais com relação à gestão de riscos;
2.	Integração da gestão de riscos a processos e políticas organizacionais;
3.	Responsabilidade por gerenciar riscos;
4.	Diretrizes sobre como riscos devem ser identificados, avaliados, tratados e monitorados;
5.	Consultas e comunicação com partes internas e externas sobre assuntos relacionados a risco;
6.	Diretrizes para a medição do desempenho da gestão de riscos;
7.	Compromisso de analisar criticamente e melhorar a política e a estrutura da gestão de risco em resposta a um evento ou mudança nas circunstâncias.

A CHS João Paulo II analisará os riscos com ações sistemáticas de avaliação e aprimoramento dos sistemas de gestão com o fim de prevenir a ocorrência de desvios que possam comprometer os objetivos da instituição.

Contra os possíveis riscos que podem impactar nos objetivos da CHS João Paulo II, especialmente o risco de ocorrência de fraudes e corrupção, há o compromisso de instituir processos de trabalhos voltados para identificar eventos de risco; avaliar a probabilidade de ocorrência e a consequência dos riscos identificados sobre os resultados pretendidos; adotar medidas de controle para evitá-los ou mitigá-los; estruturar e implementar respostas para os riscos priorizados na avaliação; comunicar assuntos relacionados a risco às partes interessadas; e monitorar a integridade da estrutura e do processo de gestão de riscos.

3.2.8.b.iv.1. Boas práticas de gestão

I. obter o envolvimento ativo da alta direção com a institucionalização da gestão de riscos;

II. instituir política corporativa de gestão de riscos, especialmente aqueles relacionados a fraudes e corrupção;

III. formalizar processos de identificação de riscos de fraude e corrupção, contemplando as principais áreas que têm contato direto com agentes privados e públicos, responsáveis por contratações, áreas que oferecem brindes, patrocínios e doações, etc;

IV. formalizar os processos de avaliação, tratamento, monitoramento e comunicação de riscos identificados;

V. delegar de forma clara e formal a responsabilidade pelo gerenciamento de riscos aos gestores;

VI. designar responsáveis pelas atividades de identificação, avaliação e tratamento de riscos;

VII. instituir a capacitação regular de gestores e servidores para lidar com riscos;

VIII. utilizar informações produzidas por auditorias internas e externas para o aperfeiçoamento da estrutura e do processo de gestão de riscos;

IX. manter servidores informados dos objetivos e prioridades da organização e de suas unidades, assim como dos riscos enfrentados;

X. aprimorar a avaliação de riscos, incluindo a estimativa da probabilidade de ocorrência de riscos e das consequências da materialização desses riscos sobre os objetivos organizacionais; e

XI. estruturar e operacionalizar as etapas de tratamento, monitoramento e comunicação de riscos; e

XII. reavaliação das políticas e renovação de treinamentos periodicamente, a fim de manter atualizadas as ferramentas de combate a fraudes e corrupção.

v.Estruturação e Implantação de Políticas e Procedimentos

3.2.8.b.v.1. Padrões de conduta e código de ética aplicáveis a todos os empregados e administradores, independente de cargo ou função exercidos

O Código de Ética é um dos principais instrumentos do Programa de Integridade e deve tratar de forma clara, ampla e direta dos valores e condutas esperadas e proibidas a todos dentro da organização, incluindo os colaboradores e a alta direção. Esse documento deve ser destinado a todos aqueles que atuam na entidade, e deve esclarecer as razões e objetivos da adoção de determinados valores.

A base para a comunicação dos valores e padrões de integridade que se espera de cada agente público está no quadro normativo composto pelo mencionado Código de Ética do servidor público juntamente com outras legislações aplicáveis a agentes públicos, como a Lei de Conflito de Interesses (Lei nº 12.813/2013) e o Decreto nº 7.203/2010, sobre o nepotismo.

A CHS João Paulo implantará seu próprio código de ética no ente estatal no primeiro semestre de 2023 que seguirá as seguintes recomendações para elaboração e divulgação desse importante instrumento:

- Objetivos: o Código de Ética é o instrumento pelo qual a CHS João Paulo II comunica aos colaboradores quais os requisitos e expectativas em relação à sua conduta. Ele deve servir como orientação para que os colaboradores saibam o que é ou não aceitável, como decidir que conduta adotar diante de dilemas éticos, o que fazer em caso de dúvidas e o que fazer caso suspeitem de condutas irregulares.
- Referências a outras políticas: o Código de Ética, por vezes, trata de um tema para o qual exista uma política específica, de modo que faz referência a esta política e como ela pode ser acessada.
- Distribuição e disponibilização: é assegurado que os colaboradores efetivamente tenham acesso ao Código de Ética, seja pela distribuição de cópias impressas ou pela disponibilização da versão eletrônica na intranet da CHS João Paulo II.
- Conscientização dos colaboradores: são tomadas ações diversas e regulares para que os colaboradores sejam lembrados sobre o Código de Ética, seja por comunicados internos, e-mails, reuniões e outros canais de comunicação disponíveis para ressaltar que a instituição possui um Código de Ética e quais são os temas sobre os quais ele dispõe.
- Declaração de ciência: é solicitado aos colaboradores que assinem uma declaração de recebimento do Código de Ética e de que estão cientes e compreenderam seu conteúdo. A renovação dessa declaração pode ser incorporada ao processo de

avaliação periódica dos colaboradores.

Para facilitar o acesso e a sua utilização, a instituição deve disponibilizar o Código na primeira página do site da organização na internet e na intranet, bem como enviar mensagens a respeito de sua importância a todos.

3.2.8.b.v.2. Boas práticas de gestão

I. estabelecer formalmente o Código de Ética, suficientemente detalhado e claro, que defina padrões de comportamento aplicáveis todos os níveis da instituição;
II. criar formalmente uma comissão de ética na entidade, com estrutura e condições adequadas de trabalho para sua efetiva atuação (art. 2º e parágrafo único do Dec. 1.171/94 e inciso XVI, de seu anexo e arts. 5º e 8º, II do Dec. 6.029/2007);
III. formalizar e comunicar a todos dentro da organização da existência de um Código de Ética; disponibilizar um link direto na primeira página do site da organização na internet (ou intranet) para a declaração de valores e o Código de Ética, facilitando sua utilização e enviando uma mensagem a respeito de sua importância;
IV. promover medidas educativas quanto aos valores éticos expressados no Código de Ética, com o intuito de aproximar o grau de aderência desses valores com os de seus colaboradores;
V. estabelecer um conjunto de indicadores (por exemplo, índices de treinamentos concluídos, resultados das atividades de monitoramento, problemas e violações relatados, etc.) para diminuir problemas e tendências relacionados às normas de conduta da organização, inclusive dos prestadores de serviços; e
VI. definir um sistema de recrutamento centrado na ética – atração, a seleção e a retenção de colaboradores que compactuam com os valores éticos que a organização adota são de fundamental relevância.

vi. Políticas e procedimentos de integridade a serem aplicadas por todos os empregados e administradores, independentemente de cargo ou função exercidos

As políticas de integridade têm como objetivo estabelecer regras de conduta e controles internos destinados a evitar situações propensas ao oferecimento ou pagamento de propina ou à prática de fraude; estabelecer controles que possam prevenir, detectar e corrigir atos de fraude e corrupção, caso ocorram, por meio de gestão integrada dos instrumentos, processos e estruturas, buscando criar uma cultura ética de intolerância à prática de fraude ou corrupção na organização.

Nesse sentido, a CHS João Paulo II fará constar, no âmbito do Programa de Integridade, políticas baseadas no processo de gerenciamento de risco desenvolvido pela instituição, que tratem de forma mais detalhada de cada um dos temas pertinentes ao Programa de Integridade, muitos dos quais já poderão ter recebido uma abordagem inicial no Código de Ética.

No processo de elaboração das políticas e procedimentos do Programa de Integridade, é importante que a CHS João Paulo II levará em consideração suas particularidades, tais como quantidade de colaboradores que possui, complexidade hierárquica, quantidade de departamentos na estrutura organizacional, setor de mercado, além de ocorrência do uso de terceiros para desempenho de suas atividades.

O sistema de gestão da integridade da entidade requer desenvolvimento contínuo, tanto em nível geral quanto em nível de suas políticas e procedimentos individuais.

3.2.8.b.vi.1. Processo de desenvolvimento

i. Planejamento;
ii. Implementação;
iii. Avaliação; e
iv. Adaptação.

Estimulamos que agentes dentro da instituição se reúnam para o desenvolvimento de cada uma das políticas e depois sejam envolvidos em sua implementação, avaliação e adaptação; isso estimula a cooperação e permite que os diferentes instrumentos do Programa de Integridade funcionem de forma coordenada. Dentre as principais políticas e procedimentos que serão implantados, citamos os seguintes:

i. Política relativa ao recebimento e oferecimento de hospitalidade, brindes e presentes: o recebimento ou o oferecimento de hospitalidade, brindes e presentes pela CHS João Paulo II é alvo de atenção e de regras claras, pois apesar de poder ser uma contribuição legítima, essa prática pode representar também um alto risco para a ocorrência de fraude e corrupção. Nas políticas da CHS João Paulo II, há critérios claros para diferenciação de conceitos, limites e consequências para os recebimentos de hospitalidade, brindes e presentes, a fim de evitar, inclusive, o conflito de interesses.

No fim das contas, a palavra final sobre a possibilidade de aceitação de hospitalidade, brindes e presentes cabe à alta direção da instituição.

Além disso, algumas diretrizes gerais sobre hospitalidade, brindes e presentes podem ser observada pela CHS João Paulo II, quando da elaboração de suas políticas, independentemente de suas peculiaridades, conforme apresentado a seguir:

ITEM	DESCRIÇÃO
1.	O oferecimento de brindes, presentes e hospitalidade não pode estar atrelado à intenção de influenciar um terceiro para obter ganhos indevidos para a empresa, de recompensar alguém por um negócio obtido em decorrência de determinada ação, decisão ou mesmo omissão dessa pessoa ou caracterizar troca de favores ou benefícios, seja de forma implícita ou explícita;
2.	Antes de se oferecer qualquer tipo de hospitalidade, brindes e presentes, deve-se checar se as regras locais estão sendo respeitadas, assim como as regras de legislações que tratam de suborno transnacional (ex.: Lei 12.846/2013, FCPA, UK Bribery Act), no caso de oferecimento a agente público estrangeiro, e, ainda, checar se as políticas e regras internas da instituição daquele que receberá a hospitalidade, o brinde ou presente

	estão sendo obedecidas;
3.	Os gastos devem ser razoáveis e estar em observância às legislações locais, podendo ser estabelecidos limites pela própria empresa;
4.	Nenhum tipo de hospitalidade, brinde ou presente deve ser provido com uma frequência desarrazoada ou para o mesmo destinatário, de forma que possam aparentar alguma suspeição ou impropriedade/ irregularidade;
5.	Os convites que envolvam viagens e despesas relacionadas devem ser realizados em clara conexão com o negócio da empresa estatal, seja para promover, demonstrar ou apresentar produtos e serviços ou viabilizar a execução de atuais ou potenciais contratos;
6.	Devem-se criar indicativos para que o próprio colaborador desenvolva a capacidade crítica de decidir sobre a razoabilidade de propor ou não determinada ação relativa à hospitalidade e ao oferecimento de brindes e presentes, como por exemplo, uma lista básica de perguntas: qual é a intenção envolvida? existe algo além da promoção dos negócios da empresa, que deva ser mantido em segredo? Se a situação fosse alvo da mídia, haveria algum inconveniente para a empresa? Ela poderia ser mal interpretada?;
7.	É importante indicar para os colaboradores ou representantes a quem eles devem recorrer, caso tenham dúvidas sobre situações práticas; e

8.	Deve-se dar transparência de todos os brindes, presentes e hospitalidades ofertados, com vistas a promover o controle social e diminuir a possibilidade de ocorrência de prática de atos irregulares.

3.2.8.b.vi.2. Boas práticas de gestão

I. instituir políticas e procedimentos formalizados, em conjunto com diversas áreas finalísticas da empresa, dispondo sobre regras para recebimento e oferecimento de hospedagem, brindes e presentes;
II. incluir, nas políticas e procedimentos sobre o tema, limites claros de valores de brindes, presentes e hospitalidade que podem ser oferecidos ou aceitos.
III. especificar, nas políticas e procedimentos sobre o tema, qual(ais) a(s) área(s) ou pessoa(s) responsável(eis) por autorizar o oferecimento de brindes, presentes e hospitalidade.
IV. dar transparência aos dados relativos a oferecimento e recebimento de brindes, presentes e hospitalidade.
V. desenvolver políticas específicas acerca da oferta e pagamento de hospitalidades, brindes e presentes a agente público estrangeiro, caso a empresa estatal atue no exterior; e
VI. elaborar um plano de comunicação para divulgação das políticas e procedimentos formalizados junto ao público interno e externo.

vii.Política sobre patrocínios e doações

A CHS João Paulo II, comprometida com a integridade nos negócios, estará atenta para o histórico daqueles que receberão doações ou patrocínios para evitar possíveis associações de sua imagem com fraudes ou corrupção.

3.2.8.b.vii.1. Boas práticas de gestão

I. instituir políticas e procedimentos formalizados, em conjunto com diversas áreas finalísticas da empresa, dispondo sobre regras para realização de patrocínios e doações na entidade;
II. incluir de forma clara, nas políticas e procedimentos sobre o tema, limites máximos para as ofertas de patrocínios ou doações;
III. especificar, nas políticas e procedimentos sobre o tema, qual(ais) a(s) área(s) ou pessoa(s) responsável(eis) por autorizar o oferecimento de patrocínios e doações e quais os critérios para a escolha dos beneficiários;
IV. criar mecanismos para verificar se a entidade beneficiária do patrocínio ou doação está utilizando os recursos para os fins lícitos aos quais foram destinados;
V. dar transparência aos patrocínios e doações concedidos, inclusive valores e beneficiários;
VI. elaborar um Plano de Comunicação para divulgação das políticas e procedimentos formalizados junto ao público interno e externo.

viii. Política sobre prevenção da ocorrência de atos de corrupção (ativa e passiva) no contato entre representante da CHS João Paulo II e terceiros

Assim como outras políticas de integridade, como as políticas sobre brindes e presentes ou sobre conflito de interesses, a política de prevenção da corrupção também possui, para a CHS João Paulo II, um caráter dual. Isso ocorre pois, do mesmo modo como o contato dos colaboradores da CHS com agentes privados pode gerar o risco de corrupção passiva, o contato de seus colaboradores com agentes públicos de outras instituições também pode ocasionar a ocorrência de corrupção ativa.

3.2.8.b.viii.1. Boas práticas de gestão

I. instituir políticas e procedimentos formalizados, em conjunto com diversas áreas finalísticas da empresa, dispondo sobre regras para prevenção de ocorrência de atos de corrupção (ativa e passiva) no contato entre representante da empresa estatal e terceiros;

II. incluir, nas políticas e procedimentos sobre o tema, controles visando evitar o cometimento de atos de corrupção ativa por parte de seus colaboradores, tais como: rotatividade obrigatória de colaboradores lotados em áreas sensíveis, com grande contato com agentes públicos de outras entidades ou órgãos públicos;

III. proibição da realização de reuniões de apenas um representante da estatal com agentes públicos externos; publicação obrigatória da agenda e ata de reuniões com agentes públicos externos, análise periódica da evolução patrimonial dos colaboradores lotados em áreas sensíveis, etc; e

IV. elaborar um plano de comunicação para divulgação das políticas e procedimentos.

ix. Registros e controles contábeis que assegurem a pronta elaboração e confiabilidade de relatórios e demonstrações financeiras da pessoa jurídica

A informação contábil deve ser completa, verdadeira e íntegra. A CHS João Paulo II está comprometida para que a informação contabilizada esteja em conformidade com a legislação e normas nacionais e internacionais de contabilidade, não contendo distorções materialmente relevantes que possam levar a erro. A necessidade de registrar apropriadamente todas as transações de forma fiel e exata deve se estender a todos os documentos originais, incluindo faturas, recibos e relatórios de despesas, e não somente aos registros e controles contábeis.

Considerando que a corrupção é um ato ilícito, a alocação de recursos para pagar propinas envolve necessariamente a violação de livros e registros contábeis, por exemplo, por meio de faturas falsas ou relativas a bens não entregues ou a serviços não prestados.

Nesse contexto, o estabelecimento de políticas e procedimentos rígidos para o controle interno e registro contábil, definindo, por exemplo, regras que assegurem que determinadas despesas sejam realizadas somente após aprovação da alta direção e ainda, rotinas para detecção e a prevenção, em tempo hábil, de aquisição, disposição ou uso de ativos de forma não autorizada, que possam ter um impacto adverso relevante nas demonstrações financeiras é medida essencial que a CHS João Paulo II toma para identificação de impropriedades e irregularidades.

A CHS João Paulo II julga importante que os controles internos e registros contábeis sejam confiáveis, oportunos, transparentes e detalhados, permitindo o monitoramento das despesas e das receitas e facilitando a detecção de ilícitos.

Quanto aos registros contábeis que envolvam situações de risco, a CHS João Paulo II impõe regras de controle que garantem que os registros e livros sejam mantidos com detalhes razoáveis de forma a refletir as transações contábeis, evitando a realização de lançamentos inadequados, ambíguos, fraudulentos ou qualquer outro artifício contábil que possa ocultar ou encobrir pagamentos ilegais.

3.2.8.b.ix.1. Boas práticas de gestão

I. estabelecer políticas e procedimentos rígidos para o controle interno e registro contábil da organização;
II. criar controles específicos para os lançamentos mais sensíveis (aqueles mais frequentemente utilizados para encobrir fraudes e corrupção) como a revisão destes lançamentos, com o objetivo específico de identificar *red flags* de fraude ou corrupção, e o registro destes lançamentos com maior nível de detalhes ou com a indicação de documentos separados que justifiquem e expliquem o lançamento;
III. testar anualmente os controles internos sobre os relatórios financeiros por auditores internos e por uma auditoria independente, quando necessário.

x. Diligências apropriadas para contratação e, conforme o caso, supervisão, de terceiros, tais como, fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados

Quanto mais complexa a natureza da atividade desenvolvida pela instituição, maior deverá ser a rede de fornecedores, prestadores de serviços e agentes intermediários contratados para representá-la em diferentes situações. Consequentemente, aumenta, também, o risco de que algum destes contratados se envolva em situações ilegais ou antiéticas, podendo gerar danos à imagem da instituição ou até mesmo sua responsabilização por tais atos.

Nesse contexto, a CHS João Paulo II deve adotar verificações prévias (due dilingence) à contratação e medidas visando a supervisão de terceiros contratados, principalmente em situações de elevado perfil de risco à integridade. Essas medidas devem possibilitar reunir informações sobre a empresa que pretende ser contratada, bem como sobre seus

representantes, incluindo sócios e administradores, de modo a certificar-se de que não há situações impeditivas à contratação, bem como a determinar o grau de risco do contrato, como veremos adiante, para realizar a supervisão adequada.

Dessa forma, a CHS João Paulo II elaborará uma lista que manterá relação com a entidade, estabelecendo, por exemplo, as seguintes rotinas:

ITEM	DESCRIÇÃO
1.	Elaborar uma lista ou banco de dados com informações de todos os terceiros com quem trabalha. Esse banco de dados pode conter informações sobre o nome e localização de terceiros, tipo de serviço prestados, local de contato, nome e cargo da pessoa contratada, processo contínuo de *due diligence*, cronograma de auditorias, local de trabalho/ serviço prestado, etc.
2.	Elaborar uma lista ou banco de dados com informações de todos os terceiros com quem trabalha. Esse banco de dados pode conter informações sobre o nome e localização de terceiros, tipo de serviço prestados, local de contato, nome e cargo da pessoa contratada, processo contínuo de due diligence, cronograma de auditorias, local de trabalho/ serviço prestado, etc.
3.	Fazer avaliação de risco de terceiros, priorizando-os por nível de risco. Essa avaliação pode considerar se o terceiro contratado irá atuar em atividades que criam maior risco (negociações com o governo, tais como obtenção de licenças importantes, aprovações ou certificações; atuação do contratado em regiões corruptas no mundo, com base no Índice de Percepções de Corrupção da Transparência Internacional; atuação do contratado em local de pouca presença ou supervisão da empresa, etc.);

4.	Realizar processo de due diligence baseado na avaliação de riscos. Esse processo pode ser feito classificando terceiros por categoria de riscos, para que a categoria de maior risco seja alvo de diligência mais abrangente; usar dados sobre os serviços, receitas, requisitos do contrato e contratos celebrados com o governo para criar pontuações de riscos; definir categorias (risco alto, médio e baixo, por exemplo); e atribuir um nível inicial de due diligence para cada categoria.
5.	Criar processo formalizado de due diligence. Listar as situações em que a empresa deve tomar cuidado e aprofundar investigações (red flags) e descrever o processo para lidar com elas (por ex.: auditorias, visitas realizadas pessoalmente aos terceiros que se encontrem em uma categoria de risco); descrever um procedimento para pagamento de despesas do processo de due diligence, e estruturar o processo para documentar todas as due diligences, seus resultados e as decisões tomadas.
6.	Designar responsável pelo gerenciamento de terceiros com que a empresa mantém relação. Esse "gerente" designado deve manter e atualizar a documentação dos terceiros; supervisionar de acordo com o grau de risco; criar e implementar um cronograma de auditorias; realizar avaliações de cumprimento do contrato; e ser responsável pela atualização de todas as informações dos terceiros no banco de dados centralizado (descrito no item 1).

3.2.8.b.x.1. Boas práticas de gestão

I. estabelecer formalmente diligências apropriadas para contratação e, conforme o

caso, supervisão, de terceiros, tais como, fornecedores, prestadores de serviço, agentes intermediários e associados;

II. elaborar lista de verificação estabelecendo rotinas para manter a integridade da empresa estatal na relação com representantes (agentes, corretores, consultores ou outros intermediários, etc);

III. inserir no contrato administrativo cláusulas que exijam: (i) comprometimento com a integridade nas relações público privadas e com as orientações e políticas da empresa contratante, inclusive com a previsão de aplicação do seu Programa de Integridade, se for o caso, principalmente à vedação de práticas de fraude e corrupção; (ii) previsão de rescisão contratual caso a contratada pratique atos lesivos à administração pública, nacional ou estrangeira; e (iii) indenizações em casos de quebra contratual;

IV. verificar periodicamente se o terceiro está atuando de forma condizente com o acordado em contrato, se não adota comportamentos contrários aos seus valores;

V. elaborar documento (cartilha) destinado aos fornecedores contendo, dentre outras informações e orientações relevantes, as normas éticas que regem a conduta dos agentes da empresa, as penalidades cabíveis em caso de violação de normas éticas e os canais de relacionamento com a contratante, inclusive canais de denúncia.

xi. Canais de denúncias adequados e suficientes e política de incentivo às denúncias e proteção aos denunciantes

Um Programa de Integridade bem estruturado de uma empresa deve contar com canais que permitam o recebimento de denúncias, como importante instrumento para a detecção de eventuais irregularidades, tais como: falhas de controle, fraudes internas e externas, além de possíveis descumprimentos dos princípios éticos e políticas corporativas.

A CHS João Paulo II considera que a existência e o efetivo funcionamento dos canais de denúncia representa uma oportunidade de detecção e resolução antecipada de problemas, evitando a ocorrência de impactos negativos nos objetivos estabelecidos pela entidade.

A CHS João Paulo II tem adotado em suas unidades diferentes meios para o recebimento de denúncias, como telefone, e-mail, internet ou entrega de formulários em papel.

Após o recebimento e triagem das denúncias, aquelas que preencherem os requisitos para sua admissibilidade serão objeto de apuração e investigação e aquelas que não atenderem serão encerradas.

3.2.8.b.xi.1. Boas práticas de gestão

I. disponibilizar diversos canais para a realização de denúncias, de forma a contemplar diferentes públicos, podendo incluir: telefone, internet, formulários físicos (papel), correio eletrônico, etc;
II. estabelecer regras claras para a proteção dos denunciantes, inclusive permitindo a realização de denúncias anônimas, e evitando a retaliação por meio de outras medidas como, por exemplo, a realocação do denunciante a outras áreas da empresa, quando necessário;
III. estabelecer um fluxo claro de encaminhamento das denúncias e posterior apuração.

xii.Processo de tomada de decisões

A manutenção de um padrão elevado de integridade na CHS João Paulo II depende do comprometimento e da atuação da alta direção, com a aderência das camadas de gestão inferiores e demais colaboradores. Para que a estrutura possa atuar de maneira adequada e diligente, deve estar munida de informações importantes, plenas e tempestivas, em sua tomada de decisões, além de ter sua própria atuação definida em normativos internos (portaria, estatuto, regulamento, normas) que visem, entre outros aspectos:

i. definir limites de alçada para a tomada de decisão quanto a investimentos, alienações, tomada ou concessão de financiamentos ou patrocínios de valor elevado, nos diferentes níveis hierárquicos da unidade;
ii. definir valores e situações que caracterizam as grandes operações;
iii. estipulação dos tipos de estudos que devem ser elaborados em cada tipo de

operação;

iv. prever a contratação de entidade externa para elaboração de estudos, se for o caso;

v. apresentar e registrar as justificativas da alta direção, no caso de a decisão tomada contrariar estudo, no todo ou em parte;

vi. estabelecer situações em que os órgãos consultivos devem ser acionados.

Dessa forma, a entidade deve contar com mecanismos adequados e suficientes para que as informações relevantes sejam levadas ao conhecimento da alta direção da CHS João Paulo II, de maneira célere e completa, para que sirva de subsídio para a adequada tomada de decisão.

3.2.8.b.xii.1. Boas práticas de gestão

i. definir procedimentos formais de reportes à alta direção, de informações plenas e tempestivas para a adequada tomada de decisão;

ii. estabelecer normas que prevejam:

iii.

i. registro de justificativa dos tomadores de decisão em casos de decisões tomadas em sentido contrário ao recomendado pelos pareceres e estudos técnicos;

ii. rotinas que garantam que Diretores e responsáveis receberam a íntegra do processo a ser votado na próxima reunião;

iii. a obrigatoriedade de se registrar as discussões realizadas no âmbito da reunião prévia, especialmente as dúvidas levantadas e as pendências não sanadas;

iv. o responsável por informar cada Diretor sobre os questionamentos feitos no âmbito da reunião prévia, bem como os pontos não sanados até a reunião da Diretoria Executiva;

v. critérios rígidos para a inclusão de processos extra pauta;

vi. obrigação de que conste na Ata da Reunião da Diretoria Executiva as eventuais divergências observadas nos processos deliberados.

xiii. Comunicação e Treinamento

3.2.8.b.xiii.1. Treinamentos periódicos e comunicação sobre o Programa de Integridade

A adoção de estratégias de comunicação e treinamento pela CHS João Paulo II é essencial para que o Programa de Integridade funcione efetivamente.

A alta direção, colaboradores e até mesmo terceiros (intermediários, fornecedores, prestadores de serviços, etc.) devem ter amplo acesso às informações sobre o Programa de Integridade e receber adequado treinamento, com vistas a promover a consciência a respeito da ética, pois a responsabilidade pelo cumprimento das regras estabelecidas é de todos na organização.

3.2.8.b.xiii.2. Comunicação

A estratégia de comunicação do Programa de Integridade deve abranger dois aspectos principais, a saber: a divulgação das informações e a acessibilidade, conforme demonstrado a seguir:

i. Acessibilidade: Códigos de ética e Conduta e demais documentos e normas do Programa de Integridade, bem como suas atualizações, devem estar disponíveis em local de fácil acesso, tais como internet, intranet, cópias impressas ou fixação em locais físicos visíveis a todos; os documentos devem ser escritos de forma que o conteúdo seja compreensível ao público-alvo, de forma clara e precisa, sem mensagens dúbias ou termos excessivamente técnicos.
ii. Divulgação: campanhas e discussão dos temas relacionados à integridade, por meio dos boletins corporativos, e-mail, memorandos, quadros de avisos, videoconferências, gravações, audiovisuais, fotografias, manuais e cartilhas, cartazes ou avisos, campanhas internas e notícias na rede corporativa. Manutenção de canais gratuitos e de fácil acesso para fornecer orientações e esclarecimentos de dúvidas com relação ao Programa de Integridade.

xiv.Treinamento

A CHS João Paulo II tem um plano de capacitação com o objetivo de treinar as pessoas sobre o conteúdo e os aspectos práticos relacionados à ética e às políticas de integridade, para que as regras tenham efetividade, as pessoas saibam como e quando aplicá-las. Os colaboradores recebem treinamentos sobre valores e orientações gerais do Programa de Integridade instituído. Todos precisam conhecer a missão, visão, valores éticos, códigos de ética e conduta, políticas de integridade, a existência de canais de denúncia, sua forma de utilização, trâmites relacionados e regras de proteção aos denunciantes; e a possibilidade de que sejam impostas medidas disciplinares em caso de violação às regras estabelecidas.

Entendemos importante garantir a periodicidade das capacitações, para treinar os colaboradores novos e manter atualizados os colaboradores já treinados.

3.2.8.b.xiv.1. Boas práticas de gestão

I. instituir uma estratégia de comunicação para o fomento da postura ética abordando e discutindo temas relacionados à prevenção de situações de conflito de interesse, fraudes e corrupção;
II. disponibilizar aos colaboradores e terceiros as normas internas de integridade, tais como normas, procedimentos e orientações relacionadas à ética; normas de conduta e prevenção de conflito de interesse, corrupção e fraude, bem como suas atualizações;
III. instituir um plano de capacitação dos colaboradores e terceiros (consultores, parceiros, contratados e intermediários, etc.) ou incluir no plano eventualmente existente, temas relacionados à ética e à integridade, de acordo com os riscos identificados;
IV. adotar medidas de incentivo à participação do público interno nos eventos de capacitação relacionados à ética e à integridade;
V. adotar medidas para avaliar a efetividade das atividades de treinamento.

xv.Transparência da pessoa jurídica

Uma política de transparência na empresa induz a alta direção e colaboradores a agir com mais responsabilidade no exercício de suas atribuições, promover a ética e a transparência no setor público. Uma gestão pública transparente fornece à sociedade informações que permitem sua colaboração no controle das atividades, estimulando o controle social.

Nesse contexto, os cidadãos têm o direito de saber como os recursos públicos estão sendo geridos e se eles estão sendo utilizados adequadamente no seu interesse e de acordo com integridade e valores éticos.

3.2.8.b.xv.1. Boas práticas de gestão

Promover a transparência às partes interessadas, nos termos previstos na Constituição Federal e legislação vigente.

xvi. Monitoramento do Programa de Integridade e medidas de remediação e aplicação de penalidades

3.2.8.b.xvi.1. Monitoramento contínuo do Programa de Integridade visando seu aperfeiçoamento na prevenção, detecção e combate à ocorrência de atos lesivos

Com o passar do tempo, os objetivos organizacionais podem mudar, novos riscos podem surgir, controles que se mostravam eficazes podem tornar-se obsoletos e políticas e procedimentos podem perder a eficácia ou deixar de ser executados da forma como foram desenvolvidos, colocando em risco a efetividade do Programa de Integridade. Por isso, o programa deve ser constantemente monitorado para verificar se os instrumentos, processos e estruturas permanecem eficazes.

Nesse contexto, monitorar significa avaliar, certificar e revisar a estrutura do Programa de Integridade para saber se estão sendo efetivos ou não na promoção da integridade e da transparência e na redução do risco de atitudes que violem os padrões de integridade formalmente estabelecidos.

Assim, o processo de monitoramento envolve a avaliação sobre a adequação e o funcionamento das políticas e procedimentos instituídos para prevenção, detecção e combate à

ocorrência de atos lesivos e considera a eficácia coletiva de todos os componentes do Programa de Integridade.

O monitoramento contínuo do Programa de Integridade pode ser feito mediante a coleta e análise de informações de diversas fontes, tais como:

i. pesquisa;
ii. supervisão diuturna feita pelos gestores;
iii. entrevista com funcionários e clientes;
iv. tendências nas reclamações dos clientes;
v. mecanismos de controle social;
vi. mapeamento de violações de integridade; e
vii. informações obtidas do canal de denúncia.

Caso sejam identificadas deficiências no Programa de Integridade, a CHS João Paulo II deverá providenciar as correções e melhorias necessárias para evitar a repetição dos problemas e tornar os controles e políticas mais efetivos. Essas ações devem ser objeto de acompanhamento para certificar se os esforços para sua correção estão sendo realizados em tempo.

3.2.8.b.xvi.2. Boas Práticas de gestão

I realizar atividades de monitoramento para verificar se a estrutura do Programa de Integridade está funcionando de forma efetiva;

II comunicar tempestivamente as fragilidades identificadas no Programa em decorrência das atividades de monitoramento aos agentes responsáveis pela adoção das medidas corretivas na empresa; e

III estabelecer metas e indicadores para monitorar a aplicação das políticas e procedimentos instituídos pela CHS João Paulo II.

xvii. Procedimentos que assegurem a pronta interrupção de irregularidades ou infrações detectadas e a tempestiva remediação dos danos gerados

Por mais consistentes e adequadas que sejam as medidas preventivas implantadas por uma instituição, pode não ser possível eliminar completamente a ocorrência de irregularidades, ainda que praticadas de forma isolada por um colaborador ou representante em desacordo com as regras, princípios e orientações diretas da empresa.

Quando detectadas violações às normas éticas, as medidas adotadas pela CHS João Paulo II para investigar e remediar as irregularidades, bem como punir os envolvidos, são essenciais para o sucesso e a credibilidade do Programa de Integridade. Para tanto, a CHS João Paulo II possui meios para conduzir investigações independentes, a fim de garantir a credibilidade e imparcialidade das informações obtidas, de acordo com a possível extensão das irregularidades. Caso um dos envolvidos atue em outras filiais ou áreas da entidade, pode ser necessário ampliar o escopo da investigação para verificar se as práticas ilícitas foram replicadas em outras situações similares.

Uma vez que a investigação confirme a ocorrência de irregularidades ou infrações ao Programa de Integridade, são tomadas providências para assegurar a sua imediata interrupção, providenciar soluções e reparar os danos causados. A CHS João Paulo II pode, ainda, aplicar sanções disciplinares aos envolvidos e utilizar as informações sobre a irregularidade ocorrida como insumo para aprimorar o Programa de Integridade e os controles internos, com objetivo de evitar a reincidência das falhas.

Ressalta-se que a adoção dessas medidas deve ser devidamente divulgada para os colaboradores e terceiros, a fim de reforçar publicamente que a CHS João Paulo II não tolera violação do Programa de Integridade. É importante, ainda, que as medidas adotadas sejam comunicadas à alta direção de forma ampla e detalhada, tanto com relação à ocorrência quanto dos procedimentos corretivos adotados.

Ademais, a CHS João Paulo II pode também utilizar os dados obtidos na investigação interna para subsidiar uma cooperação efetiva com outros órgãos da Administração Pública responsáveis pela defesa do Estado, a exemplo da Controladoria Geral da União, Polícia Federal, Ministério Público Federal, Tribunal de Contas da União, dentre outros.

3.2.8.b.xvii.1. Boas práticas de gestão

I. estabelecer procedimentos que assegurem a pronta interrupção de

irregularidades e a tempestiva remediação dos danos gerados. Exemplos de medidas de remediação incluem a suspensão ou rescisão de contratos com terceiros envolvidos, aplicação de multas contratuais, abertura de processo de reparação de danos, comunicação às autoridades competentes sobre as irregularidades detectadas, etc.;

II. conduzir e documentar as investigações de violação das normas de integridade com base em protocolos de investigação formalmente definidos pela organização; e

III. comunicar tempestivamente as irregularidades e infrações detectadas aos agentes responsáveis pela adoção das medidas corretivas na empresa.

xviii.Aplicação de medidas disciplinares em caso de violação do Programa de Integridade

As políticas e procedimentos de integridade devem estabelecer as medidas disciplinares a serem aplicadas aos colaboradores, inclusive à alta direção e terceiros contratados nos casos de descumprimento das regras, visando a contribuir para que seja dada a importância devida ao Programa de Integridade pelos colaboradores e evitando que ele se limite a um conjunto de regras meramente formais, com eficácia reduzida na mitigação da ocorrência de fraude e corrupção.

Os desvios em relação às normas de integridade devem ser tratados de forma tempestiva e coerente. Dependendo da gravidade do desvio, a administração poderá tomar diferentes ações, mas os padrões que regem o Programa de Integridade devem ser observados. Todo sistema de gestão de integridade depende de um elemento punitivo para produzir os efeitos desejados, fazendo com que as pessoas percebam que uma vez adotadas determinadas condutas contrárias às normas de integridade, sofrerão as punições cabíveis.

Para tanto, é fundamental que as sanções sejam proporcionais às violações e que seja estabelecido tratamento isonômico dos colaboradores, além do prévio conhecimento por todos.

Dentre os instrumentos de punição disponíveis aos gestores do Programa de Integridade, destacam-se os apresentados a seguir:

i. censura ética;
ii. sanções administrativo-disciplinares;
iii. divulgação das punições ao público interno e externo; e

iv. sanções informais (supervisão).

3.2.8.b.xviii.1. Boas práticas de gestão

I. estabelecer medidas disciplinares a serem aplicadas aos colaboradores internos, inclusive à alta direção e terceiros contratados nos casos de violação das normas do Programa de Integridade;
II. adotar estratégia de divulgação das medidas definidas aos colaboradores da organização;
III. conduzir e documentar as investigações de violação das normas de integridade com base em protocolos de investigação formalmente definidos pela organização;
IV. acompanhar a implementação das sanções aplicadas, de forma que essas questões sejam resolvidas de forma tempestiva e coerente; e
V. analisar periodicamente as principais tendências e causas das sanções aplicadas, de modo a propor eventuais alterações em políticas, procedimentos, treinamentos ou controles.

xix. Apresentação do Cronograma para Implantação do Plano de Integridade da Instituição em conformidade com a Lei 16.722/2019

A CHS João Paulo II implantará na Unidade de Saúde o Plano de Integridade no primeiro semestre de 2024.

3.2.9. Plano de Adequação aos Termos LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados)

a) Apresentação de proposta do Plano de Adequação da Instituição aos Termos da LGPD em conformidade com a Lei nº 13.709/2018

Em observância da legislação nacional pertinente à proteção de Dados Pessoais, em especial a Lei nº 13.709 de 14 de agosto de 2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados” ou

"LGPD"), e os deveres impostos pelo Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018, nº 2.222/2018 e nº 2.226/2019) e a Lei nº 12.527, de 18.11.2011 (LAI), a Lei nº 12.965, de 23.04.2014 (Marco Civil da Internet) e considerando o direito de confidencialidade, integridade e disponibilidade dos Dados Pessoais, por meio de ferramentas tecnológicas disponíveis para garantir, da melhor forma possível, a sua proteção adequada, assim como prevenir o acesso indevido, cópia, leitura, modificação, destruição e divulgação não autorizados, a CHS João Paulo II tem o compromisso de promover a criação, desenvolvimento e o aprimoramento contínuo de processos internos, investindo em sistemas e na qualificação dos colaboradores e parceiros para garantir a implementação e o fiel cumprimento desta Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais, para prevenção, proteção, detecção, e recuperação em face de ataques externos e vazamentos dos Dados Pessoais.

Assim, a CHS João Paulo II, após a celebração do contrato, iniciará um levantamento de informações e processos adotados pela entidade estatal de guarda e utilização dos Dados Pessoais que merecem proteção, a fim de ajustá-los para que a coleta e a utilização dos Dados Pessoais sejam feitas de forma limitada, observada a estrita necessidade e finalidade.

A Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais da CHS João Paulo II servirá para tornar transparente as diretrizes adotadas quanto ao armazenamento e tratamento dos Dados Pessoais dos usuários e colaboradores, bem como, os meios para o titular exercer de forma plena os direitos assegurados pela legislação em vigor.

b) Coleta e tratamento de dados pessoais

Em razão das atividades e serviços prestados pela CHS - João Paulo II, serão coletados e armazenados apenas os Dados Pessoais imprescindíveis para formalização do Contrato de Prestação de Serviços e para a efetiva prestação de serviços, seja para a tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde, em serviços de saúde, auditoria médica, ou para proteção da vida ou incolumidade física do Titular. Especial cuidado será observado na coleta e tratamento dos dados pessoais de crianças e adolescentes, e dos respectivos responsáveis legais.

A coleta e tratamento dos Dados Pessoais pela CHS - João Paulo II obedecerá às bases legais previstas para o tratamento dos dados, como para o cumprimento de (a) obrigação legal ou regulatória; (b) para tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais de saúde; e (c) para proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros, hipóteses em que se dispensam o consentimento do Titular (LGPD, art. 11, II, a, f,

e).

De igual forma, independente de consentimento do titular, pelo prazo que a lei exigir, haverá o tratamento dos Dados Pessoais do Titular para o exercício regular de direitos, inclusive em contrato e em processo judicial, administrativo e arbitral (LGPD, art. 11, II, d), e para garantia da prevenção à fraude e à segurança do titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos.

Nas hipóteses em que a permissão do tratamento se der com base no consentimento do usuário, a CHS João Paulo II requisitará previamente e por escrito, tal aceitação.

Sobre os dados pessoais coletados para tutela da saúde, serão sempre observados os deveres de sigilo e confidencialidade, especialmente impostos pelo Código de Ética Médica. Na hipótese de tratamento para o fim de proteção da vida ou da incolumidade física do titular ou de terceiros, a depender da situação, os dados serão compartilhados com os responsáveis identificados.

c) Compartilhamento dos dados pessoais

Os Dados Pessoais coletados e armazenados pela CHS - João Paulo II poderão ser compartilhados com terceiros, empresas parceiras e fornecedores, para o desenvolvimento e prestação regular de serviços disponibilizados ao titular, como por exemplo:

i. com autoridades e entidades governamentais ou outros terceiros, para a proteção do legítimo interesse da CHS - João Paulo II, em qualquer tipo de conflito, incluindo ações judiciais e processos administrativos; ou
ii. para atendimento de ordem judicial ou requerimento de autoridades administrativas que tenham competência legal para a sua requisição.

No que se refere aos dados pela prestação de serviços de tutela da saúde ou de proteção da vida ou da incolumidade física do titular, todos os documentos pessoais e informações que compõe o prontuário de atendimento do titular, inclusive os dados do responsável legal, se houver, na forma da lei, serão compartilhados com empresa conveniada para prestação de serviços à saúde, processo de auditoria médica e hospitalar e fiscalização dos conselhos de classe, e com empresa especializada em digitalização, arquivamento e

proteção de dados confidenciais, os quais serão guardados pelo prazo que a lei exigir.

Eventualmente poderá ocorrer a transferência internacional de dados, sempre observado os limites da estrita necessidade e observados os ditames legais.

O compartilhamento de dados pessoais com terceiros observará os limites da estrita necessidade, assegurando-se que o terceiro destinatário tenha condições de resguardar a confidencialidade e promova a adequada proteção.

d) Protocolos de proteção e tratamento

O tratamento dos Dados Pessoais observará rígidos padrões de segurança e proteção contra acesso não autorizado; mediante a utilização de ferramentas e tecnologias razoáveis e disponíveis, o que inclui a adoção de medidas como:

i. acesso restrito de pessoas ao local onde são armazenadas as informações pessoais; e
ii. adoção de procedimentos para que colaboradores internos ou parceiros externos que realizarem o tratamento de dados pessoais se comprometam a manter o sigilo das informações, adotando as boas práticas para manuseio desses dados.

e) Duração

O tratamento do dado será pelo período imposto por lei, e a eliminação dos Dados Pessoais se dará quando verificado que a finalidade legal e contratual foi alcançada.

O titular dos dados poderá exercer o direito de pedido de eliminação e de oposição, o que será atendido desde que referida solicitação não contrarie legislação em vigor.

f) Direitos do titular

A CHS João Paulo II dispõe de canal exclusivo de atendimento ao titular dos dados pessoais, para solicitações, esclarecimentos e requerimentos relativos ao respectivo dado pessoal, os quais serão atendidos pelo endereço eletrônico informado no site da instituição. A CHS João Paulo II tem o compromisso de informar e atender os direitos dos titulares dos

dados pessoais, de forma simplificada, a qualquer momento e mediante requisição:

Ressalva-se que, em atendimento à norma legal ou contratual, os requerimentos apresentados pelo titular podem ser rejeitados motivos formais, como por exemplo, pela ausência de prova de identidade ou capacidade do requerente, ou por motivos legais, quando, por exemplo, o pedido de exclusão de dados contrariar obrigação legal do controlador, ou ainda, na hipótese de impossibilidade de atendimento dessas requisições, como por exemplo, na inexistência dos dados reclamados.

g) Contato

Para esclarecimento de dúvidas adicionais sobre a Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais da CHS - JOÃO PAULO II, o titular terá a sua disposição o contato através do e-mail: chs_lgpd@ceijoaopauloii.org.br.

3.3. **comprovação de experiência anterior e de habilidades na execução das atividades**

a) Unidade de saúde ou serviços de urgência/emergência compatível com este plano de trabalho

i.Atestado 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta
Trabalho, Humildade e Respeito

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL

Esta secretaria declara para todos os fins, que **Pedro Alberto Almeida Paraíso,** inscrito no CPF/MF nº 700.928.784-82, Portador da Cédula de Identidade de estrangeiro (RNE) sob o nº V951540-T, como Diretor Presidente e Representante legal da **Associação Beneficente João Paulo II,** desempenha funções referentes à gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Cientista Nelson Chaves,** desse o dia 31 de janeiro de 2020, quando foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 004/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 50 leitos, distribuído em 10 para cirurgia geral, 20 para clínica geral, 8 para obstetrícia clínica e 12 para pediatria clínica (se encontram no mesmo hospital mais 25 leitos de UTI adulto/UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O Hospital Cientista Nelson Chaves é localizado no município de Água Preta, Rua Projetada, S/N, Engenho Barra do Douro, CEP 55550-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes. .

Água Preta, 28 de março de 2021.

E-OFÍCIO

Dra. Maria José de A. Melo
Secretária de Saúde
Port. Nº 003/2021

03-08-1892

Maria José de Andrade Melo
Secretária de Saúde do Município de Água Preta

2º SERVENTIA NOTARIAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Titular: GRAZIELLA GUERRA BACELETE
Reconheço por SEMELHANÇA a firma(s) de:
[0344237] - MARIA JOSE DE ANDRADE MELO
Jaboatão dos Guararapes 07/05/2021, 08:49:49
Em Test° da verdade. Dou fé
KARINE SANTOS ALMEIDA - ESCREVENTE
Emol.: R$ 3,63, TSNR R$ 0,86, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, FERS R$ 0,47, ISS R$ 0,22 - Total R$ 5,51
0074914.VBK04202102.00746
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

cipal de Saúde
o - Água Preta/PE - CEP: 55.550-000
CNPJ N° 10.316.445/0001-39 | www.aguapreta.pe.gov.br

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 7 de maio de 2021, 17:54:13. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.OPS04202102.00120. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.OPS04202102.00120
Data: 07/05/2021 17:54:13
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

ii.Atestado 2

PREFEITURA MUNICIPAL DAS VERTENTES
Estado de Pernambuco

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO(A)

DECLARAÇÃO

ATESTADO DE EXPERIÊNCIA

Esta secretaria declara para todos os fins, que em 02 de janeiro de 2020 foi formalizado o Contrato de Gestão de Nº 001/2020 entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a Associação Beneficente João Paulo II, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 40 leitos, distribuído em (6 para cirurgia geral, 27 para clínica geral, 4 para obstetrícia clínica e 3 para pediatria clínica), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. A Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva é localizado no município de Vertentes, Avenida Coronel Braz Bezerra, S/N, Vertentes - PE CEP 55770-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes. Os pacientes são regulados pela IV Geres, atendendo uma população de 1.324.382 mil habitantes.

Vertentes, 07 de julho de 2023

DR. ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO
SECRETÁRIO DE SAÚDE
CPF: 035.275.284-07
PORT.: 001/2021

Elídio Ferreira de Moura Filho

Secretário de Saúde das Vertentes

Rua Manoel Benício de Azevedo, s/n, Centro, Vertentes – Pernambuco – CEP 55.770-000
Fone (81) 3734 1136 / 3734 1032
E-mail: pmvsecsaude@yahoo.com.br
CNPJ 10.261.245/0001-26

b) Gestão de serviços de urgência/emergência, com número de atendimentos mensais compatíveis com este plano de trabalho

i.Atestado 1

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta
Trabalho, Humildade e Respeito

ATESTADO EXPERIÊNCIA TÉCNICA

Esta secretaria declara que em 31 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 004/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Cientista Nelson Chaves**, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 50 leitos, distribuído em 10 para cirurgia geral, 20 para clínica geral, 8 para obstetrícia clínica e 12 para pediatria clínica (se encontram no mesmo hospital mais 25 leitos de UTI adulto/UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O Hospital Cientista Nelson Chaves é localizado no município de Água Preta, Rua Projetada, S/N, Engenho Barra do Douro, CEP 55550-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Frisa-se, inclusive, que as prestações dos serviços efetivados por essa Associação são altamente qualificadas, com competência técnica e gerencial, estando a mesma cumprindo fielmente as obrigações assumidas até a presente data.

Água Preta, 28 de Abril de 2021.

2 OFÍCIO

Dra. Maria José de A. Melo
Secretária de Saúde
Port. Nº 003/2021

Maria José de Andrade Melo

Secretária de Saúde do Município de Água Preta

G 2ª SERVENTIA NOTARIAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Av.Bernardo Vieira de Melo, 1346C - Piedade - Jaboatão dos Guararapes-PE - Fone: (81) 3094-3333
Titular: GRAZIELLA GUERRA BACELETE
Reconheço por SEMELHANÇA as firma(s) de:
[0344237]--MARIA JOSE DE ANDRADE MELO.....
Jaboatão dos Guararapes, 07/05/2021, 08:49:49.
Em Test° da verdade. Dou fé.
KARINE SANTOS ALMEIDA - ESCREVENTE
Emol.: R$ 3,83, TSNR R$ 0,86, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, FERC R$ 0,47, ISS R$ 0,22 - Total R$ 5,51
0074914.BLI04202102.00747
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Secretaria Municipal de Saúde

Praça dos Três Poderes, 3163 - Centro - Água Preta/PE - CEP: 55.550-000
CNPJ N° 10.316.445/0001-39 | www.aguapreta.pe.gov.br

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 7 de maio de 2021, 17:51:59. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.NOU04202102.00119. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.NOU04202102.00119
Data: 07/05/2021 17:51:59
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

ii.Atestado 2

Secretaria Municipal de Saúde | ANÁPOLIS Orgulho de viver aqui

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Luimova Vasconcelos Gomes, em quinta-feira, 16 de fevereiro de 2023 15:44:14 GMT 03:00, CHS 07.394-0 - Cartório 2º Ofício/PE, nos termos da medida provisória n.º 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade poderá ser confirmada no endereço eletrônico www.conad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro para todos os fins, que em 07 de outubro de 2021 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 912/2021** entre a Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis e a **Associação Beneficente João Paulo II**, que foi vigente de 07/10/2021 a 06/10/2022, tendo sido prorrogado por mais doze meses, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Municipal Alfredo Abrahão**, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas,cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto nas especialidades queimados, vigilância epidemiológica e traumato-ortopedia, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, ortopedia, vascular, dermatologia, urologia e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, sendo de referência de Urgência e Emergência para o Município de Anápolis, totalizando 75 leitos, distribuído em (32 para clinica cirúrgica, 24 para clínica medica enfermaria, 10 para UTI Adulto, 06 salas de centro cirúrgico, 04 leitos de sala RPA, 03 leitos de isolamento, 04 leitos de sala vermelha e 06 consultórios médicos. O Hospital Municipal Alfredo Abrahão é localizado no município de Anápolis, Rua P-32, Quadra 21, s/n, CEP 75.063-610, Bairro Jardim Progresso, Anápolis/GO, com funcionamento 24 horas, 7 dias da semana ininterruptamente de livre demanda, para as especialidades de porta aberta e aos atendimentos regulados pela Central de Regulação de Anápolis, atendendo a Média Complexidade em Urgência/Emergência. Os pacientes são regulados pela Central de Regulação da SEMUSA do Município de Anápolis, atendendo uma população de 391.772 mil habitantes.

Registro por fim, que as prestações de serviços acima citados executados por essa Organização Social de Saúde são altamente qualificadas, com expertise técnica e gerencial, estando a mesma cumprindo fielmente as obrigações assumidas até a presente data.

Anápolis, 27 de janeiro de 2023.

JULIO CESAR TELES SPINDOLA:76364518168

Júlio César Teles Spíndola

Secretário Municipal de Saúde de Anápolis/GO

Scanned with CamScanner

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 16 de fevereiro de 2023, 15:19:41. Em testemunho da verdade. OP.:49. LANNUSA VASCONCELOS GOMES, Substituta Emolumentos: R$ 4,30 TSNR: R$ 0,86 FERC: R$ 0,43 ISS: R$ 0,22 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 5,51. Selo: 0073940.YBI01202302.00994. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.YBI01202302.00994
Data: 16/02/2023 15:19:41
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Lannusa Vasconcelos Gomes, em quinta-feira, 16 de fevereiro de 2023 15:44:14 GMT-03:00, CNS: 07.394-0 - Cartório 2º Ofício/PE, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

c) Gestão de Unidades de Saúde e comprovação de habilidades na execução de atividades

i.Atestado 1

PREFEITURA MUNICIPAL
DOS BARREIROS
CNPJ: 10.110.989/0001-40
Rua Ayres Belo, 136, Centro, Barreiros-PE
Publicado no Quadro de Aviso da Prefeitura
Em 24/05/18
Ass. _____ Mat. 3271

Município dos Barreiros
Gabinete do Prefeito

Decreto Municipal nº 10, de 24 de maio de 2018

Ementa: Qualifica o **CHS - JOÃO PAULO II** .como Organização Social - OS.

O Prefeito do Município dos Barreiros, Estado de Pernambuco, no uso das atribuições legais conferidas pela Lei Orgânica, e tendo em vista o disposto no art. 5º da Lei Municipal n.º 958/2016,

Considerando o pleito encaminhado pelo **CHS - JOÃO PAULO II**, que requer sua qualificação como Organização Social; e
Considerando o parecer favorável da Secretária de Saúde no sentido de expedição da qualificação jurídica com base na averiguação dos requisitos indicados na Lei Municipal n.º 958/2016, **Decreta:**

Art. 1º- Fica qualificada como Organização Social - OS o **CHS - JOÃO PAULO II**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins econômicos, políticos ou religiosos, inscrita no CNPJ/MF sob o número 22564221/0001-25, com sede na cidade de Abreu e Lima, Estado de Pernambuco, à Avenida Duque de Caxias, nº 354, Bairro do Centro, CEP: 53.510-050, nos termos e para os fins constantes da Lei Municipal n.º 958/2016.

Art. 2º - O Município dos Barreiros, observado o contido na legislação aplicável, em especial a Lei Municipal n.º 958/2016, poderá celebrar contrato(s) de gestão com o **CHS - JOÃO PAULO II**, para prestação de serviços públicos não exclusivos na área de saúde.

Art.3º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Registre-se. Publique-se.

Barreiros, 24 de maio de 2018

Elimário de Melo Farias
Prefeito

1

ii.Atestado 2

PREFEITURA VERTENTES
VERTENTES NÃO PODE PARAR

DECRETO Nº 38, de 12 de Novembro de 2019.

EMENTA: Qualifica o CHS - JOÃO PAULO II, como Organização Social – OS e dá outras providências.

O PREFEITO MUNICIPAL DE VERTENTES, ESTADO DE PERNAMBUCO, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas pelos artigos 60, IV, 108 e correlatos da Lei Orgânica do Município, e em conformidade com o §2º do art. 2 da Lei Municipal Nº 884/2019 de 24 de outubro de 2019;

CONSIDERANDO o pleito encaminhado pelo CHS – JOÃO PAULO II, que requer sua qualificação como Organização Social; e

CONSIDERANDO o parecer favorável da Procuradoria do Município endereçado a Secretária de Saúde no sentido de expedição da qualificação jurídica com base na averiguação dos requisitos indicados na Lei Municipal nº 884/2019,

DECRETA:

Art. 1º - Fica qualificada como Organização Social – OS, o CHS – JOÃO PAILO II, Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, políticos ou religiosos, inscrita no CNPJ/MF sob o número 22.564.221/0001-25, com sede na cidade de Barreiros, Estado de Pernambuco, à PE 60, Km 72,5, S/N – Bairro Una, CEP 55.560-000, nos termos e para os fins constantes da Lei Municipal nº 884/2019.

Art. 2º - O Município de Vertentes-PE, observado o contido na legislação aplicável, em especial a Lei Municipal nº 884/2019, poderá celebrar contrato (s) de gestão com o CHS – JOÃO PAULO II, para prestação de serviços públicos exclusivos na área de saúde.

Art. 3ª – Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Publique-se, Registre-se e Cumpra-se.

Gabinete do Prefeito de Vertentes-PE, aos 12 dias do mês de novembro de 2019.

Romero Leal Ferreira
Prefeito

Rua Dr. Emídio Cavalcanti, nº 97 – Centro – Vertentes – PE
CEP 55.770-000 – Fone 81. 3734.1156 – CNPJ 10.296.887/0001-60

PM VERTENTES
Comissão permanente de licitações
Confere como original

iii.Atestado 3

PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO(A) SECRETÁRIO(A)

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL

Esta Secretaria de Saúde declara para todos os fins, que **Pedro Alberto Almeida Paraíso,** inscrito no CPF/MF nº 700.928.784-82, Portador da Cédula de Identidade de estrangeiro (RNE) sob o nº V951540-T, como Diretor Presidente e Representante legal da **Associação Beneficente João Paulo II**, desempenha funções referentes à gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Distrital Jailton Messias de Abuquerque,** desde o dia 18 de setembro de 2018, quando foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2018** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 118 leitos, distribuído em 18 para cirurgia geral, 6 para cirurgia ginecológica, 12 para cirurgia ortopedia traumatologia, 22 para clínica geral, 2 para unidade de isolamento, 6 para obstetrícia cirúrgica, 6 para obstetrícia clínica, 8 para pediatria clínica, 15 hospital dia, 2 sala vermelha, 4 RPA e 17 para cirúrgico/diagnostico/terapêutico (se encontram no mesmo hospital mais 10 leitos de UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos e/ou terapêuticos. **O Hospital Distrital Jailton Messias de Abuquerque** está localizado no município de Barreiros, PE 60, Km 72,5, S/N, bairro Rio Una, CEP 55560-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu. Os pacientes são regulados pelo poder público municipal de Barreiros/PE, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Elídio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde
Mat. 68290

Barreiros, 28 de dezembro de 2020.

Elídio Ferreira de Moura Filho

Secretário de Saúde do Município de Barreiros

11º DISTRITO JUDICIÁRIO

CARTÓRIO DO 11º DISTRITO JUDICIÁRIO PINA E BOA VIAGEM
Maria Aparecida L. A.Soares - Oficial - Tabeliã
Francisco Emmanuel L. Soares - Substituto - Cedina Moraes de L.Gonçalves - Substituta
Av. Engº Domingos Ferreira, 801, loja 06 - Pina - Recife-PE - Fone: (81) 3325-1907

Reconheço por semelhança a firma indicada de
Elidio Ferreira de Moura Filho
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 29 de abril de 2021 09:53:53.

Em testemunho da verdade.
Giselle Dias (Escrevente)

Emol.: R$ 3,83 TSNR: R$ 1,68 Total: R$ 5,51
Selo: 0074799.XUA03202101.06558

Rua Dom Luiz, 394 – Centro – Barreiros / CEP 55.560-000 / Fones (81) 3675 1466 / 3675 2429
CNPJ 11.514.360/0001-28

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 29 de abril de 2021, 14:36:23. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.KPC04202101.00370. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.KPC04202101.00370
Data: 29/04/2021 14:36:23
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

iv.Atestado 4

PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO(A) SECRETÁRIO(A)

CERTIDÃO DE EXPERIÊNCIA

Certifico para todos os fins, que em 18 de setembro de 2018 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2018** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Distrital Jailton Messias**, realizando **atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico**, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. **O Hospital Distrital Jailton Messias** é localizado no município de Barreiros, PE 60, Km 72,5, S/N bairro Rio Uma, CEP 55560-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Municípios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Barreiros, 28 de dezembro de 2020.

Elídio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde do Município de Barreiros

DR. ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO
SECRETÁRIO DE SAÚDE
CPF: 035.275.284-07
PORT.: 001/2021

2º SERVENTIA NOTARIAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Titular: GRAZIELLA GUERRA BACELETE
Reconheço por SEMELHANÇA as firma(s) de:
[0216849] --ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO.....
Jaboatão dos Guararapes, 19/04/2021, 10:22:56
Em Test°. _____ da verdade. Dou fé.
KARINE SANTOS ALMEIDA - ESCREVENTE
Emol. R$ 3,83, TSNR R$ 0,86, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, PERC R$ 0,47, ISS R$ 0,22 - Total R$ 5,61
0074914.ZZR04202101.03790
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

v.Atestado 5

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta
Trabalho, Humildade e Respeito

CERTIDÃO DE EXPERIÊNCIA

Certifico que em 31 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 004/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Cientista Nelson Chaves**, realizando **atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico**, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. O Hospital Cientista Nelson Chaves é localizado no município de Água Preta, Rua Projetada, S/N, Engenho Barra do Douro, CEP 55550-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Água Preta, 18 de março de 2021.

Dra. Maria José de A. Melo
Secretaria de Saúde
Port. Nº 003/2021

Maria José de Andrade Melo
Secretária de Saúde do Município de Água Preta

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
2ª SERVENTIA NOTARIAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
Reconheço por SEMELHANÇA a firma(s) de:
[0344237] - MARIA JOSE DE ANDRADE MELO
Jaboatão dos Guararapes, 19/04/2021, 10:24:04
Em Test° da verdade. Dou fé.
KARINE SANTOS ALMEIDA - ESCREVENTE
Emol.: R$ 3,83; TSNR R$ 0,86, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, FERC R$ 0,47, ISS R$ 0,22 - Total R$ 5,51
0074914.KBA04202101.03791
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

vi.Atestado 6

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Reconheço por semelhança a firma de: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO Em test _ da verdade.
Recife-PE 19/04/2021 15:11:09 Emol: 3,83 FERM: 0,04
FUNSEG: 0,09 TSNR: 0,86 FERC: 0,47 ISS: 0,22 TOTAL: 5,51
SANDRA MARIA MIRANDA TORQUATO Escrevente Autorizada

Selo:0077248.NZR04202101.02573

CERTIDÃO DE EXPERIÊNCIA

Esta secretaria declara para todos os fins, que em 02 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva**, realizando **atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico**, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. A Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva é localizado no município de Vertentes, Avenida Coronel Braz Bezerra, S/N, Vertentes - PE CEP 55770- 000, sendo a unidade referência na região, para 22 Municípios, a saber, Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes. Os pacientes são regulados pela IV Geres, atendendo uma população de 1.324.382 mil habitantes.

6º Ofício de Notas - Recife - PE

Vertentes, 28 de dezembro de 2020.

José Helder Pinto Correa de Araújo
Secretário de Saúde do Município de Vertentes

SUS Secretaria Municipal de Saúde

DISQUE SAÚDE 136 Ouvidoria Geral do SUS.

Rua Manoel Benicio de Azevedo, s/nº
CEP 55.770-000, Centro, Vertentes/PE
Fone/Fax: (81) 3734.1136 - 3734.1032
E-mail: pmvsecsaude@yahoo.com.br
CNPJ/MF nº 10.261.245/0001-26

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 24 de abril de 2021, 11:40:25. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.UEK04202101.00094. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.UEK04202101.00094
Data: 24/04/2021 11:40:25
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

vii.Atestado 7

PREFEITURA DA
ÁGUA PRETA
ADMINISTRAÇÃO PROVISÓRIA
QUADRIÊNIO 2021 - 2024

SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Esta secretaria declara que em 31 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 004/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Cientista Nelson Chaves**, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 50 leitos, distribuído em 10 para cirurgia geral, 20 para clínica geral, 8 para obstetrícia clínica e 12 para pediatria clínica (se encontram no mesmo hospital mais 25 leitos de UTI adulto/UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O Hospital Cientista Nelson Chaves é localizado no município de Água Preta, Rua Projetada, S/N, Engenho Barra do Douro, CEP 55550-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Água Preta, 28 de Janeiro de 2021.

OFÍCIO - Z

Dra. Maria José de A. Melo
Secretária de Saúde
Port. Nº 003/2021

Maria José de Andrade Melo
Secretária de Saúde do Município de Água Preta

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Titular: GRAZIELLA GUERRA BACELETE
Reconheço por SEMELHANÇA as firma(s) de:
[03442371] - MARIA JOSE DE ANDRADE MELO
Jaboatão dos Guararapes, 29/03/2021, 11:04:38.
Em Test°_____ da verdade. Dou fé.
KELLY AMANDA DA SILVA - 3º SUBSTITUTA
Emol. R$ 3,93, TSNIR R$ 0,66, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, ISS R$ 0,22 - Total R$ 3,93
0074914.QGB03202101.02984
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

E, CEP: 55.550-000 - CNPJ nº 10.183.929/0001-57
ta.pe.gov.br

2ª SERVENTIA NOTARIAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Titular: GRAZIELLA GUERRA BACELETE
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Jaboatão dos Guararapes, 29/03/2021, 12:01:30. Em Test°_____ da verdade. Dou fé.
ROSEMARY DE OLIVEIRA - ESCREVENTE
Emol. R$3,27, TSNR R$0,73, FERM R$0,04, 0,07
ISS R$ 0,18 - Total R$ 4,69
0074914.KGU03202101.03099

viii.Atestado 8

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Engenheiro Ubaldo Gomes de Matos, 53 - Centro - CEP 50010-310 - Recife - PE - Fone (81) 3424-9292 - e-mail: cartorioroma@uol.com.br

Cópia auntênticada conforme original; dou fé. Em test. ___ da verdade, Recife-PE 29/03/2021 11:05:00
Emolumentos:3,27 FERM: 0,04 FUNSEG: 0,07 TSNR: 0,73
FERC: 0,40 ISS: 0,18 TOTAL: 4,69
SANDRA MARIA MIRANDA TORQUATO
Escrevente Autorizada

Selo:0077248.XIH03202103.04384

Consulte a autenticidade do selo em www.tjpe.jus.br/selodigital

6º Ofício de Notas da Capital Recife - PE - CARTÓRIO ROMA

DECLARAÇÃO

Esta secretaria declara que em 02 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva**, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 40 leitos, distribuído em (6 para cirurgia geral, 27 para clínica geral, 4 para obstetrícia clínica e 3 para pediatria clínica), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. A Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva é localizado no município de Vertentes, Avenida Coronel Braz Bezerra, S/N, Vertentes - PE CEP 55770-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Municípios, a saber, Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes. Os pacientes são regulados pela IV Geres, atendendo uma população de 1.324.382 mil habitantes.

CONF. LUANA
6º Ofício de Notas - Recife - PE
ROMA

Vertentes, 22 de Dezembro de 2020.

José Helder Pinto Correa de Araújo

Secretário de Saúde do Município de Vertentes

OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Reconheço por semelhança a firma de: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO Em test. ___ da verdade,
Recife-PE 29/03/2021 10:57:47 Emol: 3,83 FERM: 0,04
FUNSEG: 0,09 TSNR: 0,86 FERC: 0,47 ISS: 0,22 TOTAL: 5,51
ANA PAULA ALVES DA SILVA BARRETO Escrevente Autorizada

Selo:0077248.HXU03202103.04310

Consulte a autenticidade do selo em www.tjpe.jus.br/selodigital

Sandra Maria Miranda Torquato

ertentes – Pernambuco – CEP 55.770-000
6 / 3734 1032
@yahoo.com.br
CNPJ 10.261.245/0003-20

DISQUE SAÚDE
136

ix.Atestado 9

PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO(A) SECRETÁRIO(A)

CARTÓRIO DE NOTAS DE OLINDA
RUA MARIA DE LOURDES FONSECA DOS SANTOS | PRAÇA DO CARMO, 158 - CARMO, OLINDA - PE
TELEFONE: (81) 3439-4314 - EMAIL: 1CARTORIODENOTASOLINDA@GMAIL.COM
Reconheço a(s) firma(s) por semelhança de ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Olinda, 29 de março de 2021.
Em testemunho_____da verdade.
Claudio Santos Oliveira (Escrevente Autorizado)
Emol.: R$ 5,40 TSNR: R$ 1,76 Total: R$ 7,16
Valido somente com o selo 0073502.LSV03202103.01756

DECLARAÇÃO

Esta secretaria declara que em 18 de setembro de 2018 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2018** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Distrital Jailton Messias**, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 118 leitos, distribuído em 18 para cirurgia geral, 6 para cirurgia ginecológica, 12 para cirurgia traumato ortopedia, 22 para clínica geral, 2 para unidade de isolamento, 6 para obstetrícia cirúrgica, 6 para obstetrícia clínica, 8 para pediatria clínica, 15 hospital dia, 2 sala vermelha, 4 RPA e 17 para cirurgico/diagnostico/terapeutico (se encontram no mesmo hospital mais 10 leitos de UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O Hospital Distrital Jailton Messias é localizado no município de Barreiros, PE 60, Km 72,5, S/N, bairro Rio Uma, CEP 55560-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Municípios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Barreiros, 28 de dezembro de 2020.

1º Cartório de Notas de Olinda

Atenciosamente,

Elidio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde
Mat. 66290

Elidio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde

CARTÓRIO DE NOTAS DE OLINDA
RUA MARIA DE LOURDES FONSECA DOS SANTOS | PRAÇA DO CARMO, 158 - CARMO, OLINDA - PE
TELEFONE: (81) 3439-4314 - EMAIL: 1CARTORIODENOTASOLINDA@GMAIL.COM
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Olinda 29 de março de 2021
Em testemunho_____da verdade.
Claudio Santos Oliveira (Escrevente Autorizado)
Emol.: R$ 5,40 TSNR: R$ 1,76 Total: R$ 7,16
Valido somente com o selo 0073502.AZC03202103.01756

Primeiro Cartório

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 24 de abril de 2021, 11:39:02. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.JMB04202101.00093. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.JMB04202101.00093
Data: 24/04/2021 11:39:02
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

x.Atestado 10

PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO(A) SECRETÁRIO(A)

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL

Esta Secretaria de Saúde declara para todos os fins, que **Hely José De Farias Júnior,** médico Ginecologista e Obstetra, inscrito no CRM/PE 5767 é o Responsável Técnico da **Associação Beneficente João Paulo II**, no âmbito do **Hospital Distrital Jailton Messias de Abuquerque,** desde o dia 18 de setembro de 2018, quando foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2018** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 118 leitos, distribuído em 18 para cirurgia geral, 6 para cirurgia ginecológica, 12 para cirurgia ortopedia traumatologia, 22 para clínica geral, 2 para unidade de isolamento, 6 para obstetrícia cirúrgica, 6 para obstetrícia clínica, 8 para pediatria clínica, 15 hospital dia, 2 sala vermelha, 4 RPA e 17 para cirúrgico/diagnostico/terapêutico (se encontram no mesmo hospital mais 10 leitos de UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos e/ou terapêuticos. **O Hospital Distrital Jailton Messias de Albuquerque é** localizado no município de Barreiros, PE 60, Km 72,5, S/N, bairro Rio Una, CEP 55560-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber: Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu. Os pacientes são regulados pelo poder público municipal de Barreiros/PE, atendendo uma população estimada em 604.678 mil habitantes.

Elidio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde
Mat. 68290

Barreiros, 28 de dezembro de 2020.

Elídio Ferreira de Moura Filho

Secretário de Saúde do Município de Barreiros

CARTÓRIO DO 11º DISTRITO JUDICIÁRIO PINA E BOA VIAGEM
Maria Aparecida N. A. Soares - Oficial - Tabeliã
Francisco Emmanuel L. Soares - Substituto - Gedma Moraes de L. Gonçalves - Substituta
Av. Eng. Domingos Ferreira, 801, loja 06 - Pina - Recife-PE - Fone: (81) 3125-1987

Reconheço por semelhança a firma indicada de
Elidio Ferreira de Moura Filho
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 29 de abril de 2021 09:53:53.

Em testemunho da verdade.
Giselle Dias (Escrevente)

Emol.: R$ 3,83 TSNR: R$ 1,68 Total: R$ 5,51
Selo: 0074799.VIS03202101.06557

Rua Dom Luiz, 394 – Centro – Barreiros / CEP 55.560-000 / Fones (81) 3675 1466 / 3675 2429

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 29 de abril de 2021, 14:38:26. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.LSC04202101.00371. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.LSC04202101.00371
Data: 29/04/2021 14:38:26
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

xi.Atestado 11

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro para todos os fins, que desde a assinatura do Contrato de Gestão de nº 001/2020 em janeiro/2020 firmado entre esse Município de Vertentes e a Associação João Paulo II para desempenhar gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito da Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva, que o Sr. Antônio Guilherme Alves da Silva, padre, inscrito no CPF sob o nº 963.713.664-91, é Conselheiro Administrativo dessa Instituição e detém qualificação técnica para tanto.

Declaro ainda que esse profissional até a presente data, vem desempenhando com excelente qualidade suas atribuições, nada constando que a desabone técnica e administrativamente.

Vertentes, 30 de março de 2022.

DR. ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO
SECRETÁRIO DE SAÚDE
CPF: 035.275.284-07
PORT.: 001/2021

Elídio Ferreira de Moura Filho

Secretário Municipal de Saúde de Vertentes

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 11 de maio de 2022, 10:44:27. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 4,06 TSNR: R$ 0,81 FERC: R$ 0,41 ISS: R$ 0,20 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.LAJ03202203.01346. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.LAJ03202203.01346
Data: 11/05/2022 10:44:27
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

xii.Atestado 12

PREFEITURA MUNICIPAL DAS VERTENTES
Estado de Pernambuco

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GABINETE DO SECRETÁRIO

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL

Esta secretaria declara para todos os fins, que o senhor **Marcelo Neves de Sousa,** médico Clínico Geral, inscrito no CRM/PE 22558, é o Responsável Técnico da **Associação Beneficente João Paulo II**, no âmbito do **Hospital Municipal das Vertentes Evaristo Ferreira Filho,** desde o dia 08 de maio de 2021, respondendo por esta unidade de saúde de acordo com o **Contrato de Gestão de Nº 001/2020,** firmado em 02 de janeiro de 2020 entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, realizando atividades hospitalares como internamento nas clínicas médica, pediátrica, obstétrica e cirúrgica, bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 64 leitos, distribuídos em 20 para cirurgia geral, 30 para clínica geral, 02 para unidade de isolamento, 08 para obstetrícia clínica e 04 para pediatria clínica.

O **Hospital Municipal das Vertentes Evaristo Ferreira Filho** está localizado no município de Vertentes, Avenida Coronel Braz Bezerra, S/N, Vertentes - PE CEP 55770-000, sendo a unidade referência na região para 31 municípios, a saber: Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes. Os pacientes são regulados pela IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, atendendo uma população de 1.324.382 mil habitantes.

Vertentes, 05 de setembro de 2022.

DR. ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO
SECRETÁRIO DE SAÚDE
CPF: 035.275.284-07
PORT.: 001/2021

Elídio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde das Vertentes/PE

Rua Manoel Benício de Azevedo, s/n, Centro, Vertentes – Pernambuco – CEP 55.770-000
Fone (81) 3734 1136 / 3734 1032
E-mail: pmvsecsaude@yahoo.com.br
CNPJ 10.261.245/0001-26

SUS

DISQUE SAÚDE 136

O presente documento digital foi conferido com o original e assinado digitalmente por Lannusa Vasconcelos Gomes, em sexta-feira, 30 de setembro de 2022 15:19:16 GMT-03:00, CNS: 07.394-0 - Cartório 2º Ofício/PE, nos termos da medida provisória N. 2.200-2 de 24 de agosto de 2001. Sua autenticidade deverá ser confirmada no endereço eletrônico www.cenad.org.br/autenticidade. O presente documento digital pode ser convertido em papel por meio de autenticação no Tabelionato de Notas. Provimento nº 100/2020 CNJ - artigo 22.

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 30 de setembro de 2022, 10:51:50. Em testemunho da verdade. OP.:49. LANNUSA VASCONCELOS GOMES, Substituta Emolumentos: R$ 4,06 TSNR: R$ 0,81 FERC: R$ 0,41 ISS: R$ 0,20 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.FJE09202201.00996. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.FJE09202201.00996
Data: 30/09/2022 10:51:50
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

xiii.Atestado 13

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta
Trabalho, Humildade e Respeito

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA

Declaro para todos os fins, que foi formalizado o **Contrato de Gestão de nº 004/2020 em janeiro/2020** entre o Município de Água Preta e a **Associação João Paulo II** para desempenhar gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito do **Hospital Cientista Nelson Chaves,** e essa Secretaria desde 25/04/2020 resolve assuntos administrativos e operacionais pertinentes a esse contrato de gestão com o Diretor Administrativo dessa Organização Social de Saúde, Dr. José Nicácio de Amorim Neto.

Declaro ainda que essa profissional até a presente data, vem desempenhando com excelente qualidade suas atribuições, nada tendo o que desabone técnica e administrativamente.

FIRMA RECONHECIDA desta assinatura

Água Preta, 30 de abril de 2021.

Dra. Maria José de A. Melo
Secretária de Saúde
Port. Nº 003/2021

Maria José de Andrade Melo

Secretária de Saúde do Município de Água Preta

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA ÁGUA PRETA - PE Dr. Luciano de França Silva
Titular
Praça dos Três Poderes, 3233, Centro, Água Preta - PE - CEP 55.550-000 - Tel.: (81) 3681-1105

RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura da pessoa de: MARIA JOSE DE ANDRADE MELO. Água Preta/PE, Márcia Gomes de Lima - AS Substituta Legal. Emol R$ 4,30 TSNR R$ 0,86 FERM R$ 0,04 FUNSEG R$ 0,08 FERC R$ 0,43 ISS R$ 0,21 Total R$ 5,92.

Selo: 0074013.WCT04202101.00025 10/05/2021 12:34:53
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA ÁGUA PRETA - PE Dr. Luciano de França Silva

03-08-1892

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 10 de maio de 2021, 15:51:43. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.ZRZ04202102.00180. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.ZRZ04202102.00180
Data: 10/05/2021 15:51:43
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

xiv.Atestado 14

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta
Trabalho, Humildade e Respeito

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL

Esta secretaria declara para todos os fins, que o **Dr. Marcelo Neves De Souza,** médico clinico inscrito no CRM/PE 22.558 é **Diretor Clínico** do **Hospital Cientista Nelson Chaves** desde a formalização do **Contrato de Gestão de nº 004/2020 em janeiro/2020** entre o Município de Água Preta e a **Associação João Paulo II** exercendo função clínica e administrativa médica, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais na especialidade de clínica médica. Esse Hospital possui bloco cirúrgico e realiza procedimentos cirúrgicos de pequeno, médio e grande porte em regime hospitalar, totalizando 50 leitos, distribuído em 10 para cirurgia geral, 20 para clínica geral, 8 para obstetrícia clínica e 12 para pediatria clínica (se encontram no mesmo hospital mais 25 leitos de UTI adulto/UTI Covid19), também utilizados para pacientes sob supervisão médica e/ou de enfermagem, para fins diagnósticos ou terapêuticos. O Hospital Cientista Nelson Chaves é localizado no município de Água Preta, Rua

xv.Atestado 15

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta

Projetada, S/N, Engenho Barra do Douro, CEP 55550-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Declaro ainda que o profissional acima citado desempenhou com excelente qualidade suas atribuições, nada tendo o que desabone sua conduta técnica ou administrativamente e macule a sua honra.

FIRMA RECONHECIDA desta assinatura

Água Preta, 30 de abril de 2021.

Dra. Maria José de A. Melo
Secretária de Saúde
Port. Nº 003/2021

Maria José de Andrade Melo
Secretária de Saúde do Município de Água Preta

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DA ÁGUA PRETA - PE Dr. Luciano de França Silva Titular
Praça dos Três Poderes, 3233, Centro, Água Preta - PE - CEP 55.550-000 - Tel.: (81) 3681-1105
RECONHECIMENTO DE FIRMA - Reconheço por SEMELHANÇA a assinatura da pessoa de: MARIA JOSE DE ANDRADE MELO. Água Preta/PE, Márcia Gomes de Lima - 2º Substituta Legal. Emol R$ 4,30 TSNR R$ 0,86 FERM R$ 0,04 FUNSEG R$ 0,08 FERC R$ 0,43 ISS R$ 0,21 Total R$ 5,92.
Selo: 0074013.LSP04202101.00024 10/05/2021 12:39:31
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 10 de maio de 2021, 15:37:03. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.RBZ04202102.00171. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.RBZ04202102.00171
Data: 10/05/2021 15:37:03
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

xvi.Atestado 16

PREFEITURA DE IBIMIRIM
Fazendo mais pra você

Rua Maria do Rosário Melo, 218, Areia Branca - Ibimirim - PE - CEP: 56-580-000

ATESTADO DE CAPACIDADE TÉCNICA GERENCIAL

A Prefeitura Municipal de Ibimirim- PE, representada pelo prefeito que infra assina, declara para todos os fins, que **Pedro Alberto Almeida Paraíso**, inscrito no CPF/MF nº 700.928.784-82, Portador da Cédula de Identidade de estrangeiro (RNE) sob o nº V951540-T, como Diretor Presidente e Representante legal da **Associação Beneficente João Paulo II**, desempenha funções referentes à gestão, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no âmbito da **Unidade Mista Marcos Ferreira D'Avila**, desse o dia 24 de janeiro de 2023, quando foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 015/2022** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde, realizando atividades hospitalares como internamento em clínicas médicas, pediátricas, obstétrica e cirúrgica (geral e pediátrica), bem como atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. A Unidade Mista Marcos Ferreira D'Avila é localizada no município de Ibimirim, Avenida Manoel Vicente, Centro, nº 215, CEP 56580-000. Os pacientes são regulados pela IV Geres, atendendo uma população de 29.412 mil habitantes.

Ibimirim, 27 de janeiro de 2023.

José Wellitom de Melo Siqueira
Prefeito do Município de Ibimirim

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 16 de fevereiro de 2023, 15:15:46. Em testemunho da verdade. OP.:49. LANNUSA VASCONCELOS GOMES, Substituta Emolumentos: R$ 4,30 TSNR: R$ 0,86 FERC: R$ 0,43 ISS: R$ 0,22 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 5,51. Selo: 0073940.AUN01202302.00992. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.AUN01202302.00992
Data: 16/02/2023 15:15:46
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

xvii.Atestado 17

PREFEITURA MUNICIPAL DOS BARREIROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE DO(A) SECRETÁRIO(A)

CERTIDÃO DE EXPERIÊNCIA

Certifico para todos os fins, que em 18 de setembro de 2018 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2018** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Distrital Jailton Messias**, realizando **atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico**, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. **O Hospital Distrital Jailton Messias** é localizado no município de Barreiros, PE 60, Km 72,5, S/N bairro Rio Uma, CEP 55560-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Municípios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Barreiros, 28 de dezembro de 2020.

Elídio Ferreira de Moura Filho
Secretário de Saúde do Município de Barreiros

DR. ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO
SECRETÁRIO DE SAÚDE
CPF: 035.275.284-07
PORT.: 001/2021

2ª Serventia Notarial de Jaboatão dos Guararapes
2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
Titular: GRAZIELLA GUERRA BACELETE
Reconheço por SEMELHANÇA as firma(s) de:
[0216849]--ELIDIO FERREIRA DE MOURA FILHO.....
Jaboatão dos Guararapes, 19/04/2021, 10:22:56
Em Test°. _____ da verdade. Dou fé.
KARINE SANTOS ALMEIDA - ESCREVENTE
Emol. R$ 3,83 TSNR R$ 0,86, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, PERC R$ 0,47, ISS R$ 0,22 - Total R$ 5,61
0074914.ZZR04202101.03790
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

Rua Dom Luiz, 394 – Centro – Barreiros / CEP 55.560-000 / Fones (81) 3675 1466 / 3675 2429
CNPJ 11.514.360/0001-28

xviii.Atestado 18

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PREFEITURA DA Água Preta
Trabalho, Humildade e Respeito

CERTIDÃO DE EXPERIÊNCIA

Certifico que em 31 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 004/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde no **Hospital Cientista Nelson Chaves**, realizando **atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico**, além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. O Hospital Cientista Nelson Chaves é localizado no município de Água Preta, Rua Projetada, S/N, Engenho Barra do Douro, CEP 55550-000, sendo a unidade referência na região, para 22 Munícipios, a saber, Água Preta, Amaraji, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré. Os pacientes são regulados pela III Geres, atendendo uma população de 604.678 mil habitantes.

Água Preta, 18 de março de 2021.

Dra. Maria José de A. Melo
Secretária de Saúde
Port. Nº 003/2021

Maria José de Andrade Melo
Secretária de Saúde do Município de Água Preta

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS
2ª SERVENTIA NOTARIAL DE JABOATÃO DOS GUARARAPES
Titular: GRAZIELLA GUERRA
Reconheço por SEMELHANÇA a firma(s) de:
[0344237] - MARIA JOSE DE ANDRADE MELO
Jaboatão dos Guararapes, 19/04/2021, 10:24:04
Em Test° da verdade. Dou fé.
KARINE SANTOS ALMEIDA - ESCREVENTE
Emol.: R$ 3,68, TSNR R$ 0,86, FERM R$ 0,04, FUNSEG R$ 0,09, FERC R$ 0,47, ISS R$ 0,22 - Total R$ 5,51
0074914.KBA04202101.03791
Consulte a autenticidade do selo em: www.tjpe.jus.br/selodigital

xix.Atestado 19

6º OFÍCIO DE NOTAS DE RECIFE - PE - CARTÓRIO ROMA

Rua Engenheiro Ubaldo Gomes de Matos, 51 - Centro - CEP 50030-310 - Recife - PE - Fone: (81) 34244942 - e-mail: cartorioroma@hotmail.com.br

Reconheço por semelhança a firma de: JOSE HELDER PINTO CORREA DE ARAUJO Em test _ da verdade.
Recife-PE 19/04/2021 13:11:09 Emol: 3,83 FERM: 0,04
FUNSEG: 0,09 TSNR: 0,86 PERC: 0,07 ISS: 0,22 TOTAL: 5,51
SANDRA MARIA MIRANDA TORQUATO Escrevente Autorizada

Selo: 0077248.NZR04202101.02573

Consulte a autenticidade do selo em www.tjpe.jus.br/selodigital

CERTIDÃO DE EXPERIÊNCIA

Esta secretaria declara para todos os fins, que em 02 de janeiro de 2020 foi formalizado o **Contrato de Gestão de Nº 001/2020** entre esta Secretaria Municipal de Saúde e a **Associação Beneficente João Paulo II**, o qual se encontra em vigência até a presente data, cujo objeto é o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na **Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva**, realizando **atendimentos ininterruptos em urgência e emergência adulto e pediátrico,** além de atendimentos ambulatoriais multidisciplinares nas especialidades de cardiologia, psicologia, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e clínica médica. A Unidade Mista Dr. Benjamim Bezerra da Silva é localizado no município de Vertentes, Avenida Coronel Braz Bezerra, S/N, Vertentes - PE CEP 55770- 000, sendo a unidade referência na região, para 22 Municípios, a saber, Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Frei Miguelinho, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Jurema, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das Almas, Sairé, Santa Cruz do Capibaribe, Santa Maria do Cambucá, São Bento do Una, São Caetano, São Joaquim do Monte, Tacaimbó, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes. Os pacientes são regulados pela IV Geres, atendendo uma população de 1.324.382 mil habitantes.

6º Ofício de Notas - Recife - PE

Vertentes, 28 de dezembro de 2020.

José Helder Pinto Correa de Araújo

Secretário de Saúde do Município de Vertentes

SUS Secretaria Municipal de Saúde

DISQUE SAÚDE 136 Ouvidoria Geral do SUS.

Rua Manoel Benicio de Azevedo, s/nº
CEP 55.770-000, Centro, Vertentes/PE
Fone/Fax: (81) 3734.1136 - 3734.1032
E-mail: pmvsecsaude@yahoo.com.br
CNPJ/MF nº 10.261.245/0001-26

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 24 de abril de 2021, 11:40:25. Em testemunho da verdade. OP.:49. MONICA MACHADO CAMPOS MAGALHÃES, Tabeliã Titular Emolumentos: R$ 3,67 TSNR: R$ 0,73 FERC: R$ 0,40 ISS: R$ 0,18 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.UEK04202101.00094. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

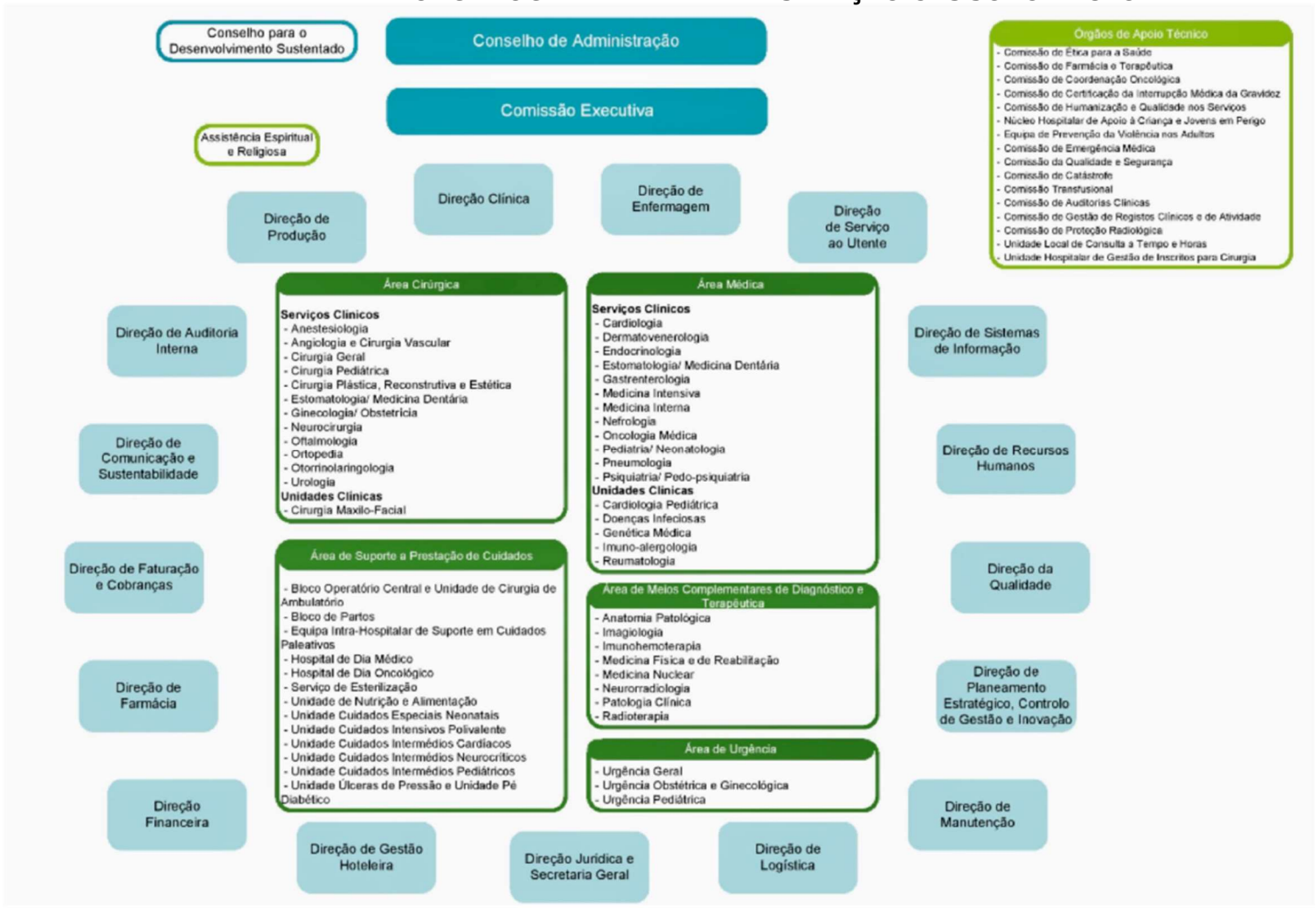
Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.UEK04202101.00094
Data: 24/04/2021 11:40:25
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital

3.4. **Estrutura e experiência da diretoria e seus profissionais**

3.4.1. Estrutura Organizacional Diretiva da Unidade

Na página seguinte será possível observar uma imagem ilustrativa do organograma da nossa organização para o entendimento da execução da excelência de nossas atividades.

ORGANOGRAMA DA ADMINISTRAÇÃO CHS JOÃO PAULO II



3.4.2. Colaboradores

1. Ana Cristina da Silva Superintendente da CHS João Paulo II
2. Daiany Maria Marques Beni Hidalgo - Responsável Técnica CHS - Vertentes
3. Daniela Barbosa de Miranda - Enfermeira Responsável Técnica - CHS Vertentes
4. Lucas Serrano de Farias
5. Hely José de Farias Júnior - Diretor Clínico CHS- Barreiros
6. Isabella Laís N. de Almeida - Enfermeira Responsável pelo Serviço de Internamento - CHS Barreiros
7. José Nicacio de Amorim Neto - Responsável Técnico - CHS Água Preta
8. Leila Regina Gonzaga Líder do Bloco Cirúrgico CHS - Barreiros
9. Oziel Manuel da silva - Enfermeiro Responsável pelo serviço de Urgência/Emergência - CHS - Barreiros
10. Pedro Alberto Paraiso de Almeida Diretor Presidente da CHS João Paulo II
11. Raissa Buarque Pessoa Diretora Social CHS- Barreiros
12. Raissa Luiza Pio Pereira - Coordenadora de Enfermagem - CHS - Água preta
13. Rayra Julia Pereira Portela - Enfermeira Responsável pelo bloco cirúrgico- CHS Barreiros
14. Suedilson Maracajá Ramos - Diretor Operacional CHS

3.4.3. Experiência dos profissionais Da CHS JOÃO PAULO II

Dr: MARCELO NEVES DE SOUSA

Rua Júlio Belo, nº 10, Apto: 602 · Bairro - Centro
55.565.000 · São José da Coroa Grande· PE
· Vivo (81) 98223-1144
marcelonevessousa@hotmail.com
46 anos · Brasileiro · União Estavel
CRM: 22558
Disponibilidade para viagens e mudança

Objetivo: MÉDICO CLÍNICO GERAL

Síntese de Qualificações:

- Carreira desenvolvida na área de **Medicina**, com experiência na identificação de doenças e sintomas, orientação sobre o tratamento mais apropriado, realização e solicitação de exames complementares.
- Vivência na solicitação e análise de exames e procedimentos, prescrição de receitas e medicações, preenchimento de guias e fichas técnicas.
- Visita a pacientes internados em unidades de Enfermaria, Clínica Médica e Cirúrgica, agindo na avaliação de quadros críticos e semicríticos e na prestação de informações aos familiares.
- Prestação de serviços em unidades ambulatoriais, deferimento do fluxo de pacientes, mapeamento das realizações em caráter eletivo e emergencial e recebimento e repasse de plantões.

Experiência Profissional:

08/2014 a 03/2017 **Prefeitura Municipal de Piquete/SP**
Secretaria Municipal de Saúde – Pronto Atendimento Municipal
Médico Clínico Geral - (Plantonista com escalas 12 e 24 horas).

08/2014 a 05/2016 **Prefeitura Municipal de Piquete/SP**
Secretaria Municipal de Saúde – PSF Santa Isabel
Médico Clínico da Estratégia Saúde da Família.

10/2014 a 10/2015 **Prefeitura Municipal de Igaratá/SP**
Secretaria Municipal de Saúde – Pronto Atendimento Municipal
Médico Clínico Geral – (Plantonista com escalas de 12 e 24 horas).

09/06/2016 à 24/05/2022 **Hospital Distrital Jaílton Messias de Oliveira – Barreiros-PE**
Secretaria Municipal de Saúde – Pronto Atendimento Municipal
CHS – João Paulo II
Médico Plantonista – 24 horas (Urgência e Emergência)
Diretor Clínico (período de 11/2020 à 24/05/2022)

09/06/2016 à 24/05/2022 **UNIDADE MISTA OSMÁRIO OMENA DE OLIVEIRA – SJCG-PE**
Secretaria Municipal de Saúde – Pronto Atendimento Municipal

Médico Plantonista – 24 horas (Urgência e Emergência)
Diretor Clínico (período de 01/2017 à 24/05/2022)
MÉDICO PSF (PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA)
UBSF VIRGINIA ALBUQUERQUE (VÁRZEA DO UNA)
PERÍODO DE 01/2017 À 24/05/2022.

Formação Acadêmica:

Graduação em Medicina

UNEC – CENTRO UNIVERSITÁRIO DE CARATINGA-MG

PÓS-GRADUAÇÃO

CBMS – COLÉGIO BRASILEIRO DE MEDICINA E SAÚDE
(Dermatologia Clínica / Cirúrgica e Cosmiatria (Em andamento)

Formação Complementar:

- **13/12/2014 a 14/12/2014** – ACLS Provider – **Suporte Avançado de Vida em Cardiologia** – hospital da Clínica da **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - (**16 horas).

- **16/04/2016 –** VIAMURGEM **– Acesso à Via Aérea –** Teórico e Prático - (10 horas) - **CUREM –** Laboratório de Treinamento e Simulações de Urgências e Emergências.

Informática:

Conhecimento avançado no Pacote Office e Internet.

Certifico que a presente autenticação digital foi feita mediante a apresentação do respectivo documento físico original e do arquivo digitalizado em formato PDF/A, e assinada com Certificado Digital ICP-Brasil e dou fé. Paudalho-PE, 4 de outubro de 2022, 14:47:08. Em testemunho da verdade. OP.:49. LANNUSA VASCONCELOS GOMES, Substituta Emolumentos: R$ 4,06 TSNR: R$ 0,81 FERC: R$ 0,41 ISS: R $ 0,20 FERM R$ 0,03 e FUNSEG R$ 0,07 TOTAL R$ 4,19. Selo: 0073940.PPO09202201.01192. Consulte Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Pernambuco
Selo: 0073940.PPO09202201.01192
Data: 04/10/2022 14:47:08
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria Luiza Santos Nascimento

Brasileira, Casada, 39 anos
Endereço: Condominio Residencial Parque Mar De São José 68,
Rua do Amor 201 Bairro: Gameleira – São José da Coroa Grande – PE
CEP: 55565-000
Telefone: (81) 98816-4982
E-mail: mluizasn.ab@gmail.com

OBJETIVO

Trabalhar e atuar, colocando em prática os conhecimentos adquiridos e fazendo com que as atividades sob minha responsabilidade sejam alcaçadas com êxito.

FORMAÇÃO

- **Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco / UPE 2007.2**
- **Pós Graduação em Obstetricia e Neonatologia, FAJOLCA 2019**
- **Curso de Atendimento Pré Hospitalar / APH**
- **Curso de Atenção intergral das doenças prevalentes na infância / AIDPI**

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

- **2008 - 2016 Enfermeira De Saúde Da Família (USF) BARREIROS - PE**
- **2008 – 2018 Enfermeira plantonista com atuação em emergência HOSP. MUNICIPAL BARREIROS - PE**
- **2010 – 2012 Enfermeira Plantonista com atuação em ala psiquiatria HOSP. COLÔNIA VICENTE GOMES DE MATOS - PE**
- **2013 – 2014 Enfermeira Plantonista com atuação em emergência do - HOSP. MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE - PE**
- **2017 – 2020 Coordenação da Atenção Básica – BARREIROS - PE**
- **2018 – 2020 Enfermeira plantonista com atuação em clínica cirúrgica, clínica obstétrica e clínica médica – ASSOCIAÇÃO JOÃO PAULO II**
- **2021 – Até os dias Atuais – Coordenação Matricial Departamento Clinico terapêutico – ASSOCIAÇÃO JOÃO PAULO II**
- **2021 – 2022 – Enfermeira plantonista com atuação em clínica obstétrica no CPN DE MARAGOGÍ – AL**
- **2022 – Até os dias Atuais – Enfermeira plantonista com atuação em emergencia UPA de MARAGOGÍ - AL**

Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1253780052524262
ID Lattes: **1253780052524262**
Última atualização do currículo em 12/09/2016

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco em 2002. Em 2004 conclui a Residência em Ginecologia e Obstetrícia no Instituto Materno Infantil de Pernambuco ? IMIP. Em 2005 conclui? a especialização em Uroginecologia e Cirurgia Reconstrutiva do Assoalho Pélvico pela Universidade Estadual de Campinas; e obtive o Titulo de Especialista da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Em agosto do mesmo ano obtive aprovação para o Mestrado em Cirurgia da Universidade Estadual de Campinas ? UNICAMP, concluindo-o em julho de 2008. Conclui o Doutorado em Cirurgia pal Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atualmente, exerço a função de Chefe do Serviço de Ginecologia do Hospital Agamenon Magalhães, leciono no curso médico da Universidade Católica de Pernambuco e ainda, exerço atividade em consultório privado. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira
Nome em citações bibliográficas SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da;SILVEIRA, A.
Lattes iD http://lattes.cnpq.br/1253780052524262

Endereço

Endereço Profissional
GINOVIDA Serviços Médicos e Hospitalares Ltda.
Av Visconde de Jequitinhonha, 1144. Sala 108 (1o- andar)
Boa Viagem
51030020 - Recife, PE - Brasil
Telefone: (81) 21293015
URL da Homepage: www.ginovida.blogspot.com.br

Formação acadêmica/titulação

2010 - 2014
Doutorado em Cirurgia.
Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.
Título: ESTUDO DA REAÇÃO INFLAMATÓRIA E DA FIBROSE APÓS O IMPLANTE DE TELAS DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR ASSOCIADAS À COLA DE FIBRINA, OBTIDA ATRÁVES DA TECNOLOGIA TISSUE BOND® 2BCS, NO SUBCUTÂNEO DE RATAS ADULTAS, Ano de obtenção: 2014.
Orientador: Salvador Correia Vilar.
Palavras-chave: INCONTINENCIA URINARIA; sling; tela polipropileno; cola biológica.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.
Grande Área: Ciências Biológicas / Área: Morfologia / Subárea: morfologia.
Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.

2006 - 2008
Mestrado em Ciências da Cirurgia.
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: Uso do Sling sintético pré-púbico para tratamento da Incontinência Urinária de Esforço: eficácia, segurança e qualidade de vida., Ano de Obtenção: 2008.
Orientador: Cassio Riccetto.
Palavras-chave: INCONTINENCIA URINARIA; UROGINECOLOGIA; slin pre pubico; urodinamica; terapia da incontinencia urinaria; tela polipropileno.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil / Especialidade: Uroginecologia.
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Anatomia Patológica e Patologia Clínica / Especialidade: Urologia.
Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.

2003 - 2005

Especialização - Residência médica. **2012 - 2012**
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Brasil. Residência médica em: Ginecologia e Obstetricia
Número do registro: .
Bolsista do(a): Fundação de Saúde Amaury de Medeiros, FUSAM, Brasil.
Palavras-chave: ginecologista; UROGINECOLOGIA; sling; INCONTINENCIA URINARIA; assoalho pelvico; cirurgia reconstrutiva pelvica.
Grande área: Ciências da Saúde
Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Cirurgia / Especialidade: Cirurgia Reconstrutiva do Assoalho Pélvico.
Setores de atividade: Cuidado À Saúde das Pessoas.

Especialização em Título de Qualificação em Colposcopia. **2010 - 2011**
Associação Brasileira de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia, ABPTGIC, Brasil.
Título: CONCURSO PARA TÍTULO DE QUALIFICAÇÃO.

Especialização em Medicina Aeroespacial. (Carga Horária: 384h). **2005 - 2006**
Universidade da Força Aérea, UNIFA, Brasil.
Título: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES AVIADORAS DA FORÇA AÉREA BRASILEIRA.
Orientador: TEN CEL GILVAN.

Especialização em Uroginecologia. (Carga Horária: 960h). **2005 - 2005**
Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
Título: AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA CAPACIDADE VESICAL MÁXIMA E GRAU DE INCÔMODO, COM NaCl 0,9% VERSUS KCl 0,2M PARA DIAGNÓSTICO DA CISTITE INTERSTICIAL: UM ESTUDO PROSPECTIVO CONTROLADO.
Orientador: PAULO CESAR RODRIGUES PALMA.

Especialização em TEGO - Titulo de Especialista em Gin. e Obstet. **1996 - 2002**
Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia - RJ, FEBRASGO, Brasil.
Título: Sindrome de Von Hippel Lindau na gravidez: relato de caso.

Graduação em Medicina.
Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Brasil.

Formação Complementar

2016 - 2016 Instrutoria Histeroscopia. (Carga horária: 30h).
Pro Delphus Simuladores Cirurgicos, PD, Brasil.

2016 - 2016 Curso Teórico Prático de Laparoscopia Cirúrgica e Sutura Endoscópica. (Carga horária: 30h).
Pro Delphus Simuladores Cirurgicos, PD, Brasil.

2015 - 2015 CURSO PRÁTICO DE HISTEROSOCPIA APLICADA. (Carga horária: 30h).
Pro Delphus Simuladores Cirurgicos, PD, Brasil.

2014 - 2014 LÍDER COACH. (Carga horária: 24h).
INSTITUTO DE APERFEIÇOAMENTO PESSOAL, IAP, Brasil.

2011 - 2011 CURSO DE ESTÉTICA GENITAL FEMININA. (Carga horária: 40h).
GYNELASER, GYNELASER, Brasil.

2011 - 2011 Colposcopia. (Carga horária: 40h).
CETRUS, CETRUS, Brasil.

2011 - 2011 CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM PRÉ NATAL DE ALTO RISCO. (Carga horária: 20h).
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO, SES-PE, Brasil.

2010 - 2010 CURSO DE ADAPTAÇÃO EM SAÚDE OPERACIONAL. (Carga horária: 32h).
CENTRO DE INSTRUÇÃO E ADAPTAÇÃO AERONÁUTICA, CIAAR, Brasil.

2010 - 2010 Curso de Medicina Aeroespacial. (Carga horária: 360h).
Universidade da Força Aérea, UNIFA, Brasil.

2010 - 2010 Curso de Adaptação de Médicos da Aeronáutica. (Carga horária: 800h).
Força Aérea Brasileira, FAB, Brasil.

2009 - 2009 HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOSCÓPIO. (Carga horária: 20h).
INSTITUTO EUROPEU DE CI6ENCIAS ENDOSCÓPICAS, IECE, Brasil.

2007 - 2007 EAS - Estagio de Adaptacao em Servico. (Carga horária: 400h).
II COMANDO AEREO REGIONAL, II COMAR, Brasil.

2004 - 2004 CURSO DE HUNMAINZAÇÃO NA ASSISTENCIA AO PARTO. (Carga horária: 12h).
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, IMIP, Brasil.

Atuação Profissional

Universidade Católica de Pernambuco, UNICAP, Brasil.

Vínculo institucional
2015 - Atual Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Professor Assistente, Carga horária: 12

HOSPITAL AGAMENON MAGALHÃES, HAM, Brasil.

Vínculo institucional
2016 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: DIARISTA, Carga horária: 15
Outras informações EXERÇO A FUNÇÃO DE GERENTE DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA

HOSPITAL DE AERONAUTICA DE RECIFE, HARF, Brasil.

Vínculo institucional
2007 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Medico Oficial da Aeronautica, Carga horária: 25

Instituto Pernambucano de Estudos Avançados, IPEA, Brasil.

Vínculo institucional
2013 - Atual Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: Professor Convidado, Carga horária: 1
Outras informações Disciplinas de Educação e Promoção a Saúde da Mulher

Servico de Apoio a Mulher Wilma Lessa, SAMWL, Brasil.

Vínculo institucional
2006 - 2016 Vínculo: , Enquadramento Funcional: Ginecologista, Carga horária: 24
Outras informações Servico destinado a atencao e apoio a mulher vitima de violencia fisica e sexual. Programa do governo do estado de Pernambuco que oferece assistencia medica, apoio psicologico e social para as mulheres vitimas de violencia.

Atividades
05/2006 - Atual Serviços técnicos especializados , Servico de Apoio a Mulher Wilma Lessa.
Serviço realizado
Assistencia medica a mulheres vitimas de violencia fisica e sexual.

Outros Projetos

Nesse setor realizamos o estímulo a pesquisa dentro da instituição e submetemos os projetos ao Comitê de ètica e Pesquisa
Situação: Desativado; Natureza: Outra.

Integrantes: Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira - Coordenador.

Membro de corpo editorial

2013 - Atual Periódico: Revista da UNIFA (Impresso)
2010 - Atual Periódico: Revista Científica do Hospital de Aeronáutica de Recife

Revisor de periódico

2006 - Atual Periódico: International urogynecology journal (Print) (0937-3462)
2011 - Atual Periódico: Revista da Universidade da Força Aérea

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil/Especialidade: Uroginecologia.
2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil/Especialidade: Ginecologia e Obstetricia.
3. Grande área: Outros / Área: Divulgação Científica.
4. Grande área: Ciências Humanas / Área: Educação.
5. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Patologia do Trtato Genital Inferior.

Idiomas

Inglês	Compreende Razoavelmente, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Prêmios e títulos

2012	MELHOR TRABALHO NO 38 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, SOCIEDADE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA DE PERNAMBUCO.
2008	Melhor Trabalho Científico da Jornada Científica do Hospital de Aeronáutica de Recife, Hospital de Aeronáutica de Recife.
2007	3o. Melhor Tema Livre na Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia, Sociedade Ginecologia e Obstetricia de Pernambuco.

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

Ordenar por

Ordem Cronológica

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Lamartine, Andrade Aguiar ; VILAR, S. C. . MEMBRANA DE BIOPOLÍMERO DA CANA-DE-AÇÚCAR: UMA REALIDADE COMO OPÇÃO PARA CORREÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA. Millenium (Viseu), v. 46, p. 81-95, 2014.
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; Ricardo Capmartin . Experiencia clínica e urodinamica com Ácido Hialurônico intravesical na Síndrome da Bexiga Dolorosa associado a Cistite Intersticial. Actas Urológicas Españolas JCR, v. 35, p. 184-187, 2011.

   Citações: WEB OF SCIENCE 8 | SCOPUS 6
3. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; Ricardo natalin ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Pilot Study on the Comparative Assessment of Maximum Bladder Capacity for the Diagnosis of Interstitial Cystitis: NaCl 0.9% Versus 0.2M KCl. UroToday International Journal, v. 2, p. 00, 2009.
4. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Fogiatto, D ; Kulak, J ; Busato, D ; Francisco, JA . Sling Transobturatorio: resultados de um centro terciario de uroginecologia em Curitiba no ano de 2004.. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, v. 34, p. 123-126, 2007.
5. PALMA, P. ; RICCETTO, C. ; FRAGA, R. ; PORTUGAL, S. ; DAMBROS, M. ; RINCÓN, M.E. ; **SILVEIRA, A.** ; NETTO JR, N.R. . Anatomía tridimensional y cirugía virtual para procedimientos transobturatrizes. Actas Urológicas Españolas JCR, v. 31, p. 361-365, 2007.

   Citações: SCOPUS 1
6. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; HERRMANN, Viviane ; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; SILVA JUNIOR, W. ; NETTO, N. R. . Cisto Vaginal Benigno se Apresentando como Enterocele:relato de caso. Prática Hospitalar (Online), v. 44, p. 1-5, 2006.

Capítulos de livros publicados

1. Ariel Sacafuri ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da** . Síndrome da Bexiga Dolorosa/Cistite Intersticial. In: Paulo Palma. (Org.). Urofisioterapia. Aplicações clínicas das técnicas fisioterapêuticas nas. 01ed.Curitiba: Personal Link Comunicações Ltda, 2009, v. 01, p. 05-524.

Trabalhos completos publicados em anais de congressos

1. MULLER, Virginia ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da** ; HERRMANN, Viviane ; NETTO, N. R. . Combined Obturator - pre pubic anterior vaginal wall prolapse repair: report of a multicentric clinical trial.. In: Congresso da Associacao Latino-Americana de Urologia, 2006, Recife. Internacional Brazilian Journal of Urology. Rio de Janeiro: Press Graphic and Publishing Ltd.. v. 32. p. 57-57.
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; MULLER, Virginia ; PERCHON, L. ; THIEL, R. ; DAMBROS, Miriam ; NETTO, N. R. . Vaginal Prolapse Repair with and without Meshes: A global analysis of the impact on symptons, quality of life and sexuality.. In: Congresso Latino Americano de Urologia, 2006, Recife. International Brazilian Journal of Urology. Rio de Janeiro: Press Graphic and Publishing Ltd.. v. 32. p. 47-47.
3. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; MULLER, Virginia ; FRAGA, Rogerio de ; DAMBROS, Miriam ; CARDIA, F. ; NETTO, N. R. . Transobturator cross-over sling for complex stress urinary incontinence. In: Congresso Latino Americano de Urologia, 2006, Recife. International Brazilian Journal of Urology. Rio de Janeiro: Press Graphic and Publishing. v. 32. p. 240-240.
4. MULLER, Virginia ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da** ; HERRMANN, Viviane ; NETTO, N. R. . Combined obturator - pre pubic anterior vaginal wall prolapse repair: report of a

multicentric clinical trial.. In: Congresso Latino Americano de Urologia, 2006, Recife. International Brazilian Journal of Urology. Rio de Janeiro: Press Graphic and Publishing. v. 32. p. 241-241.

5. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; NETTO, N. R. . Seguimento do Sling Pubovaginal utilizando submucosa intestinal de porco no tratamento da Incontinencia urinaria.. In: 51 Congresso BRasileiro de Ginecologia e Obstetricia., 2005, Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 2005.
6. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; NETTO, N. R. . Leiomioma Uretral durante a gravidez: relato de caso. In: 51 Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia, 2005, Rio de Janeiro. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 2005.

Resumos publicados em anais de congressos

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; MULLER, Virginia ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Migracao Distal de Sling Pre-Pubico: um estudo prospectivo. In: Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia, 2007, Recife. Anais da ornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. Recife, 2007. v. 01. p. 22-22.
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; Rincon, ME ; ALBUQUERQUE, E. C. ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Avaliacao Comparativa da Capacidade Vesical Maxima e grau de incomodo, com cloreto de sodio versus cloreto de potassio np diagnostico da Cistite Intersticial. In: Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia, 2007, Recife. Anais Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. Recife, 2007.
3. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; FARIAS, Maria Emilia de ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Estudo preliminar comparatuvo entre dois metodos para avaliacao de pacientes com Incontinencia Urinaria Feminina. In: Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia, 2007, REcife. Anais da Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia, 2007.
4. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Daniela Berardo ; ALBUQUERQUE, E. C. ; Braga R ; Guimaraes VB . Avaliacao da Assistencia Cirurgica prestada por ginecologictas em Incontinencia Urinaria na cidade do REcife - resultados preliminares. In: JOrnada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia, 2007, Recife. Anais JOrnada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. Recife, 2007.

Artigos aceitos para publicação

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; MULLER, Virginia ; HERRMANN, Viviane ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Sling Transvaginal Pré-Púbico apresenta alta taxa de migração distal. RBGO. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia JCR, 2008.
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Leiomioma Uretral durante a gravidez: relato de caso. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2007.

Apresentações de Trabalho

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Soares, Deyse ; Melo, Izabelita Fonseca ; Barros, Daniela ; Nascimento, Glaucius C ; Correia Jr. , Theobaldo . DISMENORRÉIA MEMBRANOSA: ESTUDO DE CASO CONTROLE. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Soares, Deyse ; Melo, Izabelita Fonseca ; Barros, Daniela ; Nascimento, Glaucius C ; Correia Jr. , Theobaldo . DISMENORRÉIA MEMBRANOSA: PERNAMBUCO TEM A MAIOR SÉRIE DE CASOS DO BRASIL. 2012. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
3. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Salvador, VCL ; Lamartine, Andrade Aguiar . ESTUDO COMPARATIVO DA REAÇÃO INFLAMATÓRIA E DA FIBROSE APÓS O IMPLANTE DE TELAS DE POLIPROPILENO MONOFILAMENTAR E BIOPOLÍMERO DA CANA DE AÇÚCAR NO SUBCUTÂNEO DE RATAS ADULTAS. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
4. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Tenório, Patricia ; Dimenstein, Walter ; Dimech, Gustavo ; Soares, Deyse ; Canuto, Karina . AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DO POMACIDIM (GEL A BASE DE ACIDO CÍTRICO) NO TRATAMENTO DA VAGINOSE BACTERIANA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
5. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; SIMOES, F. K. ; Vasconcelos, Mallison . IMPACTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS À AVALIAÇÃO URODINÂMICA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
6. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. SLING TRANSOBTURADOR SINTÉTICO: RESULTADOS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE EM 2007. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
7. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA CAPACIDADE VESICAL MÁXIMA COM NaCl 0,9% VERSUS KCl 0,2M PARA DIAGNÓSTICO DA CISTITE INTERSTICIAL. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
8. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; HERRMANN, Viviane ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DA DOR EM PACIENTES COM CISTITE INTERSTICIAL/ SÍNDROME DA BEXIGA DOLOROSA. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
9. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Peregrino, EL ; Nunes, DHP ; Silva, KCC ; Santos, PCF ; Monteiro, SC . PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM LESÃO INTRA-EPITELIAL CERVICAL DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE- HARF. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
10. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA E SEGURANÇA DA INSTILAÇÃO INTRAVESICAL DE HIALURONATO DE SÓDIO NA SÍNDROME DA BEXIGA DOLOROSA/ CISTITE INTERSTICIAL. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
11. Soares, Deyse ; Dimech, Gustavo ; Pereira, ACC ; **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da** . PREVALÊNCIA DE SOROLOGIA POSITIVA PARA SÍFILIS EM USUÁRIOS DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
12.

SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; HERRMANN, Viviane ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE E SEGURANÇA DE SLING SINTÉTICO MONOFILAMENTAR PRÉ-PÚBICO: UM ESTUDO PROSPECTIVO. 2008. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

13. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; GOMES NETO, O. ; Barros, Daniela ; Melo, Izabelita Fonseca ; Correia Jr. , Theobaldo . SLING TRANSOBTURADOR SINTÉTICO: RESULTADOS DO SERVIÇO DE GINECOLOGIA DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE EM 2007. 2008. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
14. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE E SEGURANÇA DO SLING SINTÉTICO MONFILAMENTAR PRÉ PÚBICO: UM ESTUDO PROSPECTIVO. 2008. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).
15. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; MULLER, Virginia ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . Sling Transvaginal Pré-Púbico apresenta alta taxa de migração distal. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
16. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; FARIAS, Maria Emilia de ; DAMBROS, Miriam ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . ESTUDO PRELIMINAR COMPARATIVO ENTRE DOIS MÉTODOS PARA AVALIAÇÃO DE PACIENTES COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA FEMININA. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
17. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Daniela Berardo ; ALBUQUERQUE, E. C. ; Guimaraes VB . AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA CIRÚRGICA PRESTADA POR TOCOGINECOLOGISTAS EM INCONTINÊNCIA URINARIA NA CIDADE DO RECIFE - RESULTADOS PRELIMINARES.. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
18. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; Rincon, ME ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues . AVALIAÇÃO COMPARATIVA DA CAPACIDADE VESICAL MÁXIMA E GRAU DE INCÔMODO, COM CLORETO DE SODIO 0,9% VERSUS CLORETO DE POTASSIO 0,2MOLAR PARA DIAGNÓSTICO DA CISTITE INTERSTICIAL.. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
19. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; MULLER, Virginia . WHY DO PRE-PUBIC SLINGS FAIL. 2007. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
20. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; MULLER, Virginia ; RICCETTO, Cássio ; PERCHON, L. ; DAMBROS, Miriam ; NETTO, N. R. . Vaginal prolapse repair with and without meshes: a global analysis of the imapct on symptons, quality of life and sexuality.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
21. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; RICCETTO, Cássio ; MULLER, Virginia ; NETTO, N. R. . Abordagem Transobturatoria e Pre-Pubica combinada para correcao de cistocele: resultados preliminares.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
22. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; HERRMANN, Viviane ; Rincon, ME ; NETTO, N. R. . A Cirurgia Virtual em modelo anatomico reduz a curva de aprendizado nos procedimentos transobturatorios.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
23. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; HERRMANN, Viviane ; SILVA JUNIOR, W. ; NETTO, N. R. . Cisto Vaginal Benigno se apresentando como enterocele: relato de caso.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
24. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; MULLER, Virginia ; FRAGA, Rogerio de ; DAMBROS, Miriam ; CARDIA, F. ; NETTO, N. R. . Transobturator Cross-over sling for complex stress urinary incontinence: video.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
25. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Pinto, CG ; Colaco, J ; Vieira, A ; Goncalves, V ; Retto, H . Avaliacao da Qualidade de Vida das Mulheres com Bexiga Hiperativa pre e pos terapia com Cloreto de Trospio.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
26. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; DAMBROS, Miriam ; HERRMANN, Viviane ; FRAGA, Rogerio de ; NETTO, N. R. . Analise Histologica e Estereologica de diferentes tipos de Sling de Polipropileno: um estudo experimental.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
27. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Fogiatto, D ; Kulak, J ; Busato, D ; Francisco, JA . Sling Tranobturatorio Sintetico: resultados de um centro terciario de uroginecologia em Curitiba no ano de 2004.. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
28. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; HERRMANN, Viviane ; DAMBROS, Miriam ; NETTO, N. R. . Seguimento do Sling Pubovaginal usando submucosa intestinal de porco no tratamento da incontinencia urinaria.. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
29. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; DAMBROS, Miriam ; HERRMANN, Viviane ; NETTO, N. R. . Leiomioma uretral durante a gravidez: relato de caso.. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
30. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Fogiatto, D ; Busato, D ; Kulak, J ; Francisco, JA . Sling Transobturatorio Sintetico: resultados preliminares de um centro terciario em Curitiba no ano de 2004.. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
31. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; RIBEIRO, A. ; Cursino, T ; Amorim, M ; Santos, LC . Histerectomia veginal versus Histerectomia abdominal: ensaio clinico randomizado.. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
32. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Lippo, L ; Amorim, M ; Santos, LC . Inibicao do trabalho de parto prematuro com nitroglicerina transdermica comparado com nifedipina oral: ensaio cliinico randomizado.. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
33. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. MARCADORES ULTRA-SONOGRAFICOS DA SINDROME DE EDWARDS. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
34. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. DOENCA DE VON HIPEL LINDAU ASSOCIADA A GESTACAO, PARTO E PUERPERIO. 2004. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Outras produções bibliográficas

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; THIEL, Marcelo ; MARQUES, Andrea ; FARIAS, Maria Emilia de ; DAMBROS, Miriam ; BELLETI, Patricia ; FRAGA, Rogerio de ; MULLER, Virginia

; HERRMANN, Viviane . BEXIGA HIPERTIVA: NOVOS CONCEITOS PARA MELHORES RESULTADOS 2005 (PRODUCAO LITERÁRIA).

Produção técnica

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. Incontinência Urinária Feminina. 2009. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. Qual o melhor momento para levar a sua filha ao ginecologista. 2009. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).
3. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. Duvidas Frequentes na Saude da Mulher.. 2003. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).

Demais tipos de produção técnica

1. **SILVEIRA, A.**; MAIA, A. ; GURGEL, A. . ESTUDANDO A VULVA 2015. 2015. .
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. GINOVIDA. 2012. (BLOG VIRTUAL).
3. PALMA, Paulo Cesar Rodrigues ; RICCETTO, Cássio ; **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da** ; FRAGA, Rogerio de . ANATOMIA DO ASSOALHO PELVICO 3D. 2006. .

Bancas

Participação em bancas de trabalhos de conclusão

Trabalhos de conclusão de curso de graduação

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Diniz, Monica; Silva Luna, Valdir. Participação em banca de KARINA CANUTO RIBEIRO.AVALIAÇÃO DO GRAU DE DESCONFORTO NO ESTUDO URODINÂMICO EM MULHERES COM SINTOMAS URINÁRIOS. 2008. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharelado em Ciências Biológicas) - Universidade Federal de Pernambuco.
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**; Padilha, MO. Participação em banca de Muniky Oliveira Padilha.Avaliacao da Forca Muscular respiratoria no terceiro trimestre de gravidez.. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Integrada do Recife.

Participação em bancas de comissões julgadoras

Concurso público

1. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. CONSURSO PÚBLICO DE PROVAS E TÍTULOS PARA PROFESSORES DE MEDICINA - SUBÁREA CIRURGIA GERAL. 2015. Universidade Federal de Pernambuco.

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. CURSO DE INFECÇÕES EM GINECOLOGIA. 2016. (Congresso).
2. CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OIBSTETRÍCIA. NIVA; como diagnosticar e tratar?. 2016. (Congresso).
3. 41 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. CURSO DE IMERSÃO EM INFECÇÕES EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - MÓDULO DE VACINAS. 2015. (Congresso).
4. CONGRESSO BRASILEIRO DE PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR EC OLPOSCOPIA. LESÕES VAGINAIS NÃO ASSOCIADAS AO HPV. 2015. (Congresso).
5. PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR.PALESTRA: PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR. 2015. (Encontro).
6. 40 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2014. (Congresso).
7. XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE PTGI E COLPOSCOPIA. NIC 1 PERSISTENTE. 2014. (Congresso).
8. XVII CONGRESSO BRASILEIRO PTGI E COLPOSCOPIA. CÂNCER DE COLO DO ÚTERO. 2014. (Congresso).
9. XVII CONGRESSO BRASILEIRO PTGI E COLPOSCOPIA. 2014. (Congresso).
10. 39 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2013. (Congresso).
11. Congresso Brasileiro de Patologia do Trato Genital Inferior e Colposcopia. 2013. (Congresso).

12. Congresso internacional de Cirurgia Minimamente Invasiva Ginecológica. 2013. (Congresso).
13. congresso Internacional de Cirurgia Minimamente Invasiva Gionecológica. Qual a melhor indicação dos mini-slings: acompanhamento de 2 anos. 2013. (Congresso).
14. Congresso Pernambucano de Ginecologia e Obstetrícia. Avaliação dos Temas Livres. 2013. (Congresso).
15. FORÇAS NO ESPORTE.Doença Sexualmente Transmissíveis. 2013. (Outra).
16. oficina de manejo clínico básico para adultos, gestantes e crianças vivendo com HIV/AIDS.DST em mulheres com HIV. 2013. (Seminário).
17. PROGRAMA SEGUNDO TEMPO/FORÇA NO ESPORTE.GRAVIDEZ PRECOCE. 2013. (Encontro).
18. 38 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. PONTO E CONTRAPONTO NO USO DE TELAS EM CIRURGIA DO ASSOALHO PÉLVICO. 2012. (Congresso).
19. 38 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. COORDENADOR DOS TEMAS LIVRES EM OBSTETRÍCIA. 2012. (Congresso).
20. ESFERA 2012 - ENCONTRO DE SAÚDE FEMININA. 2012. (Simpósio).
21. oficina de manejo clínico básico para adultos, gestantes e crianças vivendo com HIV/AIDS.DST em mulheres com HIV. 2012. (Seminário).
22. PROGRAMA SEGUNDO TEMPO/FORÇA NO ESPORTE.GRAVIDEZ PRECOCE. 2012. (Encontro).
23. 33 CONGRESSO BRASILEIRO DE UROLOGIA. 2011. (Congresso).
24. Curso de Modulação Hormonal Bioidêntica. 2011. (Simpósio).
25. I ESTÁGIO DE MEDCINA AEROESPACIAL DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE.FADIGA DE VOO. 2011. (Seminário).
26. II TUTORIAL DE CIRURGIA DE CIRURGIA UROGINECOLÓGICA.COMPLICAÇÕES DAS TELAS NA CIRURGIA VAGINAL. 2011. (Oficina).
27. I SIMPOSIO DE MEDICINA MILITAR. 2010. (Simpósio).
28. 35 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2009. (Congresso).
29. 35 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. AVALIADOR DOS TEMAS LIVRES. 2009. (Congresso).
30. CURSO DE HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA COM RESSECTOSCÓPIO. 2009. (Seminário).
31. VI Semana Científica da Faculdade Decisão.A Saúde da Mulher na Era Contemporânea. 2009. (Seminário).
32. 34 CONGRESSO PERNAMBUCANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2008. (Congresso).
33. CURSO DE PILOTAGEM HONDA. 2008. (Oficina).
34. I JORNADA DO SMAU METROPOLITANO DO RECIFE. 2008. (Simpósio).
35. XVII CONGRESSO BAIANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2008. (Congresso).
36. XVII CONGRESSO BAIANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2008. (Congresso).
37. XVII CONGRESSO BAIANO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA E VI JORNADA BAHIA- SERGIPE DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. TELAS EM UROGINECOLOGIA. 2008. (Congresso).
38. 33 JORNADA PERNAMBUCANA GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. ACESSO SUPRAPÚBICO: VANTAGENS E DESVANTAGENS. 2007. (Congresso).
39. 52 CONGRESSO BRASILEIRO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. 2007. (Congresso).
40. AULA GRADUAÇÃO FISIOTERAPIA.O PARTO. 2007. (Encontro).
41. Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. 2007. (Congresso).
42. Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. Acesso Supra-pubico: vantagens e desvantagens. 2007. (Congresso).
43. MEDHARF.Atualidades em Uroginecologia. 2007. (Simpósio).
44. 32 Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. 2006. (Congresso).
45. Congresso Latino Americano de Urologia. 2006. (Congresso).
46. CURSO DE ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO EM TERCEIRA DIMENSÃO. CURSO DE ANATOMIA DO ASSOALHO PÉLVICO EM 3D. 2006. (Congresso).
47. Curso de Bexiga Hiperativa.BEXIGA HIPERATIVA. 2006. (Simpósio).
48. Entendendo a Estandardizacao Internacional dos Prolapsos dos Orgaos Pelvicos. Curso de Anatomia do ASsoalho Pelvico 3D - Congresso da Confederacao Americana de Urologia. 2006. (Congresso).
49. NEUROMODULAÇÃO SACRAL - CONGRESSO LATINO AMERICANO DE UROLOGIA. 2006. (Congresso).
50. Bom Dia Urologia. 2005. (Simpósio).
51. Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia. 2005. (Congresso).
52. CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM UROPATOLOGIA. 2005. (Oficina).
53. Congresso Sul-Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia. 2004. (Congresso).
54. Curso de humanizacao na assistencia ao parto, abortamento incompleto e abortamento legal.. 2004. (Seminário).
55. Jornada Cearense de Ginecologia e Obstetricia. 2004. (Congresso).
56. Jornada Pernambucana de Ginecologia e Obstetricia. 2004. (Congresso).
57. Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetricia. 2003. (Congresso).
58. Curso de Reciclagem em Obstetricia. 2001. (Seminário).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **SILVEIRA, A.**; MAIA, A. . ESTUDANDO A VULVA 2015. 2015. (Congresso).
2. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE. 2012. (Outro).
3. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. XIX JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE. 2009. (Congresso).
4. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. XVIII JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE. 2008. (Congresso).
5. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. XI CURSO DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS DO HOSPITAL DE AERONÁUTICA DE RECIFE. 2008. (Outro).
6. **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da**. PROEGO - PROGRAMA DE EDUCACAO EM GINECOLGIA E OBSTETRICIA. 2006. (Outro).
7. DAMBROS, Miriam ; **SILVEIRA, Arlon Breno Figueiredo Nunes da** . Neuromodulacao. 2006. (Congresso).

Orientações

Orientações e supervisões concluídas

Monografia de conclusão de curso de aperfeiçoamento/especialização

1. Aline Girao. Avaliacao da Seguranca e Efetividade do Sling Aponeurotico em um centro terciario do Recife. 2007. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia Medica em Ginecologia e Obstetricia) - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Orientador: Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira.
2. Daniela Berardo. AVALIACAO DA ASSISTENCIA CIRURGICA EM INCONTINENCIA URINARIA. 2006. Monografia. (Aperfeiçoamento/Especialização em Residencia Medica em Ginecologia e Obstetricia) - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Orientador: Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira.

Trabalho de conclusão de curso de graduação

1. CARLOS ALBERTO DE ARAÚJO JÚNIOR. PACIENTES COM HIV/AIDS ATENDIDOS NA UTI GERAL SANTA CATARINA DE LABOURÉ: ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em BACHARELADO EM ENFERMAGEM) - Fundação de Ensino Superior de Olinda. Orientador: Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira.
2. Fabiana Karina. Validação do Questionário de Diagnostico da Incontinência Urinaria na Mulher - QUID. 2006. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Fisioterapia) - Faculdade Integrada do Recife. Orientador: Arlon Breno Figueiredo Nunes da Silveira.

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 06/09/2023 às 16:19:05

Imprimir currículo

Alex Barcelos Fernandes

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1565134136543588
ID Lattes: **1565134136543588**
Última atualização do currículo em 10/05/2019

Possui graduação em Medicina. Especialista e Título em Clínica Médica e Nefrologia, Pós Graduaçao em Medicina do Trabalho e atua também na área de Terapia Intensiva. Atuou como Coordenador da Clínica Médica, Nefrologia e UTI do Hospital de Urgências Henrique Santillo, Diretor Geral do Hospital Municipal de Anápolis por duas vezes e Diretor Médico da Unimed Anápolis. Atualmente é Diretor Administrativo/Financeiro da Unimed Anapolis, Coordenador do Serviço de Nefrologia do Hospital de Urgências Henrique Santillo e Nefrologista da Santa Casa de Misericódia de Anápolis. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Alex Barcelos Fernandes
Nome em citações bibliográficas	FERNANDES, A. B.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/1565134136543588

Endereço

Endereço Profissional	Centro Médico Maria Amélia, Nefrologia. Avenida Senador José Lourenço Diasa, 798 Setor Central 75020010 - Anápolis, GO - Brasil Telefone: (62) 30998787 Ramal: 8727

Formação acadêmica/titulação

2006 - 2008	Especialização - Residência médica. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil. Residência médica em: Nefrologia Número do registro: .
2004 - 2006	Especialização - Residência médica. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil. Residência médica em: Medicina do Trabalho Número do registro: .
2004 - 2006	Especialização - Residência médica. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil. Residência médica em: Clínica Médica Número do registro: .
2019	Especialização em andamento em MBA de Gestão de Negócios em Saúde. (Carga Horária: 320h). Faculdade Unimed, FU, Brasil.
1998 - 2003	Graduação em Medicina. Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.

Formação Complementar

2006 - 2006	Fundamental Critical Care Suport (FCCS). (Carga horária: 20h). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FAMERP, Brasil.
2004 - 2004	Extensão universitária em XI Curso Anual de Urgências Em Otorrinolaringologi. (Carga horária: 8h). Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil.
2003 - 2003	Extensão universitária em O Uso de Antimicrobianos. (Carga horária: 60h). Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.
2002 - 2002	Extensão universitária em I Curso de Eletrocardiograma. (Carga horária: 30h). Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.

2001 - 2001 Extensão universitária em VI Curso de Atualização Em Emergências e Traumas. (Carga horária: 20h).
Hospital Municipal Lourenço Jorge, HMLJ, Brasil.

2001 - 2001 Extensão universitária em I Curso de Condução Diagnóstica Em Pneumologia. (Carga horária: 6h).
Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.

2001 - 2001 Extensão universitária em Curso Multidisciplinar de Educação Continuada Módu. (Carga horária: 6h).
Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.

2001 - 2001 Extensão universitária em Curso Multidisciplinar de Educação Continuada Prev. (Carga horária: 8h).
Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.

1999 - 1999 Extensão universitária em Curso de Imunologia Clínica e Laboratorial. (Carga horária: 8h).
Faculdade de Medicina de Valença, FMV, Brasil.

Atuação Profissional

Unimed Anápolis, UA, Brasil.

Vínculo institucional
2018 - Atual Vínculo: Representativo, Enquadramento Funcional: Diretor Administrativo Financeiro, Carga horária: 20

Vínculo institucional
2014 - 2018 Vínculo: Representativo, Enquadramento Funcional: Diretor Médico, Carga horária: 20

Hospital de Urgências de Anápolis, HUANA, Brasil.

Vínculo institucional
2009 - Atual Vínculo: Médico contratado, Enquadramento Funcional: Médico Nefrologista, Carga horária: 12

Vínculo institucional
2010 - 2014 Vínculo: Médico contratado, Enquadramento Funcional: Coordenador UTI, Carga horária: 12

Vínculo institucional
2009 - 2013 Vínculo: Médico contratado, Enquadramento Funcional: Coordenador Clínica Médica, Carga horária: 12

Vínculo institucional
2008 - 2008 Vínculo: Médico plantonista, Enquadramento Funcional: medico intensivista, Carga horária: 12

Atividades
02/2008 - 10/2008 Serviços técnicos especializados , UTI.
Serviço realizado
Medico Plantonista na UTI.

Hospital Municipal de Anápolis, HMA, Brasil.

Vínculo institucional
2011 - 2012 Vínculo: Medico Contratado, Enquadramento Funcional: Diretor Geral, Carga horária: 20

Vínculo institucional
2008 - 2012 Vínculo: Médico Contratado, Enquadramento Funcional: Médico Nefrologista, Carga horária: 12

Vínculo institucional
2011 - 2011 Vínculo: Médico contratado, Enquadramento Funcional: Coordenador Clínico, Carga horária: 12

Atividades
06/2009 - Atual Serviços técnicos especializados , Nefrologia.
Serviço realizado
Responsavel pela área de Nefrologia.

Hospital de Queimaduras, HQL, Brasil.

Vínculo institucional
2011 - 2019 Vínculo: Médico contratado, Enquadramento Funcional: Médico intensivista e nefrologista, Carga horária: 12

Santa Casa de Misericordia de Anápolis, FASA, Brasil.

Vínculo institucional
2008 - Atual Vínculo: Atendimento Especializado, Enquadramento Funcional: Médico Nefrologista, Carga horária: 24

Atividades

02/2008 - Atual Serviços técnicos especializados , Nefrologia.
Serviço realizado
Responsavel pela área de Nefrologia.

Hospital Sagrado Coraçao de jesus, HSCJ, Brasil.

Vínculo institucional

2013 - Atual Vínculo: Prestaçao de Serviço, Enquadramento Funcional: Nefrologista, Carga horária: 20

Hospital de Doenças Renais de Anápolis, HDRA, Brasil.

Vínculo institucional

2008 - 2013 Vínculo: Médico Plantonista, Enquadramento Funcional: Médico Plantonista, Carga horária: 20

Atividades

02/2008 - 03/2013 Serviços técnicos especializados , Hemodiálise.
Serviço realizado
Médico Plantonista da Hemodiálise.

Casa de Saúde Nossa Senhora de Lourdes, CSNSL, Brasil.

Vínculo institucional

2008 - 2009 Vínculo: Atendimento Especializado, Enquadramento Funcional: Médico nefrologista, Carga horária: 12

Atividades

02/2008 - 01/2009 Serviços técnicos especializados , Atendimento Especializado/Consultório.
Serviço realizado
Atendimento Especializado/Consultório.

Fundação Pio XII, FPXII, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - 2008 Vínculo: Médico Plantonista, Enquadramento Funcional: Plantão UTI, Carga horária: 24

Atividades

11/2006 - 01/2008 Serviços técnicos especializados , Fundação Pio XII / Hospital do Câncer de Barretos.
Serviço realizado
Médico Plantonista na UTI.

Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto, IUN, Brasil.

Vínculo institucional

2007 - 2008 Vínculo: Médico Plantonista, Enquadramento Funcional: Médico Plantonista, Carga horária: 12

Atividades

02/2007 - 01/2008 Outras atividades técnico-científicas , Instituto de Urologia e Nefrologia, Instituto de Urologia e Nefrologia.
Atividade realizada
Médico Plantonista.

Pronto Socorro Central de São José do Rio Preto, PS-CENTRAL, Brasil.

Vínculo institucional

2005 - 2006 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: Médico Plantonista, Carga horária: 24

Atividades

09/2005 - 06/2006 Serviços técnicos especializados , Pronto Socorro.
Serviço realizado
Médico Plantonista.

CENEMED - UTI Móvel São José do Rio Preto, CENEMED, Brasil.

Vínculo institucional

2004 - 2006 Vínculo: Médico Plantonista, Enquadramento Funcional: Médico Plantonista, Carga horária: 24

Atividades

10/2004 - 08/2006 Serviços técnicos especializados , UTI Móvel.
Serviço realizado
Médico Plantonista.

Santa Casa de Ibitinga, SC, Brasil.

Vínculo institucional

2006 - 2006 Vínculo: Médico Plantonista, Enquadramento Funcional: Médico Plantonista, Carga horária: 12

Atividades

04/2006 - 11/2006 Serviços técnicos especializados , UTI.

Serviço realizado
Médico Plantonista.

Áreas de atuação

1.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica.
2.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica/Especialidade: Nefrologia.
3.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica/Especialidade: Terapia Intensiva.
4.	Grande área: Ciências Biológicas / Área: Biologia Geral / Subárea: Medicina do Trabalho.

Idiomas

Inglês	Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Espanhol	Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.

Prêmios e títulos

2003	Melhor poster no XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, Faculdade de Medicina de Valença.
2003	Segundo melhor poster no XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, Faculdade de Medicina de Valença.

Produções

Produção bibliográfica

Resumos publicados em anais de congressos

1. LIMA, E Q ; SILVA, R. G. ; **FERNANDES, A. B.** ; DONADI, E ; Zanon J ; BURDMANN, E. A. . Effects of Dialysate Temperature, Sodium (Na) and Ultrafiltration (UF) Profiling on Intradialytic Hypotension (IH) in Acute Kidney Injury (AKI) Patients (Pts). In: VII World Congress of Nephrology, 2007, Rio de Janeiro. WCN 2007 Book of Abstracts, 2007. p. 528-528.

2. LIMA, E Q ; **FERNANDES, A. B.** ; Zanon J ; PINTO, K. R. ; BURDMANN, E. A. . Prevenção de hipotensão intradialitica em pacientes com IRA submetidos a hemodialise prolongada. In: XI Encontro Paulista de Nefrologia, 2007, Campos do Jordão. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2007. v. 29. p. 54-54.

3. PINTO, K. R. ; Ramalho R. J. ; Zanon J ; **FERNANDES, A. B.** ; Gonçalves B. C. ; Camelo F. C. G. ; Baptista M. A. S. F. ; Ramalho H. J. . Nefropatia por IgA Associada a Carcinoma Renal. In: XI Encontro Paulista de Nefrologia, 2007, Campos do Jordão. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2007. v. 29. p. 34-34.

4. PINTO, K. R. ; Ramalho R. J. ; Gorayeb F. S. ; Zanon J ; **FERNANDES, A. B.** ; LIMA, E Q ; Camelo F. C. G. ; BURDMANN, E. A. ; Ramalho H. J. . Hipertermia Maligna e Rabdomiólise: Uma Rara Causa de Insuficiência Renal Aguda. In: XI Encontro Paulista de Nefrologia, 2007, Campos do Jordão. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2007. v. 29. p. 82-82.

5. THIAGO, ; LIMA, E Q ; **FERNANDES, A. B.** ; Flávio R.D.Aguiar ; Gorayeb F. S. ; Zanon J ; Ramalho H. J. ; BURDMANN, E. A. . Insuficência Renal Aguda (IRA) Após Dengue Hemorrágica (DH). In: XI Encontro Paulista de Nefrologia, 2007, São José dos Campos. Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2007. v. 29. p. 53-53.

6. LIMA, E Q ; SILVA, R. G. ; **FERNANDES, A. B.** ; BURDMANN, E. A. ; DONADI, E . Hipotensão Intradialítica em Pacientes com Insuficiência Renal Aguda - Efeitos da Temperatura do Dialisato e da Realização de Perfil de Sódio e Ultrafiltração. In: XXII Congresso Brasileiro de Nefrologia, 2006, Gramado. Anais Eletrônicos do XXII Congresso Brasileiro de Nefrologia, 2006.

7. LIMA, E Q ; SILVA, R. G. ; **FERNANDES, A. B.** ; DONADI, E ; BURDMANN, E. A. . Effects of dialysate temperature, sodium (NA) and ultrafiltration (UF) profiling on intradialytic hypotension (IH) in acute kidney injury (AKI) patients.. In: Renal Week of the American Society of Nephrology. In: Renal Week of the American Society of Nephrology, 2006, San Diego. Journal of the American Society of Nephrology, 2006. v. 17. p. 769A-769A.

8. **FERNANDES, A. B.**. O que Pensam as Universitárias de Valença sobre HPV - Estudo Preliminar. In: XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003, Valença-RJ. Anais do XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.

9. **FERNANDES, A. B.**. O Corrimento que não tem Cura. Será que existe mesmo? O que pensam nossas Universitárias.. In: XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003, Valença - RJ. Anais do XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.

10. **FERNANDES, A. B.**. Carcinogênese Vulvar. In: XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003, Valença - RJ. Anais do XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.

11. **FERNANDES, A. B.**. Atendimento Humanizado do Paciente em Processo de Morte e de seus Familiares. In: XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003, Valença - RJ. Anais do XVIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.

12. **FERNANDES, A. B.**. O que Pensam as Universitárias de Valença a respeito do HPV? Perfil Social e Comportamento Sexual, um Estudo Preliminar. In: 50º Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 2003, Recife. Anais do 50º Congresso

Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 2003.

13. AMARANTE JÚNIOR, J L M ; **FERNANDES, A. B.** ; SANTOS, L F ; VIEIRA, M L R ; COSTA, R M . Trombose de Artéria Renal Esquerda e Obstrução Parcial Intermitente da Artéria Renal Direita após Implante de Prótese Aórtica. In: Congresso Médico de Valença, 2002, Valença. Revista da Faculdade de Medicina de Valença, 2002. v. Ano 3.

Resumos publicados em anais de congressos (artigos)

1. **FERNANDES, A. B.**. Miocardiopatia Dilatada Periparto em uma paciente de 30 anos de idade: Relato de Caso. Revista da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.
2. **FERNANDES, A. B.**. Relação Médico Paciente Familiar na Hora da Morte. Revista da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.
3. MEDEIROS, C R S ; **FERNANDES, A. B.** ; VIEIRA, M L R ; COSTA, R M ; SANTOS, L F . Cintilografia óssea com 99-TcMDP e com leucócitos marcados com 99-TC-HMPAO em um caso de linfoma de Hodgkin ósseo: Relato de Caso. Revista da Faculdade de Medicina de Valença, 2003.

Apresentações de Trabalho

1. LIMA, E Q ; SILVA, R. G. ; **FERNANDES, A. B.** ; DONADI, E ; BURDMANN, E. A. . Hipotensão intradialítica em pacienes com insuficiência renal aguda (IRA) - efeitos da temperatura do dialisato e da realização de perfil de sódio e ultrafiltração. 2006. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. XVI Curso Anual de Nefrologia NEFROUSP. 2013. (Outra).
2. XVII Congresso Paulista de Nefrologia. 2013. (Congresso).
3. VIII Congresso Latino Americano de IRA. 2012. (Congresso).
4. XV Curso Anual de Nefrologia NEFROUSP. 2012. (Outra).
5. XXVI Congresso Brasileiro de Nefrologia. 2012. (Congresso).
6. ACLS/SAVC. 2011. (Outra).
7. Capacitação em Farmacovigilancia. 2010. (Oficina).
8. Curso de Atualização em Doação de Orgãos e Tecidos para Transplante - Retrans. 2010. (Outra).
9. I Seminário Estadual de Hantavirose e Leptospirose. 2010. (Seminário).
10. Oficina de Neurologia - Retrans. 2010. (Oficina).
11. Programa de Atualização em Clínica Médica - PROCLIM. 2010. (Outra).
12. XIII Curso Anual de Nefrologia NEFRO USP. 2010. (Outra).
13. XII Congresso de Clínica Médica do Estado de Goiás. 2009. (Congresso).
14. XV Congresso Paulista de Nefrologia. 2009. (Congresso).
15. Worl Congress of Nephrology. 2007. (Congresso).
16. X Curso Anual de Nefrologia, Nefro-USP 2007. 2007. (Seminário).
17. XI Encontro Paulista de Nefrologia. 2007. (Congresso).
18. III Simpósio de Medicina Intensiva. 2006. (Simpósio).
19. XXIII Congresso Brasileiro de Nefrologia. 2006. (Congresso).
20. VIII Congresso Brasileiro de Clínica Médica e II Congresso Internacional de Medicina de Urgência. 2005. (Congresso).
21. Palestra: ``Como eu faço anestesia Obstétrica``. 2002. (Outra).
22. I Simpósio: Atendimento ao Politraumatizado. 2001. (Simpósio).
23. XVI Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença. 2001. (Congresso).
24. XV Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença. 2000. (Congresso).
25. Palestra: Relação Médico-paciente. 1998. (Outra).
26. XIII Congresso Médico da Faculdade de Medicina de Valença. 1998. (Congresso).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 06/09/2023 às 16:25:15

Imprimir currículo

Leila Regina Gonzaga

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/2774411784614710
ID Lattes: **2774411784614710**
Última atualização do currículo em 03/01/2023

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba (1994). Possui Residência Médica em Anestesiologia pela Santa Casa de Misericórdia de SP (1997), Especialização em Fisiologia Humana pelo Grupo Longevidade saudável (2015). Especialização em Metabologia e Endocrinologia, pelo Instituto Brasileiro de Ciências Médicas do Brasil (2015). Atualmente é medica anestesiologista - Procape - Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, Secretaria de Saúde de Pernambuco, Unimed Recife e Hospital Esperança do Recife. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Anestesiologia Cardíaca e Neuro-Anestesia. Pesquisadora da Ozonioterapia nas Práticas Integrativas (SOBOM). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Leila Regina Gonzaga
Nome em citações bibliográficas	GONZAGA, L. R.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/2774411784614710

Endereço

Formação acadêmica/titulação

1994 - 1996	Especialização - Residência médica. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, SCM/SP, Brasil. Residência médica em: Número do registro: .
2022 - 2022	Especialização em Pós-Graduação Lato Sensu em Nutrologia. (Carga Horária: 432h). FG FACULDADES, FG, Brasil. Título: Nutrologia Médica. Orientador: Suelania Figueiredo.
2016 - 2017	Especialização em ESPECIALIZACAO EM TERMOLOGIA MÈDICA. (Carga Horária: 360h). HOSPITAL DAS CL]INICAS -UNIVERSIDADE DE SAO PAULO, HC-FMUSP, Brasil. Título: SINDROME DO INTESTINO CURTO COMPLICACAO APOS CIRURGIA BARIATRICA,AVALIACAO ATRAVES DE BIOIMPEDANCIA E TERMOGRAFIA. Orientador: RICARDO LUCAS WALLACE.
2015 - 2017	Especialização em ESPECIALIZACAO EM METABOLOGIA E ENDOCRINOLOGIA. (Carga Horária: 360h). INSTITUTO BRASILEIRO DE CIENCIAS MEDICAS, IBCMED, Brasil. Título: SÍNDROME DE INTESTINO CURTO COMPLICAÇÃO APÓS CIRURGIA BARIÁTRICA. Orientador: RICARDO LUCAS WALLACE.
1989 - 1994	Graduação em Medicina. Universidade Federal da Paraíba, UFPB, Brasil. Título: Psoríase Pustulosa, Aspectos Clínicos e Histopatológicos, Estudos Prospectivos no Hospital Universitário Lauro Wanderley. Orientador: Gutemberg P. Botelho Filho.

Formação Complementar

2017 - 2018	Extensão universitária em TERMOGRAFIA. (Carga horária: 360h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2016 - 2018	Extensão universitária em ESPECIALIZACAO EM ENDOCRINOLOGIA. (Carga horária: 360h). INSTITUTO BRASILEIRO DE CIENCIAS MEDICAS, IBCMED, Brasil.

2016 - 2016	Programa de Treinamento sobre o uso de HCG no Tratamento do Sobrepeso. (Carga horária: 24h). Centro Dr.Belluscio, CDB, Brasil.
2015 - 2015	III Advanced Physiology Course - APC. (Carga horária: 20h). Grupo Longevidade Saudavel, GLS, Brasil.
1996 - 1996	Teoria Pratica da Anestesia Regional e do Controle da Dor. (Carga horária: 16h). Latin American Society of Regional Anesthesia, LASRA, Brasil.

Atuação Profissional

Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco, PROCAPE, Brasil.

Vínculo institucional

2001 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Medica Anestesiologista

INSTITUTO BRASILEIRO DE CIENCIAS MEDICAS, IBCMED, Brasil.

Vínculo institucional

2016 - 2017	Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: pos graduanda, Carga horária: 360

Clínica de Longevidade e Emagrecimento, CLÍNICA CLEE, Brasil.

Vínculo institucional

2018 - Atual	Vínculo: Médico, Enquadramento Funcional: Médico

Áreas de atuação

1.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.
2.	Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva.

Idiomas

Inglês	Compreende Razoavelmente, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.

Produções

Produção bibliográfica

Apresentações de Trabalho

1. **GONZAGA, L. R.**. OBESIDADE:NOVAS PERPECTIVAS. 2018. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
2. ★ **GONZAGA, L. R.**. MELATONINA E DISTURBIOS DO SONO. 2016. (Apresentação de Trabalho/Seminário).
3. **GONZAGA, L. R.**. EMAGRECIMENTO E PERFORMANCE FISICA. 2016. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
4. **GONZAGA, L. R.**. ALIMENTACAO CONSCIENTE. 2016. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
5. **GONZAGA, L. R.**. MODULACAO HORMONALE ALIMENTACAO SAUDAVEL. 2016. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
6. ★ **GONZAGA, L. R.**. A MELATONINA E DISTURBIOS DOSONO. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
7. ★ **GONZAGA, L. R.**. A MELATONINA SUAS PROPIEDADES E SEUS EFEIOTS SOBRE ASUDE HUMANA. 2015. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra).
8. ★ **GONZAGA, L. R.**. COMO SUBSTITUR O GLUTEN E LACTOSE E A LACTOSE PARA TER UMA VIDA MAIS LONGA E SAUDAVEL. 2015. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
9. ★ **GONZAGA, L. R.**. ENTREVISTA RADIO GLOBO. 2015. (Apresentação de Trabalho/Comunicação).
10. SANDRA MEDINA ; **GONZAGA, L. R.** . CONTROLE DA DOR EM PACIENTES PEDIATRICOS. 1997. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Produção técnica

Entrevistas, mesas redondas, programas e comentários na mídia

1. **GONZAGA, L. R.**. INFLUENCIA DOS ALIMENTOS NA NOSSA SAUDE. 2018.
2. **GONZAGA, L. R.**. DISTURBIOS DE SONO. 2018. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).

3. **GONZAGA, L. R.**. OS ALIMENTOS PODEM TE AJUDAR A TER UM SONO MELHOR. 2018.
4. **GONZAGA, L. R.**. OBESIDADE. 2018. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).
5. **GONZAGA, L. R.**; DIRMAN CAVALCANTE . SEXO NA TERCEIRA IDADE. 2018. (Programa de rádio ou TV/Mesa redonda).
6. **GONZAGA, L. R.**. BLOG CAS SAUDAVEL. 2016. (Programa de rádio ou TV/Comentário).
7. **GONZAGA, L. R.**. ALIMENTACAO SAUDAVEL DIARIO DE PERNANBUCO. 2016. (Programa de rádio ou TV/Comentário).
8. **GONZAGA, L. R.**; CABRAL, G. . PROFISSIONAIS DAO DICAS PARA A LONGEVIDADE. 2016. (Programa de rádio ou TV/Comentário).
9. **GONZAGA, L. R.**. CONSULTORIO DA GRACA. 2016. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).
10. **GONZAGA, L. R.**. COMIDA QUE ALIMENTA CURA E FAZ BEM. 2016. (Programa de rádio ou TV/Comentário).
11. **GONZAGA, L. R.**. DIETA PALEOLITICA. 2016. (Programa de rádio ou TV/Comentário).
12. **GONZAGA, L. R.**. ALIMENTACAO E INFLUENCIA NA NOSSA SAUDE. 2016. (Programa de rádio ou TV/Entrevista).

Redes sociais, websites e blogs

1. **GONZAGA, L. R.**. ISNTAGRAM. 2018; Tema: @DRALEILADONZAGA. (Rede social).
2. **GONZAGA, L. R.**. www.draleilagonzaga.com.br. 2015; Tema: @DRALEILADONZAGA. (Site).

Demais tipos de produção técnica

1. **GONZAGA, L. R.**; CABRAL, G. . COMER BEM PARA VIVER MAIS(A IMPORTANCIA DOS BONS HÀBITOS ALIMENTARES NA BUSCA PELA SAUDE E LONGEVIDADE. 2016. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - E-BOOK).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

1. EVENTO EM SAUDE.TERMOGRAFIA EM MEDICINA ORTOMOLECULAR. 2018. (Encontro).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **GONZAGA, L. R.** ; BELMIRO VASCONCELOS ; **GONZAGA, L. R.** . CORRELACOES COM A PRIVACAO DO SONO:DOR CRONICA ,DEPRESSAO,BIPOLARIDADE,OBESIDADE EDIABETES. 2018. (Outro).

Educação e Popularização de C & T

Desenvolvimento de material didático ou instrucional

1. **GONZAGA, L. R.**; CABRAL, G. . COMER BEM PARA VIVER MAIS(A IMPORTANCIA DOS BONS HÀBITOS ALIMENTARES NA BUSCA PELA SAUDE E LONGEVIDADE. 2016. (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - E-BOOK).

Organização de eventos, congressos, exposições e feiras

1. **GONZAGA, L. R.** ; BELMIRO VASCONCELOS ; **GONZAGA, L. R.** . CORRELACOES COM A PRIVACAO DO SONO:DOR CRONICA ,DEPRESSAO,BIPOLARIDADE,OBESIDADE EDIABETES. 2018. (Outro).

Redes sociais, websites e blogs

1. **GONZAGA, L. R.**. ISNTAGRAM. 2018; Tema: @DRALEILADONZAGA. (Rede social).
2. **GONZAGA, L. R.**. www.draleilagonzaga.com.br. 2015; Tema: @DRALEILADONZAGA. (Site).

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 06/09/2023 às 17:23:11

Imprimir currículo

HELY JOSÉ DE FARIAS JÚNIOR

Data de nascimento: 14 de janeiro de 1957
Naturalidade: Recife - PE
RG: 1021919
CPF: 284.023.754/72
CRM: 5767
Residência: Rua Waldemar Nery C. Monteiro, nº 669, Apt. 403, Boa Viagem, Recife - PE
Consultório: Av. Visconde de Suassuna, nº 717, Santo Amaro
Telefone: (81) 3221-1215 e (81)3221-0504

Formação Acadêmica:

- Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco em 07 de dezembro de 1979;

Habilitação em concurso para o exercício de atividade relacionada com a formação e profissão:

- Aprovado no Concurso para Acadêmico de Medicina em Obstetrícia, realizado pela FUSAM em 26 de novembro de 1977, obtendo o 7º lugar, com média 7,50 (sete vírgula cinquenta), entre 78 (setenta e oito) candidatos aprovados;
- Aprovado no Concurso de Provas e Títulos para Acadêmico Interno Estagiário do Setor de Emergência de Adultos no Hospital da Restauração, realizado em novembro de 1977, tendo obtido nota 6,2 (seis vírgula dois), classificando-se em 15º lugar dentre 662 (seiscentos e sessenta e dois) candidatos inscritos;
- Aprovado no Concurso para Acadêmico Bolsista Estagiário para a Maternidade do Centro Hospitalar da Polícia Militar de Pernambuco, com média 6,3 (seis vírgula três), classificando no 10º (décimo) lugar;
- Aprovado no Concurso para Acadêmico Interno no Hospital das Clínicas da UFPE, com média 605,10 (seiscentos e cinco vírgula dez), classificando-se em 26º (vigésimo sexto) lugar;
- Aprovado no Concurso de Residência Médica em Tocoginecologia, classificando-se em 1º (primeiro) lugar com média 7,455 (sete vírgula quatrocentos e cinquenta e cinco), na Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco;

- Aprovado no Concurso para Residência Médica em Tocoginecologia no Hospital das Clínicas da UFPE, classificado em 4º (quarto) lugar, com nota 584,546 (quinhentos e oitenta e quatro vírgula quinhentos e quarenta e seis);
- Aprovado no Concurso para Residência Médica do INAMPS, classificado para o Hospital Barão de Lucena, em Tocoginecologia;
- Aprovado no Concurso para Oficial Médico da Polícia Militar de Pernambuco, classificado em 2º (segundo) lugar, realizado entre 03 de novembro de 1981 e 20 de abril de 1982.

Experiência em trabalho hospitalar:

- Estagiário no Banco de Sangue do Hospital da Restauração, no período de 13 de abril de 1976 a 13 de abril de 1977 (um ano), em caráter de plantão de 24 (vinte e quatro) horas semanais;
- Monitor concursado em anatomia do Centro de Ciências Biológicas (Departamento de Anatomia) da Universidade Federal de Pernambuco durante os anos de 1975, 1976 e 1977;
- Estagiário voluntário no plantões de terça-feira (diurno) e sexta-feira (noturno) da Emergência de Adulto do Hospital da Restauração em Regime de Plantão de 24 (vinte e quatro) horas semanais no período de 1º de maio a 30 de novembro;
- Acadêmico concursado na Unidade Mista Professor Bandeira Filho, estagiando nos plantões de quarta-feira de vinte e quatro horas semanais no período de janeiro de 1978 a 30 de novembro de 1979;
- Acadêmico Interno do Hospital das Clínicas da UFPE no período de janeiro a novembro de 1979;
- Residência Médica em Tocoginecologia, no Hospital Barão de Lucena, do INAMPS com período de dois anos, com término em 23 de fevereiro de 1982;
- Ginecologista-obstetra da Policlínica Santa Clara em regime de plantão de 24 (vinte e quatro) horas, tendo início em setembro de 1982 a 1989;
- Ginecologista-obstetra da Clínica Brasil, atendendo suas dependentes nas Maternidades do Hospital Português, Casa de Saúde São Marcos e Santa Lúcia, e em ambulatório desde 1983;
- Médico Plantonista contratado da FUSAN para o Hospital Maria José Monteiro desde 1982.

Curso de extensão universitária:

- Frequentou o curso de Férias em Clínica Médica, promovido pelo Hospital Restauração com duração de 300 (trezentas) horas, realizado no período de 01 de dezembro de 1977 a 28 de fevereiro de 1978, no horário de 8h às 12h, de segunda a sábado com nota de aproveitamento 8,8 (oito vírgula oito), conceito BOM;
- Frequentou o Curso de Inglês de Mary Breaubrumz, completando a primeira, segunda e terceira série, sendo promovido para a quarta;
- Frequentou o Curso de Traumatismo Abdominal, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 29 de agosto a 03 de setembro de 1976;
- Frequentou o Curso de Perda de Substância, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 19 de agosto a 03 de setembro de 1976;
- Frequentou o Curso de Progressos em Neurocirurgia, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 19 de agosto a 03 de setembro de 1976;
- Frequentou o Curso de Atualização e Cirurgia das Vias Biliares, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 19 de agosto a 03 de setembro de 1976;
- Frequentou o Curso de Atualização em Cirurgia Toráxica, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 19 de agosto a 03 de setembro de 1976;
- Frequentou o Curso de Nutrição em Cirurgia, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões por ocasião do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 19 de agosto a 03 de setembro de 1976;
- Frequentou o II Curso de Semiologia Neurológica, realizado no Instituto de Neurologia e Neurocirurgia do Recife, no período de julho a 12 de agosto de 1977;
- Frequentou o I Simpósio de Diabetes, promovido pela Sociedade dos Doutorandos da UFPE, no período de 08 a 12 de novembro de 1976.

Trabalhos apresentados em congressos ou sociedades médicas:

- Apresentou em sessão do XXXVIII Congresso Médico Acadêmico Estadual realizada em 25 de outubro de 1979, um trabalho intitulado Prolapso de Uretra - Apresentação de um caso.

Outros:

- Participou da operação especial RONDON/SEC, realizada na cidade de Barreiros, no período de 02 a 18 de fevereiro de 1977;
- É Sócio Acadêmico da Sociedade Brasileira de Anatomia, tendo sido admitido em 02 de maio de 1976;
- Participou do XIV Congresso Brasileiro de Cirurgia, realizado no Rio de Janeiro, no período de 29 de agosto a 04 de setembro de 1976, promovido pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões;
- É Sócio Efetivo da Sociedade de Internos dos Hospitais do Recife, tendo sido admitido em 25 de outubro de 1979;
- Participou como congressista do XXXVIII Congresso Médico Acadêmico Estadual, realizado em 21 de outubro a 27 de outubro de 1979.

Cargos ocupados:

- Chefe de Equipe da Operação Especial RONDON/SEC, realizada na cidade de Barreiros, no período de 02 a 18 de fevereiro de 1977;
- Chefe de Equipe de Acadêmicos, nos plantões das quartas-feiras, na Unidade Mista Professor Bandeira Filho, no período de 14 de novembro de 1978 a 30 de novembro de 1979;
- Chefe da Equipe de Residente de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Barão de Lucena, no segundo ano de residência;
- Secretário de Saúde do Município do Rio Formoso, de junho de 1985 a junho de 1986.

Savio Nogueira Beniz

Endereço para acessar este CV: http://lattes.cnpq.br/1344289887054384
ID Lattes: **1344289887054384**
Última atualização do currículo em 26/07/2017

Graduado em medicina pela Universidade Federal de Goiás (2007). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Neurologia na qual foi especializado pela SES-GO (2011). Atualmente, participo da gestão do HUAPA sendo presidente da comissão de óbitos e de ética médica. Atuo como professor de semiologia médica e preceptor de internato, assim como, em consultório na cidade de Goiânia-GO. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Savio Nogueira Beniz
Nome em citações bibliográficas	BENIZ, S. N.
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/1344289887054384

Endereço

Endereço Profissional	hospital e maternidade santa barbara. Rua Madri 6 Jardins Madri 74369046 - Goiânia, GO - Brasil - Caixa-postal: 74373270 Telefone: (62) 32871281

Formação acadêmica/titulação

2008 - 2011	Especialização - Residência médica. hospital de urgencias de goiania, HUGO, Brasil. Residência médica em: Número do registro: . Bolsista do(a): Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Goiás, FAPEG/GO, Brasil.
2009 - 2010	Especialização em gestao em servicos de saude. (Carga Horária: 480h). Faculdade de Tecnologia Equipe Darwin, FTED, Brasil. Título: Qualidade do atendimento médico nas unidades de emergencias da cidade de Goiânia-GO. Orientador: André Tolentino Caixeta.
2001 - 2007	Graduação em medicina. Universidade Federal de Goiás, UFG, Brasil. Título: bacharelado. Orientador: Milka Severina.

Atuação Profissional

hospital monte sinai, HMS, Brasil.

Vínculo institucional

2013 - Atual	Vínculo: parecerista neurologia, Enquadramento Funcional: parecerista, Carga horária: 5

hospital e maternidade santa barbara, HMSB, Brasil.

Vínculo institucional

2012 - Atual	Vínculo: neurologista ambulatorio, Enquadramento Funcional: prestador de servico, Carga horária: 5

hospital de urgencias de aparecida de goiania, HUAPA, Brasil.

Vínculo institucional

2010 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: medico neurologista e preceptor, Carga horária: 20

ciams novo horizonte, CNH, Brasil.

Vínculo institucional

2007 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: neurologista e preceptor, Carga horária: 20

Universidade de Rio Verde, FESURV, Brasil.

Vínculo institucional

2015 - Atual Vínculo: Professor Visitante, Enquadramento Funcional: PROFESSOR MEDICINA, Carga horária: 40

ITPAC Porto Nacional, ITPAC PORTO, Brasil.

Vínculo institucional

2012 - 2014 Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: PRECEPTOR DE INTERNATO, Carga horária: 40

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, IMEPAC, Brasil.

Vínculo institucional

2015 - Atual Vínculo: Celetista, Enquadramento Funcional: PRECEPTOR INTERNATO, Carga horária: 10

HOSPITAL ENCORE, HE, Brasil.

Vínculo institucional

2015 - Atual Vínculo: MEDICO NEUROLOGISTA, Enquadramento Funcional: AMBULATORIO, Carga horária: 5

CEPAX, CEPAX, Brasil.

Vínculo institucional

2011 - Atual Vínculo: MEDICO NEUROLOGISTA, Enquadramento Funcional: AMBULATORIO, Carga horária: 8

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina.
2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Clínica Médica/Especialidade: Neurologia.
3. Grande área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Administração / Subárea: Administração Pública.
4. Grande área: Lingüística, Letras e Artes / Área: Letras / Subárea: Línguas Estrangeiras Modernas.
5. Grande área: Lingüística, Letras e Artes / Área: Artes / Subárea: Música/Especialidade: Instrumentação Musical.
6. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Psiquiatria.

Idiomas

Francês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Inglês Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.
Espanhol Compreende Bem, Fala Razoavelmente, Lê Bem, Escreve Razoavelmente.
Português Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Prêmios e títulos

2013 medico solidario, ciams novo horizonte.
2012 profissional qualidade, huapa.

Produções

Produção bibliográfica

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 08/09/2023 às 17:55:41

3.4.4. Serviço assistencial e funcionamento de equipe multidisciplinar

a) Protocolos assistenciais de atenção multidisciplinar

i. Princípios Gerais

A presente proposta possui como fundamento alguns princípios gerais estruturantes, conforme enumeramos abaixo:

- reconhecimento de que compete ao CHS João Paulo II a prestação de cuidados de saúde, garantindo a acessibilidade necessária ao atendimento de situações programadas e não programadas, que sejam dispensados pela Unidade de Saúde às pessoas que procurem tal atendimento, por ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial ou iminente de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata;
- necessidade de regular a procura do CHS João Paulo II, aumentando e motivando o acesso a sistemas telefônicos centrais de triagem e orientação de doentes, disponibilizando um serviço de Call Center, com o objetivo de efetuar a "primeira triagem";
- definição da estrutura humana, física e logística das unidades CHS João Paulo II, de forma a responder ao doente;
- exigência de qualidade e normalização da formação dos recursos humanos do CHS João Paulo II, caminhando progressivamente para um sistema de titulação e acreditação, reconhecido e regulado pelas Ordens Profissionais;
- definição de uma Rede de Referenciação Urgente, bem como identificação de Vias Verdes, para competências ou procedimentos específicos, que clarifique os circuitos de doentes;
- aproveitamento das infraestruturas existentes e dos centros de qualidade a constituir;
- apoio ao desenvolvimento de outras unidades que podem e devem, com facilidade, atingir níveis de responsabilidade superiores com ganhos de acesso e de eficiência, permitindo que a Secretaria Estadual de Saúde desenvolva o número de serviços de saúde adequados à sua população e demografia e reduzindo a sobrecarga das Unidades de Saúde de sua proximidade;
- implementação de uma rede que difunda o valor das unidades CHS João Paulo II e produza uma cadeia de processo e de utilização integrada de recursos, aumentando a

qualidade e a eficiência;

- valorização crescente do papel do transporte especializado de pacientes, para transporte pré-hospitalar e inter-hospitalar qualificado, permitindo o sucesso de estratégias de by-pass, centralização e integração de recursos;
- incorporação crescente do conceito de by-pass de Pontos de Rede, de forma a plenamente receber doentes graves ou específicos para local capaz do seu tratamento definitivo;
- valorização do papel da Formação e Titulação por meio de seus programas de formação continuada.

Às unidades de saúde, mais do que qualquer tipo de entidade, necessita terceirizar atividades para se viabilizar como negócio; mais do que qualquer tipo de empresa, porque o negócio hospitalar envolve não só uma infinidade de especializações assistenciais (medicina, enfermagem, fisio, etc.), mas uma outra infinidade de especializações necessárias para manter em funcionamento a estrutura física do seu edifício, (como uma indústria), e mais uma outra infinidade de especializações necessárias para o controle logístico, (como uma empresa de varejo) – além da retaguarda administrativo-financeira existente em qualquer entidade.

Atualmente, a área da saúde é um setor que tem descoberto as vantagens de empregar a terceirização de serviços em suas instituições.

Nesse contexto, sem deixar de lado a qualidade, a terceirização tornou-se uma opção versátil e, principalmente, econômica para as grandes unidades. Particularmente para aquelas instituições que buscam ser reconhecidas como referência no atendimento de pacientes e, para isso, querem ter foco na assistência a eles.

Apesar da existência de parceiros terceirizados em nossa atuação, no dia a dia, promovemos a diferença nas nossas unidades, sendo o nosso primeiro objetivo oferecer aos pacientes e aos seus familiares o melhor médico e humano possível.

Isto permite que nos dediquemos a cada caso clínico o tempo todo, destinando os recursos necessários para oferecer uma atenção verdadeiramente personalizada e de qualidade.

Este esforço reflete-se na boa avaliação que os nossos pacientes fazem das nossas unidades, com um nível de satisfação de 95%, também constatado e avaliado por pacientes oriundos das áreas da nossa intervenção, a saber Abreu e Lima-PE, Cabo de Santo Agostinho-PE, Camaragibe-PE, Barreiros-PE, Agrestina-PE, Ipojuca-PE, Água Preta, Anápolis-GO, entre outros.

ii. Áreas operacionais estrutura da CHS João Paulo II

Para que os níveis de comodidade, rapidez e resultados sejam os desejados, a CHS - João Paulo II chama a si, como estratégia de manutenção de um diferencial operacional, as seguintes áreas operacionais, as quais fazem parte da estrutura da CHS João Paulo II:

I. DAG - Departamento de Administração e Governança:
- serviços financeiros;
- serviços compras; e
- serviços administrativos.

II. DAA - Departamento de Acolhimento e Atendimento:
- serviço de recepção;
- serviço de hotelaria; e
- serviço de alimentação.

III. DMC - Departamento de Marketing e Comunicação:
- serviço de melhoria contínua; e
- serviço de gestão de qualidade.

IV. DAL - Departamento de Abastecimento e Logística:
- serviço de farmácia;
- serviço de logística; e
- serviço de manutenção.

V. DAM - Departamento de Assistência Médica:
- serviço bloco cirúrgico;
- serviço de internamento;
- serviço de urgência/ emergência; e
- serviço de ambulatório.

VI. DAF - Departamento de Administração e Finanças:

- serviço de faturamento hospitalar;
- serviço de contabilidade; e
- serviço de auditoria.

VII. DCI - Departamento de Computação e Informação:

- serviço de computação; e
- serviço de comunicação.

VIII. DCT - Departamento Clínico-Terapêutico:

- serviço de internamento;
- serviço bloco cirúrgico;
- serviço de urgência/ emergência; e
- serviço de ambulatório.

IX. DRH - Departamento Recursos Humanos:

- serviço pessoal.

X. DJP - Departamento Jurídico e de Processos

- serviços jurídicos; e
- acompanhamento de processos

XI. DRC – Departamento de Regulação Clínica

- levantamento de demandas de atendimento por especialidade;
- formação de agendas para os atendimentos especializados (ambulatorial e cirúrgico); e

XII. DOC- Departamento de Operação e Controle

Além destes departamentos a CHS João Paulo II irá estabelecer critérios e orientar quanto aos procedimentos, atitudes e comportamentos a serem adotados nos processos de contratação e gestão de empresas prestadoras de serviços, com segurança operacional e jurídica.

Considera-se como contratação de Prestadoras de Serviço, toda aquela em que a empresa contratada coloca mão de obra à disposição, em atividade que não esteja regulada pelas Leis 6.090/74 (trabalho temporário) e 7.102/83 (vigilância e transportes).

Quando da contratação de empresa prestadora de serviço para exercer atividade de forma permanente, prestando serviços de conservação patrimonial e limpeza, vigilância, transporte de funcionários, fornecimento de alimentação, entre outros, deverá ser plenamente aplicado o regime de contratações já estabelecido em item próprio.

Quando for necessário contratar empresa especializada para exercer atividades de curta duração, sendo considerados como tal os períodos inferiores a 5 (cinco) dias em sequência, por tratar-se de uma condição eventual, não é necessárias a elaboração de Contrato de Prestação de Serviços, sendo o mesmo substituído pela emissão e aprovação de um Pedido de Compra.

3.5. Orçamento financeiro total da Proposta de Trabalho - Concorrência 001/2023 Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

3.5.1. Estimativa Orçamentária Financeiro - Concorrência 001/2023 Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

DESPESAS OPERACIONAIS	TOTAL (R$)	COMPOSIÇÃO PERCENTUAL
1. Pessoal	**5.061.166,81**	**25,89%**
1.1. Ordenados (Não inclui férias, 13º e Rescisão)	3.584.141,92	18,34%
1.1.1. Assistência Médica	3.184.854,48	16,29%
1.1.1.1. Médicos	-	0,00%
1.1.1.2. Outros profissionais de saúde	3.184.854,48	16,29%
1.1.2. Administrativo	399.287,44	2,04%
1.2. FGTS	286.731,35	1,47%
1.3. PIS	35.841,42	0,18%
1.4. Benefícios (Alimentação e Transporte)	-	0,00%
1.5. Provisões (Férias + 13º + Rescisões)	1.154.452,11	5,91%
2. Insumos Assistenciais	**3.237.280,27**	**16,56%**
2.1. Materiais Descartáveis/Materiais de Penso	1.026.684,00	5,25%
2.2. Medicamentos	1.764.628,27	9,03%
2.3. Dietas Industrializadas	100.890,00	0,52%
2.4. Gases Medicinais	119.700,00	0,61%
2.6. Outras Despesas com Insumos Assistenciais (Especificar)	225.378,00	1,15%
3. Materiais/Consumos Diversos	**706.919,00**	**3,62%**
3.1. Material de Higienização e Limpeza	172.539,00	0,88%
3.2. Material/Gêneros Alimentícios	-	0,00%
3.3. Material de Expediente	66.512,00	0,34%
3.4. Combustível	73.092,00	0,37%
3.5. GLP	-	0,00%
3.6. Material de Manutenção	293.065,40	1,50%
3.6.1. Predial e Mobiliário	72.900,00	0,37%
3.6.2. Equipamentos Médico-hospitalar	90.650,00	0,46%
3.6.3. Equipamentos de Informática	44.289,00	0,23%
3.6.4. Manutenção de Veículo	29.070,00	0,15%
3.6.5. Outras despesas com material de manutenção	56.156,40	0,29%
3.7. Tecidos, Fardamentos e EPI	38.133,00	0,20%
3.8. Outras Despesas com Materiais Diversos	63.577,60	0,33%
4. Seguros e Tributos	**90.535,00**	**0,46%**
4.1. Seguros (Imóvel e veículos)	76.500,00	0,39%
4.2. Tributos (Impostos e Taxas)	14.035,00	0,07%
4.2.1. Taxas	14.035,00	0,07%
4.2.2. Impostos	-	0,00%
4.3. Juros	-	0,00%
5. Gerais	**401.772,93**	**2,06%**

5.1. Telefonia/Internet	25.427,79	0,13%
5.2. Água	47.669,71	0,24%
5.3. Energia Elétrica	271.375,43	1,39%
5.4. Alugueis/Locações (exceto ambulância)	-	0,00%
5.5. Outras Despesas Gerais	57.300,00	0,29%
6. Serviços Terceirizados/Contratos de Prestação de Serviços	**8.604.292,08**	**44,02%**
6.1. Assistência Médica	7.128.502,72	36,47%
6.1.1. Pessoa Jurídica	7.128.502,72	36,47%
6.1.1.1. Médicos	6.156.629,58	31,50%
6.1.1.2. Outros Profissionais de Saúde	-	0,00%
6.1.1.3. Laboratório	-	0,00%
6.1.1.4. Alimentação/Dietas	709.100,00	3,63%
6.1.1.5. Locação de Ambulâncias	262.773,14	1,34%
6.1.1.6. Outras Pessoas Jurídicas	-	0,00%
6.1.2. Pessoa Física	-	0,00%
6.1.2.1. Médicos	-	0,00%
6.1.2.2. Outros Profissionais de Saúde	-	0,00%
6.1.3. COREME	-	0,00%
6.1.3.1. Médicos	-	0,00%
6.1.3.2. Outros Profissionais de Saúde	-	0,00%
6.2. Assistência Odontológica	-	0,00%
6.2.1. Pessoa Jurídica	-	0,00%
6.2.2. Pessoa Física	-	0,00%
6.2.3. Cooperativas	-	0,00%
6.3. Administrativos (Pessoa Jurídica)	1.475.789,36	7,55%
6.3.1. Lavanderia	475.800,00	2,43%
6.3.2. Coleta de Lixo Hospitalar	49.200,00	0,25%
6.3.3. Manutenção/Aluguel/Uso de Sistemas ou Softwares	35.625,00	0,18%
6.3.4. Vigilância e Limpeza	877.036,36	4,49%
6.3.5. Consultorias e Treinamentos	38.128,00	0,20%
6.3.6. Outras Pessoas Jurídicas (especificar)	-	0,00%
7. Manutenção	**187.913,50**	**0,96%**
7.1. Predial e Mobiliário	71.800,00	0,37%
7.2. Veículos	14.400,00	0,07%
7.3. Equipamentos Médico-hospitalar	23.403,50	0,12%
7.4. Equipamentos de Informática	19.610,00	0,10%
7.5. Outros Equipamentos	44.950,00	0,23%
7.6. Engenharia Clínica	13.750,00	0,07%
8. Outros Contratos para Funcionamento da Unidade	**679.779,71**	**3,48%**
8.1. Outros Contratos Terceirizados	679.779,71	3,48%
9. Recurso de até 3% em atendimento do Art. 7°/A da Lei 15.503/2005	**576.615,09**	**2,95%**
9.1. Gestão Compartilhada - máximo 3%	576.615,09	2,95%
Total de Despesas Operacionais	**19.546.274,38**	**100,00%**

Saldo de Provisões

Descrição		
Férias	497.478,90	
13º Salário	298.559,02	
Rescisões	358.414,19	
Saldo Final	**1.154.452,11**	

Valor Total (Mensal)	**19.546.274,38**
Valor Anual (12 MESES)	**234.555.292,58**

3.5.2. Resumo Financeiro (para o período de 12 Meses) - Concorrência 001/2023 Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Estimativa Orçamentaria Financeiro (para o período de 12 Meses)

DESPESAS OPERACIONAIS	TOTAL (R$)	COMPOSIÇÃO PERCENTUAL
1. Pessoal	5.061.166,81	25,89%
2. Insumos Assistenciais	3.237.280,27	16,56%
3. Materiais/Consumos Diversos	706.919,00	3,62%
4. Seguros e Tributos	90.535,00	0,46%
5. Gerais	401.772,93	2,06%
6. Serviços Terceirizados/Contratos de Prestação de Serviços	8.604.292,08	44,02%
7. Manutenção	187.913,50	0,96%
8. Outros Contratos para Funcionamento da Unidade	679.779,71	3,48%
9. Gestão Compartilhada - máximo 3%	576.615,09	2,95%
Total de Despesas Operacionais	19.546.274,39	100,00%

Valor Total (Mensal)	19.546.274,39
Valor Anual (12 MESES)	234.555.292,63
Valor Geral da Gestão de Contrato (36 MESES)	703.665.877,89

3.5.3. Declaração de Validade Jurídica a Proposta

CHS - JOÃO PAULO II

DECLARAÇÃO DE VALIDADE JURÍDICA DA PROPOSTA

Edital de Chamamento Público nº 01/2023
Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO)

Pela presente **DECLARAÇÃO**, a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no cadastro nacional de pessoas jurídicas (CNPJ) sob o nº 22.564.221-0001-25, com sede administrativa localizada na Cidade de Barreiros, Estado do Pernambuco, PE 60, KM 72,5, neste ato representado pelo Sr. PEDRO ALBERTO PARAÍSO DE ALMEIDA, Diretor-Presidente, portador do Passaporte M752460, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob o nº 700.928.784-82, torna público para os devidos fins, que prestará no Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), localizado na Avenida 31 de março esq. c/ 5ª Radial, Setor Pedro Ludovico, Goiânia – GO, CEP: 74.820-300, no Estado de Goiás, todos os serviços descritos na PROPOSTA DE TRABALHO apresentada no Chamamento Público nº 01/2023. Declaro que a validade da proposta apresentada é de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data de abertura da seleção. E informo, ainda, que conheço as Leis e normas jurídicas que respaldam a parceria pretendida e que obedecerei aos princípios e legislações do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como respeitarei o caráter público da Unidade de Saúde.

Barreiros/PE, aos 08 de setembro de 2023.

PEDRO ALBERTO PARAISO DE ALMEIDA: 70092878482

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE JOÃO PAULO II
CNPJ nº 22.564.221-0001-25
Pedro Alberto Paraíso de Almeida
Diretor-Presidente

RODOVIA PE 60, KM 72,5 - S/N, CENTRO, BARREIROS/PE
CEP: 55.560-000—CNPJ: 22.564.221/0001-25

3.5.4. Proposta de implantação das ações

A presente proposta tem validade mínima de 120 (cento e vinte) dias, contados a partir da data do seu recebimento pela Comissão Julgadora Especial de Seleção.

O Hospital de Urgências de Goiás Dr. Valdemiro Cruz (HUGO), após 30 dias da assinatura do Termo de Colaboração, passará a assumir a Atividade Assistencial, conforme planilha anexo apresentada.

Cabe sublinhar que as metas qualitativas apresentadas no Edital, serão rigorosamente respeitadas, sendo que a perspectiva é que elas sejam ultrapassadas, após o processo de integração e no máximo, após 60 dias de atuação.

Será mantida a prática de Acolhimento e Classificação de Risco e serão introduzidas todas as modificações/inovações decorrentes da implantação na unidade do conceito Protocolo SCR, cuja previsão de conclusão acontecerá em até 90 dias da tomada de posse da unidade.

A implementação de novos sistemas de informação ERP de Saúde da Wareline levará até 60 dias para conclusão e adaptação de todos os novos profissionais admitidos no âmbito deste novo Termo de Colaboração.

Os colaboradores existentes em cada departamento da instituição e devidamente credenciados nas aplicações, assumirão o papel de facilitadores para os demais ou substituições entendidas como necessárias.

O Serviço de Urgência e Emergência passará a dispor de infra-estrutura física dimensionada de acordo com a demanda, complexidade e perfil assistencial da unidade, garantindo a segurança e continuidade da assistência ao paciente.

Desta forma o nosso Plano de Ação o SAP - Serviço de Atendimento Permanente, do HUGO, disponibilizará assistência médica de clínica médica, Núcleo Hospitalar de Vigilância Epidemiológica, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia e cirurgia bucomaxilofacial, bem como, demais dimensões assistenciais.

Adicionalmente o SAP, poderá recorrer, sempre que necessário às demais especialidades enquadradas na tipologia Sobre-aviso, a saber: Cirurgia Plástica, Cirurgia Cabeça-Pescoço, Mastologia, Otorrinolaringologia, Urologia e Buco-maxila-facial.

Em complementaridade da assistência prestada no SAP, serão disponibilizadas cirurgias de urgência, entendendo-se: a cirurgia realizada em pacientes em situações que podem se

agravar rapidamente, gerando perda de membros ou risco à vida, é classificada como de urgência.

O procedimento requer pronta atenção, mas pode esperar um intervalo entre 24 horas e 48 horas para ser realizado, quando as condições de saúde não comprometem, de forma imediata, a vida do paciente ou oferecem danos irreversíveis.

A depender do procedimento, é necessária uma internação prévia a fim de preparar o paciente para a intervenção cirúrgica.

Hemorragias internas e digestivas, úlceras supuradas, cólica biliar, peritonite e obstrução intestinal são algumas das condições que podem levar a uma cirurgia classificada como urgente.

Neste contexto o HUGO contará ainda com um serviço de 24 horas das seguintes especialidades médicas, nas dimensões internamento e bloco cirúrgico: clínica médica, cirurgia geral, traumatologia-ortopedia e cirurgia bucomaxilofacial, bem como, demais dimensões assistenciais.

Assim sendo, conforme previsto, concluímos a presente proposta cujo valor ascende a um total de R$ 19.546.274,39 (dezenove milhões, quinhentos e quarenta e seis mil, duzentos e setenta e quatro Reais e trinta e nove centavos) mensais, conforme todas as demonstrações apresentadas. Neste contexto, o valor da proposta anual ascende a R$ 234.555.292,63 (duzentos e trinta e quatro milhões, quinhentos e cinquenta e cinco mil, duzentos e noventa e dois Reais e sessenta e três centavos), com um valor total global em 36 (trinta e seis) meses de R$ 703.665.877,89 (setecentos e três milhões, seiscentos e sessenta e cinco mil, oitocentos e setenta e sete Reais e oitenta e nove centavos.

Caso ocorra a implantação do piso nacional da enfermagem ou outro indicador financeiro de utilização compulsória seja alterado durante o prazo de validade da proposta, fica resguardado o direito da proponente realizar as alterações necessárias para a adequação do valor aos novos índices.

Certo de ter respondido a todos os itens do edital, assino a mesma.

PEDRO ALBERTO PARAISO DE ALMEIDA: 70092878482

Assinado digitalmente por PEDRO ALBERTO PARAISO DE ALMEIDA:70092878482
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC SOLUTI Multipla v5, OU=24100909000180, OU=Videoconferencia, OU=Certificado PF A3, CN=PEDRO ALBERTO PARAISO DE ALMEIDA:70092878482
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2023.09.13 19:47:17-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 11.2.1

Pedro Alberto Paraíso de Almeida
Diretor Presidente
CPF/MF – 700.928.784-82